



UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA  
URUGUAY



Universidad de la República  
Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado  
Monografía

El parto como acto político: el caso del Hospital  
de Rocha.

Victoria Miranda Lemoine

C.I: 4.594.364-5

Tutora: Asist. Mag. Carolina Farías.  
Instituto de Psicología de la Salud

Montevideo, 31 de Octubre de 2016

## **El parto como acto político: el caso del Hospital de Rocha.**

### **Resumen:**

En la presente monografía abordaré el concepto de violencia obstétrica vs humanización del parto, tomando como insumo las experiencias realizadas en la maternidad del Hospital de Rocha.

El trabajo se emprende en la búsqueda de sus variables, construcciones y de-construcciones socio-políticas, históricas y subjetivas que hacen que al parto-nacimiento "se lo nombre" desde un determinado *lugar*.

El mismo pretende poner en el centro un tema que viene siendo debatido, pensado y cuestionado por varios actores sociales y académicos, donde el aporte de los aspectos "*psi*" no pueden quedar por fuera.

El cuerpo de la mujer, el parto-nacimiento y sus vivencias (psico-emocionales) en tanto construcciones subjetivas, serán el eje central de este trabajo.

## Índice

**Introducción.** – pág.1

**Contextualización.** – pág. 2

**Producción de subjetividad.** *Sexualidad(es) en el parir-nacer. Género. Psicología y Salud.* – pág. 8

**Historias del parir.** *Mujeres como objeto de control patriarcal.* – pág.15

**Políticas Públicas en Uruguay sobre derechos sexuales y reproductivos y el parto-nacimiento** – pág. 26

**El caso del Hospital de Rocha.** – pág. 30

**Reflexiones finales.** – pág.34

**Bibliografía.** – pág. 36

**Anexos.** – pág. 39

## Introducción

En el transcurso de mi pasaje como estudiante de la Facultad de Psicología de la Udelar y mi propia vivencia de maternidad, me he ido acercando, interesando e instruyendo en lo que tenía que ver con las concepciones de género-sexualidad-es-cuerpo-vivencias-*sermujer*, las cuales hacen de mi propia construcción y de-construcción en mi formación profesional.

Como objetivo me planteo problematizar la construcción del parto-nacimiento en la actualidad de nuestro país, contemplando la construcción socio-política y el lugar de la psicología en el aporte desde la visión de las construcciones subjetivas.

La monografía abordará la temática del parto-nacimiento desde una perspectiva construccionista de la sexualidad de las mujeres. Para ello, iniciaré un recorrido desde los aspectos más abarcativos, que tienen que ver con definiciones internacionales y reflexiones que se hacen con respecto a ello; poder ver cómo se posiciona, o cuáles serán, las construcciones que podemos ver en nuestro país con respecto a estos conceptos y en nuestra sexualidad(es), derechos sexuales y reproductivos y el parto-nacimiento.

Partiré de una contextualización histórica que tomará los aportes en materia de acuerdos y conferencias internacionales en la temática planteada, siguiendo con las consideraciones teórico conceptuales sobre sexualidad y género, articulando desde allí con lo que hace a la historia de los partos-nacimientos de la humanidad.

Tomaré el aspecto legal, leyes y normas, que hacen el aspecto político formal en nuestro país en materia de partos-nacimientos.

Luego presentaré el proyecto de humanización en la atención del parto en la maternidad del Hospital de Rocha generando un análisis de lo que el proyectó implicó en la construcción de la humanización del parto.

Desde esta perspectiva que planteo mi punto de partida, que de seguro no tendrá una llegada acabada en sí misma sino sabiendo que el viaje se emprende para poder introducir más matices en este abanico.

## **Contextualización.**

Los aportes que nos traen las convenciones y conferencias internacionales denotan de la importancia, en un momento histórico determinado, de poder generar acciones políticas concretas en la vida de las mujeres.

Poder pensar el parto como un acto político, se vuelve necesario considerar estos acuerdos, donde la visión de los derechos humanos de las mujeres pasa a ser considerados desde una óptica de compromisos de Estados, poniéndolos en agendas de políticas públicas.

La historia de la lucha y el reclamo de los movimientos sociales y sobre todo, de los movimientos feministas, determinan y posibilitan que la discusión comience a ser considerada en la vida política de los Estados. El movimiento feminista de la primera ola, comprende el periodo que se extiende desde mediados del siglo XIX y hasta la década de los años 20 del siglo XX, sobre todo la lucha se enmarca en el reclamo del sufragio de las mujeres y por derechos civiles y políticos (Vercárcel, 2000).

Los feminismos de la segunda ola que van desde la década del 60 en el norte y hacia los 80 en América latina se centran en demostrar que lo personal es político. Comienzan a teorizar y reclamar aspectos de la salud sexual y reproductiva como derecho y es en este contexto que se politiza la violencia basada en género como asunto.

Las Convenciones en tanto acuerdos internacionales aprobados y firmados por los Estados ante organismos como la ONU u OEA, responden a la demanda antes planteada, demanda y movimiento que surge desde la sociedad, como necesidad, y que obliga a considerar nuevos marcos teóricos, conceptuales, políticos, legales y programáticos.

Es así que con el advenimiento de la sociedad moderna, el rol de la mujer en la vida social y política se va modificando, pasa del ámbito de lo privado, la vida de ama de casa y madre, a la vida pública del trabajo, la formación académica, entre otros; todo ello posibilita que en la década de los 90` se comience a dar con mayor fuerza los movimientos de mujeres que logran colocar en agenda pública la violencia basada en género.

La Conferencia Internacional sobre población y desarrollo, celebrada en el Cairo en 1994, se marcó como objetivo el “rumbo hacia una realidad mejor”. En esta instancia se dio la importancia fundamental de fomentar la autonomía de la mujer y ofrecerle mayor cantidad de opciones mediante un mayor acceso a servicios de educación y salud, la promoción de los conocimientos prácticos y el aumento del empleo de calidad.

Se plantea una visión que contemple los derechos sexuales y reproductivos, derecho a una elección informada en su vida sexual, el acceso a métodos anticonceptivos y la planificación del número de hijos que se quiere tener y sobre todo el acceso a la información y la autonomía en las decisiones.

La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, llevada adelante en la ciudad de Belém do Pará, el 9 de julio de 1994, constituye el punto de partida donde por primera vez se vuelve necesario considerar la importancia de defender y generar estrategias para que se contemplen los derechos humanos de las mujeres en relación a la violencia, y garantizar el compromiso entre los Estados para su efectividad, dicha convención constituye la única que existe en el mundo sobre violencia contra la mujer.

Es así que, se proponen mecanismos de defensa y protección de los derechos de las mujeres, entendiendo que la violencia afecta no solo la integridad física de la persona, sino también los aspectos psicológicos, físicos y sexuales, tanto en la vida y ámbito privado como público, contemplando las repercusiones negativas que esto genera en la sociedad, y desde esta perspectiva es que se hace referencia a las concepciones de género, en tanto construcciones sociales del ser hombre o mujer.

En su artículo 1 dirá: “Para los efectos de esta Convención debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, **basada en su género**, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como el privado.” Y en su artículo 2 extenderá: “se entenderá que la violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica: c) **que sea perpetrada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.**”

De esta manera se genera el compromiso de los Estados Partes a contemplar la violencia contra las mujeres, impartiendo deberes, estrategias y programas en favor de la prevención, sanción y erradicación de la violencia hacia las mismas.

En el año 1995, en la ciudad de Beijing, se celebró la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, la cual marcó un importante punto de inflexión para la agenda mundial en igualdad de género.

La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, adoptada de forma unánime por 189 países, constituye un programa que busca el empoderamiento de la mujer, guiado por la igualdad de género y las políticas públicas; la misma retomó una de las grandes reivindicaciones del movimiento de mujeres y feminista: la creación y fortalecimiento de instituciones de ámbito nacional, que se conviertan en rectoras de las políticas de igualdad y en promotoras de la transversalización del enfoque de género en políticas, planes y programas estatales.

La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing establece una serie de objetivos estratégicos y medidas para el progreso de las mujeres y el logro de la igualdad de género en doce puntos cruciales: la mujer y la pobreza, educación y capacitación de la mujer, la mujer y la salud, la violencia contra la mujer, la mujer y los conflictos armados, la mujer y la economía, la mujer en el ejercicio del poder y la adopción de decisiones, mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer, los derechos humanos de la mujer, la mujer y los medios de difusión, la mujer y el medio ambiente, la niña.

Tal como expresa en su anexo I punto 9: “Garantizar la plena aplicación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas como parte inalienable, integral e indivisible de todos los derechos humanos y libertades fundamentales;”

La Conferencia de Beijing, brindó un marco general para avanzar en las políticas hacia las mujeres, para eliminar todas las formas de violencia, promover y proteger los derechos humanos de mujeres y niñas.

Esta Conferencia, brindó además, un marco conceptual que permitió incorporar la idea de la necesaria transversalidad de las políticas de género en todos los ámbitos del Estado, superando las visiones fragmentadas y/o segmentadas de la violencia basada en género, comprendiendo a la misma como una problemática que requiere una intervención integral para lograr revertir las actuales desigualdades que promueven discriminaciones y violencia.

Magnone (2011) expresa que si bien se reconoce que las mujeres tienen derecho a ejercer su sexualidad en condiciones libres de discriminación, coerción y violencia, las mismas forman parte de los marcos normativos *éticos iniciales*.

A decir de Castro (2011):

A partir de la Conferencia (...) la comunidad de naciones adoptó una definición de salud reproductiva que permite dejar atrás la visión fragmentada que por muchos años prevaleció en relación a los diversos aspectos de la reproducción. El gran avance de este nuevo concepto radica simultáneamente en la visión integradora que formula de los diversos aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y en la conceptualización que ofrece de estas materias dentro del marco de los derechos humanos (p.130).

Estas conceptualizaciones las podemos ver reflejadas en el *apartado C* de la declaración: *La mujer y la salud*, donde se resalta el concepto de género y los estereotipos que generan las diferencias entre mujeres y hombres y su plena autonomía en su salud, considerando que la misma sufre discriminación por motivos de género. Así define que: “La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias” (p.48).

La mujer debe de contar con la capacidad de poder disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, es interesante considerar la afirmación que establece que:

“en algunos países todos los acontecimientos que ocurren en la vida de la mujer se suelen tratar como problemas médicos que terminan en intervenciones quirúrgicas innecesarias o en una medicación incorrecta” (p.49).

Siguiendo en la misma línea en el *apartado D: La violencia contra la mujer*, establece que:

La expresión "violencia contra la mujer" se refiere a todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada (...) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra (p.54).

Busca que los Estados reconozcan los mecanismos socio-políticos que le competen, mediante los que se coloca a la mujer en un lugar de subordinación frente al hombre.

Y agrega:

La violencia contra la mujer es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo (p.55).

Es desde esta perspectiva, que se contempla la violencia hacia la mujer, como una violencia basada en género, y como condición de los atravesamientos que se construyen socialmente en el *ser-mujer*, considero pertinente traer el parto como uno de los acontecimientos, que hoy, con mayor fuerza, en su proceso y acontecimiento en la vida de las mujeres, sufre violencia.

*Uruguay los instrumentos y el contexto histórico.*

Uruguay se ratifica ante la Convención de Belem do Pará el 5 de enero de 1996 (Ley Nº 16.735) y es así que nuestro país toma el compromiso de trabajar lo expuesto en la Convención. Surge también por parte del Instituto Nacional de las Mujeres (Mides), el Articulado de la Convención de Belem do Pará Uruguay, en el marco de la implementación del Primer Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades y Derechos del Uruguay, aprobado por el ejecutivo el 15 de Mayo de 2007 y sustentado en la ley 18.104. Donde se establece que: “Es responsabilidad del Estado que mujeres y hombres del Uruguay conozcan los instrumentos de derechos humanos en general y los específicos de las mujeres en particular.” (p.5)

Así mismo, como articulado, nace de la participación activa de hombres y mujeres de todo el territorio nacional y se da en el marco de varios trabajos y encuentros que culminan con su aprobación en el año 2007.

El Plan, tuvo como objetivo principal, generar un:

Instrumento integral para enfrentar las desigualdades y discriminaciones que afectan a las mujeres en función de su sexo, raza, etnia, edad, condición social, discapacidad, lugar de residencia, orientación sexual, identidad de género y creencia religiosa. Implica el desarrollo de políticas, mecanismos y actuaciones para combatir toda forma de discriminación y promover la igualdad real y efectiva. Es un compromiso de gobierno (p.5).

La importancia de las repercusiones a nivel nacional, sobre la Convención, radica en el compromiso que asume el Estado uruguayo y las políticas que acciona en contra de la violencia hacia las mujeres, tomando como concepto fundamental el género, para generar y contemplar así, una revisión y futuras implementaciones de nuevas políticas públicas. Paralelamente desde las organizaciones de mujeres se constituye la Comisión Nacional de Seguimiento de los compromisos de Cairo y Beijing (CNS Mujeres) y MYSU (Mujer y Salud en Uruguay) como una red de organizaciones de mujeres en el área de la salud que han jugado un papel relevante en impulsar y legitimar la agenda de derechos en nuestro país.

A decir de Rostagnol (2008):

Las Conferencias de Naciones Unidas (El Cairo y Beijing) colocaron el tema de salud sexual y reproductiva primero, y de derechos sexuales y reproductivos después, en la arena de los debates internacionales. De ese modo, los derechos sexuales se abrieron paso en las agendas nacionales (p.217).

#### *La violencia hacia la mujer y la humanización del parto-nacimiento.*

En noviembre del año 2000 en la ciudad de Fortaleza, Ceará, Brasil, se llevó a adelante la primer Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto.

En los puntos trabajados se vieron las necesidades de generar el mayor acceso a la información para que las mujeres tengan mayor autonomía en las decisiones, así como contar con datos más específicos que den cuenta del tipo de intervención se lleva adelante en el Hospital de referencia, por ejemplo el índice de cesáreas; resaltar la importancia de la participación de las parteras y comadronas, como el personal técnico formado y capacitado para la atención del embarazo, parto y puerperio inmediato. También se cuestiona los mecanismos técnicos que se llevan adelante de manera rutinaria, por ejemplo el monitoreo constante del ritmo cardíaco del bebé, el rasurado vaginal, la episiotomía, la rotura de membranas, así como la administración de fármacos para la aceleración del proceso del trabajo de parto.

Muchos de los puntos considerados en la Conferencia surgen de las recomendaciones de la OMS de 1985 en cuanto a las *Tecnología Apropriada para el Parto y Nacimiento*.

A raíz de ese encuentro se forma la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN) integrada por un conjunto de redes nacionales, agrupaciones y personas que proponen mejorar la vivencia del parto y la forma de nacer.

La RELACAHUPAN Uruguay fundada el 5 de noviembre del año 2000, busca en sus cometidos y objetivos principales la humanización del embarazo, parto y nacimiento, enfatizando conceptos claves como el respeto por los derechos sexuales y reproductivos, el respeto a la mujer embarazada, como ser individual e integral, el respeto a la evolución natural del proceso fisiológico del embarazo, parto y nacimiento. (Lutz y Misol, 2007).

Las organizaciones que la integran son: Nacer Mejor, Dando Luz, MYSU: Mujer y Salud en Uruguay, Casa de la Mujer de la Unión, Mujeres en Movimiento: Cerro de los Burros, Playa Hermosa, Piriápolis Ceuta (Centro de Estudios y Tecnologías Apropriadas), AUPF (Asociación Uruguaya de Planificación Familiar) (Lutz y Misol, 2007).

En la declaración de Fortaleza (2000) se establece que:

Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. El nacimiento es un proceso normal y natural (...) A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado (p.2).

La humanización del parto como movimiento y concepto, implicó e implica, la necesidad de generar espacios de discusión y problematización para poder pensar el parto-nacimiento y todo lo que allí se pone en juego, de nuestras creencias, introyectos, formaciones, discursos, subjetividades, relaciones de poder y las tecnologías apropiadas del sistema de salud, y así busca accionar el movimiento del cambio socio-político, cultural y científico-médico en favor de los derechos.

El movimiento nace ante la necesidad del cambio en las formas del parir nacer, y con la intención de hacer visible la violencia obstétrica, como forma de violencia específica que se manifiesta en los partos-nacimientos.

Entonces, ¿qué necesitan las mujeres para parir?

## **Producción de subjetividad.**

*Sexualidad(es) en el parir-nacer. Género. Psicología y Salud.*

¿Cuáles son los aportes teóricos necesarios a considerar en este trabajo sobre la sexualidad y las producciones de subjetividades en el parto-nacimiento?

Se vuelve necesario poder pensar y definir una concepción de sexualidad que contemple la construcción histórica, social, cultural y política; una sexualidad que también nos habla de las formas en las que parimos y nacemos.

Los cuerpos de las mujeres, serán el eje central para poder pensar esta monografía, eje que contendrá varias puntas, ramas, líneas y entramados; propongo una visión cronológica, histórica, cultural, política y genealógica del tema.

A decir de López (2005):

Partimos de una concepción de la sexualidad como un complejo proceso de construcción y producción socio-histórica, cultural, subjetivo y político. Producto altamente específico de las relaciones sociales, en tanto implica las diversas maneras en que los sujetos se relacionan como seres sexuados en intercambios que, como todo lo humano, son acciones y prácticas cargadas de sentido. Incluye tanto sus productos simbólicos como las bases materiales sobre las cuales se sostienen. (p.24)

Desde esta visión tomaré también los aportes de Foucault (1999) sobre sexualidad, que han sido importantes para las nuevas formas de pensar la construcción de la sexualidad y los cuerpos.

Foucault plantea una sexualidad en constante intercambio y construcción social, un entramado diverso y complejo de relaciones de poder, donde los cuerpos se van formando, atravesados constantemente por discursos.

Sin lugar a dudas, hoy podemos ver con mayor claridad estas nuevas formas de pensar la sexualidad, y debemos de tomar también los aportes del movimiento feminista, que nos permite posicionarnos en un lugar donde no se contempla lo natural y lo dado como opción válida de entender la sexualidad.

Existen dos enfoques sobre la sexualidad y es una tensión presente en esta monografía dado el tema abordado, por un lado se piensa en una sexualidad esencialista y por otro constructorista.

Durante más de un siglo la sexualidad ha sido abordada por disciplinas orientadas al "buen funcionamiento" de las personas, mediante un discurso basado en la medicina (occidental) y en la biología. En tal sentido, la sexualidad aparece como una fuerza poderosa, ubicada en la naturaleza, a la cual la cultura debe disciplinar. Algo que

puede ser controlable, y sobre todo patologizante, algo a cambiar, controlar o “arreglar”.

Las conceptualizaciones y las nociones bio-médicas se enmarcaron en la medicalización de los cuerpos y de la propia sexualidad, es decir los parámetros en los que la medicina produce saberes e interviene en diferentes áreas de la vida en sociedad (Rostagnol, 2008).

La visión construccionista de la sexualidad nos permite tener una posición donde aparece la variabilidad, entendiendo que la sexualidad no es para todos iguales ni en tiempos ni vivencias, se vuelve así importante contemplar una sexualidad histórica, intercultural e intrasocial.

Es desde esta perspectiva que me posiciono y tomaré tres dimensiones de la sexualidad: los discursos, las experiencias subjetivas y los significados que le damos a nuestras prácticas sexuales, ¿cuáles son sus fines?, ¿reproductiva?, ¿placentera?, ¿erótica?, ¿autoerótica?

Considerando lo social como entramado relacional, cada uno de los puntos que acabo de mencionar se verán atravesados y reflejados en las formas de vivir *nuestra* sexualidad.

El compromiso de la psicología será poder conectar, desde una visión crítica y ética, todas estas puntas, sabiendo que nos construimos y de-construimos en relación.

A decir de Foucault (1999):

Mostrar cómo los dispositivos de poder se articulan directamente en el cuerpo-en cuerpos, funciones, procesos fisiológicos, sensaciones, placeres; lejos de que el cuerpo haya sido borrado se trata de hacerlo aparecer en un análisis donde lo biológico no se sucederían (...) sino que se ligarían como arreglo a una complejidad creciente conformada al desarrollo de las tecnologías modernas de poder que toman como blanco suyo la vida (p.184).

El género, tal como se ha venido nombrando, servirá como categoría de análisis de las construcciones sociales del ser mujer/hombre en base a la diferencia anatómica de los sexos.

Pero el uso del término género no ha sido siempre así.

El género, como concepto, nace en la década del '50 (López Gómez y Güida, 2000); Money, médico, psicoanalista especialista en sexología introduce el concepto de rol de género para dar cuenta de la biografía y de las conductas que los padres asignan al recién nacido. Sus teorizaciones tienen aún gran vigencia en el trabajo de la identidad sexual e identidad de género. Su trabajo buscó poder interpretar o explicar, cómo

personas que habiendo nacido con sexo anatómico determinado, no sentían ser eso, o representar su sexo biológico.

Money investigó el hermafroditismo y patologías sexuales. Cuestionó la determinación genética y dio gran importancia a la educación en el proceso de construcción de identidad de género, comparándolo a la adquisición del lenguaje.

Stoller por su parte, hará aparecer el concepto de género en el campo de la medicina, más precisamente en la psiquiatría. En el '65 Stoller (López Gómez y Güida, 2000) comienza a investigar casos de niños y niñas que no se sentían representados por el sexo biológico anatómico. En sus investigaciones concluye que la educación social y familiar tiene gran peso a la hora de definir la identidad sexual de las personas.

Comienza a darse la tensión binaria entre lo biológico-natural-invariable y lo social-construccionista-variable.

El movimiento feminista y su construcción teórica se servirá en los años '60 y '80, principalmente, del concepto de género para combatir los determinismos biológicos, convirtiéndolo en su estrategia política y así denunciar la "inferioridad" de las mujeres, tomando el género como el ropaje cultural que se construye en la determinación del sexo biológico.

El movimiento feminista, comienza a teorizar en busca de cambios políticos; el concepto de género ha estado estrechamente vinculado con el desarrollo del feminismo en sus diferentes etapas. Como movimiento de lucha ante la opresión de la mujer y desde lo académico como desarrollo teórico.

Se puede identificar una primera ola como movimiento sufragista y de reconocer las dificultades del desarrollo de las mujeres en la vida pública y política, nace así el reclamo del reconocimiento de desigualdad y busca las transformaciones sociales.

La segunda ola tomará los aportes del movimiento sufragista y los ampliará en teorizaciones, tales como las de Simone De Beauvoir (Magnone, 2010). La lucha se enmarca en la libertad de decisión en el aspecto del desarrollo de la sexualidad de la mujer: legalidad del aborto, métodos anticonceptivos y control de la natalidad, entre otros.

Se preocupó por la brecha existente que experimentaban las mujeres en su realidad y los avances en materia de leyes, los cambios a los que se apuntó eran, sobre todo, desde el plano cultural. A decir de Varcárcel (2000) se buscaba: "la subversión del orden normativo heredado, que no se limitaba a lo estrictamente legal" (p.24). Es decir que lo que el movimiento feminista de la segunda ola logra poner en debate es la dicotomía existente entre lo público y lo privado, de allí surge el lema "lo personal es político".

La construcción teórica se posibilita ante la incorporación, masiva y marcada, de las mujeres en el ámbito académico educativo de nivel superior. Así, van ganando terreno en materia de gobiernos y políticas públicas. Se da la lucha por la equidad de género, como categoría para argumentar la desigualdad social y la opresión de la mujer.

Desde los '90 en adelante se da con mayor fuerza y desarrollo el aspecto académico, construyendo el género como una categoría de análisis (Scott, 1996) ya no solo viendo como se construye la historia sino cuestionando la historia de quien la ve y escribe. La lucha se da en favor de nuevas construcciones teóricas.

Scott (1996) será de gran aporte para los años '90, hace una crítica de que la conceptualización de género solo sirva para describir la identidad social y cultural. Sus aportes sirven para problematizar el uso de los determinismo, cuestionando el análisis de las relaciones sociales entre los sexos y no solo una categoría descriptiva. Su surgimiento estuvo alentado por la motivación en que la investigación de las mujeres transformaría los paradigmas de la investigación social, entendiendo que el logro de este objetivo dependería de la amplitud que obtuviese el género como categoría analítica. (Magnone, 2010)

El uso del género da cuenta de un sistema de relaciones que puede incluir el sexo o la sexualidad pero no está determinado por los mismos.

Entonces el género servirá para trabajar los elementos constitutivos de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y los significantes del poder. Así se hablará de cuatro elementos interrelacionados: lo simbólico, como construcción cultural y mítica para representar lo femenino y lo masculino; los conceptos normativos, que interpretan los significados de las construcciones simbólicas (religión, norma, ideología, políticas públicas); las instituciones en tanto amplían la familia como institución fundante y amplían los espacios de socialización en instituciones educativas, trabajo, política, entre otros; y la identidad subjetiva de la construcción e introyección del género contemplando la interrelación de los mitos, símbolos interiorizados y puestos en relación con los otros, la representación cultural y la modelización de lo institucional.

Considerando las construcciones y de-construcciones que hacen a la concepción de género, se vuelve necesario diferenciar la sexualidad del género, ya que *género* implica sexualidad, placer, sexo y también relaciones sociales y acciones políticas y relaciones de poder.

Es desde esta perspectiva que quiero tomar el parto como acto político; considero pertinente tomar el concepto de género en tanto crea discursos que atraviesan, forman, construyen y de-construyen lo que se espera de una mujer al parir.

Ante este trabajo, es pertinente también, traer los aportes de Lamas (2002) que nos hablan de la importancia de las consideraciones de la construcción en base a la diferencia anatómica de los sexos. A decir de la autora, esta consideración por sí misma, no generará cambios en las políticas, sino que los gobiernos deberán de asumir el compromiso en un movimiento de “arriba hacia abajo”, es decir, direccionar las acciones del Estado. Lamas habla de un movimiento contrario a lo que el movimiento feminista acciona, en tanto mueve desde “abajo hacia arriba” como reclamo, como movimiento social y construcción académica que “hace fuerza” a lo político.

Los cambios socio-políticos influyen en la vida pública y privada de los hombres y mujeres; se trata de generar políticas transversales que contemplen todo lo que se pone en juego, desde una perspectiva de género, las relaciones que se dan en el plano de lo subjetivo y de lo simbólico, donde se accionan las diferencias anatómicas de los sexos, en lo que “se espera” de un hombre o una mujer.

La concepción de subjetividad en la construcción del género, nos permite observar y salir de la determinación del sexo, macho-hembra, pensar el género y la construcción de la(s) subjetividad(es) posibilita analizar o evaluar, las expectativas sociales y parentales, en función del sexo biológico de los sujetos, pensar así en nosotros mismo, en tanto el género es parte de nuestro cuerpo, de nuestra psique y se pone en juego en relación a nuestras conductas sociales.

Dirá Lamas (2002): “Este orden simbólico del género, vinculado a condiciones materiales y a prácticas sociales, es un sistema de poder y por ello constituye un campo de lucha política” (p.15).

El término patriarcado tiene como raíz etimológica el “gobierno de los padres” y ha sido utilizado históricamente de modos muy distintos. En el marco de la segunda ola del feminismo, las radicales estadounidenses lo han resignificado para referir a la institucionalización de la dominación masculina sobre el colectivo de mujeres. El patriarcado es entendido así como un sistema de poder, un orden socio-moral y político que mantiene y perpetúa la jerarquía masculina (Válcarcel, 2000) y como una estructura constante y universal, que se puede encontrar en diversos sistemas políticos y económicos desde los inicios de la historia. El patriarcado, además, se concibe como un sistema básico de dominación, en el sentido de que sobre éste se levantan el resto de las dominaciones.

Entonces, ¿Cómo se posiciona hoy la psicología en relación a la salud sexual y reproductiva?

El Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay impulsado por MYSU (2012) expresa:

Recientemente comenzaron a realizarse diagnósticos e investigaciones que analizan la salud desde la mirada de género. Esta perspectiva, sin excluir las diferencias biológicas, estudia cómo los roles sociales, relaciones de poder y estereotipos que configuran las relaciones jerárquicas entre los géneros, son factores fundamentales en la promoción, protección o impedimentos para el goce de la salud. (p.7)

El nuevo enfoque de salud reproductiva, intenta trascender las visiones que privilegian "el binomio madre-bebé" (Magnone, 2010) y considera los derechos de las mujeres desde la perspectiva de salud reproductiva.

Tal como Magnone (2010) cita de López Gómez:

Se entiende que el cuerpo de las mujeres es el campo donde se anuda y donde anida el ejercicio de poder de género. La sexualidad y las decisiones reproductivas serán un locus privilegiado de análisis de las relaciones de poder entre los géneros (...) -se intenta- identificar y modificar las causas que estructuran las relaciones de poder, y que colocan a las mujeres en una posición de subordinación, incidiendo en el acceso y control de los recursos de la salud para su propio beneficio. (p.28)

Por lo tanto las nuevas visiones de la sexualidad entenderán que los estudios de la misma no dependen exclusivamente de una disciplina, se busca por tanto un descentramiento epistémico y académico que abra el territorio del análisis desde una perspectiva compleja e interdisciplinaria (López Gómez, 2005).

Siguiendo con la línea de los aportes teóricos que he considerado hasta ahora para la monografía, es necesario poder acercar datos históricos que posibilitan la visión *genealógica*, en términos foucaultianos, en tanto nos abre la posibilidad de pensar cómo se han construido ciertas *verdades* sobre el parto y el cuerpo de la mujer.

Si hablamos de nacimientos, necesariamente tendremos que hablar de las formas de nacer a lo largo de la historia, y poder así articularlo con la actualidad, en tanto construcción social, cultural y política. Tomar contacto con cómo se ha constituido el cuerpo humano en el entramado social y especialmente el cuerpo de las mujeres.

Foucault (1992) en relación a esto, en su texto: *Nietzsche la genealogía, la historia*, nos plantea:

El cuerpo: superficie de inscripción de los sucesos (...) La genealogía, como el análisis de la procedencia, se encuentra por tanto en la articulación del cuerpo y de la historia. Debe de mostrar al cuerpo impregnado de historia, y a la historia como destructor del cuerpo. (p.14)

El cuerpo ha sido elemento de control; las diferentes formas en que se ha mostrado el poder, termina siempre afectando a los cuerpos, no podemos pensar sino en términos de las afecciones corporales; no hay pensamiento sin cuerpos.

Pensando en los modos de subjetivación que se han dado a lo largo de la historia, Foucault (1999) dirá:

El cuerpo está aprisionado en una serie de regímenes que lo atraviesan; está roto por los ritmos del trabajo, el reposo y las fiestas; está intoxicado por venenos --alimentos o valores, hábitos alimentarios y leyes morales todo junto; se proporciona resistencias (p.19).

En la historia operan los poderes y se imbrican los saberes y en este sentido la genealogía es un saber histórico que da cuenta de procesos sociales que son inseparables del surgimiento y desarrollo de determinadas categorías de conocimiento y verdad.

El concepto de control no necesariamente habla de una “guerra” o enfrentamiento entre las partes, sino más bien, relaciones, entramado, formas de hacer y decir-nos de los sujetos en acción; poniendo en juego sentimientos, valores, ideas.

El *poder* desde el abordaje de Foucault es productivo y no sólo represivo, constitutivo de toda relación social, organizado como un dispositivo de control. Según Foucault, para analizar el poder, debemos dejar de pensar que existe un poder absoluto, sino, diversas relaciones de poder que se despliegan dentro de la (las) cultura. No se queda en la distinción de quienes lo tienen y de los que no lo tienen. El poder es una construcción móvil, no es exclusiva de una persona ni grupo, dándose en el entramado social como forma de relaciones que dependen del momento socio-histórico y cultural.

Haciendo referencia al tema que me convoca, considero pertinente poder pensarlo también en término de *agenciamientos* (Deleuze, Guattari, 1977) como entramados que dan sentido a las prácticas sociales. Todo agenciamiento es colectivo y pone en juego poblaciones, multiplicidades, afectos, intensidades, territorios. Hablamos, accionamos y pensamos desde un agenciamiento, esa línea imperceptible que atraviesa las ideas, los cuerpos, los elementos en juego; es lo que sostiene las relaciones.

Deleuze y Guattari (1977) en su texto *Rizoma* definen que:

Un agenciamiento es precisamente ese aumento de dimensiones en una multiplicidad que cambia necesariamente de naturaleza a medida que aumenta sus conexiones. En un rizoma no hay puntos o posiciones, como ocurre en una estructura, un árbol, una raíz. En un rizoma sólo hay líneas. (p.2)

Esas relaciones y conexiones se ven en nuestra vida cotidiana y las formas de parir-nacer no quedan ausentes.



## Historia del parir.

*Cuerpos y placer, mujeres como objeto de control patriarcal.*

¿Cómo hemos parido las mujeres a lo largo de la historia?

Hutter (2010) en su texto *¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto*, como médica y periodista, rescata y aporta datos realmente significativos en base a documentos e historias, para lograr un relato atrapante y contundente; su libro ha sido de gran aporte en la realización de esta monografía.

El camino que se emprende en la lectura de su texto, nos muestra historias de vida, muerte, vivencias, acontecimientos en torno al parto. Relatos y datos por momentos muy crudos, que ponen el foco en la historicidad de los sucesos. La lectura de su libro me permitió nuevas interrogantes ante la construcción de un saber científico-médico que ha dominado en las últimas décadas, las decisiones de cómo se dan los partos-nacimientos.

Considero pertinente aclarar que la autora refiere a datos de los Estados Unidos y Europa, pero entiendo sumamente significativo la herencia de esos saberes en nuestros territorios.

¿Cómo nace la obstetricia como disciplina médica? ¿Qué verdades la atraviesan?

En la Antigüedad y la Edad Media el parto era un asunto que solo trataban las mujeres, entre ellas. Las comadronas eran las encargadas de acompañar a la parturienta en su trabajo de parto, parto y puerperio inmediato; utilizando técnicas y remedios que habían heredado de generación en generación. Yuyos y plantas para el dolor entre otros conocimientos.

Tal como plantea Hutter (2010), el dolor ha sido tomado como indicador de buena madre. Es decir que si las mujeres toleraban bien el dolor en el parto, podrían ser buenas madres, y tolerar otros "dolores" de la crianza. Desde aquellos tiempos se daba la creencia de que las mujeres de estratos sociales más bajos soportaban más el dolor, una construcción socio-cultural en base al dolor y al rol social que ocupaba la mujer en su vida privada y económica. El dolor será una línea de atravesamiento de la historia del parir, no sólo como construcción subjetiva, sino también como reclamo y fuente de cambio en las prácticas de la obstetricia actual.

Pero algo comenzó a suceder en la Edad Media, la caza de brujas (Magnone, 2010) comenzó, entre otras cosas, a matar y sacar poco a poco a las comadronas, parteras y curanderas de los partos, en el entendido que las mismas no contaban con el

conocimiento *real* que las habilitaba a desempeñar ese papel; así el profesional médico enteramente masculino, fue desterrando a las parteras, se ponía en tela de juicio su accionar y se iniciaba así, el enfrentamiento entre la “inteligencia del saber médico masculino” y la tradición de la mujer comadrona, dejando de ser el parto, en un cierto sentido, un viaje sagrado y espiritual a convertirse en un acto médico (Hutter, 2010).

Podemos identificar una construcción religiosa del dolor. “La mujer se merecía parir con dolor” (Hutter, 2010, p.19) Sin lugar a dudas la presencia de los ritos y la construcción anatómica y mística del cuerpo de la mujer cumple un papel fundamental en nuestra sexualidad actual, entre humor y asombro se puede leer datos que cumplen, aún hoy, aspectos fundamentales en las vivencias y subjetividades del placer y nuestro propio cuerpo.

En palabras de Hutter (2010):

¿Se sintieron las mujeres aliviadas cuando los hombres irrumpieron en el proceso del parto para ayudarla? Pues no está muy claro. Por un lado, les alegró que interviniera alguien supuestamente experto en la materia. Por otro, sabían que los médicos venían armados con maletines repletos de herramientas afiladas. En cualquier caso, las mujeres se vieron por primera vez en la tesitura de tener que decidir hasta qué punto querían que el nacimiento de sus hijos fuera un asunto íntimo. Cuándo pedir medidas extraordinarias y cuándo dejar que la naturaleza siguiera su curso. Este debate comenzó en el siglo XVI, pero su vigencia continúa en el siglo XXI. (p.32)

Los médicos se fueron dotando de herramientas para el parto, marcando la diferencia notable de las formas del parir-nacer, hasta ese entonces conocidas.

Cabe traer ahora, la historia del fórceps, como una de las grandes y más controversiales herramientas en la historia de los partos. La historia de la creación del fórceps data de 1569, y es por demás bizarra; trae consigo la historia de la lucha de poder y prestigio de una familia que mantuvo oculto su secreto, su herramienta “*mágica*”.

La familia Chamberlen en palabras de Hutter (2010): “eran una astuta dinastía de médicos que supo hacerse con una clientela adinerada” (p.31). La posibilidad de contar en un parto con un Chamberlen, era señal de buen pasar.

Se ganaron poco a poco el prestigio de ayudar a las parturientas y a sus bebés a “salir” sin muchas dificultades.

La herramienta era utilizada y ocultada a los ojos de la parturienta, la misma era intervenida bajo una sábana que la cubría, y en algunos casos, solo para asegurar el secreto, se les vendaba los ojos. Sin duda que estos médicos carecían de

conocimiento *real*, el conocimiento se adquiría en base a ensayo y error de la técnica y herramienta, lo que ocasionó accidentes y muertes.

Parece por demás importante estos datos en la construcción de la práctica obstétrica, desde un saber médico y científico más relacionado al poder que al conocimiento y reconocimiento como tal.

Cuando en 1813 fue encontrada por accidente, la caja que ocultaba la herramienta del fórceps, se pudo descubrir que tan solo se trataba de dos cucharones unidos por una cuerda.

Pero el fórceps como herramienta obstétrica no murió ahí, si bien se consideraba peligroso en su manipulación, la herramienta se fue perfeccionando y su uso se fue justificando, sobre todo en la construcción de una visión naciente de la “mujer frágil” de clase alta. La utilización del fórceps se da hasta nuestros días, pero en palabras de Hutter (2010): “El fórceps, aunque en ocasiones, salva vidas, nunca volverá a ser tan popular como lo fue en el pasado. La cesárea lo ha sustituido como opción por defecto cuando el parto no progresa” (p.45)

Pero, ¿Qué cuerpos estuvieron al servicio de los avances de la ciencia y la obstetricia? ¿A qué mujeres se quería ayudar?

#### *Las esclavas y su contribución a la ginecología.*

Las consideraciones actuales de la ciencia en base a las responsabilidades éticas, critican el uso del cuerpo para prueba del avance de la ciencia a favor de algunos y en los cuerpos de *otros*. La historia de la obstetricia como ciencia médica no escapa a ellos. Uno de los mayores descubrimientos o soluciones que se dieron por parte de la medicina obstétrica al cuerpo de las mujeres, sobre todo las que sufrían importantes desgarros vaginales como consecuencia del parto, fue lo que el médico, Marion Sims, investigó en 12 esclavas de la ciudad de Alabama, a quienes operó en reiteradas oportunidades, sin anestesia y en condiciones lamentables.

Sus intervenciones médicas a las esclavas eran vividas como espectáculos por varios estudiantes, Sims, habría inventado también el espéculo, un instrumento que ayudaba a abrir las paredes vaginales con el fin de poder “verlo todo como ningún hombre lo había visto antes” (Hutter, 2010, p.53).

¿Por qué en el cuerpo de las esclavas?

Nuevamente la construcción del dolor, hacía considerar que las “mujeres blancas” no soportaban de igual manera que las mujeres negras. La contribución de Sims sin lugar a dudas fue de valiosa relevancia y muestra cómo y en quienes se ha depositado la experimentación, ya no solo el cuerpo de la mujer en sí, sino de la mujer pobre y negra; las motivaciones de Sims no fueron más que la contribución a una solución que las mujeres padecían desde siempre, los modos a los ojos de hoy son los que son

imposibles de aceptar, pero también nos impulsan a pensar en la construcción de los avances de la ciencia y la medicina en el hoy.

### *Las casas de partos, ¿solución a qué?*

La muerte como hecho y como preocupación de la medicina, toma mayor relevancia en la Modernidad, cuando el cuerpo comienza a ser considerado como algo a ser intervenido, mejorado (Foucault, 1999) es así, que en la construcción de los nacimientos, la muerte no puede estar ausente, como hecho histórico, pero también como acontecimiento e intervención médica y política.

El impulso de buscar una respuesta a la *fiebre puerperal* (Magnone 2010, Hutter 2010, Floyd, 2004), buscar responsables y/o culpables, llevó a que los médicos exhortaran a las mujeres a ir a parir a los hospitales, en el 1900 sólo el 5% de las mujeres parían en los Hospitales, la mayoría de ellas pobres e inmigrantes, que servían a su vez como campo de intervención a una medicina obstétrica en auge de expansión; pero hacía los años '30 la cifra ascendía a la mitad de las mujeres.

¿Qué llevó a las mujeres a salir de sus casas al Hospital?

Los pocos estudios de la época demostraban que las infecciones y/o muertes post-parto se daban con mayor prevalencia en los hospitales, sin embargo en las primeras décadas del 1900 el aumento de la concurrencia de mujeres a los hospitales es enorme (Hutter, 2010, Magnone, 2010) y las mujeres seguían muriendo en cifras alarmantes.

Costó mucho que los médicos adquirieran el conocimiento de los gérmenes y entendieran a que se debían las infecciones, y mucho más difícil fue que asumieran que la propagación de las infecciones se debía a la manipulación de cuerpos infectados por ellos, que multiplicaban a medida que atendían a otras mujeres. Nada de eso pudo contener la incipiente necesidad de institucionalizar los partos.

Entrado el siglo XX, se gesta la consolidación del saber médico a disposición del control y la regulación de las prácticas maternas, desplazando paulatinamente a las mujeres en su rol protagónico (Darré, 2013). En este proceso, la medicina, de la mano de la puericultura, se instaura como una disciplina dispuesta a establecer los buenos o malos hábitos de la condición femenina. Para Darré (2013) los antecedentes de tales conceptualizaciones se pueden rastrear incluso más atrás a través de la divulgación de libros de moralistas católicos y médicos higienistas de fines del siglo XIX. En algunas obras se puede reconocer que la información otorgada, en base a manuales, permite la "autoapropiación del parto y de los primeros cuidados por parte de las mujeres y en el que es posible imaginar un escenario sin médicos" (p. 23).

Las primeras clínicas de maternidad surgen también con la difamación de la práctica de la partería, las parteras seguían siendo las mujeres que acompañaban a otras mujeres en el parto; las parteras eran mujeres mal pagas y en el comienzo del siglo XX

podemos identificar una campaña de desprestigio hacia las parteras, llevada adelante por los médicos (hombres). La constante tensión entre la formación vs la desinformación que había formado parte de la disputa histórica, se intensifica con el advenimiento de la medicina moderna, lo que interesa resaltar es que la historia de la obstetricia no muestra tal conocimiento sino más bien, enseñanzas por “accidente” o por poder y dinero. Sin embargo las mujeres poco a poco fueron entregando su cuerpo y el cuidado del mismo a un poder médico que construía su prestigio y credibilidad en base al miedo y los discursos de poder, junto con mecanismos de control.

La incorporación del parto-nacimiento en el ámbito hospitalario, trajo consigo el movimiento de comenzar a generar espacios rutinarios para atenderlo, como una máquina (Hutter 2010, Magnone 2010, Davis Floyd, 2001), el *control* del parto poco a poco se va instaurando como prevención ante posibles complicaciones y el cuerpo de las mujeres se convierte así en algo a intervenir. En las décadas siguientes se imponen los mecanismo rutinarios en la atención del parto, la higiene, el cuidado y aseo personal; las mujeres comienzan a ser rasuradas , sobre todo las mujeres más pobres por considerarlas menos higiénicas (Hutter, 2010), la práctica de enemas y lavados vaginales se vuelve requisito indispensable para la parturienta.

¿Qué efectos de esto podemos ver en Uruguay?

Cabe hacer mención a continuación las repercusiones en nuestro país, solo a los efectos de poder ir considerando los datos históricos en el orden cronológico que los vengo presentando.

Los registros históricos del Uruguay del '900 entrando en la Modernidad, dan cuenta de cómo poco a poco la medicina fue ganando terreno, y la salud pasó a formar parte de los modos de subjetivación más fuertes de nuestra sociedad.

Las mujeres que antes parían entre ellas, y en sus casas, con parteras, y nadie dudaba de la sabiduría de la *matrona*; ahora elige al médico; la mujer poco a poco va entregando su cuerpo al “cuidado” de la ciencia: quien con el discurso de *verdad* va entrando en lo más íntimo de las familias. La familia se ve como ese otro lugar donde se puede llegar, a través de los discursos de higiene, reposo y vigilancia (Barrán, 1992).

Con la industrialización de la sociedad se van generando nuevas formas de pensar-se, de crear-se, nuevos modos de subjetivación; los modos de producción, los discursos, la vida cotidiana, el cuerpo no escapa a ello; el hospital pasa a ser el lugar a donde la clase obrera va a parir.

El hospital comienza a servir de campo de intervención e investigación, la mujer, su bebé y el parto-nacimiento se van industrializando, “mecanizando”.

Foucault (1999), a través del concepto de *biopolítica*, nos habla de una realidad que hoy podemos ver con mayor claridad, y que podemos vincular con el tema planteado.

En la Modernidad la vida y lo viviente pasan a ser el nuevo reto de las políticas y economías dominantes; recordemos que el capitalismo genera grandes cambios socioeconómicos a los que Foucault hace referencia. Comienzan así a funcionar los dispositivos de *poder* y de *saber* teniendo en cuenta los *procesos de la vida* y con ello la posibilidad de controlarlos y modificarlos. Desde el cuerpo, la fuerza, la vitalidad, la vida misma puede ser modificada. El poder sobre la vida, es lo que Foucault denominó *Biopoder*.

A decir de E. Díaz (2005) “El poder siempre se ejerce en nombre de ciertas verdades. Por otra parte, quienes consiguen imponer verdades están apoyados en algún tipo de poder.” (p.30)

Retomando los aportes de Barrán (1992) y su historia de la medicina en el Uruguay del ‘900, vemos el nacimiento de una clase médica, poderosa y en aumento, que insta un discurso de *verdades*. Como he señalado antes la medicalización del parto se ve estrechamente relacionada con el advenimiento de la industrialización y el capitalismo y las nuevas formas de *vida*. Los cuerpos pasan a ser comparados y tratados como máquinas; importan su *eficacia* y *productividad*.

A decir de Hutter (2010):

¿Cuándo se convirtió el embarazo- que durante un tiempo se consideró una parte más de la vida normal de una mujer- en una patología, en un diagnóstico que necesita una terapia específica supervisada por expertos? (p.15)

El concepto de salud que emergía como necesidad socio-cultural y política contó con el apoyo de la medicina, quien se puso al servicio de ese concepto de salud y fue funcional al orden establecido (Barrán, 1992).

En lo concerniente a la salud reproductiva de las mujeres, esto se manifiesta en la generalización del parto hospitalizado a partir de la década del cincuenta. Se da paso así a la instauración del *biopoder* en el parto-nacimiento; es decir, la sociedad se va configurando fuertemente normalizadora (Rostagnol, 2008).

### *El sueño crepuscular barbitúrico*

El movimiento feminista de los Estados Unidos de la primera ola, impulsó y defendió el “sueño crepuscular barbitúrico” como solución al dolor en el parto. De Beauvoir (1981) expresó tal movimiento ante el conocimiento y avance científico-médico, entendiéndolo como los caminos para liberar a las mujeres de su sufrimiento a la hora de parir: “Los métodos de la anestesia están en vías de desmentir la afirmación bíblica: <<Parirás con dolor>>” (p.585)

El sueño crepuscular barbitúrico implicó la utilización de drogas que generaban el olvido del momento del parto, del dolor del parto. Un cóctel tóxico de morfina y escopolamina (Hutter, 2010) que el movimiento feminista tomó como reclamo para poner al servicio de las mujeres los “avances de la ciencia”, ésto implicó un acto de

rebeldía socio-político, y una nueva condición que creían necesaria en la concepción del *ser-mujer*.

Pero a decir de Hutter (2010):

Los artículos no mencionaban que a las mujeres se les ataba y se les vendaban los ojos mientras se retorcían y gritaban durante el parto. Para mantenerlas quietas y para que los médicos pudieran sacar a los niños, las enfermeras les ataban los brazos a los barrotes de la camilla y las piernas a los estribos con correas de cuero. Algunas habitaciones tenían “cunas” acolchadas, camas profundas que impedían a las mujeres caerse al suelo mientras se retorcían de dolor. Tampoco se mencionaba que los fármacos administrados disminuían las contracciones uterinas, causaban alucinaciones y le provocaban dificultades respiratorias al bebé (p.92)

Pero el pedido de un parto sin dolor, como bandera del movimiento feminista de los EE.UU de los años 20´ se trató de un reclamo que solo consideraba a una clase media-alta, ya que las pobres seguían pariendo “con dolor” podían soportarlo y sobre todo, volver al trabajo, sin licencia maternal.

A decir de Hutter (2010): ¿Por qué las feministas defendieron tan ardientemente una técnica tóxica que deliberadamente empequeñecía el papel de la mujer en el paritorio? (p.95).

Para ellas la campaña contra el dolor en el parto implicaba la lucha por la igualdad de derechos, las feministas de los años ´14 y ´15 exigían dar a luz a sus hijos como querían.

Magnone (2010) dirá:

De Beauvoir a la vez que aporta argumentos para la libertad de decisión de las mujeres sobre su cuerpo reproductivo, muestra una concepción sobre gestar y parir como pertenecientes al mundo de la intrascendencia, en donde la acción reproductiva es una repetición no creativa para la supervivencia de la especie (p. 16)

El dolor en el parto en las sociedad industrializada era tomado como el signo de debilidad en las mujeres modernas, “la moda de las mujeres enfermizas” (Hutter, 2010, p.90).

*¿Cuándo y cómo lo psicológico comienza a jugar un papel importante en la historia del parir?*

Los mecanismos intrapsíquicos y emocionales que nos hacen considerar nuestras decisiones, se deberán en parte a nuestras vivencias subjetivas de lo que hemos “mamado” y sobre lo que hemos construido, sobre todo en base a las relaciones de mayor identificación, así las decisiones que tomamos en base a lo que consideramos mejor para nuestra salud, se deberán entonces también, a respuestas a fuerzas

políticas, hábitos y costumbres y no meramente a impulsos o reacciones ante los avances científicos. Entonces tal vez nuestras decisiones puedan ser beneficiosas o no, para con nosotros.

### *¿Qué quiero? ¿Qué necesito?*

La construcción de las formas del parir, vienen acompañadas de la construcción de una maternidad, la mujer así se ha identificado a lo largo de la historia, y como hemos visto ha llevado a las mayores formaciones y de-formaciones del cuerpo femenino.

Pero, ¿qué pasa con las mujeres que no quieren o no pueden ser madres?

La infertilidad femenina tuvo el aporte de la intervención del psicoanálisis, el descubrimiento de las afectaciones de las hormonas y psiquis en el cuerpo, dio lugar a una nueva intervención, la misma consistía en la posibilidad de modificar algo que pasaba “dentro del cuerpo”, había algo que podía como mecanismo inconsciente, hacerme perder la capacidad de gestar. Así, en el 19.. aparece el caso de Sylvia (Hutter, 2010) que ante la imposibilidad de gestar y sostener una maternidad es obligada a ir a terapia psicoanalítica. La misma se asemejaba más a una terapia de conversión, en tanto su objetivo era ayudar a “acomodar” lo que había mal a la interna del cuerpo. Entonces lo malo ya no vendrá solo del afuera sino que el nuevo lugar de lo ajeno, se encuentra dentro, y se construye la posibilidad de modificar lo que en mí no me deja ser madre.

Lo importante a resaltar del caso de Sylvia, es que la misma al ser intervenida durante años, logrando quedar embarazada, expresa, contrariamente a su terapeuta, su necesidad o no necesidad, de ser madre, sencillamente no lo quería. El peso de la decisión de no querer maternar, no podía ser considerado como opción dentro de la “norma”. Hasta nuestros días podemos ver como las mujeres se construyen en maternidad y el peso que le damos a ella.

A decir de Hutter (2010) el nacimiento de un niño “es una maravillosa mezcla de ciencia y tradición” (p.13)

Darré (2013) reflexiona sobre la cinematografía, que, según ella, resulta útil «para mostrar cómo una tecnología construye la representación de género y cómo un sujeto, enfrentado a la misma, la asimila subjetivamente». Para Darré, la imagen cinematográfica supone una cámara que enfoca y define, y que constituye una técnica de gobierno y de autogobierno para las mujeres.

### *Posturas en el parto.*

La medicalización y posterior institucionalización del parto trajo consigo una serie de modificaciones importantes, entre ellas, la postura en la que las mujeres llevan adelante el trabajo de parto y parto. La posición supina, acostada boca arriba y piernas en alto, se encuentra sujeta al beneficio de la comodidad del ginecólogo y el personal

técnico. La quietud de la mujer y la permanencia de la misma en un lugar fijo como la cama, supone mayor control sobre la misma y mayor control sobre la “higiene del espacio”. Sin embargo la evidencia científica demuestra lo contrario, y las recomendaciones internacionales van en la misma línea de la libre elección del movimiento y postura. La mujer que puede contar con una libre postura y movimiento suele desarrollar un mejor trabajo de parto y parto en términos fisiológicos, pero también en los aspectos psico-emocionales.

La construcción de las posturas del parir dan cuenta de los mecanismos en el que el cuerpo de las mujeres hemos parido, lo que hoy se toma como novedoso, por ejemplo el parto vertical, ha sido por siglos la postura que las mujeres elegían al parir, en cuclillas, cuatro patas, colgadas de los árboles, apoyadas en sus comadronas.

La historia cuenta que el Rey Luis XIV (Rey Sol) hacía parir a sus mujeres en la cama, acostadas boca arriba, de tal forma que él sentado en el trono pudiera ver nacer a sus hijos.

En el modelo actual la autoridad y responsabilidad recaen sobre el médico y no en la mujer la imposición de la posición de litotomía coincidió con la entrada en la escena del parto de los hombres médicos; la industrialización de Europa en los partos se trasladan a los hospitales para lo cual se construyen grandes maternidades en las que acoger a una gran cantidad de mujeres, y ante el aumento de la demanda en la asistencia de parturientas, los médicos comienzan a atender encontrando una manifiesta comodidad en tener a las mujeres tumbadas para las exploraciones y la extracción del bebé. Todo ello va generando también en la construcción subjetiva del papel del médico que encarna un status de superioridad (Davis Floyd, 2001) por el simple hecho de que el médico adopta una postura corporal por encima de la mujer, clara señal de dominio la del médico arriba y dependencia la de la mujer por debajo. Si la mujer adoptara la posición vertical en el proceso del nacimiento, sería el médico quien habría de bajarse y es inadmisibles para una gran parte, si no todos los médicos.

En el modelo tecnocrático (Davis Floyd, 2001) se define el cuerpo como máquina y se establece una alienación con el sistema hospitalario, en ese estado psico-emocional caracterizado por la pérdida del sentimiento de la propia identidad se genera una relación entre médico y paciente, en la que la noción de que la parte privada de la mujer, la parte emocional, queda perdida y es la parte cuerpo-mecánica de la mujer sobre la que recae toda la atención de los médicos, sin establecer un intercambio con la mujer como persona, como totalidad.

Lo que podemos observar hoy, la mujer una vez ingresada al centro hospitalario deberá de cumplir con las normas establecidas, entre ellas, ponerse un camisón o bata y se le practicarán reiterados tactos vaginales para controlar la dilatación, se le limitará el acceso a comida o bebida, será monitoreada para mayor control de los

latidos fetales, todas prácticas rutinarias sin fundamentos científicos contundentes, ello posiblemente genere más miedo que seguridad en la mujer.

A decir de Magnone (2010):

El sistema pasa por alto el dolor y pretende cuerpos dóciles esperando ser intervenidos. El poder simbólico del mandato médico es tan fuerte que la mayoría de las mujeres pierden la noción intuitiva de qué tipo de posiciones las favorecerían en el trabajo de parto y parto (p. 101).

El desencadenamiento del trabajo de parto trae consigo la presencia de una hormona llamada oxitocina, la capacidad generadora del cuerpo en el trabajo de parto y parto de esta hormona se vincula estrechamente con la capacidad de la mujer de sentir placer, y responde si la mujer no se siente amenazada, es decir si la adrenalina no se hace presente como contraparte.

En los tiempos que corren cada vez más las mujeres “necesitan” que la oxitocina sea ingresada al torrente sanguíneo y a su cuerpo de manera sintética y artificial.

De hecho hoy en día la incorporación temprana de las intervenciones hospitalarias terminar por provocar una cascada de intervenciones y es lo que se cuestiona como posible factor del alto índice de cesáreas en nuestro país; la OMS establece que las mismas no pueden superar el 15% de los nacimientos, sin embargo Uruguay ya ha superado el 50%.

Existe un paralelismo fisiológico entre el orgasmo y el parto, perceptible en el aumento de la hormona oxitocina que es la responsable de la excitación sexual y de las contracciones uterinas en el momento del parto, el orgasmo es también una contracción uterina. Por otro lado la secreción de esta hormona tiene incidencia en el sistema nervioso simpático, potenciando emociones como el amor. Así como la concepción fue fijada desde las premisas cristianas y falocéntricas con base metafísica, inmaterial y abstracta, el parto medicalizado e institucionalizado, ha intensificado el “corte” con el proceso *normal* (Rodrigáñez, 2007) de secreción de ésta hormona. De hecho cada vez existen mayores registros de partos orgásmicos que suceden en la intimidad de los hogares.

*Las nuevas visiones en cuanto al parto y la construcción de la sexualidad femenina.*

Si el cuerpo de la mujer no es una máquina, ni está al servicio de la ciencia para ser intervenido y controlado, si el cuerpo y el parto vuelven a estar en manos de las mujeres, ¿de qué sexualidad(es) hablamos?

Estas posturas plantean asumir la capacidad generadora del cuerpo de las mujeres, considerándola como fuente de placer, conocimiento y poder específicamente

femeninos. Siguiendo a Rich (1976), la misma trae la diferencia entre la experiencia maternal, como la relación potencial de las mujeres con la reproducción y la institución maternal, cuyo objetivo es asegurar que este potencial y las mujeres permanezcan bajo el control patriarcal; desde estas visiones se intenta desligar la maternidad de las representaciones hegemónicas que aseguran la permanencia de las mujeres bajo el control masculino. Rich nos invita a una *identificación primaria con otras mujeres*, a través del *rescate de nuestras madres* y el linaje de amor.

También por su parte Casilda Rodríguez (2007) en su texto: "Pariremos con placer" expone:

La ordenación patriarcal de las cosas se mantiene reduciendo la sexualidad a la genitalidad, puesto que una de sus principales premisas es la de atajar toda la sexualidad espontánea que no sea falocéntrica, coital y adulta. Así es cómo se sustrae la maternidad de la vida sexual de la mujer, dejando en manos de la medicina las manipulaciones necesarias para hacer funcionar su fisiología sin libido; es decir, institucionalizando una maternidad robotizada, que afirma a la madre patriarcal (p.18)

## **Políticas públicas en Uruguay con respecto a los partos-nacimientos.**

### *Consideraciones normativas.*

*¿Cuándo la humanización del parto comienza a ser un problema de Estado?*

El nombrar tiene una dimensión societal, en lo que pasa en el espacio público en general y en lo privado, pero también una dimensión política más estrecha vinculada a los temas que entran en la agenda de discusión política y que reclaman ser atendidas por el Estado y pueden o no materializarse en acciones concretas como leyes y normas.

*¿Qué leyes y/o marcos legales hay en violencia obstétrica- parto humanizado en Uruguay?*

Con el advenimiento de la izquierda al gobierno desde el año 2005, se comienzan a dar en nuestro país movimientos políticos importantes que contemplan un compromiso del Estado para el cumplimiento y respeto de los derechos humanos. Es así que dentro de estos movimientos, la humanización del parto va tomando forma como concepto y como problema. Se piensa en qué cosas atraviesan el momento de parir-nacer, se habla de derechos, y se crean nuevas guías por parte del MSP, que contemplan la visión del género en la construcción de los derechos sexuales y reproductivos.

Si bien estos datos dan cuenta de algunos cambios y movimientos favorables dentro del Estado y las instituciones, el movimiento viene siendo lento, de hecho no existe un órgano encargado de velar por el cumplimiento de estos derechos y casi siempre cae en manos de los acontecimientos, dependiendo, considerablemente de quién y cómo "quiera" asistir el parto-nacimiento.

También se reconocen las tensiones y resistencias que se dan ante lo que pasa a "ser nombrado", por ejemplo las leyes sí hablan de humanizar el parto, pero no se contempla la violencia obstétrica como factor de des-humanización.

### *Marco Legal formal.*

En base a las nuevas consideraciones conceptuales y políticas considero pertinente poder tomar los aportes en materia de leyes de nuestro país, ante las construcciones del parir-nacer.

La Ley N° 18.426. Defensa del Derecho a la Salud sexual y Reproductiva (2008) establece el compromiso del Estado en la garantía del pleno ejercicio de los derechos. Considerando que los mismos deben de ser acompañados en la implementación de políticas públicas, así el parto humanizado aparece en su artículo 3 inciso c):

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.

Así mismo se establece que el MSP es quien debe de generar las políticas y normas institucionales en lo que respecta a los partos-nacimientos y se considera importante que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas pertinentes en base a la información que se le otorga. Las consideraciones de la presente ley se enmarcan en las construcciones de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

La Ley N° 17386 del 23 de agosto del año 2001 establece en su articulado que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tiene derecho a estar acompañada de una persona de su confianza considerando la especial importancia de contar con apoyo emocional.

La Ley N° 17.565 del 1ro de octubre del año 2000, trata de los establecimientos donde se asistan parto y dispone la obligatoriedad de contar con una partera interna de guardia para la asistencia de los partos. También establece que las mismas pueden actuar por sí mismas o como colaboradoras de los médicos.

En el Documento Técnico de Maternidades del 23 de noviembre del 2012 el MSP expone las consideraciones que cree debe contar todo centro que asista partos-nacimientos.

¿cómo tienen que ser los lugares donde las mujeres van a parir?

Las consideraciones que presenta el Documento sirven para pensar qué tipo de intervención se piensa en los partos-nacimientos de nuestro país.

La incorporación de este Documento obligó, entre otras cosas, al cierre de varias maternidades pequeñas del interior de nuestro país, llevando a que las mujeres deban trasladarse a otros lugares, viajando a veces más de dos horas y también inhabilitó las casas de nacer, en tanto las mismas no cuentan con block quirúrgico.

Por todo lo que antes dicho, sin lugar a dudas, los pre-conceptos y discursos que atraviesan el accionar de los médicos y obstetras, ponen en marcha las relaciones de poder.

El MSP ha ido implementando manuales que contemplan las acciones y métodos, buscando modificaciones desde el punto de vista científico y médico, pero también, desde el punto de vista de lo vivencial, subjetivo y psicológico.

Las Guías en Salud Sexual y Reproductiva (2014) en la atención a la mujer en el embarazo, parto y puerperio, plantea en su desarrollo los mecanismos en base a

normas en las que las mujeres deben de ser atendidas en el embarazo, trabajo de parto y parto. Se resalta la importancia de contemplar los derechos de las mujeres dentro del entendido de los derechos humanos. Las normas se establecen contemplando la transversalización de las concepciones de género como categoría. Busca mejorar la atención en cuanto a los aspectos técnicos y metodológicos de la medicina basada en la evidencia, así como darles lugar a las necesidades afectivas y emocionales de la mujer.

Estas guías se enmarcan en el cambio del modelo de atención propuesto por la Reforma de la Salud, la salud sexual y reproductiva como un derecho humano, la humanización del proceso del nacimiento, el empoderamiento de las mujeres y su autonomía y la atención integral de la salud (p.12).

Sin embargo más adelante se agrega: “La vigilancia de la salud de la mujer embarazada es, por tanto, una herramienta para reducir la morbi-mortalidad materno – perinatal.” (p12).

Llama la atención que conceptos como el de la vigilancia vaya junto con el concepto de empoderar o humanizar. Es también llamativo, la necesidad que el MSP encuentra ante la morbi-mortalidad materna de ser vigilada, cuando en los párrafos siguientes también da cuenta que solo el 15 o 20 % de los embarazos y parto-nacimientos tienen complicaciones que requieren intervención.

Entonces surge la pregunta, ¿para qué se vigila al 100% de las mujeres embarazadas? ¿Cuál es el rol y objetivo del Estado? ¿Dónde está la voluntad de la mujer?

En la lectura de la norma podemos encontrar mecanismos que contemplan la reforma de las maneras en las que las mujeres son atendidas de maneras rutinarias, una de ellas es el rasurado vaginal o la episiotomía rutinaria. En las normas se establece que no existen estudios que demuestren la eficacia o beneficio de tales prácticas, sin embargo, ¿quién vigila y cuestiona al personal médico que lo hace? ¿cómo las mujeres pueden negarse a esas prácticas?; entiendo fundamental traer estas normas como marco político de reclamo en el que las mujeres nos podemos parar, y también como la posibilidad de generar mayor visión de una problemática en la que los roles a ocupar y la concepción de la violencia no son entendidas ni manejadas.

La mujer es el centro del proceso asistencial y deberá estar informada del proceso que está viviendo, las mejores prácticas de salud durante este período para ella y el feto y consentir los tratamientos y procedimientos, teniendo amplia participación en la toma de decisiones (p.14).

Lo que no se expresa es que se hace si la mujer ha sido víctima de violencia obstétrica, si no le han informado, si le rompieron la bolsa sin su consentimiento, si no la dejaron moverse ni ponerse en la postura que ella quiso, si le hablaron de una

manera en la que no le ha gustado, si la apuraron, en fin, si no pudo elegir ni cómo ni con quién, ni cuándo.

Si estas consideraciones sólo forman parte de un manual que apunta a la libre elección del personal técnico que asiste los partos-nacimientos, las mujeres seguirán sufriendo violencia y el Estado será reproductor de la misma en tanto no accione medidas concretas y firmes en las que se nombre la violencia obstétrica como hecho a eliminar.

Si queremos mujeres empoderadas habremos de darle un lugar de conocimiento y reconocimiento que se contemple todo lo que ella y su bebé necesitan.

No basta con poner como “recomendaciones” la posibilidad de adoptar la postura corporal que la mujer elija a la hora de pujar, no basta con dejarla escuchar música o hablar de los beneficios del agua si lo dejamos a la suerte y las ganas del personal que la asiste, negar los mecanismos de poder y control es seguir negando la realidad, y así las instituciones seguirán reflejando los mecanismos por los cuales las mujeres seguimos siendo víctima de nuestra condición de ser mujer.

El patriarcado es un sistema que sucede en las circunstancias en las que los hombres y mujeres nos encontramos y relacionamos, su contemplación conceptual en el marco de políticas institucionales para el parto, han de ser un compromiso ideológico y ético, porque solo así podremos ver las exigencias a las que nos vemos sometidas las mujeres a la hora de dar a luz a nuestros hijos, las normas y las leyes nos permiten ir modificando las construcciones socio-culturales, pero sin un cambio real en las palabras que nombramos las cosas difícilmente logremos los cambios esperados.

Así el parto es considerado un acto político, sobre todo observando en la actualidad, la controversia que está causando la aprobación de la nueva ley de violencia de género en nuestro país, donde no se acepta el concepto de violencia obstétrica.

## **El caso del Hospital de Rocha**

¿Qué cambió?

Objetivos y resultados.

El proyecto: HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS EN SALUD DE LAS MUJERES EN LA MATERNIDAD PÚBLICA DE ROCHA, llevado adelante desde el 1ro de febrero del año 2014 hasta el 30 de abril del año 2016, constituyó el primer proyecto de estas características en el Uruguay, el mismo surgió gracias a los aportes económicos de la Federación Ginébrica de Cooperación de Suiza, que depende de la Central Sanitaria de ese país y que tiene en sus cometidos el apoyo financiero de proyectos de salud en países del tercer mundo.

En la solicitud de la financiación del proyecto participaron parteras y otros técnicos, familias y mujeres que entendían necesario implementar un proyecto de estas características en pos de una mejora en la atención en el parto; para ello se planificó un protocolo de actuación que sirvió también como insumo para la investigación de los impactos del proyecto.

El convenio fue firmado por la Federación Ginébrica de Cooperación y Nacer Mejor, como ONG uruguaya encargada de organizar lo que refiere a pagos y gastos. ASSE también firmó el acuerdo, entendiendo que el proyecto se llevaba adelante en un Hospital público y en sus cometidos y compromisos ASSE estableció la continuidad del proyecto y sus réplicas, entendiendo que la Central Sanitaria de Suiza solo daba el “envión inicial”.

Los datos obtenidos del proyecto se deben al aporte de la presentación de los resultados del mismo, en el edificio central de ASSE en mayo del corriente año y en donde les solicité a las coordinadoras del equipo, hacerme de este material para insumo de mi trabajo final de grado. El mismo se adjunta en la presente monografía en sus anexos.

También considero pertinente señalar que formando parte del equipo de Nacer Mejor como consultora de lactancia, participé como tallerista en un encuentro de formación y profundización en la temática. Trabajando desde los aspectos que se ponen en juego en lactancia en base a la atención e información que recibe la mujer en su pasaje por la Institución sanitaria.

El proyecto como bien hace referencia su título, se enmarca en la concepción de la humanización del parto, poniendo así a las mujeres en el centro de la atención, en tanto necesidades, acompañamiento, información, entre otros.

El punto de partida del proyecto se da en respuesta al reclamo de las usuarias de mejoras en la atención que se les brinda, las mismas contaron con el apoyado de

algunos técnicos personal del Hospital que entendían la necesidad de cambios en la atención, brindando una atención humanizada y en base a la evidencia científica.

Los puntos a los que el proyecto intentó atender y hacer foco, fue en base a las prácticas del personal médico-institucional, el manejo de los marcos legales institucionales, es decir ver si se cumple o no con lo estipulado en las leyes y normas a nivel nacional con respecto al trato de la mujer en trabajo de parto, parto y puerperio inmediato.

Así la observación e investigación toma dos aspectos, uno que considera más lo médico-intervencionista, como los desgarros de periné, índice de cesáreas, episiotomías, entre otras, y otro aspecto más subjetivo que evalúa la información que la mujer recibe, la posibilidad de poder elegir la postura que considere en el trabajo de parto y parto, si pudo ingerir líquidos y hacer uso de su plan de parto<sup>1</sup>, entre otros aspectos.

Así se expondrá en sus resultados:

Se observó una diferencia estadísticamente significativa en la comparación antes y después de la instauración del protocolo de humanización, para las siguientes variables: Proporción de acompañamiento y desgarros de 1° grado, y una tendencia al descenso en la proporción de cesáreas desde el año 2012, así como una tendencia a la disminución de episiotomías (p.10).

En cuanto a los aspectos subjetivos de la vivencia, el proyecto evalúa mediante una encuesta, los siguientes puntos: el uso de la sala de nacer, la obtención de información clara por parte del personal ante toda decisión clínica. El recibir un trato amable y respetuoso. El recibir información acerca del plan de parto, y el respeto a lo escrito en el mismo. La posibilidad de poder adoptar distintas posiciones para mayor comodidad durante el trabajo de parto y parto.

La posibilidad de recibir líquidos e ingerir algún alimento liviano durante el trabajo de parto y el contacto inmediato piel a piel por un período de tiempo de hasta 2 horas con el bebé, inmediatamente después del nacimiento.

En base a ello, se expondrá como resultados, los siguientes datos:

No se obtienen datos confiables del uso de la sala de nacer para este periodo, ya que el registro es muy irregular. Sin embargo se observa desde finales del 2015 y hasta la fecha hay un cambio favorable en esta tendencia.

Más del 60 % de las mujeres a las que se le realiza una inducción, reciben información clara por parte del personal respecto a la indicación, un 7,6% no

---

<sup>1</sup> El Plan de parto constituye una herramienta utilizada hoy por muchas mujeres y familias con el fin de poder plasmar por escrito y previo al nacimiento, las preferencias, necesidades, deseos y expectativas en torno al nacimiento de sus hijos; sirviéndoles también como herramienta de denuncia ante el no cumplimiento de lo allí expuesto, por ejemplo: posturas en el parto, corte tardío de cordón, realización de episiotomía, entre otros.

reciben una explicación, hay un alto porcentaje de no respuesta (29,3%), un 3,1% no comprende la información brindada.

El 74,8% de las mujeres a las que se realiza cesárea reciben información clara de las causas por las que se toma esa decisión, un 4,8% no responden, 10,8% de las mujeres a las que se le realiza una cesárea no sabe la causa, no comprenden las razones un 9,6% (p.5).

¿Cuáles son los aspectos más significativos para destacar en esta monografía?

En base a los resultados podemos tomar como considerables las cifras que en su mayoría reflejan una leve mejoría o una tendencia a la disminución, como en el caso de las cesáreas. Lo que me gustaría ahora considerar como un aspecto fundamental a resaltar, es la importancia de la participación activa de las usuarias, tanto en los talleres de formación-información, como en la incorporación de las mismas en lo que consideraban mejorar en el Hospital, como espacio común a construir.

Así surge la necesidad entre sus actividades, de mejorar un espacio al aire libre, donde se plantaron flores y pintaron mandalas en los muros. Esta actividad significó la posibilidad de modificar los aspectos estéticos del Hospital, mejorando un lugar abandonado, pero también en un plano más subjetivo, la posibilidad de las mujeres de “hacer algo” en el Hospital, en donde ellas fueron “actoras” y productoras del cambio.

También se realizaron varias actividades, fuera del Hospital, donde se problematizó el proyecto y la concepción del parto humanizado, tales como un cine-foro-debate, y actividades en otros puntos del Departamento de Rocha (Punta del Diablo, Cierras de Rocha), donde se vieron los impactos y la importancia de que el proyecto pudiera continuar.

¿Qué enseñanzas deja este proyecto para pensar una política integral y universal de parto humanizado para todo el Sistema Integrado de Salud?

ASSE hoy no cuenta con la financiación suficiente para la réplica de este proyecto de humanización en otros hospitales de nuestro país, y a su vez, Rocha se encuentra a la espera de las resoluciones económicas de ASSE ante el pedido de continuidad del proyecto, en lo que refiere a la participación de técnicas que sirvieron en el proyecto como coordinadoras del mismo.

Desde esta perspectiva la humanización del parto refiere más a condiciones económicas que a una manera de intervención.

### *Empoderamiento.*

El intercambio generado por el personal técnico del proyecto y las usuarias del hospital, trajo consigo la conceptualización de sus emociones, deseos y necesidades, así se habló de empoderamiento, las mujeres sintieron que ahora podían ir al Hospital

a parir y pedir lo que necesitaban y querían. Así fueron construyendo un camino en base a la información recibida, información basada en la evidencia, información y acompañamiento de sus necesidades y emociones.

A decir de López Gómez (2013):

Empoderamiento significa que personas, grupos y/o comunidades con escasa o ninguna posibilidad de autoridad (en sentido de “ser autor de”) sobre sus vidas y sus circunstancias de existencia, puedan transformar estas relaciones de poder, tendiendo a equilibrar a favor de sus necesidades, deseos e intereses. (p.36)

¿Qué significó la participación activa de las mujeres en el Hospital de Rocha?

En términos de relaciones de poder, se pudo constatar la incorporación de las mismas y la posibilidad de un cambio en las relaciones de poder en favor de los que tienen menos poder, pero el empoderamiento no es natural (López, 2013) Los cambios, el empoderamiento, deberán contar con la posibilidad de generarlos, en tanto movimientos que contemplan la lucha, el conflicto, pero sobre todo la transformación. Considero necesario entonces traer los aportes de Castro (2011) y su conceptualización sobre la ciudadanía:

La ciudadanía se refiere a la capacidad de ejercer los derechos que garantiza a cada individuo el orden normativo vigente (...) en el caso de las usuarias, 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 (...) reclamar una atención médica libre de autoritarismos (p.132).

Entonces deberíamos de generar la capacidad de poder evaluar las condiciones reales o posibles para el ejercicio de los derechos.

El Hospital de Rocha sin lugar a dudas, marcó un rumbo a seguir, una línea de abordaje posible en la atención a las mujeres en sus partos. Pero también permitió ver con mayor claridad las construcciones socio-políticas institucionales que permiten la plena realización de los cometidos y las condiciones reales del ejercicio de los derechos.

El proyecto dentro del marco institucional se vio por momento truncado ante la imposibilidad de delimitar claramente los marcos de una práctica uniforme a nivel de todos los técnicos que intervienen en los nacimientos; tal consideración permite asumir el formato del modelo de asistencia como único; es decir, que las mujeres no se vieran ante la suerte de poder contar con personal humanizado, sino que la atención humanizada como tal, fuera requisito indispensable para los técnicos de la maternidad que desempeñan allí su tarea.

## Reflexiones finales

*Toda obra es un viaje, un trayecto, pero que sólo recorre  
tal o cual camino exterior en virtud de los caminos  
y las trayectorias interiores que la componen,  
que constituyen su paisaje o su concierto.*  
Deleuze

A decir de Díaz (2005) el poder si no es dominio (uso de la fuerza, autoritarismo o arbitrariedad) es positivo, es productor de deseo, de conocimiento, de justicia. Es intensidad, potencia renovadora y vital.” (p.4)

### *¿Una nueva maternidad?*

Hablaré de amor, hablaré de amor a la tarea, compromiso y responsabilidad.

Como estudiante de psicología y madre, sin lugar a dudas estas vivencias me tocan de cerca. La construcción de mi *devenir* madre han calado hondo en la producción de mi ser psicóloga, no contemplar mi postura sería fallar a mí misma en la construcción de mis subjetividades.

Hoy me toca devolver o mostrar mi pasaje en facultad, plasmado en este trabajo final de grado; hoy me toca mostrar cuánto he aprendido en este pasaje.

Sin lugar a dudas lo que más he aprendido es que nada es acabado, no existe una única verdad y me gusta pensar en *devenires* constantes. Lo que exige una lectura crítica, comprometida de lo social y lo subjetivo, desde una posición ética y metodológica, en la que la psicología participa como disciplina dentro de la rama de la salud.

Reflexionar en base a la lectura y armado de esta monografía me lleva una vez más a desandar el camino trazado, la lectura crítica de los texto junto con la visión expandida de nuevos horizontes, hacen reflexionar una y otra vez las formas en que los sujetos nos relacionamos, formando y de-formando-nos, en un *devenir* constante, como flujo, como recorrido.

Es así que mi reflexión parte de una visión contemplativa de las necesidades de las mujeres ante sus derechos, deseos y posibilidades de poder hacerlos “reales”.

La construcción histórica y política de nuestra sexualidad, nuestro cuerpo y nuestro deseo, pone de manifiesto la dificultad que nos genera poder pedir, decir, y exigir lo que considero mejor para mí.

Tal vez esa sea una de las mayores dificultades de la psicología, empoderar implicará, dar las herramientas para la evaluación, individual y personal, de lo que considero, en un momento particular y único de mi vida, lo mejor, en base a una información seria y comprometida.

Es decir, que ya no dependa del poder estatal o institucional las decisiones sobre mi cuerpo. Salir de la visión paternalista e infantilizante del Estado, ha de ser de los mayores desafíos en la actualidad. Exigir la información para decidir dónde, cómo y con quién parir, ha de ser de los mayores movimientos de los nacimientos de hoy.

Si bien este movimiento se viene dando dentro de una determinada población, debemos de generar la capacidad de que las mujeres, todas, podamos tomar mayor control sobre nuestro cuerpo, debemos de generar el compromiso ético como profesionales formados en la Universidad de la República.

Tal vez lo que Lamas (2002) ha expuesto se trate de esto, fuerzas opuestas en un movimiento sinérgico, que actúan unas en las otras, recíprocamente. Relaciones de poder en términos foucaultianos, en tanto posibilitan lo dado y lo no dado, unas moviendo a las otras, el Estado en su movimiento de “arriba hacia abajo” y los movimientos sociales y políticos, de “abajo hacia arriba”.

Entonces es necesario nombrar la violencia obstétrica, como realidad, como construcción y como forma de generar un cambio, concientizando que las mujeres y sus cuerpos están siendo violentados a la hora de parir a sus hijxs.

Entonces me pregunto, si el parto debe de ser humanizado, ¿quién lo des-humaniza? Humanizar no es solo darle la posibilidad de usar una pelota de pilates o parir en el agua, humanizar se tratará entonces de contemplar la violencia, de poder entender, ayudar y acompañar a la mujer, en su proceso de parto desde un lugar que se entienda ese momento como único y simbólicamente significativo para toda la vida, entonces las mujeres decidiremos desde un lugar de reconocimiento de lo que puedo y lo que quiero hacer con mi propio cuerpo; las “recetas” solo dan lugar a la culpa, lo que debo o no debo hacer estará teñido de una visión de mí misma de lo que debo hacer en pos de una maternidad idealizada, de un cuerpo idealizado.

El aporte y compromiso de la psicología será acompañar a las mujeres en el encuentro con sí mismas, con sus historias y posibilidades, asumiendo responsablemente nuestros *devenires* construyendo y de-construyendo nuestras subjetividades.

Las mujeres hemos abierto nuestros cuerpos, siempre, sea como sea que hemos parido, y la humanidad ha sobrevivido gracias a ello, los nacimientos atraviesan enteramente nuestros cuerpos. Es hora de mirar-nos.

## Bibliografía

Barrán, J. P. (2008). Historia de la sensibilidad en el Uruguay. La cultura "bárbara" El disciplinamiento. Cap. XI Hacia la sensibilidad "civilizada". Montevideo: Banda Oriental

Barrán, J. P. (1992) Medicina y sociedad en el Uruguay del '900. El poder de curar. Cap: Aspectos de la medicalización de la sociedad uruguaya. Montevideo: Banda Oriental.

Castro, R. (2011) Teoría social y salud. Buenos Aires. Lugar Editorial. UNAM.

Conferencia Internacional sobre población y desarrollo (1994) El Cairo. ONU. Disponible en: [http://www.un.org/popin/icpd/newslett/94\\_19/icpd9419.sp/1lead.stx.html](http://www.un.org/popin/icpd/newslett/94_19/icpd9419.sp/1lead.stx.html)

Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (1994) Belem do Pará. OEA. Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

Conferencia mundial sobre la mujer (1995) Beijing. ONU Mujer. Disponible en: <http://www.unwomen.org/es/how-we-work/intergovernmental-support/world-conferences-on-women>

Conferencia internacional sobre humanización del parto y nacimiento (2000) Fortaleza, Caerá. RELAHCAUPAN.

Darré, S. (2013) Maternidad y tecnologías de género. Buenos Aires: Katz Editores

Davis Floyd, R. (2001) Los paradigmas Tecnocrático, Humanista y Holístico del parto. International Journal of Gynecology and Obstetrics, vol. 75, suplemento nº 1.

Davis Floyd, R. (2004) Del Médico al Sanador. Buenos Aires. Creavida

Dleuze, G. y Guattari, F. (1977) Rizoma. Introducción. Disponible en: <http://www.fen-om.com/spanishtheory/theory104.pdf>

Diaz, E. (2005) La filosofía de Michel Foucault. Buenos Aires: Biblos.

Documento Técnico de Maternidades (2012). Montevideo. MSP.

Foucault, M (1999) Historia de la Sexualidad. Vol. I. La voluntad de Saber. Madrid: Siglo XXI.

Foucault, M (1992) Nietzsche, la genealogía, la historia. Microfísica del poder. Valencia. Pretexto.

Guías en salud sexual y reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio. (2014) Ministerio de Salud Pública. Dirección

General de la Salud. División de Planificación Estratégica de Salud. Departamento de Salud Sexual y Salud Reproductiva Programa de Salud Integral de la Mujer. Uruguay.

Hutter, R. (2010) ¿Cómo se sale de aquí?. Una historia del parto. Madrid. Turner.

Magnone, N. (2010) Derechos y Poderes en el Parto: una mirada desde la perspectiva de Humanización. (Tesis de Maestría de Sociología). Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo.

Disponible en: <http://www.mujerahora.org.uy/content/derechos-y-poderes-en-el-parto-tesis-de-maestria>

Lamas, M. (2002) Cuerpo: diferencia sexual y género, México, Taurus, 2002.

Ley N° 17.386 ACOMPAÑAMIENTO A LA MUJER EN EL PARTO (2001). Uruguay.

Disponible en: <http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/396/Act%2017386%20of%2023%20August%202001.pdf>

Ley N° 17.565 ESTABLECIMIENTOS DONDE SE ASISTAN PARTOS (2002). Uruguay.

Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp9759000.htm#>

Ley N° 18.426 DEFENSA DEL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

(2008). Uruguay. Disponible en: <https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5752019.htm>

López Gómez. A y Güida. C. (2000) Aportes de los Estudios de Género en la conceptualización sobre Masculinidad. Cátedra Libre Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología Universidad de la República.

Disponible en: [http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/aportes\\_de\\_los\\_estudios\\_de\\_genero\\_en\\_la\\_conceptualizacion\\_sobre\\_masculinidad.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/aportes_de_los_estudios_de_genero_en_la_conceptualizacion_sobre_masculinidad.pdf)

López Gómez, A. (2005) Adolescentes y Sexualidad. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología (UDELAR) Universidad de la República. Montevideo.

López, A. et al (2003) Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. Uruguay. Facultad de Psicología. Universidad de la República.

López Gómez, A (2013) Conferencia inaugural actividades académicas 2013. Salud sexual y reproductiva en la agenda de investigación y formación en Psicología en Uruguay. Consideraciones conceptuales, nudos crítico y desafíos. Universidad de la República, Facultad de Psicología. Montevideo.

Disponible en: [http://www.psico.edu.uy/sites/default/files\\_ftp/comunicacion/CONFERENCIA-2013.pdf](http://www.psico.edu.uy/sites/default/files_ftp/comunicacion/CONFERENCIA-2013.pdf)

Lutz y Misol (2007) Parto Humanizado. RELACAHUPAN. Uruguay.

OMS (1985) Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985.

Rich, A. (1976) Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución. Madrid. Cátedra Universidad de Valencia. Instituto de la Mujer.

Rodrigañez, C. (2007) Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina. Madrid. Crimentales. Disponible en: <http://sites.google.com/site/casildarodriganez/>

Rostagnol, S. (2008) El papel de l@s ginecólog@s en la construcción de los derechos sexuales en Uruguay. En *Estudios sobre sexualidades en América Latina*. (p. 215 - 232.) FLACSO, Quito

Sadler, M. (2003) Así me nacieron a mi hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario. (Tesis de Grado Antropología Social) Santiago. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales Departamento de Antropología.

Scott, (1986) El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Lamas Marta (Comp).

El género: la construcción cultural de la diferencia sexual, México, PUEG.

Valcárcel, A. (2000) La memoria colectiva y los retos del feminismo. Serie Mujer y Desarrollo N° 31. Santiago de Chile: CEPAL.

# Anexos