



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE PARTERAS**

**Ejercicio de la autonomía en el trabajo de parto y parto en mujeres privadas
de libertad en el Centro Hospitalario Pereira Rossell**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORAS: Br. Maite Gomez

Br. Paola Morales

TUTORA: Prof. Adj. Mag. Claudia Morosi

Montevideo, Marzo 2020

Índice

1. Carátula.....	Pág.1
2. Agradecimientos.....	Pág.4
3. Resumen.....	Pág.5
4. Abstract.....	Pág.7
5. Capítulo I: Introducción.....	Pág.9
5.1 Presentación general de la investigación.....	Pág.10
5.2 Formulación breve del problema a estudiar.....	Pág.12
5.3 Potenciales beneficios.....	Pág.13
5.4 Estructura del trabajo.....	Pág.13
6. Capítulo II: Antecedentes.....	Pág.15
6.1 Nacionales.....	Pág.16
6.2 Internacionales.....	Pág.19
7. Capítulo III: Marco teórico.....	Pág.22
7.1 Surgimiento e importancia de la bioética.....	Pág.23
7.2 Bioética y humanización del parto.....	Pág.25
7.3 El principio de autonomía.....	Pág.26
7.4 Aproximación al concepto de vulnerabilidad.....	Pág.30
7.5 Breve historia de la prisión femenina en Uruguay.....	Pág.32
7.6 Caracterización de la población femenina privada de libertad en Uruguay.....	Pág.34
7.7 Derechos de las mujeres privadas de libertad.....	Pág.36
7.8 Derechos sexuales y reproductivos en mujeres privadas de libertad.....	Pág.40
8. Capítulo IV: Objetivos.....	Pág.49
8.1 Objetivo general.....	Pág.50
8.2 Objetivos específicos.....	Pág.50
9. Capítulo V: Diseño metodológico.....	Pág.51
10. Capítulo VI: Aspectos éticos.....	Pág.54
11. Capítulo VII: Presentación, análisis y discusión de los datos.....	Pág.57

11.1 Perfil de las entrevistadas.....	Pág.58
11. 2 Análisis.....	Pág.58
11.2.1 Embarazo.....	Pág.59
11.2.2 Trabajo de parto y parto.....	Pág.63
11.2.3 Puerperio.....	Pág.70
12. Capítulo VIII: Conclusiones.....	Pág.73
13. Capítulo IX: Recomendaciones.....	Pág.81
14. Capítulo X: Referencias bibliográficas	Pág.85
15. Capítulo XI: Anexos	Pág.90
15.1 Reuniones con el Departamento de Género y Diversidad del Instituto Nacional de Rehabilitación	Pág.91
15.2 Visita a la Unidad Número 9.....	Pág.93
15.3 Guía de entrevistas a mujeres privadas de libertad....	Pág.95
15.4 Consentimiento informado.....	Pág.97
15.5 Aval Dirección Técnica del INR.....	Pág.100
15.6 Aval Comité de Ética CHPR.....	Pág.101

Agradecimientos

En primer lugar, gracias a la amabilidad y disposición de las mujeres privadas de libertad de la Unidad Penitenciaria Número 9, quienes nos brindaron su tiempo y confianza, compartieron desinteresadamente sus historias y nos permitieron plasmarlas en esta investigación, sin ellas no hubiese sido posible realizarla.

Agradecemos también al Departamento de Género y Diversidad del INR, por la colaboración para poder acceder a la Unidad y desarrollar la investigación sin dificultades.

Especialmente a Paula Lacaño, Mirtha Arévalo y Laura Britos quienes se pusieron a disposición desde el primer momento, gracias por recibirnos y acompañarnos.

A Lorena Olivera, referente de la Subdirección Técnica de la Unidad, por su tiempo, permitirnos el ingreso a la Unidad penitenciaria sin complicaciones y brindarnos herramientas para el momento de realizar las entrevistas.

A nuestra tutora y co tutora, por la confianza y dedicación durante todo el proceso de investigación.

A nuestras familias y amigas/os, por la contención emocional durante este proceso.

Y a todos quienes de alguna u otra forma aportaron a que esta investigación fuese posible.

Resumen

El objetivo general de este trabajo de investigación es analizar el ejercicio del principio de autonomía en el proceso de trabajo de parto y parto de mujeres que se encontraban privadas de libertad en dicho momento y fueron asistidas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo retrospectivo mediante entrevistas semi estructuradas a mujeres en la Unidad penitenciaria número 9, durante el mes de agosto de 2019. A través de sus relatos buscamos una aproximación a la situación que viven las mujeres privadas de libertad en el momento de su trabajo de parto y parto, siempre desde un pensamiento crítico-reflexivo, cuestionando y analizando qué dificultades y diferencias con respecto a la población en general tiene una mujer al parir en condición de privación de libertad, vinculando lo antes mencionado con el principio bioético de autonomía.

La propuesta de trabajo se desarrolló con el fin de poder contribuir con la visibilidad de ésta población. Para esto consideramos pertinente y necesario abrir estos espacios donde trabajamos desde las perspectivas de las protagonistas.

Apostamos a no quedarnos en una reflexión académica sino que este trabajo pueda generar reflexiones individuales y colectivas y sirva como disparador de futuras investigaciones y propuestas para trabajar con la comunidad.

La falta de acceso a información sobre el desarrollo del embarazo y el parto con la que cuentan las mujeres privadas de libertad perjudica directamente el ejercicio de su autonomía reproductiva. Esto junto a la falta de especialistas en la Unidad que genera una sensación de desamparo, el no poder estar acompañadas por alguien de su confianza en el trabajo de parto y parto, el uso de medidas de sujeción y la presencia de custodia permanente entre otros factores que desarrollaremos más adelante, influyen en el recuerdo poco agradable que atribuyen las mujeres a su parto, violando sus derechos humanos.

Nos llama la atención la escasa bibliografía nacional disponible sobre la temática y la ausencia de protocolos específicos sobre la misma.

La invisibilización de la mujer como delinciente, junto a la falta de perspectiva de género, conlleva a las malas condiciones de vida presente en las cárceles y a graves problemáticas en relación a los derechos humanos.

Palabras claves: autonomía, privación de libertad, trabajo de parto, parto.

Abstract

The main objective of this research work consists on the analysis of the exercise of the patient autonomy principle during the labor and childbirth of women who were at the time deprived of liberty and assisted at Centro Hospitalario Pereira Rossell.

A qualitative, descriptive and retrospective study was carried out with the results of a number of semi structured interviews conducted with women at Unidad penitenciaria número 9 during August, 2019. Through their accounts, our intent was to get a closer look at the situations this women experience during both labor and childbirth, always doing so from a critical and reflective point of view. This research work questions and analyzes what kind of difficulties and differences they face when compared with the rest of the population, taking into account their condition of being deprived of liberty; linking the aforementioned matters with the bio-ethical autonomy principle.

The purpose of this work is to contribute to the visibility of this particular population, and to accomplish so, we consider relevant and necessary to be able to have this kind of spaces where we work with the protagonist's perspective. Our intent is to not just settle for a mere academic view, but for this documented experience to motivate personal and collective reflections, and for it to serve as a starting point for other researches and other proposals to work along with the community in regard to this kind of topics.

The poor chances of access to information on pregnancy development and childbirth these women have, and the fact that this situation directly detracts the exercise of their reproductive autonomy. Alongside is the lack of specialists at the Unit, which generates a sense of abandonment; not being able to be in company of someone of their trust at the moment of labor and childbirth, the use of restraining measures and the presence of a permanent custody, among other facts that will be mentioned further ahead, they all influence on the unpleasantness of the recollection these women have of their labor.

The limited amount of national bibliography available on this matter and the absence of a specific protocol really came to our attention. The invisibilization of women who are offenders and the lack of a gender-based perspective bring as a consequence bad living conditions in prison and notorious problems in relation to human rights.

Keywords: autonomy, deprived of liberty, childbirth, labor.

Capítulo I: Introducción

Introducción

Presentación general de la investigación

El planteo de la temática y población con la cual queremos trabajar, surge en parte, de una necesidad sentida, al atestiguar en el correr de la práctica clínica en el Centro Hospitalario Pereira Rossell el uso de ciertas medidas de coerción en el trabajo de parto y parto de las gestantes privadas de libertad, como por ejemplo la utilización de esposas, impidiendo la toma de ciertas decisiones autónomas por este grupo de mujeres, como la libre elección de posición y movimiento en el trabajo de parto y nacimiento de su hija/o.

Al revisar y buscar información sobre las normativas nacionales y protocolos de seguridad aplicados en mujeres privadas de libertad que se encuentran en trabajo de parto y parto, nos sorprendimos al descubrir que no existen, lo cual confirmamos en la reunión con el departamento de género y género del Instituto Nacional de Rehabilitación (Anexo 1).

Nos preguntamos desde la posición de mujeres y futuras parteras, cual es la situación de las mujeres pariendo en privación de libertad, despertando en nosotras una gran necesidad de escucharlas.

Para abordar esta temática partimos de concebir el derecho de autonomía como inherente a la condición humana y por lo tanto, un derecho para todas las mujeres más allá de las particularidades. Los derechos humanos deben promover dignidad, porque las situaciones de indignidad social producen sufrimiento y vulnerabilidades.

Entendemos que existen protocolos de seguridad que se deben cumplir, el objetivo de nuestro trabajo no es cuestionar los mismos, sino conocer las experiencias y el sentir de las mujeres, enfocándonos en el respeto al principio de autonomía del trabajo de parto y parto, teniendo en cuenta que éste se lleva a cabo fundamentalmente a través del ejercicio del consentimiento libre (sin restricciones o presiones indebidas) e informado (después de proveerse la información apropiada a la acción propuesta), donde podremos preguntar a las protagonistas cómo fue su experiencia desde que fueron ingresadas al Hospital Pereira Rossell.

Para lograr los objetivos planteados utilizamos la metodología cualitativa, realizando un estudio retrospectivo con entrevistas semi-estructuradas dirigidas a mujeres que se encuentran en la Unidad Penitenciaria Número 9, éstas se realizarán de forma individual, siendo un total de 5 las mujeres entrevistadas.

Basándonos en que el rol de la Obstetra Partera es un pilar fundamental en la educación, asesoramiento, cuidado y materialización de los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres, creemos fundamental hacer hincapié en conocer la situación de las mujeres que transcurrieron su trabajo de parto y parto privadas de libertad, hacerla visible y trabajar colectivamente para lograr una atención de calidad, teniendo presente siempre que se trata de una población especialmente vulnerable por cuestiones inherentes a su condición de encierro.

Queremos abordar este trabajo con una perspectiva de género, ya que no podemos pasar por alto que los sistemas penitenciarios fueron pensados y construidos en un sistema basado en el androcentrismo. Por ésta razón, el relevamiento bibliográfico realizado da cuenta de diversas investigaciones vinculadas a la temática que hacen foco en la población masculina

Consideramos que la prisión es para las mujeres doblemente estigmatizadora si se tiene en cuenta que rompe con el rol que la sociedad le ha asignado, sumando a que desafían al sistema mediante el delito, lo hacen rompiendo los estereotipos de género. El relevamiento bibliográfico realizado, da cuenta de diversas investigaciones vinculadas a la temática que hacen foco en la población masculina

A través del análisis del contenido de los relatos de las mujeres sobre su sentir en el trabajo de parto y parto, consideramos interesante subrayar como mencionamos anteriormente, aspectos relacionados al principio bioético de la autonomía.

Es para nosotras un deber y una necesidad acercarnos a ellas, escucharlas y hacer oír sus voces, logrando de esta manera contribuir socialmente y que no sea una mera actividad académica, sino que abra camino a reflexiones individuales y colectivas, siendo un disparador para futuras investigaciones y motor para el desarrollo de propuestas en conjunto con la comunidad.

Formulación breve del problema a estudiar

Las mujeres privadas de libertad tienen suspendido el derecho a la libertad ambulatoria pero no así el conjunto de derechos que las amparan.

Mediante nuestra investigación buscamos e intentamos dilucidar ciertas interrogantes que motivaron el desarrollo de dicho emprendimiento.

¿Cuáles son las medidas de seguridad que se plantean para ese momento y cómo éstas afectan las vivencias de las mujeres ?

¿De qué manera tales medidas impiden o dificultan el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos inherentes a toda mujer?

¿Fue informada previamente sobre los procedimientos a realizar durante el parto?

¿Se le comunicó en el transcurso del embarazo sobre las leyes que la amparan en el trabajo de parto y parto para que ella luego pueda tomar decisiones de manera informada en ese proceso?

¿Tuvo la oportunidad de adoptar las posturas que deseó en dicho momento?

¿Fue acompañada por un ser querido en el proceso de trabajo de parto y parto si ella así lo quiso?

¿Fue ella quien eligió su acompañante?

¿Cómo sintieron el trato con los profesionales? ¿Se sintieron respetadas?

Las preguntas anteriores pretenden comprender cómo las mujeres viven, experimentan y atribuyen significado a este fenómeno altamente significativo en sus vidas.

La normativa nacional e internacional, tanto protocolos como guías enfocada a las mujeres embarazadas y a la atención de las mismas durante el trabajo de parto, parto y puerperio aplican para todas las mujeres sin excepción. Pero, ¿se respetan los procesos de estas mujeres de la misma manera que en las otras usuarias?

Este trabajo buscó indagar sobre el cumplimiento o no de aspectos vinculados a la autonomía en el parto de mujeres privadas de libertad, buscando así, mediante el relato de las mujeres, aportar visibilizar su realidad y poner al descubierto” estas experiencias para reflexionar y criticar, con el fin de que a estas usuarias se les faciliten herramientas y condiciones para que tomen decisiones autónomas, dentro de las limitaciones dadas por las medidas de seguridad requeridas.

Potenciales beneficios

Como ya hemos mencionado anteriormente en el transcurso del armado de este trabajo, llamó nuestra atención la carencia de investigaciones y protocolos relacionados al tema a nivel nacional. Por ello nuestro trabajo final fue pensado para que sirva como disparador de futuras investigaciones y que las ideas que de éste surjan sean tomadas como propuestas para trabajar conjuntamente con la comunidad. Por esta razón, una vez finalizada nos planteamos la posibilidad para realizar una devolución de los resultados de la investigación a la comunidad pactando la forma de la misma con las autoridades correspondientes.

Este es el valor social que tiene la investigación desde el punto de vista ético. Visibilizar prácticas que están escondidas, ocultas. La devolución de los resultados pos investigación son un requisito ético fundamental como valor social.

Existe la posibilidad de que a partir de esta investigación se visualicen situaciones deficitarias que puedan ser atendidas o consideradas para así mejorar la calidad de atención que reciben las mujeres privadas de libertad en el proceso de trabajo de parto y parto que presta el servicio de salud para que puedan transcurrir el mismo con el máximo goce de sus derechos y en un futuro poder realizar intervenciones desde nuestra profesión de Obstetras Parteras.

Por lo mencionado anteriormente, creemos que los beneficios de la misma no serán individuales sino sociales

Estructura de la investigación

La investigación consta de once capítulos, con el fin de facilitar una exposición coherente y una comprensión apropiada por parte del lector. El primero corresponde a la presentación general del trabajo, en esta sección intentaremos introducir al lector a la temática de la investigación e invitarlo a continuar con la lectura.

El segundo capítulo contiene el marco teórico, teniendo como objetivo contextualizar la situación, aportando una visión de las contribuciones que se han hecho sobre la temática abordada. Se divide a su vez en diferentes contenidos que sirven como herramienta para acercarnos al tema central. En el capítulo siguiente, detallamos los antecedentes tanto a nivel nacional como internacional que sirvieron de insumo para la realización de esta investigación.

En los capítulos cuatro, cinco y seis se encuentran los objetivos del trabajo, se describe el diseño metodológico y consideraciones éticas tomadas en cuenta para la realización de la investigación respectivamente

El capítulo siete cuenta con la presentación, el análisis y discusión de los datos recabados de las entrevistas. Esta sección está dividida en diferentes apartados, favoreciendo el orden del mismo.

En el capítulo ocho exponemos las conclusiones finales basadas en lo anteriormente realizado.

El capítulo nueve, incluye una serie de recomendaciones resultantes de un proceso reflexivo con el fin de incentivar futuros trabajos y propuestas, que generen cambios que sumen positivamente en el sentir de las mujeres que atraviesan el parto en situación de privación de libertad.

Finalmente, en los últimos dos capítulos, punteamos la bibliografía utilizada e incorporamos los anexos con el fin de agilizar la lectura de la investigación.

Capítulo II: Antecedentes de la investigación

Antecedentes

Hace algunos años, cuando comenzamos a pensar la manera de abordar el tema de nuestra investigación, contábamos con escasa información acerca del mismo. En el correr de los años, a través de la búsqueda bibliográfica y de los contactos que fuimos haciendo obtuvimos datos interesantes que plasmaremos en las siguientes páginas. Se realizó una búsqueda de trabajos e investigaciones publicadas sobre la temática que dividiremos en nacionales e internacionales.

Nacionales

El primer material al que accedimos fue un trabajo final para la obtención del título de la carrera Obstetra Partera titulado *“La función de la partera en los cuidados de la salud reproductiva de mujeres en condiciones de reclusión: Subjetividades y objetivación.”*

Este trabajo final es el único que se realizó en la Escuela de Parteras que involucra a mujeres privadas de libertad hasta el año 2019.

Se efectuó bajo un enfoque cualitativo, se realizaron entrevistas a Obstetras Parteras y a mujeres privadas de libertad, en el periodo setiembre-octubre 2012, con el objetivo de contribuir a la protección de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres en condición de reclusión.

Aspectos indagados en las entrevistas dirigidas a las mujeres acapararon nuestra atención y nos fueron de utilidad para elaborar nuestro trabajo.

Una de las conclusiones que la autora desprende del análisis de las entrevistas fue: *“El desconocimiento por parte de la mayoría del equipo que asiste, la violación de los derechos reproductivos de estas mujeres y la falta de información, son claves a la hora de continuar promoviendo esta realidad.”* Pág.83.

Finaliza el análisis con una reflexión que nos conmovió y nos fue de insumo para el planteo del tema a trabajar; *“Si no se logra avanzar y reconocer el problema difícilmente se pueda encontrar una solución al mismo, por lo que resulta fundamental trabajar en la toma de conciencia al respecto y sobre la importancia de realizar intervenciones que mejoren esta situación.”* Pág.84 ⁴

Otro trabajo final de nuestra carrera al que accedimos se titula: *“Aspectos bioéticos en el trabajo de parto, parto y puerperio en nacimientos ocurridos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.”*

En la investigación se realizaron encuestas a usuarias del Centro Hospitalario Pereira Rossell y entrevistas a informantes calificados, con el objetivo de analizar el cumplimiento del principio de autonomía y libertad de elección en el proceso de trabajo de parto, parto y puerperio en usuarias de Hospital Pereira

Rossell durante el periodo junio-setiembre 2016. Destacamos como resultado general del trabajo que del total de la muestra, casi las tres cuartas partes de las usuarias encuestadas consideran que se da cumplimiento al principio de autonomía durante el trabajo de parto, parto y puerperio. Asimismo, las autoras concluyen lo siguiente; *“Se encuentran en el servicio más elementos de riesgo que protectores, y esos factores protectores, no son utilizados ni promovidos de modo que exista una real apropiación de la toma de decisiones por parte de la usuaria.”* Pág. 144.¹³

Como ya se adelantó, no existe información suficiente para evaluar las características de la atención obstétrica a mujeres en el entorno carcelario a nivel nacional.

Buscando material sobre el tema en la Biblioteca Online de la Universidad de la República (BiUR) nos encontramos con el siguiente material: *“El tiempo quieto. Mujeres privadas de libertad en Uruguay”*. Este libro busca mediante la visión de distintas disciplinas generar instancias de intercambio acerca de la situación de las mujeres privadas de libertad en Uruguay. Si bien todo el texto nos parece muy valioso por su contenido, destacamos el enfoque de género que le da la autora al mismo; *“La maternidad en prisión constituye un fenómeno válido para pensar las formas en que se refuerza la condena social de la mala mujer, aquella que, además de delincuente, encarna todas las condenas sobre el género femenino el prototipo de la mala madre. Esa figura tiene dimensiones míticas, ya que representa a un fantasma amenazante, el de la mala madre; aquella que sería la portadora cultural del deber de amparar y cuidar, somete al sufrimiento o el desamparo a sus hijos. Las mujeres hacen ruidos: gritan, menstrúan, se embarazan, paren —lo hacen muchas veces engrilladas en hospitales públicos—, tienen a sus hijos con ellas en la prisión. Además quieren tenerlos. La mujer presa, cuando es madre, carga con la sombra de esa condena, es culpable de un segundo crimen que se sobreagrega al motivo de la pena a cumplir. El lugar de lo femenino en la cárcel resulta siempre un aspecto disruptivo: hay algo que no encaja, algo que permanentemente desacomoda la lógica de las prácticas y discursos de la institución total, dando cuenta permanentemente de su imposible totalidad.”*¹⁷

Continuando la búsqueda a través de internet obtuvimos un artículo publicado en La Diaria titulado: *“Las cárceles no están hechas para mujeres”*, 4 de junio de 2018 escrito por Denisse Legrand. Nos fue de insumo para conocer la historia de la cárcel de mujeres en Uruguay, cifras actualizadas sobre el número de mujeres privadas de libertad y como estas se distribuyen según los departamentos del país y datos sobre los delitos que se les tipifican. También, siguiendo con la línea del libro citado anteriormente *“El tiempo quieto”* nos parece importante el enfoque de género

que realiza la autora y lo que se menciona referido a la salud de las mujeres privadas de libertad.

Daniel Márquez, referente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) para poblaciones vulneradas, opina que:

*“la privación de libertad es brutal con las mujeres. Hay que reflexionar si el cambio de modelo de atención en la salud llegó a la cárcel, y en particular si llegó a las mujeres que están presas. En la atención de salud aparecen múltiples vulneraciones. Las mujeres siguen pariendo esposadas a una camilla obstétrica, aunque existe una decisión institucional de que esto no sea así, y en muchos casos incluso no es necesario porque no hay riesgos para la seguridad. Muchas veces en las consultas también se vulneran sus derechos. Una mujer no debe estar expuesta a la Policía en una consulta médica o cuando se realiza un PAP, y sin embargo pasa”.*¹²

Como último antecedente nacional mencionaremos *“Mujeres privadas de libertad en Uruguay, informe sobre las condiciones de reclusión”* realizado en 2006.

En ese año se constituyó “La Mesa de Trabajo sobre las condiciones de las mujeres privadas de libertad” en la cual se acordó la realización conjunta de un estudio sobre las condiciones de las mujeres en prisión en Uruguay, con énfasis en la situación de las mujeres madres y sus hijas e hijos menores de edad.

Este informe comienza nombrando toda la normativa existente sobre derechos humanos y más específicamente sobre los derechos de las mujeres privadas de libertad. Aquí podemos ver numerosos artículos que hacen referencia al embarazo y parto de estas mujeres y cómo deberían ser transitados, pero como veremos en el análisis de las entrevistas más adelante y en el marco teórico, esto no siempre se cumple.

Como toda la bibliografía revisada, el informe está realizado bajo un enfoque de género; *“Hay aspectos referidos específicamente al género que hacen más opresivo el hecho carcelario para las mujeres. Entre otros, la diferente significación de la prisión en la vida de hombres y mujeres. Aún cuando para ambos sexos la prisión tiene como consecuencia además del castigo, el desarraigo y la separación de su mundo, para las mujeres es mucho mayor, ya que la mayoría son abandonadas por sus parientes en la cárcel”*

Este informe nos ayudó a comprender como se organiza el sistema penitenciario uruguayo y nos brindó algunas estadísticas que si bien están algo desactualizadas nos permitieron comparar con datos más recientes.

Una de las grandes conclusiones del documento fue: *“...se puede inferir que el Estado no cumple la normativa internacional en la materia (en particular con las Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos), y por lo tanto los derechos humanos no tienen el carácter de universalidad para con las mujeres privadas de libertad.”*¹⁶

Internacionales

En lo que a antecedentes internacionales respecta, nos gustaría mencionar como primero y principal por su contenido, su cercanía en tiempo y en distancia geográfica una investigación argentina titulada: *“Parí como una condenada”*.

El objetivo de la investigación se orientó hacia la realización de un informe interinstitucional para acceder a un primer diagnóstico acerca de las experiencias de violencia obstétrica atravesadas por las mujeres alojadas en las unidades penitenciarias destinadas a mujeres embarazadas y/o con hijos/as menores de 4 años. Ello, a fin de delinear observaciones y recomendaciones dirigidas a las autoridades penitenciarias y médicas para la protección de los derechos reproductivos de las mujeres detenidas.

El trabajo de campo se realizó en 3 establecimientos, el Instituto Correccional de Mujeres - CPF III de Güemes (Salta), el Centro Federal de Detención de Mujeres, Unidad N° 31 de Ezeiza (Buenos Aires), ambas dependientes del Servicio Penitenciario Federal, y la Unidad Penitenciaria N° 33 de Los Hornos, bajo la órbita del Servicio Penitenciario Bonaerense. En total, se encuestaron 3371 y también se relevaron algunos testimonios a través de entrevistas en profundidad a seis mujeres que atravesaron el preparto, parto y posparto en condiciones de detención.

El trabajo concluye en que si bien muchas de las vivencias que atraviesan estas mujeres en sus trabajos de parto y parto son comunes a las de mujeres no privadas de libertad que acuden a los mismos centros de salud, se ven formas específicas de maltrato ejercidas por la institución penitenciaria y de salud, vinculadas de forma directa con su condición de mujer privada de su libertad.⁵

Asimismo, esta investigación utilizó como material de insumo *“La Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”*, la cual también nos fue de utilidad para nuestro trabajo.

Dicha convención incorpora disposiciones concretas contra la discriminación y la violencia en las distintas esferas de la vida social de la mujer, entre ellas la de atención sanitaria.

Otro de los estudios que revisamos fue el titulado; *“La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol”*, de la Universidad de Barcelona.

En éste se realizaron 21 entrevistas a mujeres con una gestación de bajo y medio riesgo obstétrico, para identificar los elementos que contribuyen a una percepción de atención humanizada y satisfactoria del parto. Posteriormente, se llevaron a cabo 8 entrevistas adicionales con el objetivo de profundizar en la experiencia de las mujeres en relación a la toma de decisiones informadas

durante la atención al parto.

Dentro de las conclusiones finales destacamos la siguiente;

"Es necesario profundizar en la formación ética y comunicativa de los profesionales que atienden el parto, para que sean capaces de actuar como expertos consejeros, al mismo tiempo que respetan la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones, con el fin de avanzar hacia una toma de decisiones compartida, de acuerdo con aquello reconocido en la Estrategia de Atención al Parto Normal." ⁸

Encontramos también un manual llamado "Los derechos humanos y las prisiones" elaborado por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. El mismo está pensado como elemento de capacitación del personal que trabaja en la esfera de la administración de justicia:

"Los principales beneficiarios del módulo de capacitación son los funcionarios que trabajan dentro de las administraciones penitenciarias, en particular los que trabajan directamente con los reclusos y otras personas privadas de libertad. Además, puede ayudar a diversos organismos y organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales en la ejecución de actividades docentes eficaces destinadas a personal penitenciario".¹⁹

Nos fue de gran insumo a la hora del análisis de las entrevistadas realizadas ya que en el mismo se encuentran todas las normas internacionales que amparan a las personas privadas de libertad.

En la sección 9 "*Categorías especiales de reclusos*" encontramos un apartado, que habla específicamente sobre la mujer en la prisión.

Nos gustaría mencionar también un artículo publicado en la Revista Nueva Sociedad en 2007 titulado: "*Mujeres invisibles: Las cárceles femeninas en América Latina*" autora Carmen Antony.

Dedica gran parte del artículo a entender el por qué de la escasez de investigaciones sobre la temática mujeres privadas de libertad que utilizamos en el correr de nuestro trabajo.

"La falta de literatura penal y criminológica sobre las mujeres no es, desde nuestro punto de vista, atribuible solamente a la tasa de delincuencia femenina, que es inferior a la masculina. Creemos que la delincuencia femenina no había sido objeto de estudio porque muchas investigaciones partieron de estereotipos sobre la mujer que solo contribuyeron a distorsionar la realidad."

También explica que, la falta de perspectiva de género en la política criminal se traduce en la inexistencia de una arquitectura carcelaria adecuada y en la falta de recursos. ¹

En la búsqueda nos encontramos con varias investigaciones, seminarios y/o conferencias sobre la población femenina privada de libertad en Chile. Notamos un gran movimiento en la protección de los derechos las mujeres

reclusas en este país. De estos materiales seleccionamos de la Universidad de Chile una investigación titulada: “*Mujeres privadas de libertad: estándares nacionales e internacionales. Políticas de género en materia penitenciaria*”, donde se analiza tanto la normativa nacional e internacional que rige el sistema penitenciario destinado a mujeres privadas de libertad en Chile, todo bajo un enfoque de perspectiva de género.

De dicho estudio nos interesó particularmente el apartado sobre “*Medios de coerción prohibidos en parto, o posterior al parto*” (Pág. 316), donde se analiza la normativa internacional que sustenta la necesidad de un trato especializado en cuanto a vigilancia, custodia y trato digno para las mujeres privadas de libertad, para así evitar torturas, malos tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.²⁸

Todos los antecedentes internacionales sobre la temática coinciden que las medidas de seguridad, como grilletes y/o esposas durante el parto o post parto inmediato no sólo son catalogadas como contraproducentes por las autoridades médicas, sino que constituyen actos inhumanos y degradantes. Concluyendo que no se puede ponderar y poner la seguridad por sobre la integridad de las personas, teniendo el Estado el deber de garantizar servicios apropiados y acordes a sus necesidades, y no a la conveniencia de la institución.

Capítulo III: Marco teórico

Marco teórico

Surgimiento e importancia de la bioética:

En el año 1970 Van Rensselaer Potter acuña el término «bioética» (bioethics) para referirse a la reflexión sobre los problemas éticos planteados por las ciencias de la vida y de las relaciones entre los seres humanos y los demás seres vivos. La bioética sería una nueva disciplina que combina el conocimiento biológico o de los sistemas vivos (bíos) y el conocimiento de los valores humanos (éthos).

Dentro de ella ocupa un lugar destacado la bioética clínica o asistencial, escenario principal de la humanización del parto.

La preocupación sobre los aspectos éticos de la práctica clínica existe desde hace siglos. Médicos, enfermeras, matronas y otros profesionales implicados en el cuidado de la vida y la salud humanas se cuestionan cómo afrontar los problemas éticos de su actividad, en particular cómo armonizar el manejo de los hechos clínicos y los valores. La novedad de las últimas décadas del siglo XX y los comienzos del siglo XXI es la aparición de circunstancias y problemas desconocidos que exigen replantearse las respuestas tradicionales.²⁴

Así, "la Bioética es la búsqueda ética aplicada a las cuestiones planteadas por el progreso biomédico"; otros acentúan los aspectos sociales o comunitarios: "la Bioética es el estudio interdisciplinar del conjunto de condiciones que exige una gestión responsable de la vida humana (o de la persona humana) en el marco de los rápidos y complejos progresos del saber y de las tecnologías biomédicas".⁶

En la bioética contemporánea se encuentra una amplia gama de teorías que han surgido en distintos contextos históricos, variando así el eje analítico y teórico, según tradiciones filosóficas distintas o simplemente a intereses económicos.

Haremos hincapié en el principialismo, ya que son sus bases las que determinan un cambio en el modelo y relación asistencial.

Generalmente, cuando se pretende resolver problemas o dilemas éticos en ciencias de la salud se parte de sus cuatro principios, conocidos como principios bioéticos propuestos por Beauchamp y Childress en su obra de 1978 *Principles of Biomedical Ethics*.

Estos principios éticos que deben regir el quehacer de los profesionales de la salud y de los investigadores en general. Son principios universales e históricos que deben aplicarse en todo momento y que son de obligado cumplimiento para los profesionales de la salud. Por lo tanto y del mismo modo que estos principios son básicos en todos los ámbitos de la salud, también lo son en relación a todo lo que envuelve el proceso de asistencia al nacimiento.⁹

Los cuatro principios principialistas, que posteriormente darán paso a otros principios en otras corrientes bioéticas son: el principio de autonomía, el de no maleficencia, el de beneficencia y el de justicia. Estos principios son básicos en todos los ámbitos de la salud, también lo son en relación a todo lo que envuelve el proceso de asistencia al nacimiento y al inicio de vida. El principio de no maleficencia implica ante todo no dañar (*primum non nocere*): no hacer daño físico, psíquico o moral a los pacientes, y asistir y no abandonar al paciente, así como respetar su dignidad, igualdad y autonomía. El principio de beneficencia exige hacer y promover el bien de los pacientes desde su autonomía, procurando que realicen su propio proyecto de vida. El principio de justicia requiere tratar del mismo modo lo igual y de modo distinto lo desigual. Gestionar y distribuir equitativamente los recursos sociosanitarios de acuerdo con criterios de imparcialidad, sin discriminar injustificadamente a las personas por razón de nacimiento, raza, sexo, situación económica, religión, opinión, discapacidad o cualquier otra circunstancia. El principio de (respeto de la) autonomía equivale a respetar la libertad y responsabilidad de cada persona en la gestión de su propia vida y salud. Reconocer su condición de agente moral y su facultad para tomar decisiones y llevarlas a la práctica de acuerdo con sus valores.

En Uruguay, el interés por la Bioética surge a finales de la década de los años ochenta. La población se encontraba envejecida, con enfermedades debidas al impacto de las condiciones socioeconómicas deficitarias. A fines de la primera década de este siglo se evidencia un interés creciente por la Bioética, así como la necesidad de poseer un número suficiente de recursos formados adecuadamente en la disciplina. Esto último es observado como consecuencia de la aprobación de recientes leyes promulgadas en el país, las que exigen la creación y funcionamiento de Comités de Ética en todas las instituciones que realizan asistencia médica.

En los ámbitos de la educación pública se considera pertinente llevar a cabo proyectos de educación en Bioética a nivel universitario, especialmente en la formación de los profesionales del área de la salud, además de los programas de filosofía y biología de la enseñanza media.²⁶

La necesidad de reflexionar sobre las conductas e implicancias del acto médico, sobre las consecuencias de ejercer en un ambiente con las condiciones que se detallaron anteriormente, donde no solo los técnicos encontraban vulnerados sus derechos sino que fundamentalmente los usuarios, hizo que la aparición de la Bioética pasará de una etapa académica a la institucionalización de la misma en comisiones y comités de ética.

En el 2006 la Universidad de la República, la Facultad de Medicina aprueba la creación de la Unidad Académica de Bioética integrada al departamento de Medicina Legal con el fin de coordinar y desarrollar actividades dirigidas a la formación de docentes, investigadores y estudiantes de grado y posgrado. Creando un nuevo plan de estudios en la Facultad, con un cambio en el modelo educativo hacia una formación más humanista, permitiendo a los futuros profesionales comprometerse con la realidad social en la cual se insertan, con el fin de lograr una formación interdisciplinar e intersectorial, con sólidas herramientas para el abordaje de las distintas situaciones desde los aspectos éticos, comunicacionales y especial énfasis en los derechos humanos.²⁵

En el 2014, el poder ejecutivo promulgó la ley 19.286, Código de Ética Médico realizado por el Colegio Médico del Uruguay, la cual es una guía de conducta para los profesionales que asumen sus compromisos éticos con la sociedad, garantizando con equidad y justicia un adecuado nivel de calidad en atención médica, siendo de carácter obligatorio para todos los médicos enunciando principios, normas y deberes. Esta Ley se suma a la normativa desde una perspectiva de derechos humanos, consolidándose nuevos paradigmas en cuanto al ejercicio de la profesión tanto médica como no médica en armonía con los intereses de los usuarios.

Bioética y humanización del parto

En las últimas décadas, uno de los términos usado con mayor profusión, en lo que a tipo de modelo de atención al nacimiento se refiere, es el de “humanización de la asistencia” que nació como respuesta al fuerte intervencionismo médico que se estaba produciendo sobre un proceso fisiológico como es el parto y que habría cuestionado en algunos aspectos los cuatro principios mencionados (Biurrun-Garrido & Goberna-Tricas, 2013).⁹

Hasta finales del siglo XIX parir en un hospital era considerado signo de pobreza dado que se asociaba a mayor peligro para la vida de la mujer por la alta mortalidad materna debida, en gran medida, a las fiebres puerperales

(Goberna-Tricas, 2009). No obstante, esta situación cambia a partir del siglo XX como consecuencia de la revolución biomédica de occidente provocada por las mejoras sociales, económicas y por los progresos en descubrimientos, conocimientos y tecnologías sanitarias que repercutieron directamente sobre la disminución de la morbilidad materna e infantil (Biurrun-Garrido & Goberna-Tricas, 2017).

A partir de entonces, se producen importantes avances en el ámbito de la ginecología y la obstetricia que permiten solucionar o minimizar problemas de salud.

Sin embargo, estos avances suelen anteponer la tecnificación y el conocimiento científico a las necesidades de las usuarias, justificándose esta conducta en la mejora de los resultados obstétricos (Heidegger, 2007).⁹

Asimismo, el aumento de los protocolos asistenciales durante la atención al nacimiento ha comportado, en numerosas circunstancias, la realización de praxis no siempre justificadas desde una perspectiva de “práctica basada en la evidencia científica” obviando en numerosas ocasiones las particularidades que se producen en cada proceso de atención al nacimiento.

También hay que mencionar que el avance de la ciencia y la tecnología provoca un aumento de las especializaciones profesionales existentes, creando incluso subespecializaciones, influyendo a su vez en la estructuración de los servicios sanitarios, contratación y capacitación de los profesionales que acompañan el proceso.⁹

Debe tenerse en consideración que el parto es un proceso fisiológico y no una patología o enfermedad en la cual los sanitarios deban intervenir para restablecer la salud de la usuaria; estamos hablando de la atención de un proceso orgánico en el que una persona, una mujer, “da a luz” a otro ser humano, a otra persona.

En el caso de la atención al nacimiento es importante puntualizar que los cuidados deben ser dirigidos a dos seres que necesitan atenciones individualizadas y personalizadas, dado que sus características personales las hacen únicas al igual que lo será su proceso de parto y la vivencia del mismo. Esto hace necesario que los cuidados o atenciones además de estar basados en la evidencia, respeten la dignidad de la persona (Torralba Roselló, 2005).

El principio de autonomía

Etimológicamente el término autonomía proviene del latín , a su vez del griego antiguo αὐτονομία (autonomía), compuesto de “autos”: propio, mismo y

“nomos”: ley, administración. Se puede entender como la capacidad de darse uno mismo sus propias leyes.

Para la Real Academia de la Lengua, la autonomía está definida como condición de quien, para ciertas cosas no depende de nadie.

El respeto a la autonomía comienza con el reconocimiento del derecho legítimo y la capacidad del individuo para tomar decisiones personales. Se llevará a cabo, fundamentalmente, a través del ejercicio del consentimiento libre (sin restricciones o presiones indebidas) e informado (después de proveerse la información apropiada a la acción propuesta).

Beauchamp y Childress definen autonomía como “la capacidad de autogobierno que posee la propia persona y que incluye la comprensión, el razonamiento, la reflexión y la elección independiente”.

El principio de autonomía obliga al profesional sanitario a respetar los valores y creencias del usuario, considerando las perspectivas que estos tienen sobre sus intereses y utilizando únicamente estrategias clínicas autorizadas, por parte del paciente, como resultado de un proceso de consentimiento informado.

La información previa al consentimiento es un factor esencial para el ejercicio del principio de autonomía. Para que una persona pueda tomar decisiones informadas, debe tener acceso a información apropiada en términos de contenido y forma. ⁶

Somos autónomos no solo porque somos humanos, sino para ser más humanos (Goberna-Tricas & Boladeras Cucurella, 2016); en eso nos refuerza el principio de autonomía.

El concepto moderno de autonomía encuentra sus bases fundacionales, en el renacimiento (siglo XV al siglo XVI) y es Immanuel Kant (1724-1804) quien introduce la reflexión del hombre como ser autónomo a partir de la siguiente reflexión: “La autonomía es, pues, el fundamento de la dignidad de la naturaleza humana y de toda naturaleza racional” ⁶

El real cumplimiento del principio de autonomía, está dado por una percepción personal y única, donde el individuo se siente más o menos contemplado según sea el caso, y esta es una característica clave. Una persona no puede dictaminar si está o no está siendo respetado el principio de autonomía de otra persona, en tanto la primera no está siendo protagonista activa de la situación en cuestión.

Si nos centramos en la autonomía, en la toma de decisiones y en las opciones de la mujer durante el parto, la dignidad y la autonomía de la gestante se hacen patentes a través de su derecho a recibir atenciones y cuidados y en el derecho a adoptar decisiones autónomas.

Se puede decir que la imposibilidad de ejercer plenamente el principio de autonomía, condiciona una situación de vulnerabilidad en las personas que así lo viven.

En el caso del parto, esta imposibilidad del goce de la autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad conlleva un gran impacto negativo en la vida de las mujeres.

Algunos ejemplos de interferencias en el ejercicio de autonomía de las mujeres en la asistencia médica son:

- La negación de información a las usuarias sobre procedimiento médicos empleados durante el proceso de parto.
- La realización de prácticas hospitalarias que humillan e ignoran las necesidades de las mujeres, las infantilizan o las aíslan. Las privan de movimiento, comida o agua, en situaciones en las que no es imprescindible para la práctica sanitaria.
- La realización de cesáreas innecesarias.
- Las rutinas hospitalarias sin ventajas probadas para el bienestar de mujeres: administración de enemas y sedantes, realización de episiotomía sistemática o la posición supina obligatoria para el parto.
- La alteración del proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante técnicas de desaceleración.
- La obstaculización del apego precoz del bebé con su madre y del amamantamiento sin causa médica justificada.⁸

El encierro carcelario implica restricciones sustantivas para el goce de los derechos reconocidos y una mayor exposición a la violencia institucional. En la población privada de libertad, diferentes fuentes de desigualdad se entrecruzan de modo particular a lo largo de sus vidas, generando las condiciones propicias para desencadenar, eventualmente, la captación por el sistema carcelario. Así, si bien la vulneración de derechos es previa a la situación de reclusión, ésta es continuada durante el pasaje por las

instituciones totales.

Siguiendo los planteos del sociólogo Erving Goffman realizados hace más de cincuenta años, el encierro en las instituciones totales produce efectos como la despersonalización; la individualización; la uniformización, la pérdida de autonomía, la pérdida de intimidad.

La vigilancia constante, la programación de las actividades cotidianas, la falta de privacidad, así como el control del tiempo y del espacio, todo condicionado a los recursos psíquicos de cada persona, pueden influir en la escasa posibilidad de autodeterminación de las personas privadas de libertad, implicando una infantilización de las respuestas, pérdida de la voluntad, poca tolerancia a la frustración, falta de concentración, una dependencia total de las órdenes, indicaciones y autorizaciones del personal.

Abrimos paréntesis para aclarar el término de instituciones totales. Goffman se refiere a éstas como hospitales, asilos, prisiones o cárceles;

“Una institución total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”. (Goffman, 1970, p. 13).

La dignidad y la autonomía de la mujer embarazada se expresan de modo eminente a través de su derecho a recibir tratamiento y cuidados y del derecho a adoptar decisiones autónomas.

El ejercicio de la autonomía decisoria se inserta en un proceso comunicativo sujeto a determinados requisitos, esencialmente tres: información (cualquier dato que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y de salud de la paciente y sobre el modo de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla), concebida como un proceso gradual y no como un acto clínico aislado, y que debe comunicarse de forma proporcionada y ajustada a las necesidades y capacidad de comprensión de cada paciente; voluntariedad (decisión libre, no adoptada bajo coacción, intimidación, manipulación u otra influencia indebida); y capacidad o competencia (aptitud para comprender y realizar libremente un acto o ejercer un derecho), cuya evaluación es responsabilidad de los profesionales, quienes han de tener en cuenta que la incapacidad de cada persona es variable y graduable, pues son exigibles diferentes niveles de capacidad en razón de la decisión que deba adoptarse y/o realizarse.²⁴

En todas las circunstancias, el servicio de salud debe respetar la autonomía de las mujeres respecto de su propia salud y el consentimiento informado en la relación médico paciente.

Para reconocer la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones informadas, es necesario desarrollar un concepto de autonomía que no desestime la condición de vulnerabilidad intrínseca de los seres humanos, sino que la incorpore como en el caso del desarrollo de una relación asistencial basada en la autonomía relacional.⁶

El feminismo redefine el concepto de autonomía como autonomía relacional (Álvarez, 2015). ¿A qué se refiere este nuevo concepto? A la inclusión de la visión del individuo no como un ser aislado del mundo y desvinculado de su entorno, sino como un ser que se interrelaciona y que es interdependiente. El ser humano no está solo en el mundo, el ser humano tiene una vertiente relacional que afecta directamente sobre el concepto de "autonomía"

La autonomía del individuo debe tener en cuenta a las personas que forman parte de la vida de éste.

En el caso que nos atañe, se debe tener en cuenta el entorno en el que se produce el nacimiento y a las personas que acompañan a la usuaria en dicho proceso. Se ha hecho mucho énfasis en la vertiente más independiente y desvinculada de la comunidad de la autonomía; pero la persona vive en sociedad, que es la que otorga identidad y sentido a la misma, por lo que finalmente el objetivo es que la usuaria ejerza su autonomía relacional. Este aspecto, para el feminismo, en tanto que defiende los intereses de los oprimidos, el contexto social y comunal es altamente importante. No se debe olvidar que los colectivos oprimidos no son totalmente libres y autónomos en sus contextos, ya que están sujetos a las normas y los valores del colectivo opresor.⁹

Aproximación al concepto de Vulnerabilidad

Existen diferentes capas y formas de vulnerabilidad en las mujeres en lo que se refiere a embarazo, parto y maternidad. Algunas suceden por causa del azar, no obstante, los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de eliminar aquellas situaciones de vulnerabilidad que se generan a causa de las intervenciones y rutinas en el seno de las instituciones sanitarias.²

El concepto de vulnerabilidad ha sido utilizado en múltiples sentidos y ámbitos; económico, político, social, sanitario, etc. Se puede decir que todo ser humano es vulnerable por su condición finita, por la propia fragilidad que tiene el ser humano, pero las diferentes circunstancias y condiciones en la que se encuentra cada individuo determinan el grado de vulnerabilidad que éste tiene.

Florencia Luna (CONICET/FLACSO) plantea mediante la “metáfora de las capas” una forma dinámica de pensar la vulnerabilidad. Luna establece que el hecho de atribuir a una población el título de vulnerable, no hace otra cosa que exacerbar las diferencias y desigualdades que condicionan ese grado de vulnerabilidad según sea el caso.

Si pensamos en la idea de las capas, podemos comprender que en muchas ocasiones puede haber diferentes capas de vulnerabilidad sobreponiéndose y operando sobre una misma persona. Es decir todos tendríamos algunas capas ineludibles de vulnerabilidad por nuestra condición finita, por la propia fragilidad del ser humano, pero si a eso le sumamos diferentes circunstancias y condiciones vamos añadiendo más capas.

Definir a una población como vulnerable, no debe entenderse como el único atributo, o el máximo atributo de distinción o reconocimiento distintivo.

No se puede tomar este criterio como elemento descriptivo, ya que así se caería en un nocivo proceso de estigmatización de una población.

Por otra parte, Butler (2006) sostiene que nuestra interdependencia debe tener también una dimensión normativa en nuestra vida social. Todos vivimos con vulnerabilidad ante el otro, pero este hecho es parte de la vida corporal. Sin embargo, esta vulnerabilidad intrínseca a los seres humanos se acentúa bajo ciertas condiciones sociales y políticas. Especialmente en aquellas formas de vida sometidas a violencia y con medios de autodefensa limitados.

Aproximarse al concepto de vulnerabilidad a fin de explorar cuales son las condicionantes que determinan a una población, a una comunidad o grupo, a una persona como “vulnerable” implica un reconocimiento de las distintas realidades y contextualización, así como también una aceptación de las desigualdades que deben ser reconocidas a la hora de diseñar una investigación, un plan terapéutico, o una medida de asistencia concreta.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, más conocida como Convención de Belém do Pará (cbp), en el artículo 9, visibiliza la diversidad existente respecto a las mujeres y pide a los Estados que tengan especialmente en cuenta la situación de mayor vulnerabilidad respecto a la violencia que puedan sufrir las mujeres cuando algunas de las variables que menciona el artículo se entrecruzan con su especificidad de mujer.

Las variables a las que hace referencia son: la raza, origen étnico, condición de migrante, condición de refugiada; que se encuentre embarazada; que tenga alguna discapacidad; que sea menor de edad o anciana; que se encuentre en situación económica desfavorable; que se encuentre afectada por situación de conflicto armado; o que se encuentre privada de libertad.

Es decir que cuando se intersecta cualquiera de las variables anteriores con la de ser mujer, los Estados deben tener especialmente en cuenta la situación de mayor vulnerabilidad porque la desventaja es aún mayor. Esto es lo que se

llama «discriminación múltiple o agravada».

Uruguay ratificó la Convención de Belém do Pará el 2 de abril de 1996 mediante Ley 16.735, y la incorporó a su sistema jurídico interno.¹⁷

Ibone Olza recuerda que el parto es un momento de gran vulnerabilidad para la mujer, por lo que el trato humillante y la anulación de la autonomía de la usuaria hacen que éstas vivan una experiencia traumática que permanece durante los meses que siguen al parto.²

Añade que este hecho puede llegar a desencadenar un síndrome de estrés postraumático, provocando que algunas mujeres, en vez de recordar su parto de una forma positiva, recuerden los comentarios que realizan algunos profesionales y las sensaciones de indefensión y pánico que sintieron durante este proceso.⁷

Para reconocer y garantizar la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones informadas, es necesario desarrollar un concepto de autonomía que no desestime la condición de vulnerabilidad intrínseca de los seres humanos, sino que la incorpore como en el caso del desarrollo de una relación asistencial basada en la autonomía relacional.

En esta investigación debemos tener presente que las mujeres con las que trabajaremos son triplemente vulnerables, por estar presas, porque en su inmensa mayoría son pobres y porque, además, son mujeres. El hecho de parir estando privada de libertad agrega a la vulnerabilidad propia de ese momento sentimientos de sumisión, vergüenza y temor. La presencia de custodias y de medidas de sujeción potencian estas experiencias negativas.

Breve historia de la prisión femenina en Uruguay:

Uruguay carece de un sistema penitenciario como tal, ya que la jurisdicción de los establecimientos penitenciarios no corresponde a un solo organismo, ni a una sola política penitenciaria.

La Dirección Nacional de Cárceles dependiente del Ministerio del Interior (desde el año 1971) tiene bajo su jurisdicción los establecimientos carcelarios de la zona metropolitana, esto es: Penal de Libertad, Complejo Carcelario Santiago Vázquez, Centros de Recuperación Nro. 1 y 2, Establecimiento La Tablada y Cárcel de Mujeres.

Por otra parte los establecimientos de reclusión departamentales (19 en total), se encuentran en la órbita de las Jefaturas de Policía de cada departamento.¹⁶

El Centro correccional de mujeres “Cabildo”, fue hasta el 2010 el principal establecimiento de reclusión penitenciaria de mujeres en Montevideo, Uruguay. Este edificio dejó de funcionar dado que las condiciones no eran aptas para la reclusión de personas. (Ministerio del Interior, 2011). Cabildo tenía más de 100 años de antigüedad y un mantenimiento precario, con una superpoblación de mujeres, superando la capacidad del lugar. (SERPAJ, 2009).

En mayo del 2010 comenzó el traslado de las mujeres privadas de libertad y culminó en agosto del 2011 a la recién inaugurada Unidad 5 “Femenino”, situada en el ex hospital psiquiátrico Musto. Esta cárcel no reunía las condiciones apropiadas para las reclusas que conviven con sus hijos, por lo que fueron llevadas a “El Molino”.

“El Molino” fue el primer centro carcelario de Uruguay exclusivo para que las reclusas permanezcan con sus hijos: una isla amurallada, en el barrio Paso Molino. En el 2016 cerró sus puertas, por disposición del Ministerio del Interior ya que el centro presentaba ciertas particularidades sanitarias y edilicias que no eran las adecuadas, siendo trasladada a la planta baja de la Unidad N° 5 del Instituto Nacional de Rehabilitación, el centro penitenciario femenino más grande del país, en el barrio Colón.

En “El Molino” se había podido llevar a cabo un importante plan de actividades, contando con el apoyo de grupo de vecinos, organizaciones no gubernamentales y varias entidades estatales. Esto ayudó a que se creara un buen clima de convivencia y participación de las mujeres privadas de libertad en aquellas actividades cotidianas. “Era un centro chico e integrado al barrio, que pese a su seguridad perimetral, puertas adentro tenía varios espacios amigables para los niños e instancias que permitían un contexto de crianza positivo”. (Informe del Comisionado Parlamentario, 2017: 2)

Actualmente las mujeres privadas de libertad con hijas e hijos se alojan en la Unidad 9, en el mismo predio que la Unidad 5. Desde finales del 2018 las mujeres embarazadas a partir del tercer trimestre son trasladadas a esta unidad.

Caracterización de población femenina privada de libertad en Uruguay

Vigna en *“Análisis de datos del I Censo Nacional de Reclusos, desde una perspectiva de género y derechos humanos: Informe final”*, afirma que las mujeres constituyen dentro del sistema carcelario uruguayo un grupo muy reducido, recordando los datos mencionados con anterioridad, al año 2012 representaban el 6,9% de la población privada de libertad, de acuerdo a los datos del Reporte Social 2013. Con la particularidad de que ese porcentaje si se compara con el año 2010 disminuyó aproximadamente en 100 reclusas.²⁷

El hecho de que sean tan pocas, bien podría actuar como un factor que garantizara un conocimiento más profundo de su situación, así como mayores facilidades para atenderla. Sin embargo, su escasez actúa generalmente produciendo el efecto contrario: constituyen un grupo tan reducido –y dentro de una población tan vulnerable- que a menudo se torna invisible frente a las necesidades de la mayoría (la población masculina).

La autora subraya que tanto la literatura nacional como la latinoamericana destacan que las características más relevantes de su situación se pueden resumir de la siguiente manera:

- a) Mayores niveles de abandono: tanto de su familia como de su entorno, a partir del momento de ser reclusas.
- b) Situación de particular vulnerabilidad: a nivel personal como para sus hijos, esto supone el embarazo y la maternidad a la interna del centro de reclusión
- c) Perfil diferencial: vinculado a la clase de delito cometido, por ejemplo en las mujeres el mayor índice se vincula al tráfico y venta de estupefacientes, a diferencia de los hombres donde se destacan los delitos contra la propiedad.
- d) Discriminación en términos de género: esto refiere a la muy escasa oferta carcelaria en materia educativa y laboral, que influye decisivamente en sus posibilidades de generar ingresos durante y una vez finalizada la privación de libertad.
- e) Situación carcelaria en el interior del país: generalmente las mujeres comparten el establecimiento con la población masculina, y como consecuencia de ello se les asigna espacios menos adecuados y gozan de menos derechos

f) Estigma por haber pasado por la prisión: es más notorio en el caso de las mujeres en el sentido de todas las consecuencias que esto trae durante y después de la reclusión.²⁷

Siguiendo con esta línea, Jimena Marrero, docente de pedagogía en una entrevista para La Diaria señala: “Siempre digo que son mujeres supervivientes, porque la mayoría se enfrentó a la supervivencia cuando eran muy pequeñas”, explicó. La psicóloga dijo que las primeras experiencias hostiles las tuvieron, por lo general, en la primera infancia; viviendo en la marginalidad, con carencia de afectos y oportunidades, muchas de ellas recluidas desde la adolescencia en distintos centros, por lo general del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, y en algunos casos con algún progenitor preso. Además, ya de adultas e incluso dentro de la cárcel, 60% padece de ansiedad o depresión y 90% consume o consumió algún psicofármaco o sustancia psicoactiva.¹⁸

Presentó también una serie de datos en relación con las mujeres y las cárceles. Algunos fueron recogidos por ella y su equipo en 2017, y otros por un censo del Ministerio de Desarrollo Social. En 2017 las mujeres eran el 5% de la población carcelaria y tenían un promedio de edad de 27 años. En total había 39 niños viviendo en cárceles en todo el país, y 88% de las mujeres tenía tres o cuatro hijos fuera. 70% no tenía visita ni apoyo familiar, muchas de ellas fueron institucionalizadas en su adolescencia. Aproximadamente 60% no había terminado la primaria y un gran número de ellas tuvo o tenía un familiar –progenitor o hijo– en la cárcel.¹⁸

Nos parece importante a la hora de realizar este trabajo contar con datos actualizados sobre la realidad de las mujeres privadas de libertad en Uruguay, por ello y teniendo en cuenta que el primer y único censo hecho en Uruguay sobre personas privadas de libertad (no específicamente mujeres) fue en el año 2010, citaremos el artículo de La Diaria realizado por Denisse Legrand en junio del 2018 que se titula: “Las cárceles no están hechas para mujeres.”

“Según cifras oficiales del INR, hoy son 488 las mujeres que están presas en Uruguay; 253 se domicilian intramuros en el barrio Colón, 242 lo hacen en la Unidad 5 “Femenino” y 11 en la Unidad 9 “Madres con hijos”. Las otras 235 mujeres retenidas por el sistema penal se distribuyen en distintas unidades del interior del país.

Hay diez mujeres embarazadas presas, tres en la Unidad 5 y siete en el interior. 38 niñas y niños viven en cárceles en nuestro país, 12 en la Unidad 9 y 26 en el interior.

Para el 43% de las mujeres esta es su primera experiencia en el sistema penal (son primarias); 37% son reincidentes y no se ha confirmado la situación del restante 20%. La mayoría (71%) están procesadas pero no penadas, esto quiere decir que sólo 29% saben cuál será su condena.

Los delitos que se les tipifican a las mujeres son diversos. La mayoría (40%) son crímenes contra la propiedad. El tráfico de estupefacientes (26%) está muy presente.

Son en general mujeres que se dedican al microtráfico y que representan los eslabones más débiles de las cadenas de distribución de sustancias. Los delitos contra la vida y la integridad física representan el 22%. El resto se reparten entre delitos sexuales (3%), delitos económicos (2%), tráfico de armas (0,7%) y otros delitos (6,3%). Solamente hay una mujer presa por violencia doméstica, cifra que asciende a 149 casos en varones”

La edad promedio es semejante al promedio nacional (33 años) de las mujeres recluidas en el país. Según lo expresado por Vigna (2012), se relaciona con un involucramiento delictivo tardío, producto del tipo de delito cometido o de las pautas de control social.

En el 2017 aproximadamente 60% no había terminado la primaria y un gran número de ellas tuvo o tenía un familiar –progenitor o hijo– en la cárcel.¹²

Derechos de las mujeres privadas de libertad

“Cualquier paso que pueda darse para hacer menos dolorosas y dañosas las condiciones de vida de la cárcel, aunque sólo sea para un condenado, debe ser mirado con respeto cuando esté realmente inspirado en el interés por los derechos y el destino de las personas detenidas, y provenga de una voluntad de cambio radical y humanista...” Alessandro Baratta (1990)

Un Estado de derecho tiene el deber de garantizar el respeto a la dignidad de las personas privadas de su libertad. Para que el Estado pueda cumplir con esta obligación de respetar la dignidad humana de las personas en el contexto de la privación de libertad, debe satisfacer una serie de requisitos básicos.

La ejecución de la privación de libertad no puede hacerse al margen de la ley y, consiguientemente, todo lo que sucede dentro de la prisión y/o cualquier otra forma de detención debe hacerse conforme a ella.

Las personas privadas de libertad tienen derecho a conservar sus garantías fundamentales y ejercer sus derechos, a excepción de aquéllos cuyo ejercicio esté estrictamente limitado o restringido temporalmente, por disposición de la ley, y/o razones inherentes a su condición de personas privadas de libertad.

Los derechos humanos son aquellos que tienen todas las personas por el solo hecho de ser seres humanos; sin distinción de sexo, edad, nacionalidad, pertenencia a un grupo étnico, religión, o condición social, cultural o económica.

Las personas privadas de su libertad conservan el derecho fundamental de gozar de una buena salud, tanto física como mental, así como a una atención médica cuyo nivel sea, como mínimo, el mismo que goza la población en general.

El derecho a la salud es un derecho fundamental que todos los seres humanos tenemos. El encarcelamiento es una situación que expone a las personas a una extrema vulnerabilidad, que en muchas ocasiones puede afectar y deteriorar la integridad física, psíquica o moral de las personas. Es importante determinar si las condiciones de encierro no generan afectación en ninguno de estos aspectos mencionados, de lo contrario es imprescindible tomar medidas que amparen el derecho a la salud. ⁴

Cuando un Estado priva a un individuo de su libertad, asume la responsabilidad de cuidar de su salud, no sólo en lo que respecta a las condiciones de detención, sino también al tratamiento individual que pueda ser necesario como consecuencia de dichas condiciones. ²⁰

El aumento del número de mujeres privadas de libertad y el interés por parte de la academia y de la militancia feminista han llevado a que este sector de la población deje de ser completamente invisible (Antony, 2000) y han mostrado la necesidad de que se piense en políticas específicas, además de conocer sus condiciones particulares (Lechner, 2002).

Foucault sostiene que el encierro femenino carcelario se fortalece a partir de los discursos que legitiman la tutela social de la mujer desviada o transgresora. La aceptación de las prácticas que lo constituyen preceden y acompañan a los discursos sobre la cárcel como dispositivo capaz de producir y reforzar una «sanción normalizadora».

Jimera Marrero, que desarrolla proyectos en cárceles con sus estudiantes, señala que en los encuentros pudieron observar una mayor opresión hacia las mujeres: “Hay una serie de estigmas, cosificaciones y violencias sociales, familiares e institucionales que se multiplican en los cuerpos y en las vidas de las mujeres privadas de libertad”. ¹⁸

Las mujeres hacen ruidos: gritan, menstrúan, se embarazan, paren —lo hacen muchas veces engrilladas en hospitales públicos—, tienen a sus hijos con ellas en la prisión. Además quieren tenerlos. La mujer presa, cuando es madre, carga con la sombra de esa condena, es culpable de un segundo crimen que se sobreagrega al motivo de la pena a cumplir. El lugar de lo femenino en la cárcel resulta siempre un aspecto disruptivo: hay algo que no encaja, algo que permanentemente desacomoda la lógica de las prácticas y discursos de la institución total, dando cuenta permanentemente de su imposible totalidad. Encarcelar mujeres, privarlas de libertad, integrarlas a una institución carcelaria son acciones que necesitan ser leídas desde las diferencias de los roles históricamente atribuidos a cada género, porque el igualitarismo en la lectura criminológica, la equiparación de las penas y el desconocimiento de las singularidades en la distribución de la carga reproductiva y en la crianza de los hijos, no iguala, sino que refuerza las desventajas previas.¹⁷

Todas las mujeres privadas de libertad (MPL) tienen derecho a ser tratadas con respeto, con igualdad y con dignidad. Ninguna debe ser discriminada en razón de su raza, etnia, color de piel, nacionalidad, edad, religión, sexo, orientación sexual o identidad de género, posición social, por ser portadora de VIH, por tener enfermedades de transmisión sexual, por su aspecto físico, o cualquier otra condición. Las mujeres privadas de libertad tienen derecho a la salud a nivel mental, físico y social. Pueden solicitar la asistencia necesaria en el servicio médico de la unidad en la que se encuentren internadas, donde se evaluará su situación, y se podrá recomendar su internación en un centro hospitalario. Tienen derecho a recibir educación e información sobre las medidas para prevenir enfermedades de transmisión sexual y sanguínea, así como problemas de salud propios de la mujer. En todas las circunstancias, el servicio de salud debe respetar la confidencialidad de la información médica, la autonomía de las mujeres respecto de su propia salud y el consentimiento informado en la relación médico paciente.¹⁷

Las principales fuentes de derechos de las personas privadas de libertad son:

- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948)
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)

- Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o degradantes (1984)
- Protocolo facultativo de la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (2003)
- Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (1987)
- Convención para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas (2006)
- Convención sobre los Derechos del Niño (1989)
- Convención Americana de Derechos Humanos (1969)
- Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos (1957)
- Principios básicos para el tratamiento de los reclusos (1990)
- Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión (1988)
- Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de menores (1985)
- Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad (1990)
- Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas (2008)
- Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza y de Armas de Fuego por parte de Oficiales Encargados de Hacer Cumplir la Ley (1990)
- Código de Conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley (1978)
- Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (1982)

Derechos sexuales y reproductivos en mujeres privadas de libertad

Dado el enfoque de nuestro trabajo nos parece primordial hacer mención a aspectos relacionados específicamente a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres privadas de libertad.

Numerosos estudios e informes señalan al ámbito carcelario como uno especialmente hostil a las necesidades de las mujeres, hostilidad que se manifiesta en la existencia de estructuras inadecuadas; en la falta de tratamientos penitenciarios específicos; en la implementación de ofertas de educación, trabajo y salud sin perspectiva de género; en la desatención de los historiales de violencia y victimización que presentan esas mujeres, entre otros. El entramado de vectores de vulnerabilidad que afectan a las mujeres en prisión ha generado una tendencia a diseñar remedios jurídicos que atiendan a sus requerimientos. En lo que aquí interesa, existen disposiciones encaminadas a garantizar sus derechos sexuales y reproductivos, junto con las prestaciones sanitarias adecuadas para ejercerlos.⁵

En la cárcel el desarrollo de actividades de atención a la salud sexual y reproductiva se ven obstaculizadas por falta de estructuras habitacionales que permitan el libre y digno desarrollo de la misma. Se enfrentan además a otras actividades vinculadas a la carencia de especialistas y sobre todo a la ausencia de una atención integral y preventiva. A todo esto se suman trabas administrativas que dificultan el acceso extramuros de dicha atención.⁴

Los derechos sexuales y reproductivos se fundamentan en el derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y agradable en todo el ciclo vital, libre de coerción y discriminación, y respetuosa con la autonomía sexual de las personas. Se basan en el reconocimiento y respeto a la capacidad de decidir de forma libre y responsable, sin discriminación, coerción o violencia, si se quiere tener o no tener hijas e hijos. Implica también garantizar la salud sexual y reproductiva entendida como un estado del bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad.

Los derechos sexuales y reproductivos, entre otras cuestiones, comprenden el derecho a la autonomía personal y al reconocimiento ante la ley, así como el derecho a la libertad sexual.

Son derechos que implican que las personas tienen que tener el control para poder decidir libremente sobre asuntos relacionados con la sexualidad, derecho a escoger sus parejas sexuales y a experimentar su potencial y placer sexual con plenitud, dentro de un marco de no discriminación y con consentimiento. Y también el derecho a la salud y a los beneficios de los avances científicos, por

el que todas las personas tienen derecho a disfrutar del más alto estándar posible de salud física y mental, que incluye los determinantes esenciales de la salud, el acceso a la atención de la salud sexual para la prevención, diagnóstico y tratamiento de todas las inquietudes, problemas y trastornos sexuales.

El enfoque de derechos sexuales y reproductivos está muy vinculado con el empoderamiento. Éste supone un proceso a través del cual los individuos y los grupos se apropian de los recursos, sobre sí mismos y sus vidas. En este campo el empoderamiento permite que las personas y en especial las mujeres, se construyan como sujetos sexuales con derechos tanto en el campo sexual como reproductivo y que ejerzan el derecho, a través del conocimiento de tomar decisiones autodeterminadas sobre su sexualidad y reproducción. Esto se podrá lograr en la medida que se promuevan sujetos con autonomía para ejercer sus derechos, se fomente el autocuidado y mutuocuidado, el respeto a la diversidad, así como a la responsabilidad.⁴

La salud sexual y reproductiva está muy influenciada por el contexto socioeconómico y cultural, así como por el momento del ciclo vital, estructura familiar, etc. Es así que la salud sexual y reproductiva repercute en las experiencias y relaciones personales de cada individuo.⁴

Son fundamentales el derecho a la información y a la educación en materia sexual y reproductiva y, en particular, el acceso al material informativo específico para garantizar la salud y el bienestar de las personas. La educación y la información proporcionadas tienen que ser suficientes para garantizar que las decisiones relacionadas con la vida sexual y reproductiva se tomen con el consentimiento pleno, libre e informado. Un derecho en el que se inscribe esta intervención.

Debemos tener en cuenta también que, a todos estos derechos se les aplica el principio de universalidad, es decir, todas las personas, sin ningún tipo de discriminación, tienen derecho a disfrutarlos plenamente. También son derechos inalienables, y esto quiere decir que ninguna persona puede renunciar a ellos, y para que esto sea efectivo es necesario que toda la población los conozca y sepa que puede ejercerlos. Por último, también se les aplica el principio de interdependencia, ya que todos los derechos están estrechamente relacionados, de forma que el pleno ejercicio de cada uno tiene un recorrido propio.

Por lo dicho anteriormente concluimos que la normativa y las políticas públicas referidas aplican a las mujeres en general; entre ellas, las que se

encuentran privadas de libertad. De hecho, esta condición particular requiere una serie de medidas especiales, en atención a las dificultades que a estas mujeres se les presentan para acceder a sus derechos.

Las diferentes capas de vulnerabilidad que las atraviesan han provocado que se diseñen marcos jurídicos que tomen en cuenta sus requerimientos, tanto a nivel internacional (ya señalados) como a nivel nacional que ampliaremos más adelante.

Las Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (“Reglas de Bangkok”) de las Naciones Unidas constituyen uno de los instrumentos que se detienen en la situación de las mujeres privadas de libertad.

Respecto de la atención sanitaria:

La regla 6.c incorpora al reconocimiento médico—siempre que medie voluntad de la detenida— “El historial de salud reproductiva de la reclusa, incluidos un posible embarazo en curso y los embarazos anteriores, los partos y todos los aspectos conexos”

La regla 24 dispone que “no se utilizarán medios de coerción en el caso de las mujeres que estén por dar a luz ni durante el parto ni en el período inmediatamente posterior”. Asimismo, si bien este instrumento establece una preferencia por la utilización de medidas no privativas de la libertad (regla 62), las reglas 48 a 52 se dedican específicamente al universo de mujeres embarazadas, lactantes y con hijos/as en la cárcel, y contienen disposiciones vinculadas con la atención de su salud y de su nutrición (reglas 48.1 y 48.3); y con el derecho de amamantar a sus hijos/as (regla 48.2), de permanecer junto con ellos/as en el lugar de detención -de conformidad con su interés superior- (regla 49) y de gozar del máximo de posibilidades de dedicarles tiempo.

Destacamos entonces:

Regla 48 1. Las reclusas embarazadas o lactantes recibirán asesoramiento sobre su salud y dieta en el marco de un programa que elaborará y supervisará un profesional de la salud. Se suministrará gratuitamente a las embarazadas, los bebés, los niños y las madres lactantes alimentación suficiente y puntual, en un entorno sano en que exista la posibilidad de realizar ejercicios físicos habituales.

Regla 64: Cuando sea posible y apropiado se preferirá imponer sentencias no privativas de la libertad a las embarazadas y las mujeres que tengan niños a cargo, y se considerará imponer sentencias privativas de la libertad si el delito es grave o violento o si la mujer representa un peligro permanente, pero teniendo presente el interés superior del niño o los niños y asegurando, al mismo tiempo, que se adopten disposiciones apropiadas para el cuidado de esos niños.²

También las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (“Reglas de Mandela”) de las Naciones Unidas, más reciente, contienen innovaciones importantes.

La *regla 24.1* dispone que “la prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado” y que “gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior”.

La *regla 28* contiene el deber de los establecimientos penitenciarios de poseer instalaciones especiales para el cuidado y tratamiento de las mujeres durante su embarazo, así como durante el parto e inmediatamente después. Además estipula que, en la medida de lo posible, se procure que el parto tenga lugar en un hospital civil.

Luego, la *regla 48.2* reitera la obligación internacional de no utilizar instrumentos de coerción física sobre las mujeres que estén por dar a luz, ni durante el parto ni en el período inmediatamente posterior.²³

A pesar de toda la normativa mencionada, La Relatoría Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias ha dicho al respecto que: Muchas prisiones no ofrecen una atención física o mental adecuada a las reclusas y, de hecho, puede que dispensen menos atención sanitaria a las presas que a los presos. La consecuencia de no tener en cuenta las necesidades de salud específicas de las mujeres es que se ignoran las necesidades de salud reproductiva y también las afecciones médicas, derivadas de un historial de pobreza, malnutrición, maltrato físico o abuso sexual, consumo de drogas o atención médica inadecuada.

También llamó la atención sobre la realidad de distintos países, en los que las mujeres reclusas reciben una inadecuada atención de necesidades específicas como el embarazo y el parto, y de otras necesidades de salud sexual y reproductiva. Este organismo cuestionó prácticas tales como encadenar de manera rutinaria a las mujeres presas embarazadas mientras dan a luz o cuando están siendo llevadas a una visita externa de tratamiento médico, y señaló a su vez que “el encadenamiento de las reclusas embarazadas representa el fracaso del sistema penitenciario a la hora de adaptar el protocolo a situaciones excepcionales a las que se enfrenta la población carcelaria femenina”²²

El principio X de Los Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de Personas Privadas de Libertad en las Américas regula todo lo relativo al derecho a la salud de las personas privadas de la libertad. Este principio recoge los estándares básicos sobre atención sanitaria, que incluyen la confidencialidad de la información médica, la autonomía de los/as pacientes respecto de su propia salud y el consentimiento informado en la relación médico-paciente.

“Las personas privadas de libertad tendrán derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel posible de bienestar físico, mental y social, que incluye, entre otros, la atención médica...”

“En toda circunstancia, la prestación del servicio de salud deberá respetar los principios siguientes: confidencialidad de la información médica; autonomía de los pacientes respecto de su propia salud; y consentimiento informado en la relación médico-paciente.”

“El Estado deberá garantizar que los servicios de salud proporcionados en los lugares de privación de libertad funcionen en estrecha coordinación con el sistema de salud pública, de manera que las políticas y prácticas de salud pública sean incorporadas en los lugares de privación de libertad.”

Sobre las mujeres y niñas, señala que: Las mujeres y las niñas privadas de libertad tendrán derecho de acceso a una atención médica especializada, que corresponda a sus características físicas y biológicas, y que responda adecuadamente a sus necesidades en materia de salud reproductiva. En particular, deberán contar con atención médica ginecológica y pediátrica, antes, durante y después del parto, el cual no deberá realizarse dentro de los lugares de privación de libertad, sino en hospitales o establecimientos destinados para ello. ³

Volviendo al ámbito nacional, en diciembre del 2016 se distribuyeron al Instituto Nacional de Rehabilitación ejemplares de la guía de derechos para mujeres privadas de libertad (mpl) en Uruguay.

Ésta se basa en:

-Del sistema universal (Organización de las Naciones Unidas): Declaración Universal de Derechos Humanos; Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos; Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y su Protocolo Facultativo; Convención Contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes y su Protocolo Facultativo; Convención sobre Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (cedaw) y su Protocolo Facultativo; Convención de los Derechos del Niño; Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; Normas Internacionales de Derechos Humanos y Orientación Sexual e Identidad de Género (ficha de datos).

-Del sistema interamericano (Organización de Estados Americanos): Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; Convención Americana sobre Derechos Humanos; Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura; Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Belém do Pará).

En la guía anteriormente mencionada se plantea:

-Derecho a la atención ginecológica, ya sea por control o por emergencias.

-Derecho a que la examine una médica o una enfermera, si ello no fuera posible deberá estar presente una integrante del personal penitenciario femenino.

-Derecho al acceso gratuito a los exámenes del Papanicolau (PAP) y la mamografía (examen de detección de cáncer de mama) de acuerdo a lo establecido por el Decreto N.º 219/06 del Ministerio de Salud Pública, que dispone que las mujeres de 21 a 65 años tienen derecho a realizarse el PAP sin costo cada tres años y las mujeres de 40 a 59 años tienen derecho a realizarse la mamografía sin costo cada dos años.

-En caso de embarazo, derecho al acceso de los controles necesarios que garanticen su salud y la de su bebé. En la gestación podrá ser beneficiaria de una canasta complementaria de alimentos que otorga el Instituto Nacional de Alimentación del Mides.

-Si la mujer desea interrumpir su embarazo puede hacerlo siempre que cumpla con los requisitos que establece la Ley 18.987 y su Decreto Reglamentario 375/012 y se realice durante las doce primeras semanas de gravidez. Esta ley complementa la Ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva de 2008.

-En la situación de mujeres privadas de libertad con hijos lactantes menores de tres meses de edad, el artículo 131 del Código de Procedimientos Penales prevé la prisión domiciliaria. Desde 2005, la Ley 17.897 en su artículo 8 dispone el beneficio de la prisión domiciliaria para mujeres en el último trimestre de embarazo y tres primeros de lactancia. Este beneficio debe ser solicitado previamente por el/la abogado/a defensor/a ante la sede penal actuante. El pedido también puede realizarse desde la Unidad donde se encuentra en coordinación con el personal médico, quienes realizarán un informe sobre su estado de salud y con el personal que oficie de enlace con la Oficina de Supervisión de Libertad Asistida.¹⁵

En julio del 2018 El Poder Ejecutivo de nuestro país presenta un proyecto de Ley denominado "Ley de Organización del Sistema Penitenciario Nacional" que se basa en las normas nacionales e internacionales vigentes. *"Con el presente proyecto se aspira a que por primera vez en nuestro país, se establezca un marco legal de tratamiento integral para la rehabilitación de las personas privadas de libertad, que tenga como base fundamental el respeto a los derechos humanos de todas aquellas personas que por diferentes razones, se encuentran vinculadas al quehacer penitenciario"* Sin embargo, se presentaron críticas en referencia a algunos puntos.

La Mesa de trabajo sobre mujeres privadas de libertad fue creada en el año 2006, se encuentra conformada por una amplia heterogeneidad de actores de la organización civil, la academia y las entidades gubernamentales con el objetivo de contribuir a mejorar las condiciones de privación de libertad de las mujeres en nuestro país.

En febrero del presente año publica "Aportes de la Mesa de trabajo sobre mujeres privadas de libertad para el Proyecto de Ley de organización del sistema penitenciario nacional". Aquí manifiesta preocupación por la ausencia de una perspectiva de atención integral para las mujeres en términos generales pero también en lo que refiere a la salud sexual y reproductiva.

En lo que a la situación de las mujeres con hijos/as y embarazadas respecta menciona: *"consideramos altamente riesgoso lo establecido en el Artículo 56 del proyecto sobre "madres con hijos".*

Sobre la edad de permanencia de los niños/as se establece una disminución en la edad considerada en la Ley 14.470 que establecía los 4 años con excepciones hasta los 8 años." *De esta forma se invisibiliza el interés superior del niño tal como lo señalan la Convención de los Derechos del niño, las Reglas Mandela, las Reglas de Bangkok, considerando que Uruguay es miembro país de las Naciones Unidas"*

En relación a que las madres *"desde el momento del nacimiento del hijo y mientras permanezca ocupándose de su cuidado, deberá ser relevada de toda actividad incompatible"*. Ello deja librado a la consideración de terceros (que no están claramente identificados) la definición de si las actividades laborales, educativas, recreativas o de otro tipo desarrolladas por las mujeres previo a la maternidad son incompatibles o no con esta última.

La Mesa entiende positivo para esas mujeres y sus hijos tener la posibilidad de de continuar realizando otro tipo de actividades, que ayuden al fortalecimiento de proyectos de desarrollo personal. *"En todo caso, deberá ser la mujer madre y no un agente externo, quien defina cuál será su participación en otras esferas de la vida.*

Dicho de otro modo, la maternidad no puede ser en ningún caso un motivo por el cual una mujer pierda su plaza laboral o educativa. A tales efectos el Estado deberá brindar un sistema de cuidados para los niños/as en la unidad además de garantizar el traslado de los mismos cuando asistan a centros de primera infancia" ¹⁴

El proyecto de Ley no hace referencia a la búsqueda de medidas alternativas a la prisión en el caso de mujeres embarazadas y que tengan hijos a cargo, tal como lo establecen las Reglas de Bangkok, mencionadas anteriormente.

Se visualiza un vacío sobre la atención de la salud de las mujeres embarazadas (controles médicos y exámenes de rutina), consideraciones

específicas en los traslados y conducciones, relación con el hospital y normas de seguridad en el momento del parto y posparto respecto a la utilización de grilletes y esposas, así como presencia de un acompañante elegido por la mujer en dicho momento.

Se deberían prever protocolos específicos que atiendan aspectos sobre seguridad para las mujeres embarazadas, parto y posparto.¹⁴

En Argentina, en el año 2019 se creó un libro digital titulado “Parí como una condenada: experiencias de violencia obstétrica de mujeres privadas de libertad”.

Mediante el análisis de entrevistas a mujeres que transitaron su embarazo y parto privadas de libertad se puede distinguir diversas etapas en la vulneración del parto a las que se ven expuestas, también conocer sus relatos atravesados por las subjetividades y emociones.

“Es sobrecogedor el desconocimiento de las normas y los derechos de quienes están privadas de libertad por estar en conflicto con la ley. Pero es gravísimo ese desconocimiento en el personal efector de salud, que ignora o miente cuando niega un derecho que debería estar garantizado”.⁵

A continuación citaremos algunas partes de las entrevistas y reflexiones en relación a las mismas que llamaron nuestra atención y se vinculan directamente con el tema de nuestro trabajo final:

Con respecto al trato recibido de las mujeres privadas de libertad por parte del equipo de salud:

Un 20% de las mujeres se sintió discriminada por su condición de detenida.

“Los médicos se dirigían más a la celadora que a mí y hablaban entre ellos, yo prestaba mucha atención para saber de qué se trata. Te sentís todo el tiempo en estado de inferioridad” (U.31 - SPF).

“... no me sentía igual a las demás. Ellos [por los médicos] marcaban una diferencia...” (U. 31).

“Me dijeron que era una molestia tenerme ahí” (U. 31 - SPF).

Con respecto a la posibilidad de moverse que tuvieron y a la vigilancia: sólo 8 mujeres de las 33 entrevistadas refirieron haber podido beber y/o comer a lo largo del trabajo de parto. En algunos casos las entrevistadas refirieron que les dijeron que no se podía, sin recibir mayores explicaciones al respecto.

Con relación a la libertad de movimiento y de acción, el estudio arrojó que sólo el 51% de las mujeres encuestadas tuvo acceso directo al baño mientras se encontraba en el hospital y que sólo el 30% pudo moverse y caminar en esta instancia sin restricciones.

14 de las 33 encuestadas fueron inmovilizadas con un mecanismo de sujeción en el tiempo que estuvieron hospitalizadas. Ello se aplicó tanto en los momentos previos como posteriores al parto e incluso durante él.

“(...) fue distinto con mis otros partos. Sólo podés caminar en ese espacio, sólo

5 pasos. Las otras veces, podía caminar por el pasillo”

“Estaba con la patera puesta, me sentí como un perro” (U. 33 - SPB).

En lo que al parto respecta:

Algunas mujeres también señalaron indiferencia, trato despersonalizado y vigilancia sostenida

“Nadie me ayudó ni me tocó, solo me miraban sin hablar” (U. 31 - SPF).⁵

Se destacan la falta de acceso a la información respecto de las prácticas médicas que se les realizaban a las mujeres, en particular, cuando se tratan de intervenciones invasivas (tactos vaginales, rotura artificial de bolsa, rasurado de genitales o aplicación de enemas). Y como consecuencia, la ausencia de prestación del consentimiento médico para la realización de dichas intervenciones.

Pese a que últimamente son mayores los recursos brindados a la atención de las mujeres privadas de libertad, siguen existiendo grandes dificultades a las que atender: la incomodidad a la que se exponen al estar aguardando en la sala de espera con uniforme carcelario; la falta de personal penitenciario que la acompañe al hospital o que éste sea un personal masculino y permanezca durante la consulta y exámenes médicos. Otra de las situaciones degradantes a las que se exponen las reclusas es a permanecer esposadas a la cama cuando van a dar a luz, ya que las instituciones civiles no cuentan con la seguridad apropiada.⁴

Capítulo IV: Objetivos

Objetivos

Objetivo general

- Analizar el ejercicio del principio de autonomía en el proceso de trabajo de parto y parto de mujeres que se encontraban privadas de libertad en dicho momento y fueron asistidas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Objetivos específicos

- Conocer la experiencia de las mujeres en relación a la toma de decisiones informadas durante la atención al parto.
- Explorar la información que disponen las mujeres privadas de libertad sobre los derechos que la amparan en el parto, parto y nacimiento.
- Identificar a través de la narrativa de las mujeres, necesidades sentidas en el proceso del trabajo de parto y parto relacionadas al principio de autonomía.
- Conocer las medidas de seguridad que se designan para ese momento y cómo estas repercuten en las vivencias de las mujeres.

Capítulo V: Metodología

Diseño metodológico

Se desarrolló una investigación cualitativa descriptiva retrospectiva con entrevistas semi-estructuradas dirigidas a mujeres que se encontraban en la Unidad Penitenciaria Número 9*. Éstas se realizaron de forma individual. Consideramos que este tipo de entrevistas permiten una mayor libertad y flexibilidad en la obtención de información, explorando áreas que surgen espontáneamente durante la entrevista, pudiendo producir información sobre áreas que se minimizaron o en las que no se pensó que fueran importantes, permitiendo de esta manera evaluar mejor qué piensan realmente las entrevistadas.

Al momento de llevar a cabo las entrevistas, nos presentamos y realizamos una serie de preguntas introductorias para crear un ambiente favorable y facilitar el inicio de la entrevista propiamente dicha. Ésta partió de una pregunta inicial abierta: *¿Qué recordás de tu experiencia desde el ingreso hospitalario?*”. Llevamos preguntas guías que abarcaron las temáticas que consideramos importantes para nuestra investigación, según lo profundizado previamente en la bibliografía, sabiendo que pueden surgir nuevas interrogantes en el curso de la entrevista en función del discurso de las mujeres.

Se realizaron como se mencionó anteriormente en la Unidad Penitenciaria Número 9, a las mujeres que se encontraban privadas de libertad en el momento de su trabajo de parto y parto y fueron asistidas en el CHPR, con el objetivo de conocer sus vivencias en ese período, analizando el contenido de los discursos emergentes en base al goce del principio bioético de autonomía para así cumplir con los objetivos planteados.

La muestra fue seleccionada en base a criterios de exclusión e inclusión. Entendiéndose por criterios de inclusión las características que deben tener los posibles participantes para considerar su participación en la investigación y por criterios de exclusión las características que impiden la participación en el trabajo.

Criterios de inclusión: Mujeres adultas que se encuentran privadas de libertad en la Unidad Penitenciaria Número 9 y que transcurrieron su trabajo de parto y parto (sea por vía vaginal o cesárea) ya privadas de libertad, siendo asistidas en su momento en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.
Criterios de exclusión: Mujeres que hayan tenido óbito. Caso de separación madre- hijo/a. Mujeres que se encuentren en la Unidad Número 9 que hayan

sido privadas de libertad luego del nacimiento de su hijo/a. Usuarías con patología psiquiátrica diagnosticada o algún grado de discapacidad que podría dificultar al momento de otorgar el consentimiento informado para la participación voluntaria de este proyecto.

* **Unidad Penitenciaria N° 9:** Dicho centro alberga actualmente a 12 madres privadas de libertad con sus hijo/as, menores a cuatro años de edad (dato obtenido de la reunión con el Departamento de género y diversidad del INR 09/04/2018)

Capítulo VI: Aspectos éticos

Aspectos éticos

Este trabajo se realizó teniendo siempre presente el Decreto N° 379/008 que establece un marco regulatorio para las Investigaciones con Seres Humanos. Previo a la realización del mismo, se obtuvo el aval del Comité de Ética del Centro Hospitalario Pereira Rossell así como el aval de la Subdirección Técnica del INR (ver en anexos)

Destacamos del Decreto N° 379/008:

Del capítulo I:

Esta Ordenanza tiene por finalidad la protección integral de los seres humanos sujetos de una investigación, con especial consideración por su dignidad e integridad. La libertad para llevar a cabo investigación en seres humanos tiene como límite el respeto de los derechos y libertades esenciales que emanen de la personalidad humana, se hallen reconocidos en la Constitución de la República y en los Tratados Internacionales ratificados por la República y que se encuentran vigentes.

Del capítulo II:

4) La observación de principios éticos de la investigación implica:

a) El consentimiento libre e informado de los individuos y la protección de los grupos vulnerables y los legalmente incapaces (principio de autonomía). Se deberá en todos los casos tratar a los sujetos investigados respetando su dignidad e integridad; atendiendo a su autonomía y defendiéndolos en su vulnerabilidad

6) La investigación en cualquier área del conocimiento, que involucre seres humanos deberá observar las siguientes exigencias:

i) prever procedimientos que aseguren la confidencialidad y la privacidad, la protección de la imagen y la no estigmatización, garantizando la no utilización de la información en perjuicio de personas y/o comunidades;

m) garantizar el retorno de beneficios obtenidos a través de la investigación para las personas y las comunidades donde las mismas fueran realizadas. Cuando por interés de la comunidad hubiese beneficio real en promover o estimular cambio de costumbres o comportamientos, el protocolo de investigación debe incluir siempre que sea posible, disposiciones para comunicar tal beneficio a las mismas”

La investigación atendió las exigencias éticas y científicas fundamentales en el marco de los Derechos Humanos, entendiendo que no generó riesgos a los sujetos involucrados

Se resguardó en todo momento la confidencialidad de la información

obtenida en las entrevistas realizadas. Luego de transcribidas las mismas las grabaciones fueron eliminadas. Los datos obtenidos fueron utilizados con los fines previstos en el protocolo y en el consentimiento.

Se aclaró también que no habría ningún tipo de consecuencias o represalias sobre las personas que no desearan participar o contestar alguna pregunta.

Se le entregó un consentimiento informado para que lea y firme en el caso de estar de acuerdo en participar luego de entendido el mismo (Ver consentimiento informado en anexos)

Se explicó también mediante el consentimiento informado que, por la participación no se obtendría ninguna compensación de tipo económica.

Capítulo VII: Presentación, análisis y discusión de los datos obtenidos

Presentación, análisis y discusión de los datos

Perfil de las entrevistadas

La población objetivo de nuestro trabajo final son, como mencionamos anteriormente mujeres que se encuentran privadas de libertad en la Unidad penitenciaria número 9, que transcurrieron su trabajo de parto y parto en dicha condición y fueron asistidas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

En un principio, la muestra constaba de siete mujeres las cuales cumplían con los criterios de exclusión e inclusión que nos propusimos. Dos de las siete mujeres no pudieron ser entrevistadas por motivos personales.

Participaron de forma voluntaria cinco mujeres, todas nacidas en Uruguay. Las entrevistas se llevaron a cabo los días 19/08/2019 (tres entrevistadas) y 30/08/2019 (dos entrevistadas).

El tiempo que hace de su parto varía entre el mes hasta los 4 años. Tres finalizaron vía cesárea y dos vía vaginal. Las edades van desde los 29 años a las 44 años. Coinciden en que todas tienen más hijos y que el último parto es el primero que transcurrieron estando privadas de libertad.

Con el fin de resguardar la identidad de las entrevistadas, al citar parte de sus relatos las identificaremos como “entrevistada” y un número asignado de manera aleatoria que de ninguna manera se corresponde con el orden cronológico de las entrevistas realizadas. Por el mismo motivo, cuando las mujeres se refieren a sus hijos por su nombre de pila lo sustituiremos por “mi hijo” o “mi hija”.

Análisis de los datos obtenidos

Se realizó un análisis detallado de las entrevistas que consistió en la elaboración de categorías de análisis del texto en fragmentos que identificaban la visión de las participantes.

Para ordenar los datos obtenidos a partir de las entrevistas y exponer las partes de las mismas que se corresponden directamente con los objetivos planteados separaremos por títulos y subtítulos la información recabada.

Embarazo:

La limitación del contacto afectivo y las restricciones materiales propias de la cárcel son circunstancias que hacen que una mujer embarazada transite esta etapa con preocupaciones diferenciales respecto de las mujeres gestantes que no se encuentran en situación de privación de libertad.

Una de las primeras preguntas que realizamos a las mujeres fue si tenían alguna expectativa con respecto a su parto.

Heaman¹¹ y Hauck¹⁰ afirmaron que, la relación entre las expectativas previas y la experiencia real de parto que tiene una mujer puede influir en la evaluación y satisfacción que ésta hace de dicho proceso. La mayor parte de las mujeres entrevistadas no tenían una idea formada de cómo sería su parto, debido a que no se lo imaginaban o directamente no se lo planteaban. La respuesta a esta interrogante fue silencio en la mayoría de los casos, probablemente el hecho de que no se imaginaran o no se plantearan como sería su parto es consecuencia del desconocimiento y del alejamiento conceptual y físico. Seguramente la ausencia de encuentros de preparación para el parto contribuyen con este alejamiento.

Entrevistada 4: *“Yo sabía que iba a ir a cesárea, tenía miedo un poco de miedo, nunca me gustaron los cortes... acá es complicado viste que, no es lo mismo tener un embarazo afuera que lo llevas normalmente a estar acá. Privada de libertad es otra manera de vivirlo, lo llevas diferente, el estrés, todo el tiempo piensas muchas cosas. No me salía leche para la bebé de los nervios, te jode un poco estar acá adentro.”*

Podemos suponer que las mujeres forman sus expectativas en base de sus experiencias previas, expectativa definida de cómo sería su parto, probablemente influenciada por su experiencia de parto pasada.

Como está descrito en el perfil de las entrevistadas, todas las mujeres entrevistadas tienen partos previos y coinciden en que el nacimiento abordado en las entrevistas es el primero que transitan estando privadas de libertad. Esto cambia sustancialmente la oportunidad de creación de una expectativa

construida a partir de las experiencias previas, ya que todas ellas hacen referencia a que la vivencia del parto en contexto de encierro es una realidad totalmente alejada a sus otras experiencias.

La **entrevistada 1**, múltipara, nos expresa: *“privada de libertad primera vez que estoy, nada que ver en las condiciones que tenes familia presa.”*

Entrevistada 4: *“yo no esperaba eso, o sea, tenerla a ella fue como la primera vez que pasé por todo esto. Fue diferente el embarazo con ella que con mis otros niños, nada que ver.”*

Entrevistada 5: *“ahora es diferente porque todos los otros los tuve estando en la calle. Esto fue diferente para mí porque estuve todo el tiempo con las guardias, mi marido no pudo estar conmigo porque está preso también. Fue todo diferente para mí.”*

A través de sus relatos podemos notar que sus expectativas para el nacimiento de su nuevo hijo son más pesimistas o negativas que la vivencia previa.

Por lo mencionado en el marco teórico y en la transcripción de las entrevistas se puede asegurar que, la vivencia del embarazo y parto en situación de privación de libertad no es una situación placentera, y que por lo general se transcurre sin apoyo familiar. Es una realidad que viven muchas mujeres uruguayas hoy en día, realidad bastante alejada a lo que es la idealización de la maternidad.

Preguntamos a las mujeres si habían tenido la posibilidad de concurrir a clases de preparación para el parto, consideramos estas instancias un pilar importante ya que facilita recursos y herramientas para que las mujeres puedan vivir de manera plena e informada su trabajo de parto y parto. Vemos en general un desconocimiento sobre la realización o no de los mismos. Por la edad de sus hijos, hay tres de las entrevistadas que transcurrieron parte de su embarazo en la Unidad durante el mismo periodo de tiempo pero a pesar de esto la información que tenían sobre la realización de los mismos difiere. De cinco solo dos concurren.

Entrevistada 1: *“Tenemos como charlas a veces, viste que vienen parteras a dar charlas si, pero el tema es que te preparan como para un parto normal. Yo para eso no estaba preparada, para mí esto es muy nuevo”.*

Al preguntar si las mismas le fueron de utilidad:

Entrevistada 1: *“Obvio que sirven, obviamente , allá al lado iban y con un bebote nos hacían todo, nos mostraban, me acuerdo que nos enseñaban gimnasia también”*

“Para hacer ejercicio y todo, para que no tengas dolor, obvio que sirve... si mi caso hubiese sido parto. Y yo que nunca en mi vida pude controlar la contracción porque yo me descontrolo, yo estaba preparadísima para controlar la contracción . Porque ellas viste que van a las clases y te enseñan, no hubo... no tuve ni contracciones casi pero ayuda obvio”

“Yo iba con mi mente con todo eso que había aprendido viste y yo digo capaz que es cierto capaz que... y no, no pude controlarme porque no tuve casi contracciones”

La **entrevistada número 2** no concurre a clases de preparación para el parto y refiere que tampoco tuvo la oportunidad ya que no se realizaron talleres.

Con respecto a si le hubiese gustado concurrir: *“No, igual si hubiesen venido yo soy como muy que no, no, no voy a las charlas, no voy a nada, me quedo adentro del cuarto con mi bebé y listo, porque acá hay muchos virus y ta...”*

“Tal vez si me hubiesen preguntado en el momento te sabría decir, pero ahora no sé.”

Entrevistada 3: *“Sí, había un taller allá con una partera”*

“Venían una vez por semana”

Refiere haber concurrido sólo a algunos talleres.

Sobre si le fueron de utilidad: *“No, no, porque era un taller más que nada, hacíamos ejercicios con los pies , no sé qué tenía que ver pero... Sí, y con unas pelotas y con los pies así pero no sé...”*

La **entrevistada número 4** refiere tampoco haber tenido la oportunidad de concurrir a talleres sobre preparación para el parto.

“Estaría bueno porque hay mucha mamá primeriza”

La **entrevistada número 5** tampoco concurre a talleres sobre preparación para el parto refiere que conoció ocasionalmente a una partera de Uruguay Crece Contigo pero que se realizaban encuentros específicos de preparación para el parto en la Unidad.

“No, hay una partera que viene sí, pero es de parte de Uruguay Crece... allá en el fondo, hablando así me comentó que era partera y eso. Pero no, trabajos así no”

Con respecto a si le hubiese gustado concurrir: *“Sí, capaz que sí”*

Salida de la Unidad al Hospital:

Frente a la inminencia del parto, surge la necesidad de que las mujeres sean trasladadas desde las unidades penitenciarias hacia hospitales en condiciones apropiadas.

Las mujeres en situación de encierro son atravesadas por una vulnerabilidad intensa y particular, no sólo por el proceso biológico que transitan sino también por la ausencia de libertad para gestionar por sí mismas la concurrencia al hospital. Dada esta situación especial se debería garantizar un cuidado adecuado a cargo de las autoridades estatales y las penitenciarias, para esto, es necesario una escucha activa de sus demandas y un accionar eficiente para no generar complicaciones en la salud o mayores angustias en las futuras madres.

El horario nocturno es identificado como un punto crítico para la atención de salud no sólo al momento del trabajo parto, sino también en relación con la atención médica de los/as niños/as que conviven con sus madres en prisión.

Entrevistada 1: *“no me querían llevar porque me decían que no tenía la dilatación como para ir al Pereira para tener y ta, pero que pasaba yo tengo 5, los partos no son todos iguales y lo entiendo, pero yo les decía, yo me siento mal.*

No me llevaban, decían no, andá a acostarte que vas a dilatar de a poquito y yo me acostaba y vomitaba y me empujaba para arriba. Y yo decía no, esto no está bien y yo pamenteaba más y me fui otra vez a enfermería, rompí los huevos mal, mal viste e iba de vuelta, me siento mal tengo muchas contracciones decía pero no eran contracciones, era acá, me empujaba para arriba. Si yo me llego a acostar con esas contracciones, me acostaba a dormir y mi hija pobrecita creo que no se salvaba viste.”

La **entrevistada 3** relata que desde que fue a enfermería a consultar por las contracciones hasta que llegó la ambulancia pasó una hora y media.

“Rompí bolsa, me levanté porque estaba acostada para ver si era, me levanté y si, rompí bolsa, pero no tenía contracciones ni nada, bajé a enfermería y ahí me quedé y ahí empecé con un poquito de contracciones despacito y fue a la una de la mañana más o menos y la ambulancia llegaba a las dos y media y

ahí ya empecé con las contracciones más fuertes y llegué al Pereira... no sé, habré llegado como tres y media y a las seis nació”

A través de los relatos se visualizan la presencia de varios intermediarios que burocratizan y retardan la salida de las mujeres al hospital.

Todas las entrevistadas refieren haber sido atendidas por personal de salud de una especialidad distinta a la obstetricia en el momento previo al traslado.

Trabajo de parto:

Analizar el relato de las vivencias que experimentaron las mujeres privadas de libertad en su trabajo de parto y el parto permite reconocer que estas son muy diferentes de aquellas que atraviesan las mujeres que se encuentran en el medio libre.

Medidas de seguridad: (grilletes, esposas, custodias):

La presencia de custodias y de medidas de sujeción potencian las experiencias negativas de trabajo de parto y parto de este grupo de mujeres. La presencia de medidas de sujeción es una práctica condenada por organismos internacionales.

Como ya fue mencionado y profundizado en el marco teórico de este trabajo, las indicaciones internacionales prohíben el uso de ese tipo de medidas de seguridad en este contexto. Por ejemplo, las “Reglas de Bangkok” establecen que “no se utilizarán medios de coerción en el caso de las mujeres que están por dar a luz ni durante el parto ni en el período inmediatamente posterior” (regla 24). También el Relator Especial de la ONU sobre la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas y Degradantes expresa que el “uso de grilletes y esposas en mujeres embarazadas durante el parto e inmediatamente después de él está absolutamente prohibido e ilustra la incapacidad del sistema penitenciario para adaptar los protocolos a las situaciones que afectan exclusivamente a las mujeres.”

Sobre la causa de estas prácticas, el Relator Especial refirió: “este tipo de vejaciones suelen estar motivadas por ciertos estereotipos sobre el papel

procreador de la mujer e infligen un sufrimiento físico y psicológico que puede constituir malos tratos”. Asimismo indicó que “[l]a mayoría de las políticas y servicios sanitarios de las prisiones no han sido diseñados para satisfacer las necesidades de salud específicas de las mujeres” y agrega a ello que “tampoco tienen en cuenta la elevada incidencia de exposición a diferentes formas de violencia en el marco de las políticas estatales de salud sexual y reproductiva”.

Las medidas de seguridad no deberían afectar el derecho a la intimidad de la mujer, por esto, cabe resaltar que el hecho de que la custodia esté dentro de la sala es desproporcionado, la posibilidad que tiene una mujer de fugarse en trabajo de parto, parto o en el periodo de puerperio es muy escasa. Inclusive, vemos que en algunos casos las mujeres estuvieron con dos custodias durante los periodos mencionados.

Entrevistada 1: *“Ta, como estás privada piensan que te vas a escapar, ¿a dónde vas a ir? y con los dolores de parto menos”*

*“Cuando me bajan en el Pereira y me revisan y todo ahí no tenía medidas”
“pero tenes familia y me tenían con la cesárea esposada la pata viste, es un dolor mal.*

Y claro, claro, porque vos tenes que dormir y es cortita el aro a la cama y con la cesárea...”

Entrevistada 2: *“mi custodia me tenía ahí en la cama pero sin grilletes (...)”*

Sobre una enfermera: *“ella le preguntaba si yo tenía que estar sin grilletes, si era peligrosa, entonces mi custodia le dijo; “No, no es peligrosa y va a estar sin grillete porque está muy pesada, esta muy incómoda...”*

Refiere la haber estado con grilletes sujeta a la cama luego de la cesárea: *“(...) estaba con la cesárea, con sonda, el pis no me aclaraba por lo cual tuve 12 horas con sonda y ahí si estaba engrilletada a la cama.”*

Entrevistada 3: *“No, ya me las habían sacado, en ese momento con los dolores me la sacaron.”*

Entrevistada 4: Relata que solamente tuvo con grilletes en el ingreso hospitalario y luego del nacimiento de su hijo, no en el momento del parto.

“Si, yo tenía que estar esposada, o sea con grilletes, un grillete en una pierna nada más.”

¿Hasta el nacimiento?

“No, no ahí ya no. Cuando fui a sala ahí si.”

Entrevistada 5: Relata que solamente tuvo con grilletes luego del nacimiento de su hijo: *“despues que nacio ella si, cuando yo estaba para tener no, ellos estaban todo el tiempo conmigo si pero eso no”*

Ninguna de las entrevistadas parió esposada o con grilletes, pero si fueron utilizadas medidas de sujeción durante el traslado desde la Unidad al CHPR y también en el puerperio. El total de entrevistadas fueron custodiadas por personal de seguridad durante el traslado, trabajo de parto, parto y puerperio.

Preguntamos sobre la presencia de custodias durante la internación y en el momento de la cesárea.

La entrevistada 5 señala a ambos lados de su cuerpo y dice: *“Una acá y otra acá, si”*

Algo que nos llamó la atención al escuchar el relato de las mujeres fue la repetición del concepto de que, dependiendo de la guardia que les tocara, la “suerte” con la que corrían. Cabe resaltar que todas las custodias asignadas son mujeres y todas estuvieron custodiadas durante el trabajo de parto, parto y puerperio.

La presencia de la custodia dentro de la habitación se puede considerar desproporcionado dada la baja probabilidad que en el trabajo de parto, el parto o en los momentos posteriores al nacimiento la mujer intente escaparse, eludir el accionar de la autoridad o agredir al personal. Asimismo, si se considera la existencia de un riesgo en los aspectos antes mencionados, las normas internacionales (véase en marco teórico) indican que las medidas de seguridad deberían ser conducentes, razonables y lo menos restrictivas posibles a fin de neutralizarlo. Tales medidas no deberían afectar el derecho a la intimidad y privacidad de toda mujer en este momento tan especial, por esto volvemos a preguntarnos lo mismo que al comienzo de la investigación pero esta vez en base a los testimonios, cómo es posible diferir entre medidas de seguridad y vulneración de derechos. A pesar de esto la mayoría expresan su conformidad con la custodia que les fue asignada.

Entrevistada 2: *“me ayudó un montón”*

Entrevistada 5: *“justo la custodia que fue conmigo que estaba de madrugada acá es buenisima por suerte”*

Entrevistada 4: *“Gracias a Dios me tocó custodias bien, porque a veces tampoco coincide...”*
“bastante suerte tuve yo en ese momento”

Sobre cómo se sintió con la presencia de custodias en su trabajo de parto y parto, la **entrevistada 4** nos contó: *“un poco te intimida si, la custodia bien, no tengo nada que decir, me re ayudó con la bebé y todo, bien, bien.”*

Libre movimiento:

La OMS promueve no interferir en los deseos de las mujeres de ingerir líquidos por vía oral y alimentos durante el trabajo de parto, así como la libertad de movimiento. Siguiendo con este planteo, las guías del MSP 2014 plantea que, para que la mujer transite el proceso de parto de la manera más natural posible el equipo de salud debe de estimular a la mujer a que adopte la posición que desee y alentar la deambulación durante el trabajo de parto si es lo que la mujer prefiere.

Entrevistada 3: *“Y le pedí por favor que me dejen pararme porque no quería quedarme acostada” “me dijeron que me acueste y yo estaba así apoyada contra la camilla y digo: “ay no, me quiero quedar parada porque así no me duele tanto”, me decían: “No, no, te tenes que acostar.”* Ante este relato re preguntamos si se le había explicado el por qué de la prohibición de pararse: *“No, no, no me dijeron nada”*

Entrevistada 5: *“me sente abajo del duchero y agua tibia”.* Indagamos sobre la información que disponía sobre las distintas posiciones que podía adoptar en esos momento; *“no, no, no sabía, no me dijeron nada”*

Acompañamiento:

En Uruguay, desde el 2001 contamos con una ley, ley N° 17.386 que establece que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza, o a su elección personal con el criterio que le brinde apoyo emocional.

El apoyo mejora la fisiología del trabajo de parto y los sentimientos de

control durante este proceso. El acompañamiento de una persona de confianza en el trabajo de parto, parto y puerperio, se torna central desde lo afectivo. Constituye además una medida de resguardo ante el accionar del personal de salud. En adición a ello, el apoyo continuo a la mujer durante el parto ha demostrado tener beneficios, como son una menor utilización de analgesia farmacológica y del número de partos vaginales instrumentales y de cesáreas, Apgar bajo a los cinco minutos y una mayor satisfacción con la experiencia del parto.

Como veremos a continuación, por diversos factores el derecho al acompañamiento durante el parto se ve interferido en las mujeres privadas de libertad. La falta de información, los alegados motivos de seguridad, y la situación de privación de libertad son elementos definitorios a la hora de garantizar (o no) este derecho y de propiciar que las mujeres detenidas puedan vivir el parto de sus hijos/as en las mismas condiciones que las mujeres que se encuentran en libertad.

Los siguientes relatos ilustran algunas dificultades para estar acompañadas en el momento del parto:

Entrevistada 1: *“No, no, si mi familia nunca llegó. Yo soy de San José igual viste, pero me llevaron cosas y no dejaron entrar, ta, el agua dejaron y ta, unas galletitas creo, pero no me dejaban, no, no ver no”*

Sobre el acompañante elegido por ella para ese momento: *“Yo había pedido al lado* para que en ese momento estuviera el padre de mi hija y pudiera entrar pero a lo que pasó fue tan rápido, me dijeron como que sí pero igualmente no hicieron ningún papel”* *Unidad penitenciaria número 5.
“No, pero tampoco te dejaban, a mi en esa habitación no me hubieran dejado, no dejaban entrar a verme”

¿Durante el embarazo alguien te preguntó si querías estar acompañada en el parto?

“Sí, yo pedí, pero como que no... hay muchos casos que pasó que te dicen como que sí pero al momento llegado... Cuando llega el momento no... Como que ta, queda en la nada. A mi me pasó que no viste, porque yo dije pueden mandar a buscar a mi hija o algo y no, me dice, mirá ahora esto está todo así rápido y ta, no me dejaron tener a nadie en el hospital”

Entrevistada 2: Acompañada por su madre. *“cuando salió que ellos me programaron la cesárea para el otro día a las 8 de la mañana, entonces de acá,*

mi custodia aviso y acá le avisaron a mi madre, mi madre al otro día se fue a las 8 de la mañana”

Entrevistada 3 *“Hice el trámite todo y ta, no llegó nadie, llegaron a las diez de la noche cuando ya había nacido...” “Yo estaba con la custodia nada más”*

Entrevistada 4: *“Si, por el papá de ella y estuvo una guardia conmigo si, este... Por suerte si, no hubo problema con eso”*

Entrevistada 5 *“Estuve todo el tiempo con las guardias, mi marido no pudo estar conmigo porque está preso también.” “no estuve acompañada por nadie porque justo fue de madrugada, casualidad que fue re de madrugada y mi madre no tenía cómo llegar a esa hora.”*

De cinco, solo dos estuvieron acompañadas por un ser querido durante el parto a pesar de todas haber realizado el trámite previo. Todas tuvieron oportunidad de realizar trámite para acompañamiento y relatan estar enteradas sobre su derecho a acompañamiento. Aquí vemos también lo que mencionamos anteriormente con respecto a que el horario nocturno es un punto crítico.

Trato recibido por el personal de salud:

Ante la pregunta de cómo se sintieron tratadas por el personal de salud desde el ingreso hasta el alta hospitalaria, expresaron:

Entrevistada 1: *“bien, porque que te parece fijate que eran 30 personas, todos vestidos de celeste ahí, vos sabes que yo tenía unos nervios... después me subió la presión, yo no tengo problema pero fueron tantos nervios y de ver tanta gente, a parte yo me asustaba de lo que ellos hablaban viste... se preocupaban mucho por mi hija viste, por el bebé y yo también, pero...era algo que yo... en ese momento era mi hija la que precisaba salir porque ta, es mucho, muy rápido hicieron la cesárea si.”*

En base a lo dicho anteriormente podemos notar la falta de privacidad y un desconocimiento por parte de la entrevistada sobre las personas que entraban a sala.

Entrevistada 2: *“no sé si era un partero o ginecologo o algo así, junto con esta enfermera que se queda en la puerta y no entraba y el doctor este me hablaba de lejos entonces yo me empecé a reír y él vio que yo me reía, entonces se acercó” “pasó la noche y al otro día a las 9 de la mañana llegaron, como que abrieron la puerta y yo cuando quise ver era mucha gente adentro”*

A través de lo expuesto podemos reflexionar sobre la actitud del personal de salud al momento de enfrentarse con una persona privada de libertad. La enfermera que se quedó en la puerta y la distancia del ginecólogo observada por la entrevistada son muestras de la dificultad y las condicionantes presentes a la hora de la atención de estas mujeres. El desconocimiento de la conducta de la usuaria, miedos, prejuicios o experiencias personales del profesional de la salud pueden generar un trato diferente ante ellas, aun creyendo que se están respetando sus derechos.

En el relato de la **entrevistada 2** se destaca positivamente la atención recibida por la partera:

“ella iba a verme todos los días a ver como estaba, como estaba mi hijo y después fue, me sacó los puntos, no, ella se portó bárbaro conmigo, la verdad, no me puedo quejar, de lo que fue la partera personal, bárbara.” “(...) ella la verdad que barbara, conmigo fue... de todo lo que pase en ese hospital, lo mejor fue ella, si.”

Observamos un desconocimiento entre la diferencia del labor entre un obstetra partera y ginecólogo/a, dado que la **entrevistada 2** refiere que la partera es quien le realizó la cesárea: *“sé que ella fue la que me hizo la cesárea, la que trajo a mi hijo y después fue la que me tuvo viendo a mi, claro.”*

En cuanto a este aspecto la **entrevistada 3** expresa: *“Creo que era partera porque leí ahí en el coso cuando nacen y decía partera.”*

La entrevistada 3, ante la pregunta de si se sintió incomoda o discriminada en algún momento respondió que no.

Entrevistada 4: *“Eh, hubo un poco de errores ahí porque cuando yo estaba ahí en el pasillo para tenerla a ella, el cirujano con las... con la ginecóloga se pusieron a discutir porque era por alto riesgo mi embarazo y no me querían pasar a block y la doctora decía que me iba a reventar el útero, que corría riesgos y así estuvieron delante mío discutiendo de todo, una discusión que hasta la guardia que estaba acompañándome les pidió que por favor, que si tenían que discutir que lo discutieran que estaba bien pero que no adelante*

mío, porque me ponía más nerviosa” “y después que ya nació hubo un doctor el cual entró a la sala, o sea, un especialista supuestamente, un señor muy mayor, entró a la sala a ver a la bebé y ya estaba para darme el alta y eso y resulta que la vichó y todo y me patean los grilletes vieron, yo estaba sin grilletes, patean los grilletes y sale corriendo de la sala diciendo a los gritos que ta, que la niña tenía...que podía tener síndrome de Down”

Ante la pregunta sobre los permisos y explicaciones por parte del equipo de salud al realizar procedimientos en su cuerpo, **la entrevistada 5** contestó que no le pedían permiso ni le informaban que hacían. En cuanto a la atención en general se expresó conforme; *“a mi por lo menos me atendieron bien.”*

Puerperio:

Si bien, nuestra investigación está enfocada al periodo de trabajo de parto y parto, dada la información recabada y con la recurrencia que aparecía dicho periodo en el relato de las mujeres nos parece importante hacer mención a algunas consideraciones con respecto al puerperio que nos llamaron la atención.

Entrevistada 1: *“(...) después de la cesárea, mi hija fue para el CTI y a mi ese día me esposaron sí, corte yo re dolorida de la cesárea, yo primer cesárea y ah! y no podía acostarme ni de costado, boca arriba y con esa cosa así. Yo pedía a cada rato cambienme viste y me hice poner gasas sí porque las esposas te lastiman.” “Ta, como estás privada piensan que te vas a escapar, a dónde vas a ir y con los dolores menos” “me llevaban a ver a mi hija pero claro iba de grilletes pies y manos a verla. Me subían a veces por escalera y a veces por ascensor y ta...”*

¿Por escalera con grilletes?

“Si, estaba complicado, porque es como en un segundo piso, tercero o algo así era, yo bien no me acuerdo. Nunca había tenido familia como te digo yo soy primaria. Pero estaba abajo y subía dos pisos porque los ascensores ahí... íbamos por escalera”

Entrevistada 3: *“Después que tuve si me engrillearon del pie a la cama”*

Entrevistada 4: Cuando fue a sala luego de parto: *“Si, yo tenía que estar esposada, o sea, con grilletes, un grillete en una pierna nada más.”*

Finalizamos las entrevistas con la siguiente pregunta abierta: ¿Sentís que es necesario algún cambio para las embarazadas que se encuentran privadas de libertad?

Las mujeres resaltaron la falta de especialistas. El no tener un médico/a, partera a quien consultar en cualquier momento del día genera sentimientos de inseguridad. Con el relato de las entrevistadas vemos en general un desconocimiento sobre la profesión de quien las atiende cuando lo solicitan.

Entrevistada 4: *“Acá en la Unidad lo que faltan son ginecólogos, ya sabiendo que es una cárcel que hay embarazadas”*

Entrevistada 3: *“Y acá lo que hace falta es parteras, acá hace falta parteras porque hay muchas embarazadas que...de alto riesgo y acá no hay médico todo el día” “De noche no hay médico” “Igual acá al lado no es lo mismo igual*, acá son más como que ta, acá si, de última yo que sé, tratan de hacer lo que más puedan. Pero igual, acá falta mucha asistencia” “Al principio había partera, había pediatra también, ahora ya no.”*

*Unidad penitenciaria número 5.

También mencionaron la importancia de la preparación para el parto.

Entrevistada 1: *“Siempre en todas las charlas, porque yo pienso que vos estás en la calle y no vas a esas charlas. Siempre dicen en el centro de salud dan charlas pero no vas. Yo al menos que tenía mis hijos en la escuela, la casa, no iba, pienso que está buenísimo que den esas charlas a todas las embarazadas porque les sirve obviamente” “Y la gente piensa ¿que voy a ir a la charla si ya tengo cinco hijos? pero no sabes lo que te pueden llegar a enseñar” “Con las charlas vos aprendes, porque si vas a tener familia así, por más que te vaya explicando la partera después en el descontrol no, no te entra nada a la cabeza y con las charlas antes si”*

Entrevistada 4: *“Para las primarias, o sea, las mamás que son primarias estaría bueno que las prepararan”*

Dado que el parto y el nacimiento suponen una experiencia fundamental en la vida de las mujeres, no se puede promover la autonomía sin dar voz a las protagonistas. Las vivencias y las experiencias del parto están íntimamente conectadas con el “mundo y la vida” de cada mujer.

A través de este análisis buscamos un acercamiento a los aspectos subjetivos que constituyen la experiencia de vida de las auténticas protagonistas: las mujeres.

Capítulo VII: Conclusiones

Conclusiones

A través de los relatos de las mujeres entrevistadas nos fue posible cumplir con el objetivo general de nuestro trabajo; “analizar el ejercicio del principio de autonomía en el proceso de trabajo de parto y parto de mujeres que se encontraban privadas de libertad en dicho momento y fueron asistidas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.”

De los distintos testimonios surgen elementos para reflexionar sobre la toma de decisiones informadas en cuanto a los cuidados adecuados durante el proceso del embarazo y parto, al libre movimiento y posición durante sus trabajos de partos y partos, al acompañamiento durante todo dichos períodos y otros que desarrollaremos en este capítulo.

La ausencia de encuentros o el desconocimiento de la realización talleres de preparación para el parto u otras instancias dedicadas al proceso del nacimiento dentro de la penitenciaría, sin dudas, produce una falta de acceso a información sobre el desarrollo del embarazo y el parto que perjudica directamente el ejercicio de la autonomía reproductiva en todo el proceso, ya que, como lo vimos en el marco teórico, para que una persona pueda tomar decisiones y ejercer su autonomía, debe tener acceso a información apropiada en términos de contenido y forma. El desconocimiento impide que las mujeres tomen decisiones y experimenten sus procesos de manera consciente e independiente.

Es un dato preocupante que solo dos de cinco entrevistadas hayan podido estar acompañadas por un ser querido durante el parto sabiendo que todas habían realizado los trámites correspondientes para que sucediera. El motivo de ello no queda claro, las entrevistadas desconocen la razón exacta por la cual no se efectivizó su derecho. Algunas de ellas, entre vacilaciones justifican la ausencia por la hora en la que se desencadenó el parto (en la madrugada) y otras expresan que no dio el tiempo para que el acompañante llegara al hospital. Estas dificultades están plasmadas con más profundidad en la sección en el análisis de los datos.

Como se adelantó en el análisis de los relatos, el derecho a estar acompañada por una persona de confianza y elección durante el trabajo de parto y parto se encuentra previsto legalmente (ley N° 17.386) y debe ser satisfecho a todas las mujeres. Si bien este derecho debe ser garantizado sin discriminación, en las ocasiones en que la existencia del derecho se conoce y se intenta hacer valer, las mujeres privadas de libertad se enfrentan a

numerosas dificultades para su cumplimiento. Los estudios demuestran que el acompañamiento de las mujeres durante su trabajo de parto y parto permitirá aumentar sus sentimientos de confianza y seguridad, así como también, devolverle su libertad y poder de decisión frente a esta experiencia. Esta ley establece que las mujeres pueden elegir libremente estar acompañadas por: una persona de su confianza, o por una persona capacitada para apoyarla emocionalmente. Todas las instituciones de salud, públicas y privadas, deben informar a las embarazadas sobre el derecho a ser acompañadas por una persona de su elección durante el trabajo de parto, el parto y el nacimiento. Esta información deberá ofrecerse con suficiente anticipación y se estimulará a las mujeres para que hagan uso de ese derecho. (*Artículo 1*).

En el artículo 3 se manifiesta que las instituciones de salud deben adoptar medidas para el efectivo cumplimiento de la Ley, una de estas es proporcionar una persona entrenada para darle apoyo en caso que la mujer no cuente con acompañante.

Es importante señalar que las mujeres entrevistadas estaban informadas sobre la posibilidad de estar acompañadas en este momento vital y habían realizado el trámite legal correspondiente. Las dificultades se presentan en la concreción del derecho.

En la realidad de las mujeres entrevistadas esto no se ve reflejado, se identificó que las mujeres en su gran mayoría no fueron acompañadas por alguien de su elección por “x” motivos y terminaron “acompañadas” únicamente con personal penitenciario, no teniendo alternativa de una persona entrenada para la contención y apoyo físico-emocional como plantea la Ley. Ésto condiciona en gran medida la experiencia negativa de la mujer durante el parto, donde abundan los sentimientos de soledad y angustia. Frente a este panorama, es fundamental un cambio en el sistema, se debe valorar y priorizar la importancia de generar herramientas institucionales que garanticen el acompañamiento al momento del parto. También consideramos de gran importancia la vinculación familiar de las mujeres durante todo el proceso del embarazo durante el encarcelamiento. Esto contribuiría indudablemente a una mejor experiencia, basada en la contención emocional y en una adecuada atención sanitaria tanto para la madre como para su hijo/a, sabiendo que el acompañamiento puede facilitar un parto con un menor nivel de medicalización, disminuir el temor de las mujeres y ayudar también a la salud del/la recién nacido/a.

La realidad que relataron las mujeres privadas de libertad sobre lo que fue su trabajo de parto y parto se correspondía en muchos casos con lo leído en la bibliografía, (tanto nacional como internacional) otras veces no.

Por ejemplo, salvo situaciones puntuales, las mujeres se expresaron conformes con el trato del personal de salud en el Hospital Pereira Rossell y ninguna de las mujeres tránsito el parto con medidas de sujeción (grilletes o esposas), datos que difieren con lecturas de investigaciones internacionales, como en las investigaciones planteadas anteriormente (véase en Antecedentes y Marco Teórico) de Argentina y Chile, donde las mujeres son sujetas con grilletes todo el tiempo (desde el traslado de la Unidad penitenciaria al centro de salud hasta que llegan nuevamente a ella luego del parto)

Esto no es así durante el trabajo de parto y puerperio inmediato, donde todas las mujeres entrevistadas relatan haber estado sujetas con grilletes a la cama, lo cual se contradice con lo señalado por el Relator Especial de las Naciones Unidas en 2016 sobre tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos y degradantes, donde se califica esta práctica como constitutiva de malos tratos:

“El uso de grilletes y esposas en mujeres embarazadas durante el parto e inmediatamente después de él está absolutamente prohibido e ilustra la incapacidad del sistema penitenciario para adaptar los protocolos a las situaciones que afectan exclusivamente a las mujeres. Cuando se utiliza como castigo o medida de coacción, por cualquier razón basada en la discriminación o para causar un dolor intenso, que pueda incluso suponer una amenaza grave para la salud, ese trato puede ser constitutivo de tortura o malos tratos”

Hay que reflexionar en cómo las políticas de seguridad dificultan y limitan el derecho de las mujeres privadas de libertad a tener un parto respetuoso de sus derechos.

Como se ve reflejado en el análisis de datos, las condiciones de privacidad en las que las mujeres privadas de libertad transitan la instancia del trabajo de parto y parto se ve alterada por la presencia de la custodia todo el tiempo dentro de la sala. Tal vez es necesario crear un protocolo especial de seguridad en estos casos, sabiendo que las obligaciones del Estado uruguayo suponen garantizar el cumplimiento de los derechos, exceptuando la libertad ambulatoria y el derecho al voto.

La normativa vigente en el país, tanto protocolos como guías enfocada a las mujeres embarazadas y a la atención de las mismas durante el trabajo de parto, parto y puerperio aplican para todas las mujeres, sin distinción.

Pero,   se respetan los procesos de estas mujeres de la misma manera que en las otras usuarias?

Como vemos en el marco teórico y en el análisis de las entrevistas, esto no siempre es así.

Por su situación de extrema vulnerabilidad, ¿necesitan estas mujeres una mayor atención en lo que al embarazo y parto respecta? Seguramente sí. Como se ve reflejado en las entrevistas y en lo desarrollado en el marco teórico, la falta de recursos en la Unidad, las situaciones de estrés y de violencia a las que se ven expuestas estas mujeres, la falta de un entorno contenedor y de actividades vinculadas a la gestación entre otras cosas, afectan negativamente en sus expectativas y realidades de embarazo y parto.

Nos llama la atención la escasa bibliografía nacional disponible sobre la temática y la ausencia de protocolos específicos sobre la temática. Esto genera que las mujeres se vean sujetas a la “suerte” de la/s custodia/s que le son asignadas y de la guardia médica que se encuentre ese día en el Centro Hospitalario, reflejado en el sentir de las mujeres en el desarrollo de sus discursos.

El relevamiento bibliográfico realizado, da cuenta de diversas investigaciones vinculadas a la temática que hacen foco en la población masculina, de ahí la importancia del estudio en mujeres, resaltando el significado particular que para ellas cobra la situación de encierro, considerando la estigmatización que experimentan por su condición de madre y mujer que ha transgredido la ley y que ha perdido su participación en la familia. “La madre dentro de la cárcel no solamente cumple su condena por el delito que cometió, sino que afuera tiene la presión social, de criar su hijo dentro de la cárcel, y ser tildada como “mala madre”, ya que aquella que sería la responsable de cuidar y amparar a sus hijos, los somete al sufrimiento” (Bastitta Godoy, 2017).

El distanciamiento de su entorno lleva a que las mujeres sean mucho menos visitadas que los hombres sufriendo abandono y teniendo poco o ningún apoyo anímico o contacto con el exterior, lo que dificulta sobrellevar la situación de privación de libertad.

Todo lo ya mencionado sumado al aumento en el porcentaje de delitos cometidos por mujeres, a la invisibilización de ésta como delincuente, junto a la falta de perspectiva de género, conlleva a las malas condiciones de vida presente en las cárceles y a graves problemáticas en relación a los derechos humanos. La invisibilización a la que hacemos referencia creemos que no solo se debe a la tasa de delincuencia femenina, que es inferior a la masculina. También a la falta de estudios sobre el tema, muchas investigaciones partieron de estereotipos sobre la mujer que solo contribuyeron a distorsionar la realidad. Las investigaciones sobre la delincuencia femenina se limitaban a una concepción androcentrista. Tanto el discurso como las normas jurídicas giraban

alrededor del hombre delincuente, sus motivaciones y el tratamiento que recibía en las cárceles y los establecimientos penitenciarios.

Falta, por lo tanto, una política criminal con perspectiva de género. Ésta es la causa por la cual las necesidades de los varones privados de libertad se ven priorizados frente a las de las mujeres en la misma situación. Por ello, es fundamental una política pública que contemple las especificidades de las vulnerabilidades de las mujeres en el sistema penitenciario uruguayo para hacer efectivos los distintos derechos consagrados tanto por nuestra normativa, como por los instrumentos internacionales. Referido a esto, citaremos a continuación lo expuesto en el artículo 8 de la Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO del 2005, *“Respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal: Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana. Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos.”* Destacamos también el artículo 10 de dicha Declaración: *“Se habrá de respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad”*

Creemos importante subrayar la solicitud de la mayoría de las entrevistadas en cuanto a la presencia de obstetra partera o ginecólogo/a en la Unidad Penitenciaria Número 9. Basándonos en que todas las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, es necesario para esto el acceso a las mujeres a una atención profesional durante el embarazo, incluyendo en especial servicios obstétricos de emergencia. Siguiendo con esta línea, llama la atención también el desconocimiento por parte de las mujeres sobre el rol del personal de salud que las atiende dentro de la Unidad, la gran mayoría no diferencia la partera, ginecóloga o enfermera a la hora de preguntar en la Unidad sobre cuestiones relacionadas al embarazo. De la misma manera, tampoco pueden detallar cuáles son los profesionales de la salud se encontraban en la sala en el momento del parto.

En resumen, podemos decir que este trabajo nos permitió indagar sobre una temática poco explorada, centrada en los derechos reproductivos de las mujeres presas y, en particular, con sus experiencias en el trabajo de parto y parto.

La investigación nos invita a reflexionar sobre distintas formas de maltrato ejercidas por la institución penitenciaria y de salud, vinculadas de forma directa con su condición de mujer privada de su libertad. A través de los testimonios queda claro que las políticas de seguridad dificultan y limitan el derecho de las mujeres a tener un parto respetuoso de sus derechos. La falta de movilidad durante el parto, el parto y el posparto, la ausencia de información, los mecanismos de vigilancia y sujeción, el hecho de no poder estar acompañadas durante su trabajo de parto y parto son muestras de la imposibilidad de decisión que enfrentan las mujeres en el ámbito de su salud sexual y reproductiva.

La pregunta que nos hacemos entonces es, ¿se cumple o no el principio de autonomía en el trabajo de parto y parto de estas mujeres? En los diferentes relatos vemos: ausencia de privacidad causada por los mecanismos de vigilancia y control, falta de preparación para el parto y desinformación respecto del desarrollo del embarazo y el parto, todo ello lleva necesariamente a la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la capacidad de vida de estas mujeres.

La satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto y con la asistencia sanitaria recibida se asocia a: su capacidad de autonomía en la toma de decisiones, el respeto a la intimidad y el sentimiento de vinculación que los profesionales sanitarios les aportan.

Es preocupante el desconocimiento de las normas y los derechos de quienes están privadas de libertad por estar en conflicto con la ley, la ausencia de diálogo entre las instituciones involucradas y la falta de un protocolo especial de seguridad para las mujeres que van a parir en el Hospital.

Si bien falta mucho, consideramos que estas instancias de investigación académicas ayudan a hacer visible la realidad en la que viven las mujeres privadas de libertad y la forma en que transcurren sus embarazos y partos. El siguiente paso de hacerla visible es hacer algo al respecto para mejorarla.

Se realizará una vez finalizada la investigación una devolución de los resultados de la misma a la comunidad. Desde el punto de vista ético, este es el valor social que tiene la investigación. Visibilizar prácticas que están escondidas, ocultas. La devolución de los resultados pos investigación son un requisito ético fundamental como valor social.

Creemos que, las Parteras desde su rol como protectoras de los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres, deberían de participar activamente para que estos derechos efectivamente se cumplan y adoptar una sensibilidad ética que contribuya al respeto de la autonomía de las mujeres.

Capítulo IX: Recomendaciones

Recomendaciones

Previo a nombrar las recomendaciones que surgieron a partir de la bibliografía leída y con el relato de las mujeres, nos gustaría mencionar lo que significó y lo que generó en nosotras realizar esta investigación.

El trabajo de parto y parto de la mujeres en privación de libertad es un tema muy poco tratado e investigado en el ámbito nacional e internacional, por lo que nos resultó enriquecedor poder realizar este trabajo.

Cuando surgió la temática, hace unos años atrás se nos presentaron algunas interrogantes y barreras. Dado que esta es una población vulnerada en sus derechos por situaciones de vida vinculadas a su condición de encierro, tuvimos que realizar una serie de pasos previos a llevar a cabo las entrevistas: solicitud de permisos, comité de ética, intercambio de mails, reuniones con diferentes actores (parte de este proceso se encuentra en los anexos) que significó meses de espera e incertidumbre.

Nos preguntamos también si con la metodología planteada podríamos aportar verdaderamente algo a las mujeres y no exponerlas sin poder darles una devolución, ya que este trabajo fue pensado como disparador de futuras investigaciones y para visualizar situaciones deficitarias que puedan ser consideradas para así mejorar la calidad de atención que reciben las mujeres privadas de libertad en el proceso de trabajo de parto y parto y transcurrir así este proceso con el máximo goce de sus derechos.

Sobre el relevamiento realizado a partir de las entrevistas y de las conclusiones señaladas consideramos oportuno plantear una serie de puntos propositivos

En lo académico:

-Empezar las parteras a generar investigaciones de calidad dando cumplimiento a una de las funciones que tiene la Universidad de la República como es la investigación científica.
Por ello, consideramos relevante que dentro del programa de nuestra carrera tuviéramos previo a la realización del trabajo final instancias que nos orienten en la realización del mismo y nos brinden herramientas metodológicas y éticas .

Al no habernos enfrentado nunca a trabajos de este tipo, significó para nosotras también un desafío realizarlo, que resultó en un aprendizaje interesante.

-Promover el desarrollo de investigaciones que hagan hincapié en los aspectos éticos de la salud sexual y reproductiva de poblaciones vulnerables.

En lo que respecta a la temática abordada:

-Realizar protocolos de seguridad dentro de la institución hospitalaria que no vulneren los derechos reproductivos de las mujeres detenidas durante el proceso del nacimiento. Para esto es necesario un trabajo en conjunto de las dos instituciones involucradas teniendo en cuenta las voces de las mujeres que han transitado por esta experiencia.

-Informar a las mujeres sobre su derecho a estar acompañadas por una persona de su elección en el trabajo de parto, el parto y el posparto y garantizar su cumplimiento.

-Crear planes de acción donde sea posible ofrecer personal capacitado para el acompañamiento del proceso de nacimiento, pudiendo ser una Doula, en el caso que la persona de confianza previamente elegida por la mujer no pueda hacerse presente, siempre que así sea solicitado y deseado por la mujer.

-Garantizar el derecho de las mujeres privadas de libertad a la confidencialidad, a la privacidad y al consentimiento informado, libre y voluntario en todo procedimiento vinculado con su salud sexual y reproductiva.

-Realizar instancias de intercambio con los equipos de salud receptores de las mujeres detenidas al momento de trabajo de parto, parto y puerperio, y personal penitenciario.

-Capacitar al personal penitenciario sobre el modo de actuar frente al preparto-trabajo de parto y sobre la importancia de hacerlo de modo eficiente y sensible a la situación particular de las mujeres detenidas en esta situación.

-Capacitar al personal judicial sobre el parto humanizado, visibilizando prácticas y condiciones que conllevan una carga de violencia hacia las mujeres privadas de libertad en el embarazo, parto y post parto para que se garanticen sus derechos.

-Garantizar condiciones apropiadas de detención para las mujeres que se encuentran atravesando el embarazo y el posparto en prisión

-Eliminar el uso de medidas de sujeción o inmovilización en mujeres durante el trabajo de parto y puerperio inmediato.

- Minimizar las barreras que retrasan el traslado de las mujeres en trabajo de parto desde la Unidad hasta los centros de Salud.

-Contar con la atención de obstetra partera o ginecóloga/o en las Unidades penitenciarias donde se alojan mujeres embarazadas .

Capítulo X: Referencias bibliográficas

Referencias bibliográficas

- 1- Antony C. (2007). *“Mujeres invisibles: Las cárceles femeninas en América Latina”*. Nueva sociedad No 208, Panamá [ISSN: 0251-3552]
- 2- Boladeras Cucurella, M. (2016). *“Bioética de la maternidad: humanización, comunicación y entorno sanitario.”* 1a ed. Barcelona, España: Publicación de la Universidad de Barcelona. p. 91–100.
- 3- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), (2008). *“Resolución 1/08, Principios y Buenas Prácticas sobre la Protección de las Personas Privadas de Libertad en las Américas”*. Recuperado el 15 de Octubre 2019 desde: <https://www.refworld.org.es/docid/487330b22.html>
- 4- Damiani, S. (2013). *“La función de la partera en los cuidados de la salud reproductiva de mujeres en condiciones de reclusión: Subjetividades y objetivación.”* Tomo nº 163, Escuela de Parteras, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- 5- Defensoría General de la Nación, la Procuración Penitenciaria de la Nación, la Defensoría del Pueblo de la Nación y la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires. (2019). *“Parí como una condenada: experiencias de violencia obstétrica de mujeres privadas de la libertad”*. 1a ed ., Buenos Aires, Argentina.
- 6- Durand, Guy. (1992). *“La Bioética. Desclée de Brouwer”*. Bilbao, pp. 29-34
- 7- Fernández, O. (2008). *¿Es posible humanizar la atención al parto? Una reflexión sobre la violencia en el medio sanitario?”*. Trab Soc y salud, [ISSN 1130-2976], No 59, págs 233-246.
- 8- Garrido, A. (2017). *“La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol”*. [Internet] [Tesis del Departamento de Enfermería de Salud Pública] [Barcelona, España] Universidad de Barcelona, Julio 2017. Recuperado desde: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/457137/ABG_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- 9- Garrido, A.; Íñiguez, C.; Vidal, B. (2018). *“El principialismo bioético en la humanización de la asistencia al parto”*. Revista Iberoamericana de Bioética, España. [ISSN 2529-9573]
- 10- Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. (2007). *“The influence of childbirth expectations on Western Australian women’s perceptions of their birth experience”*. England. Pag 235–47.
- 11- Heaman M, Beaton J, Gupton A, Sloan J. (1992). *“Una comparación de las expectativas de parto en mujeres embarazadas de alto y bajo riesgo”*. England. Clin Nurs Res. 1992 Aug 1;1(3):252–65.
- 12- Legrand, D. (2018). *“Las cárceles no están hechas para mujeres”*. [Internet] Montevideo, Uruguay. Recuperado el 4 de junio de 2018 desde: <https://feminismos.ladiaria.com.uy/articulo/2018/6/las-carceles-no-estan-hechas-para-mujeres/>
- 13- Lopez P, Rondán C, Sodano F, Troisi E. (2016). *“Aspectos bioéticos en el trabajo de parto, parto y puerperio en nacimientos ocurridos en el Centro Hospitalario Pereira Rossell”*. Escuela de Parteras, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.
- 14- Mesa de trabajo sobre mujeres privadas de libertad. (2019). *“Aportes de la Mesa de trabajo sobre mujeres privadas de libertad para el Proyecto de Ley de organización del sistema penitenciario nacional”* Montevideo, Uruguay.
- 15- Meza F, Larrobla F. (2016). *“Guía para mujeres privadas de libertad, Nuestros derechos”*. Recuperado el 15 de octubre 2019 desde: <http://www.fhuce.edu.uy/images/CEIL/Genero/generomemoriaddhh/Gu%C3%ADaDERECHOSMPL.pdf>
- 16- Ministerio del Interior, Ministerio de Salud Pública, Comisionado Parlamentario, Consejo de Educación Secundaria, Dirección Nacional de Cárceles - INACRI, Patronato Nacional de Encarcelados y Liberados, Patronato Departamental de Canelones, Servicio de Paz y Justicia, Instituto Nacional de las Mujeres ONG. ANIM. (2006). *“Mujeres privadas de libertad en Uruguay, informe sobre las condiciones de reclusión”* Montevideo, Uruguay. Recuperado desde: http://www.sistemadecuidados.gub.uy/innovaportal/file/19658/1/5_informe_reclusas.pdf

17- Montealegre Alegría, N. (2016). *“El tiempo quieto. Mujeres privadas de libertad en Uruguay”*. Montevideo, Uruguay. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de la República. Pag 164.

18- Nuñez, J. (2019). *“Las mujeres privadas de libertad y el abordaje multidisciplinar desde los derechos humanos”*. [Internet] Montevideo, Uruguay. Recuperado el 8 de julio desde: <https://feminismos.ladiaria.com.uy/articulo/2019/7/las-mujeres-privadas-de-libertad-y-el-abordaje-multidisciplinar-desde-los-derechos-humanos/>

19- Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2005) *“Los derechos humanos y las prisiones”*. Guía para el instructor en derechos humanos para funcionarios de prisiones. Número de venta: No. S.04.XIV.6 ISBN 92-1-354084-1. Nueva York y Ginebra. [ISSN 1020-301X]

20- Oficina de Planeamiento y Presupuesto de la Presidencia. s.f. *“Informe final: Recomendaciones sobre derechos humanos y salud”*. Recuperado el 18/10/18 desde: <http://inisa.gub.uy/images/llam-med/orden-informe-final-recomendaciones-sobre-ddhh-y-salud.pdf>

21- ONU: Asamblea General. (2010). *“Reglas de las Naciones Unidas para el tratamiento de las reclusas y medidas no privativas de la libertad para las mujeres delincuentes (Reglas de Bangkok)”*: Recuperado el 15 de Octubre 2019 desde: <https://www.refworld.org/es/docid/4dcbb0e92.html>

22- ONU: Asamblea General. (2013). *“Causas, condiciones y consecuencias de la encarcelación para las mujeres”* Recuperado el 18 de Agosto 2019 desde: <http://www.onu.cl/onu/wp-content/uploads/2014/02/report-de-manjoo-a-la-AG-2013-sp.pdf>

23- ONU: Asamblea General. (2016). *“Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela)”*: Recuperado el 15 de octubre 2019, desde: <https://www.refworld.org/es/docid/5698a3c64.html>

24- Seoane, J. A. (2011). *“Bioética y humanización del parto*. En Estudios multidisciplinares para la humanización del parto”. Jornadas Universitarias Multidisciplinares para la Humanización del Parto. Universidad de Coruña, Servizo de Publicacións, pp. 87–101

25- Unidad Académica de Bioética, Facultad de Medicina-Universidad de la República, Uruguay. Recuperado el 12 de Julio del 2018, desde: <https://www.medicinalegal.edu.uy/bioetica/presentacion.htm>

26- Vidal, S.M. (2012). *“La Educación en Bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros.”* Oficina Regional de Ciencia de la UNESCO para América Latina y el Caribe. Montevideo, Uruguay. P. 239-260.

27- Vigna, A (2012). *“Análisis de datos del I Censo Nacional de Reclusos, desde una perspectiva de género y derechos humanos: Informe final”* Montevideo, Uruguay. Ministerio del Interior, Instituto Nacional de Rehabilitación

28- Von dem Bussche Rivera, M.P. y Romo Lagos, F. (2015). *“Mujeres privadas de libertad: estándares nacionales e internacionales. Políticas de género en materia penitenciaria”*. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Santiago, Chile.

Capítulo XI: Anexos

ANEXO 1:

Reuniones con el Departamento de género y diversidad del Instituto Nacional de Rehabilitación:

09/04/2018

Primera reunión con el Departamento de Género y Diversidad:

El Departamento de Género y Diversidad del INR se constituyó como tal en 2016. Aporta a la construcción de políticas transversales de género, diversidad y derechos humanos para incorporar a la institución esta perspectiva. Ha generado diversas acciones para el funcionariado del INR, tales como espacios de formación y capacitación, elaboración de protocolos, seguimiento de situaciones de acoso laboral o sexual interno y de casos de violencia doméstica que involucran a funcionarios, por mencionar algunas.

Trabaja también con toda la población privada de libertad (varones, mujeres, personas trans, niñas y niños) a través de programas socioeducativos, talleres de formación, reflexión sobre las masculinidades y las formas de ser mujer, abordaje de la población migrante, las maternidades y las paternidades en contextos de encierro, entre otras cosas.

Para evaluar la factibilidad de nuestra investigación se realizó una entrevista con la encargada del Departamento de género y diversidad (DGD) del INR, Dra. Paula Lacaño y Mirtha Arevalo, quien trabaja directamente con la población de la Unidad n° 9. Luego de exponer nuestra propuesta de trabajo e intercambiar ideas, en nombre del DGD nos brindaron su apoyo y el aval para llevar a cabo este trabajo, teniendo su colaboración en el transcurso de la investigación, creando así un “puente” con la comunidad con la cual trabajaremos, generando un intercambio e interacción permanente con el Departamento, enriqueciendo nuestro labor y proyectando una devolución para las mujeres con quien trabajaremos.

El departamento quedó a la espera de nuestro llamado para coordinar fecha y hora para realizar las entrevistas.

17/07/19

Segunda reunión con el Departamento de Género y Diversidad:

Esta segunda instancia de encuentro con integrantes del Departamento de Género y diversidad Laura Britos y Paula Lacaño tuvo como fin despejar algunas interrogantes en relación al ingreso a la Unidad N°9 tales como: días y horarios más propicios para realizar las entrevistas, espacio físico para realizarlas, documentos necesarios para el ingreso, posibilidad de grabar las entrevistas. También tener una actualización sobre el número de mujeres en dicha Unidad y cuales de ellas entran en los criterios de inclusión que nos propusimos para esta investigación. Tanto para nosotras como para Laura y Paula nos pareció importante previo a las entrevistas tener un primer encuentro tanto con las mujeres a las que están dirigidas como con el personal que se encuentra en la Unidad, por lo que se coordinó esta instancia para el día 29/07.

Previo a esto, conversamos sobre los avances de nuestro trabajo final desde la última reunión así como también desde su lado nos hablaron de la creación de un protocolo de atención en salud en mujeres privadas de libertad que está en proceso, también una reforma que establece el ingreso de mujeres embarazadas a partir del 5to mes de embarazo desde la Unidad N°5 a la unidad N°9. Uno de estos avances que nos parece importante mencionar es el aval para realizar la investigación que nos otorgó la Subdirección Nacional Técnica del Instituto Nacional de Rehabilitación el día 21/03/2019 (Anexo 5)

Se hizo hincapié nuevamente en la importancia de devolverle a las mujeres una devolución de nuestro trabajo, analizando con otros actores que trabajan con ellas la mejor manera de realizarlo.

ANEXO 2

29/07/2019

Visita a la Unidad N°9:

A las 14 horas aproximadamente llegamos a la unidad penitenciaria número nueve, acompañadas por Paula Lacaño y Laura Britos. Una vez pasada la revisión y autorización, caminamos por un sendero donde a la derecha se visualiza el patio externo, en donde hay lugar para actividades recreativas y juegos para niños, al mismo tiempo vemos las garitas de los policías, el alambre de púa que cerca el perímetro y las rejas en las ventanas y en las puertas. Se observa a lo lejos la división entre la unidad número 5, edificio contiguo, y unidad número 9, donde ingresaremos. La separación consiste en un muro no muy alto que divide una Unidad de la otra.

Tuvimos una reunión con Lorena Olivera, referente de la subdirección técnica de la Unidad, quien, luego de escuchar nuestra propuesta de trabajo y conocer los procedimientos realizados previos a la concreción de la llegada a la Unidad, nos facilitó el número de las mujeres que se encuentran dentro de los criterios de inclusión para ser entrevistadas (7) y su fecha de parto. Nos cuenta un poco de cada una de ellas, relatos cargados de pesares y dolores que llevan a cuesta cada una.

Nos invitaron a conocer la infraestructura del lugar y nos presentaron con el personal que allí trabaja. Vimos la sala destinada a las visitas, caminamos por el pasillo donde desembocan las aberturas de cada habitación, con telas que ofician de puertas. Cruzamos algunas miradas y saludos con mujeres que allí residen.

Mucho silencio, los niños y las niñas según nos informan están en la escuela. Hay afiches en la puerta de los baños y en las paredes, algunos comunicados e invitaciones para actividades recreativas y de estudio. Llegamos a una salita, donde estaremos en el momento de las entrevistas. Hay sillas y juegos para que el o la niña que acompañe a la mujer pueda entretenerse.

Al finalizar pautamos una fecha para la siguiente visita, ya con la idea de tomar contacto directamente con la comunidad e invitarlas a realizar las entrevistas.

Nos retiramos agradecidas por esta oportunidad, pensando en las historias de vida de las mujeres y en el objetivo de nuestro trabajo final. Nos vamos aún con más ganas de hablar con ellas, de escucharlas y compartir su sentir.

ANEXO 3

Guía de entrevista a mujeres privadas de libertad

Preguntas introductorias:

- ¿Cuál es tu edad?
- ¿Naciste en Uruguay?
- ¿Cuánto tiempo hace de tu parto?
- ¿Fue tu primer parto?

Preguntas iniciales abiertas:

- Durante tu embarazo, ¿cómo pensabas que iba a ser tu parto?
- ¿Coincidieron tus expectativas con la realidad?
- ¿Dónde iniciaste el trabajo de parto?
- ¿Qué recordás de tu experiencia desde el ingreso al hospital?

Preguntas guía:

- ¿Tuviste alguna actividad vinculada a la preparación para el parto en la Unidad?
- ¿Se te comunicó en el transcurso del embarazo sobre las leyes que te amparan en el trabajo de parto y parto?
- ¿Solicitaste estar acompañada por alguien de tu elección en el trabajo de parto y parto? Si así fue, ¿a quién elegiste?
- ¿A quién realizaste el pedido? ¿Te lo permitieron?
- ¿Durante el trabajo de parto tuviste la posibilidad de pararte, caminar, bañarte, etc?
- ¿Solicitaste permanecer en alguna posición en particular que te resultara más cómoda? ¿Se respetó tu decisión?
- ¿Tuviste la posibilidad de beber o comer en dichos periodos?
- ¿Tuviste privacidad en el trabajo de parto y parto?
- ¿Estuviste esposada? ¿En qué momentos?
- ¿Te colocaron grilletes?
- ¿Cómo te sentiste durante el parto?
- ¿Se te explicó el por que y se te pidió permiso antes de realizar prácticas como por ejemplo tactos, colocación de sueros, sondas, etc?
- ¿Te negaste a que se te realizara algún tipo de práctica? ¿Se presentó?

- ¿Sabes si quién asistió tu parto fue médico o partera?
- ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que pariste hasta que tuviste contacto con tu bebé? Si el contacto no fue inmediato, ¿cuál fue el motivo?
- ¿Cómo viviste el trato del personal de salud? ¿Te sentiste respetada?
- ¿En algún momento te sentiste maltratada o discriminada durante la internación ya sea por parte del personal médico como administrativo?
¿Cómo fue?

ANEXO 4

Consentimiento informado

Proyecto de investigación: ***“Ejercicio de la autonomía en el trabajo de parto y parto en mujeres privadas de libertad en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.”***

Investigadoras: Estudiantes de la carrera obstetra partera Maite Gómez Zugnoni y Paola Morales Trifoni

Institución: Escuela de Parteras de la Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Estimada participante:

La invitamos a participar del proyecto de investigación titulado: ***“Ejercicio de la autonomía en el trabajo de parto y parto en mujeres privadas de libertad en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.”***

Esta investigación es parte del programa académico de la Escuela de Parteras, perteneciente a la Facultad de Medicina, Universidad de la República, siendo el trabajo final de la carrera y requisito imprescindible para la obtención del título de Obstetra Partera.

El objetivo de este estudio es analizar el cumplimiento del principio de autonomía en el trabajo de parto y parto de mujeres que se encontraban privadas de libertad en dicho momento y fueron asistidas en el Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Este trabajo final fue pensado para que sirva como disparador de futuras investigaciones y que las ideas que de éste surjan sean tomadas como propuestas para trabajar conjuntamente con la comunidad.

La investigación es conducida por estudiantes cursando el último año de formación de la carrera, Maite Gómez y Paola Morales, bajo supervisión de; la

tutora Licenciada en sociología Claudia Morosi, y co-tutora Obstetra partera Rocio Valiero.

Si usted desea y accede a participar, se le solicitará responder preguntas en el marco de una entrevista de 20 minutos aproximadamente. Por su participación en este estudio, no recibirá ninguna compensación económica.

Los beneficios de la misma no serán individuales, sino sociales.

Se considera que la presente investigación tiene riesgos mínimos para las participantes.

La entrevista será grabada para transcribir luego lo que usted ha expresado. Al terminar, la grabación será destruida. Los datos obtenidos a partir de la misma serán utilizados solamente para esta investigación.

La participación es absolutamente voluntaria, pudiéndose retirar en el momento que considere así como no responder preguntas que no desee, sin que ello signifique acciones de represalias para usted. Si no desea participar, no habrá ningún tipo de consecuencias.

Toda información derivada de su participación será conservada en forma de estricta confidencialidad, resguardando su identidad. Luego de finalizada la investigación se realizará un breve informe con los resultados hallados que estarán disponibles para su lectura.

Es importante que sepa que tiene todo el derecho de hacer las preguntas que estime convenientes sobre este estudio para decidir participar, así como también tiene derecho a preguntar sobre las dudas que tenga durante su participación, debiendo la persona que le realizará la entrevista responderlas adecuadamente, también ante cualquier duda la invitamos a contactarse con las responsables de la investigación: Maite Gómez por el teléfono: 094 197 915 o con Paola Morales por el teléfono: 091 076 332, y/o por el correo electrónico conjunto: tfparteras2017@gmail.com

Hojas de firmas del consentimiento informado

Luego de haber sido debidamente informada del objetivo y procedimientos de la investigación y comprendido la información, mediante la firma de este documento acepto voluntariamente participar en la entrevista conducida por las estudiantes Maite Gómez y Paola Morales.

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Así mismo se me ha dicho que mis respuesta a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio me serán respondidas y que la participación no será remunerada. Se me ha entregado una copia íntegra y escrita de este documento.

_____ Nombre del participante	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre de la investigadora responsable	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre de la investigadora responsable	_____ Firma	_____ Fecha

ANEXO 5

Aval Subdirección Técnica del Instituto Nacional de Rehabilitación



INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN
SUBDIRECCIÓN NACIONAL TÉCNICA

Montevideo, 21 de marzo de 2019.

Sras. Paola Morales, Maite Gómez

Tomando en cuenta la propuesta de investigación titulada **“Ejercicio de la autonomía en el trabajo de parto y parto de mujeres privadas de libertad en el Centro Hospitalario Pereira Rossell”** (presentada ante esta Institución), que se desarrollará con la supervisión de la Prof. Adj. Mag. Claudia Morosí Manrique, en el marco del trabajo final para la obtención del título de grado “Obstetra-Partera” emitido por la Escuela de Parteras de la Facultad de Medicina (UdelaR); comunicamos que la Subdirección Nacional Técnica del Instituto Nacional de Rehabilitación aprueba la realización del Proyecto de Tesis, con la metodología planteada.

Asimismo, cabe señalar que el presente aval queda condicionado a la autorización previa del Comité de Ética en Investigación (ASSE) correspondiente.

De este modo, quedamos a la espera del consentimiento requerido para que pueda iniciar el procedimiento planteado.

Sin más, saluda a Usted atte.,


Ana Juanche Molina
Subdirectora Nacional Técnica
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

Instituto Nacional de Rehabilitación | Subdirección Nacional Técnica
Cerrito 419 CP 11.000, Montevideo
Tel. 2915 19 57

ANEXO 6

Aval Comité de Ética CHPR



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

Montevideo, 25 de Marzo de 2019.

INTEGRANTES

Coordinadora:
Prof. Dra. Gabriela Garrido

Dra. Beatriz Ceruti
Dr. Bruno Cuturi
Sra. Eloisa Barreda
Dra. Mariana Malet.
Lic. TS. María del Carmen Canavessi
Dra. Olga Larrosa.
Quím. Farm. Fernando Antunez.
Lic. Enf. Scheley Santos.
Prof. Adj. Dr. S. Scasso.
Prof. Adj. Dra. Fernanda Gomez
Lic. Psic. Ruben Garcia.

A: Dirección General del Centro Hospitalario Pereira Rossell
Dra. Victoria Lafuf

De: Integrantes del Comité de Ética en Investigación

Por la presente se deja constancia que el Comité de Ética en Investigación considera aprobado el proyecto, "**EJERCICIO DE LA AUTONOMÍA EN EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO DE LAS MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD EN EL CHPR**". Resp. Obst. Part. Eliana Martinez. Br. Maite Gomez, Br. Paola Morales.

Secretaria
Obst. Part. Julie Nathalie Canobra
comite.etica.investigacion@gmail.com

Sin más, saluda a Ud. muy atentamente,

Recepción de Protocolos
Dirección General del Centro Hospitalario Pereira Rossell
7º Piso - Tel/Fax: + (598) 2 707 5224
Br. Artigas 1550 C.P. 11600
direccion.pereirarossell@asse.com.uy
Montevideo - Uruguay

Comité de Ética en Investigación
Centro Hospitalario Pereira Rossell
Tel/Fax: + (598) 2 707 5224
e-mail:comite.etica.investigacion@gsan.com

Dra. Gabriela Garrido
Coordinadora

