

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

Derechos sexuales y reproductivos, ¿hechos o utopías?: violencia obstétrica en las maternidades, una mirada desde las mujeres que paren en la ciudad de Paysandú.

Jimena Estefanell de los Santos
Tutora: Natalia Magnone Alemán

2021

ÍNDICE.

Resumen.....Pág. 3

Introducción.....Pág. 3

Capítulo I Presentación del problema de estudio

I.1- Fundamentación.....Pág. 5

I.2-Antecedentes sobre investigaciones de violencia obstétrica en Uruguay..... .Pág 6

I.3- Metodología.....Pág. 7

I.4- Objetivos General y Específicos.....Pág. 9

I.5- Preguntas Orientadoras.....Pág. 10

Capítulo II Marco Conceptual

II.1 Medicalización y modelos de atención al parto.

II.1.1- Medicalización de la sociedad y del parto.....Pág. 10

II.1.2- Modelos de Atención al parto.....Pág. 13

II.2 Poder, Género y Maternidad

II.2.1- Relaciones de poder dentro del sistema médico.....Pág. 15

II.2.2- Género y Poder.....Pág. 16

II.2.3- Género y Maternidad.....Pág. 18

II.3 Violencia hacia la mujer

II.3.1- Violencia de género.....Pág. 20

II.3.2- Violencia obstétrica.....Pág. 21

Capítulo III Contexto normativo regional y recomendaciones de la OMS

III.1- Contexto normativo sobre violencia obstétrica.....Pág. 23

| | |
|--|----------------|
| III.2- Derechos sexuales y reproductivos en Uruguay..... | Pág. 25 |
| III.3- Declaraciones y recomendaciones de la OMS..... | Pág. 27 |
| Capítulo IV Caracterización del Territorio..... | Pág. 28 |
| Capítulo V Análisis de entrevistas | |
| V.1- Introducción al Análisis..... | Pág. 30 |
| V.2- Medicalización del parto..... | Pág. 30 |
| V.3- Violencia obstétrica..... | Pág. 35 |
| V.4- Conocimiento y apropiación de los derechos reproductivos..... | Pág. 41 |
| V.5- Lo público y lo privado..... | Pág. 43 |
| VI Conclusiones..... | Pág. 44 |
| Bibliografía..... | Pág. 47 |
| Fuentes Documentales..... | Pág. 51 |

Resumen:

En la presente monografía de grado se analiza la existencia de situaciones de violencia obstétrica en las maternidades del departamento de Paysandú desde la perspectiva de las mujeres asistidas tanto en el sub- sector público como en el privado. Se llevó a cabo una metodología cualitativa, aplicando como técnica metodológica la entrevista semi estructurada a una muestra no probabilística de mujeres que han pasado por parto o cesárea en las maternidades de Paysandú y que han transcurrido al menos un mes y hasta tres años del nacimiento de su hijo. La información brindada por las entrevistadas sobre sus experiencias y vivencias, nos permite dar cuenta de la forma en que las mismas perciben y dan sentido a determinadas situaciones o acontecimientos de su realidad social.

Palabras Claves: Violencia Obstétrica, Violencia de Género, Medicalización, Relaciones de poder.

Introducción:

El presente trabajo es la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales perteneciente a la Universidad de la República.

La monografía se centra en analizar la existencia de situaciones de violencia obstétrica en las maternidades del departamento de Paysandú desde la perspectiva de las mujeres asistidas.

Esto con el fin de encontrar elementos que nos permitan entender y problematizar la violencia obstétrica, como una expresión más de la violencia de género que se encuentra en gran medida naturalizada por la sociedad. Como plantea Levy (2019) la violencia obstétrica es un reflejo de un modelo social, en donde las acciones del equipo de salud reproducen imaginarios del patriarcado respecto a la mujer y a la maternidad que determinan su accionar.

Para cumplir con los objetivos de este trabajo se realizará en un primer momento una búsqueda de material bibliográfico, seleccionando y desarrollando algunas categorías de análisis que transversalizan el objeto de estudio, que serán utilizadas para el análisis de las entrevistas realizadas a las mujeres que vivenciaron los nacimientos de sus hijos e hijas en los últimos tres años en el departamento de Paysandú.

La monografía se dividirá en seis capítulos: El capítulo I está destinado a la presentación del problema de estudio. Se señalan los antecedentes de investigación que preceden la temática

de estudio. Se hace mención de la metodología empleada que consistió en un abordaje cualitativo y por último son expuesto el objetivo general y los objetivos específicos, así como una serie de preguntas que orientan el trabajo.

A continuación en el capítulo II se desarrolla el marco conceptual, para el cual fueron seleccionadas siete categorías analíticas que dan cuenta del tema de investigación trabajado. Estas son medicalización de la sociedad y del parto, modelo de atención al parto, relaciones de poder dentro del sistema médico, género y poder, género y maternidad, violencia de género y violencia obstétrica, Para ello utilizo diferentes autores que abordan estos temas entre ellos; Ortega (2008), Mitjavila (2016), Lehner (2012), Floyd (2001), Magnone (2011), Lamas (1999), Scott (1996), Foucault (1988) entre otros.

En el capítulo III se realiza un breve recorrido por lo que es el contexto normativo regional en el cual se comienzan a tratar y trabajar sobre la temática Violencia obstétrica en los diferentes países de la región así como también las recomendaciones de la OMS sobre Violencia Obstétrica. Luego se expone brevemente como los derechos sexuales y reproductivos comienzan a constituir un área de interés en el terreno de los derechos humanos en el Uruguay.

En el Capítulo IV se realiza la caracterización y contextualización del territorio con una breve descripción del departamento de Paysandú. Señalando las características del sector salud específicamente del Hospital público escuela del litoral “Galán y Rocha “y el sanatorio privado COMEPA.

En el Capítulo V se realiza un análisis de los datos recabados en las entrevistas en articulación con el desarrollo teórico expuesto en los capítulos anteriores. Por último un capítulo VI donde se exponen las conclusiones del trabajo.

CAPÍTULO I. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA DE ESTUDIO

I.1 Fundamentación:

Las motivaciones que impulsaron este estudio nacen de inquietudes personales surgidas al realizar una investigación referente al tema como parte de una exigencia curricular, en lo que refiere a la atención que reciben las mujeres durante su embarazo, trabajo de parto, parto y puerperio en los diferentes ámbitos de la salud, tanto pública como privada. Como bien plantea Regina Wolff (2008), a lo largo de la historia, las mujeres han sido conocidas como las más propensas a sufrir situaciones de violencia, la violencia presenta diferentes caras, siendo la violencia obstétrica ocurrida en las instituciones sanitarias una de las más comunes e invisibilizada por la sociedad.

Interesa saber que sucede con la atención que reciben las mujeres en instancias reproductivas, en un contexto donde la medicina se fue expandiendo y adquiriendo cada vez más un papel protagónico, permeando y colonizando espacios de la vida a los que antes no llegaba, como institución productora de un tipo de saber y conocimiento sobre el cuerpo.

El embarazo, el parto y el nacimiento han sido siempre eventos de gran importancia para las mujeres, como experiencias únicas e irrepetibles tanto para ellas como para su entorno. Como plantea Lehner (2012), en la antigüedad las prácticas destinadas al cuidado del embarazo y el parto se encontraban bajo el control exclusivo de las mujeres: madres, abuelas, hermanas, etc., la gran mayoría de las mujeres no acudían a los controles médicos, parían en sus hogares.

Las innovaciones de la segunda década del siglo XX en Uruguay, dieron paso a dos procesos de gran importancia e impacto en la vida reproductiva de las mujeres. El primero se corresponde con el paso de la atención por parte de las parteras, matronas a manos de los profesionales de la salud (médicos), el segundo se corresponde con la institucionalización de los partos, en otras palabras, el traslado de los partos en el hogar hacia los centros de salud (Hospitales). Significando esto una pérdida de autonomía para las mujeres y una creciente dependencia de los cuidados y discursos médicos (Vallina, V, 2020)

Las mujeres en su proceso reproductivo, pasan de ser sujetos de derechos a ser pensadas como objetos, no siendo partícipes de las transformaciones sino meros acompañantes de cada uno de los cambios. La medicina hegemónica y tecnocrática es la que decide de qué manera vivir y transitar este proceso (Davis Floyd, R, s.d)

En Uruguay rige desde el año 2008 la ley N° 18.426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”. En la misma se establece como uno de sus objetivos “promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministros de medicación que no estén justificados” (Uruguay, Poder Legislativo, 2008, Art.3, inc.c), así como también “Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto y pos parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieran distintas alternativas” (Uruguay, Poder Legislativo, 2008, Art.4, inc. c). Por lo que cabe cuestionarse si realmente se está dando cumplimiento a lo pautado en dicha ley, si realmente son respetados los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres desde la concepción hasta el momento de dar a luz.

I.2 Antecedentes sobre investigaciones de violencia obstétrica en Uruguay

Para la realización de este trabajo, se parte de la base de documentos ya existentes sobre el tema, como las tesis de maestría de Natalia Magnone (2011) “*Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización.*” Que analiza el modelo actual de concebir y atender el Parto en Montevideo desde las perspectivas de Humanización y Derechos Sexuales y Reproductivos, además busca conocer en qué medida se respetan los derechos de las mujeres de vivir plena y autónomamente el proceso reproductivo. Y la de Camila Jurado Rivera (2015) “*Cómo nacemos hoy: manifestaciones y naturalización de la violencia obstétrica.*” En el cual trata de indagar si la voz de las mujeres que transitan por sucesos como el embarazo, trabajo de parto y parto es escuchada, si sus deseos y necesidades son tenidos en cuenta en la toma de decisiones y quienes son que toman las mismas para, desde este lugar, problematizar la existencia y naturalización de situaciones de violencia obstétrica.

I.3 Metodología.

Para la realización de la monografía se considera pertinente el tipo de diseño explicativo que menciona Batthyány (2011) en tanto, “(...) como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué y en qué condiciones ocurre un fenómeno” (p. 34), es decir, busca responder a las causas de un fenómeno, porque ocurre y bajo qué condiciones. Lo que nos permitirá comprender porque aun existiendo una ley de derechos sexuales y reproductivos que amparan a las mujeres, éstas siguen siendo víctimas de violencia en las instituciones de salud.

Se propone un estudio basado en una metodología cualitativa, dado que “los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo social es un mundo construido con significados y símbolos, lo que implica la búsqueda de esta construcción y de sus significados” (Olabuénaga 2012, p.31).

Realizar un abordaje de carácter cualitativo posibilita la construcción de datos a raíz de lo enunciado por los propios actores, buscando reconstruir la realidad tal y como ellos la observan, Hernández Sampieri y otros (2003), entienden que muchas veces a este tipo de investigación se le denomina “holística”, ya que se caracteriza por considerar el “todo” sin reducirlo al estudio de sus partes (p.9), es decir se debe considerar no únicamente la perspectiva del actor sino también el contexto socio histórico en el que se encuentra inmerso, ya que “ las respuestas suelen estar íntimamente relacionadas con el contexto en que se brindan y las posiciones estructurales y situacionales que ocupan los informantes, de modo que es necesario ponderar dichas respuestas y como se han obtenido” (Guber, 2004, p.59)

Para la obtención de la información es necesaria la aplicación de diferentes técnicas, las mismas;

“(...) son las herramientas del investigador para acceder a los sujetos de estudio y su mundo social; dentro de una reflexividad en sentido específico, las técnicas son una serie de procedimientos, con grado variable de formalización y ritualización, que permiten obtener información en una situación de encuentro, en el marco de una relación social” (Guber, 2004, Pp. 56)

Se considera fundamental en este caso utilizar la técnica de la entrevista ya que es la más pertinente para comprender las representaciones sociales, es decir, el conjunto de normas,

valores y saberes sociales; en este caso las percepciones que tiene la población de estudio respecto al tema de investigación.

De esta forma la entrevista presupone que el objeto de la investigación sea analizado a través de la experiencia que tienen los sujetos del mismo, es decir, desde la perspectiva subjetiva. Da lugar a que tanto el investigador como el entrevistado generen un espacio de confianza, lo cual muchas veces no se logra con técnicas como las encuestas.

Como estrategia de abordaje las entrevistas fueron realizadas a una muestra no probabilística de mujeres que han pasado por parto o cesárea en las maternidades de Paysandú tanto pública como privada y que han transcurrido al menos un mes y hasta tres años del nacimiento de su hijo. La información brindada por las entrevistadas sobre sus experiencias y vivencias, permiten a la investigadora dar cuenta de la forma en que las mismas perciben y dan sentido a determinadas situaciones o acontecimientos de su realidad social.

Se optó por el muestreo bola de nieve, es decir, el criterio de selección de los entrevistados se realiza de forma aleatoria, a conveniencia del investigador por previo conocimiento de personas que considere representativas de la población de estudio o por personas que se localizan a través de los sujetos que ya han sido entrevistados (Olabuénaga 2012) Se intentó que la población fuera heterogénea en cuanto a edad, antecedentes obstétricos¹ y situación socioeconómica.

Tabla 1. Sistematización de entrevistas realizadas a diez mujeres que parieron en los últimos tres años tanto en instituciones públicas como privadas de la ciudad de Paysandú, según edad, antecedentes obstétricos y situación socioeconómica.

| Entrevistadas | Edad | Nº de hijos | Edad último bebe | Parto/cesárea | Institución de salud | Situación socioeconómica |
|---------------|------|-------------|------------------|---------------|----------------------|--------------------------|
| Noel | 31 | 1 | 5 meses y medio | Parto vaginal | Público | Clase media |
| Romina | 25 | 3 | 3 años | Parto vaginal | Público | Clase baja |
| Jennifer | 27 | 2 | 11 meses | Parto vaginal | Público | Clase baja |
| Mariana | 39 | 2 | 9 meses | Parto vaginal | Privado | Clase media |
| Ines | 32 | 2 | 16 meses | Parto vaginal | Privado | Clase media |
| Lorena | 29 | 3 | 8 meses | Cesárea | Público | Clase media-baja |

¹ Por antecedentes obstétricos refiero al número de partos y si los mismos fueron por vía vaginal o cesárea

| | | | | | | |
|----------|----|---|----------|---------------|---------|-------------|
| Dahiana | 32 | 3 | 2 años | Parto vaginal | Privado | Clase media |
| Victoria | 30 | 2 | 2 años | Parto vaginal | Privado | Clase media |
| Maria | 33 | 1 | 3 años | Cesárea | Público | Clase media |
| Sofia | 25 | 1 | 11 meses | Parto vaginal | Privado | Clase media |

Fuente: Elaboración propia en base a datos de las entrevistas.

* Los nombres presentados no se corresponden con los verdaderos, nos reservamos aquí el derecho de proteger las identidades de las entrevistadas.

Se creyó pertinente además de las entrevistas realizadas a las mujeres madres, entrevistar a dos informantes calificados, en este caso una Educadora referente del área social del hospital público de Paysandú y una Licenciada en Obstetricia del ámbito público y privado. En relación a esto último, Valles (1999) plantea que los informantes calificados “no aportan información directamente relacionada con los objetivos de la entrevista. En cambio proporcionan información sobre la situación local donde se realiza el estudio asistiendo en la obtención de cooperación, localizando o contactando entrevistados.” (pp. 212- 213).

En el proceso de recabar información se utilizó como técnica la entrevista semiestructurada, este tipo de entrevista no es dirigida por una pauta rígida, sino que se basa en la formulación de preguntas abiertas mediante las cuales el entrevistador va orientando la conversación en función de los diferentes temas que se pretenden abordar. Es necesario adoptar un enfoque flexible, que permita ajustar el trabajo a la realidad con la que se encuentre el investigador, debe permanecer abierto a los cambios que pueden surgir en el transcurso de la investigación ya que las personas entrevistadas no viven realidades estáticas.

I.4 Objetivo General:

Conocer las percepciones y experiencias de las mujeres que han transitado por algún parto y/o cesárea en las maternidades del departamento de Paysandú, sobre la existencia de situaciones de violencia obstétrica en los sistemas de salud público y privado.

Objetivos Específicos:

- ❑ Conocer la percepción de las mujeres, puérperas y con hijos menores de tres años sobre la existencia de violencia en la atención brindada por el personal de la salud.
- ❑ Investigar posibles situaciones de violencia por parte del personal de salud y si la misma se encuentra naturalizada por las mujeres.
- ❑ Identificar diferencias en la atención y trato hacia los pacientes entre los sectores público y privado.
- ❑ Reconocer el/los tipos de violencia obstétrica existentes en las maternidades de Paysandú.

I.5 Preguntas orientadora

¿Las mujeres que paren en las instituciones de salud del departamento de Paysandú reconocen la existencia de Violencia Obstétrica dentro de las mismas?

¿Consideran las mujeres que son víctimas de violencia obstétrica ya sea física o psicológica por parte del personal de salud encargado de su atención, en el momento del parto y posterior controles del bebe?

CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL

II.1 MEDICALIZACION Y MODELOS DE ATENCION AL PARTO

II. 1.1 Medicalización de la sociedad y del Parto

La medicalización de la vida social, se desarrolla en nuestro país como un proceso que acompaña el surgimiento de la modernidad a partir del siglo XVIII en Europa, y finales del siglo XIX en Uruguay. Se caracterizó por la paulatina “(...) permeación y dominio del imaginario colectivo por el poder y saber médicos.” (Portillo en Ortega, 2008, p. 27). Codificándose de esta forma en términos de salud/enfermedad áreas de la vida social que antes se encontraban por fuera de su órbita de intervención y por consecuencia el saber médico adquiere mayor legitimidad en la sociedad.

En relación a lo antedicho, Mitjavila (2016) destaca el papel que se le confiere a la profesión médica ya que posee una “autoridad cultural” basada en la experticia de su saber y de su competencia profesional que le confiere legitimidad, siendo el “pilar de los procesos de medicalización del espacio social” (Mitjavila, 2016, p.145).

La medicina se presenta entonces en palabras de Ortega (2008) como un espacio instituido e instituyente de relaciones sociales, donde la intervención del saber médico ya no se justifica únicamente ante la enfermedad y su cura, sino también ante la posibilidad de su existencia, la promoción y prevención de la salud. Lo que posibilita la colonización de la vida de las personas por la medicina, bajo la promesa de la salud y prolongación de la vida.

Según Menéndez en Ortega (2008) “el proceso de medicalización supuso la apropiación ideológica y técnica de los procesos de salud/ enfermedad y su aplicación constante a nuevas áreas del comportamiento social, lo que aparejó una escisión entre el saber médico y el saber popular” (p.28).

Hoy en día, se evidencia que gracias a los avances e innovaciones tecnológicas y científicas, la medicina continúa permeando el imaginario colectivo e imponiendo su saber como un saber indiscutible, con la figura del médico como poseedor de la verdad absoluta. Nuevos aspectos de la vida como el embarazo, nacimiento, la concepción y la vejez se vuelven cada vez más factores de riesgo, lo que los lleva a ser codificados en términos de salud/enfermedad, generando una intervención creciente en nombre de la salud.

Como bien fue mencionado anteriormente, la medicalización se extiende a todas las áreas de la vida social, incluyendo las relaciones que se vivencian en el parto, es por esto que distintos estudios antropológicos y feministas comienzan a problematizar las formas en que las mujeres vivenciaban el embarazo y parto.

Según señala Lehner (2012), durante la primera mitad del siglo XX, la atención y cuidado que recibían las mujeres durante el embarazo y el parto atravesaron grandes transformaciones. En la antigüedad las prácticas destinadas al cuidado del embarazo y el parto se encontraban bajo el control exclusivo de las mujeres: madres, abuelas, hermanas, etc. De esto se desprende que la “obstetricia se (...) considere una de las ocupaciones femeninas más antigua y universal de la humanidad” (Lehner, 2012, s.p).

En su gran mayoría las mujeres principalmente de los sectores medios urbanos no acudían a los controles médicos, parían en sus hogares, y muchas de ellas, no llegaron a experimentar

las técnicas de parto sin dolor. Como plantea la autora con las innovaciones de mediados del siglo XX, es que se produce la institucionalización del parto, es decir el pasaje de dar a luz en el hogar a hacerlo en los centros de salud, significando una pérdida de autonomía para las mujeres y una creciente dependencia de los cuidados y discursos médicos (Vallana,V, 2020)

La medicalización de la vida en general y de la salud reproductiva de las mujeres en particular, como plantea Vallana (2020) necesito de un proceso activo de patologización del embarazo/ parto, colocando al mismo bajo la categoría de “riesgo” y la necesidad de atención e intervención médica, pasando de ser eventos familiares y domésticos atendidos principalmente por las matronas o parteras, a ser eventos hospitalarios “ donde las lógicas de riesgo lo sitúan como un proceso “defectuoso”, riesgoso y susceptible de perfeccionamiento a través del uso de la ciencia y la tecnología” (Vallana, V, 2020, P.4).

Como resultado de los cambios que se dieron en las formas de parir se encuentra la introducción de la posición horizontal para parir con el fin de facilitar al médico la ejecución del diagnóstico y la asistencia, pasando como plantea Jurado (2015) no solamente la instancia del parto, sino también los cuidados durante el embarazo a ser objetos de control y vigilancia médica.

De esta forma “la hospitalización del parto, llevó a considerar al mismo como un evento médico quirúrgico, caracterizado por un modelo tecnicista, pautado por la racionalidad y tiempos institucionales” (Jurado, 2015, sd). El hospital pasó a ser considerado el mejor lugar para parir ya que juntos la ciencia, la tecnología y el saber médico permitirían el nacimiento de un ser perfecto, sin que la madre sufra dolor, considerando a la cesárea como la mejor opción para ello ya que le brindaba al médico una sensación de control sobre el nacimiento.

A fines de la década de los sesenta y comienzos de los setenta se instala el campo de la Antropología del Parto, surgiendo desde allí las mayores contribuciones en torno a las vivencias que tienen las mujeres en lo que refiere a dichos acontecimientos. En dicho contexto socio-histórico los movimientos feministas comienzan a cuestionarse y problematizar las vivencias de las mujeres en el embarazo y parto. Las mujeres manifestaban que vivían estos procesos en situaciones de opresión que se vinculan con el control social de los cuerpos, no se respetaban sus deseos y necesidades individuales, eran tratadas como objetos asexuados, vigilados y sometidas a intervenciones rutinarias. (Schwarz, 2009, P.125).

En la década de los Ochenta, los movimientos feministas le comienzan a dar importancia a la

cuestión de la atención en el parto, de esta manera, se impartió material educativo a las diferentes instituciones, se buscó priorizar la implementación de políticas públicas referidas a la “humanización en la asistencia al parto”. Entendiendo al término humanización, como la legitimidad política que reivindica los derechos de las mujeres en la asistencia del nacimiento, el parto seguro, una asistencia no violenta y de este modo brindarles a las mujeres la capacidad y posibilidad elegir sobre las modalidades que se implementaran en el parto. (Schwarz, 2009, P.125).

Por su parte la OMS, “asegura que la creciente medicalización de los nacimientos está dañando la capacidad de las mujeres para dar a luz. El parto debe ser tratado como un proceso natural, con la madre en el centro de la toma de decisiones y sólo debe intervenir cuando haya complicaciones” (OMS, 2018).

II.1.2 Modelos de atención al parto

En las sociedades existen diferentes modelos sociales y humanizadores para atender las diversas realidades de las personas, predominado sobre todos ellos la tecnocracia o modelo médico tecnocrático, del cual no quedan exentos las situaciones de parto.

Floyd (2001) sostiene que en la actualidad desde la obstetricia, los cuidados referentes al parto se combinan con elementos de tres modelos médicos, el tecnocrático, el humanista y el holístico, cada uno de ellos define de diferente manera la relación mente-cuerpo.

El modelo tecnocrático es considerado hegemónico, ya que transversaliza, hoy en día, todos los aspectos de la vida de las personas. Sin embargo el mismo no se caracteriza únicamente por predominar frente al resto, sino que se debe destacar la separación entre mente y cuerpo, que lleva a que el cuerpo de la mujer sea visto como una máquina, que produce y de la que se extrae un producto (el bebé), inscriptos al mismo tiempo dentro de una fábrica de producción, el hospital donde se elabora el producto.

En este contexto, la tecnología y el médico, operan como componente principal en cuanto a la elaboración del producto, quitándole de esta forma la voz y libertad de decisión a la mujer, la cual pasa a ser entendida y atendida como un objeto y no como sujeto de derechos, generando la pérdida de sentimiento de la propia identidad a causa de la alienación sentida al ser concebida como un mero objeto.

Continuando con los aportes de la autora, la tecnocracia hace referencia a un modelo de desarrollo post-industrial, el cual presenta como ideología principal el progreso y desarrollo de nuevas tecnologías, las cuales deben de ser usadas para obtener un producto perfecto. Recayendo la autoridad y responsabilidad en el médico y no en la mujer parturienta, quien pasa a ocupar un papel subordinado de dependencia ante el status de superioridad que detenta el médico por el simple hecho de situarse por encima de ella.

Vallana (2020), entiende por su parte al modelo tecnocrático de parir, como deshumanizador, entendiéndolo a la deshumanización como la negación o reducción de la condición de humanidad que posee una persona, la cual desde la salud puede tomar diferentes formas,

“Por ejemplo, se puede deshumanizar a un/una persona negando o reprimiendo su capacidad de experimentar sensaciones humanas como dolor, placer, alegría, desesperación, impotencia. Esta sería la deshumanización en cuanto a la experiencia. Por otra vía, la deshumanización está ligada a la negación de la agencia, como la capacidad de un ser humano de decidir libremente, elegir y resistir” (Haque & Waytz en Vallana 2020, s.d)

En este modelo tecnocrático, se reproducen estas dos condiciones, ya que se les reprimen y controlan sus expresiones de dolor y se les limita el derecho a la libre elección.

Como fue mencionado anteriormente, el modelo antes expuesto no es el único existente en las sociedades, sino que es el predominante. Otro modelo, indicado por la autora, es el humanístico.

El modelo humanista según Floyd (2001) surgió a partir de los abusos del modelo tecnocrático, presentándose como una alternativa que pretende reformar algunos aspectos del modelo hegemónico, humanizando, teniendo en cuenta la conexión entre la mente y el cuerpo que permite entender al cuerpo como un organismo y no como una máquina.

Refiere a la concepción de la mujer como sujeto de derechos, no como un objeto, se tienen en cuenta los sentimientos, inquietudes, pensamientos y deseos de la mujer en situación. Escuchar a la mujer, es tenerla en cuenta como individualidad, y no así como aleatoriedad, la información, las decisiones y la responsabilidad son compartidas entre la paciente y el cuidador.

“El objetivo de este modelo es generar experiencias saludables y positivas durante el

embarazo y parto, respetando los derechos y el rol protagónico de la mujer, combinando el humanismo con la tecnología”. (Méndez, 2017, p. 23)

Cabe aclarar, que este modelo es seguido por médicos tratantes de partos; si bien no son la mayoría, existe una convicción humanitaria actual frente a tal situación.

Floyd (2001) propone un tercer modelo, denominado modelo holístico. Aquí se da la unidad entre cuerpo, mente y espíritu. De este modo, no se concibe a la mujer como una máquina, de hecho tampoco como simple organismo, sino además, como un sistema de energías. El hecho de que se incluya el espíritu en la unidad de la mujer, es lo que diferencia de modo radical este modelo de los anteriores.

II.2 PODER, GÉNERO Y MATERNIDAD

II.2.1 Relaciones de poder dentro del sistema médico.

En toda intervención médica existen relaciones de poder, relacionadas con el saber-poder, que no se encuentra presente únicamente entre los integrantes del equipo de salud, sino que como plantea Magnone (2011) “existe una cadena de jerarquías que tiene como eslabón final a los pacientes”. Desde este saber- poder se entiende que las mujeres / embarazadas no cuestionan la palabra del médico, sino que acatan la orden que éste último les indica, reafirmando la superioridad del profesional ante la persona que se dirige a él solicitando su atención.

Con respecto a esto Foucault dirá,

(...) lo que define una relación de poder es que es un modo de acción que no actúa de manera directa e inmediata sobre los otros, sino que actúa sobre sus acciones: una acción sobre la acción, sobre acciones eventuales o actuales, presentes o futuras. Una relación de violencia actúa sobre un cuerpo o sobre cosas: fuerza, somete, quiebra, destruye: cierra la puerta a toda posibilidad. (Foucault, 1988, p.14)

Se puede entender entonces que la mujer se posicione con pasividad, ante ese saber- poder del médico tratante, adecuándose a lo que el médico espera de ella. Es así que el médico ejerce el poder, la autoridad concedida por la paciente, dado que él mismo percibe el futuro

accionar del cuerpo femenino y actúa en consecuencia de ese saber. En ello se pone de manifiesto un elevado grado de poder simbólico.

Dicho poder, en términos de Bourdieu refiere al

(...) poder de constituir lo dado por la enunciación, de hacer ver y de hacer creer, de confirmar o de transformar la visión del mundo, por lo tanto el mundo; poder casi mágico que permite obtener el equivalente de lo que es obtenido por la fuerza (física o económica) (...) no se ejerce sino él es reconocido, es decir, desconocido como arbitrario. Esto significa que el poder simbólico no reside en los “sistemas simbólicos” bajo la firma de una “illocutionary force”, sino que se define en y por una relación determinada entre los que ejercen el poder y los que los sufren, es decir, en la estructura misma del campo donde se produce y se reproduce la creencia” (Bourdieu 2000, p.4)

Se entiende así que el poder simbólico es aquel que no se cuestiona, dado que, si bien se ejerce de modo inconsciente o consciente, quien lo sufre lo ha naturalizado de tal forma que lo vive como algo real, como la única posibilidad existente. Al ser reconocida por la mujer o cualquier paciente la legitimidad en las palabras del médico ya que éste detenta el conocimiento sobre los procesos biológicos, evidencia el motivo por el cual la mujer es el agente pasivo, y el médico el agente activo: la mujer no sabe y acude al médico, el médico sabe, y le dice qué hacer, cómo, cuándo, con quién y en qué posición. De esta forma, como plantea Magnone;

“El poder simbólico que detenta el campo médico en nuestra sociedad hace que tanto dominantes como dominados compartan la creencia de que en el marco de una buena atención es necesario entregarse a los mandatos médicos sin cuestionar al detentor de ese saber específico.” (Magnone, 2011, p.sd)

II.2.2 Género y poder.

Al hablar de poder se debe hacer referencia de igual forma al género, autores como Scott y Lamas retomando los aportes de Bourdieu entienden a la lógica del género como una lógica de poder, de dominación y una forma paradigmática de violencia simbólica, definida por este último como aquella violencia que se ejerce sobre un agente social con su

complicidad o consentimiento (Bourdieu, 1988 en Lamas 1999, P.161)

Es importante en primer lugar mencionar que se entiende por Género. El concepto de género comenzó a ser utilizado a partir de los años 70 por el feminismo anglosajón, buscando diferenciar las construcciones sociales y culturales de las biológicas y comprender la realidad social, para lo cual contaban con un claro objetivo político, “distinguir que las características humanas consideradas *“femeninas”* eran adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social, en vez de derivarse “naturalmente” de su sexo”. (Lamas, 1999, p1). Es por ello que las teóricas feministas conceptualizan al género como;

“ el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y hombres, para simbolizar y construir socialmente lo que es “ propio” de los hombres (lo masculino) y “ propio” de las mujeres (lo femenino)” (Lamas, 2000,P.2)

Las diferencias sexuales se constituyen en la base a partir de la cual la cultura estructura categorías simbólicas que definen qué es lo masculino y que es lo femenino. En relación a ello Scott (1996) realiza aportes fundamentales, entendiendo al género como una forma de evidenciar las construcciones culturales, la creación social de ideas sobre roles asignados y apropiados para mujeres y hombres. El uso de la categoría género rechaza las explicaciones biológicas fundamentadas en la subordinación femenina por el hecho de que las mujeres tienen la capacidad de gestar y parir y los hombres son poseedores de mayor fuerza muscular lo cual los habilita a ser parte del ámbito público y laboral y las mujeres encargadas del ámbito doméstico de permanecer en el ámbito privado. Pese a esto la autora señala que no existe un mundo de las mujeres separado del mundo de los hombres, ya que el mundo de las mujeres es creado en el mundo de los hombres y por ellos mismos (Scott, 1996, P.6)

Scott (1996) pone de manifiesto la relación entre género y poder señalando que el género es el campo primario dentro del cual y por medio del cual se articula el poder. El orden social masculino se encuentra tan profundamente enraizado en todas las sociedades desde hace siglos que no necesita de justificación alguna, como plantea Bourdieu;

“se impone a sí mismo como autoevidente y es tomado como “natural” gracias al acuerdo “casi perfecto e inmediato” que obtiene, por un lado, de estructuras sociales como la organización social de espacio y tiempo y la división sexual del trabajo, y por otro, de estructuras cognitivas inscritas en los cuerpos y las mentes” (Bourdieu en

Lamas 1999, P.161).

La dominación masculina es consecuencia de un tipo de violencia invisible ejercida principalmente mediante la comunicación, el conocimiento, el reconocimiento y los sentimientos, exenta de ser cuestionada ya que se inscribe en el orden natural de la historia, en la violencia simbólica. De esta forma las diferencias son tomadas como naturales lo que lleva a que no sea fácil percibir las relaciones de dominación que se encuentran en la base. Como plantea Bourdieu (2000) los esquemas de percepción y pensamiento de los dominados son producto de la propia dominación, por lo que sus actos de conocimiento pasan a ser actos de reconocimiento, de sumisión.

Se puede decir entonces que el saber médico no está exento ni es ajeno a los estereotipos de género hegemónicos en nuestra sociedad, la mujer en situación de parto se vuelve mero objeto de atención, reconociendo la legitimidad del poder médico y adquiriendo una posición sumisa ante este.

II.2.3 Género y Maternidad.

La perspectiva de género como fue mencionado anteriormente entiende que las relaciones entre los hombres y las mujeres se encuentran marcadas por roles distintivos adjudicados por la sociedad a cada sexo, lo que lleva a que la masculinidad y la feminidad se encuentren determinadas por la cultura y no por la biología.

“La maternidad es un fenómeno sociocultural complejo que trasciende los aspectos biológicos de la gestación y del parto, pues tiene además componentes psicológicos, sociales, culturales y afectivos del ser madre que se construyen en la interacción de las mujeres con otras personas en escenarios particulares, donde se viven universos simbólicos con significados propios.” (Cáceres, Molina, Ruiz, 2014, Pp 319)

De esta forma a la mujer se le asocia como función tradicional la maternidad. La misma ha sido asignada a lo femenino llegando a constituirse como un elemento fundamental en la esencia femenina, como la identidad de la mujer, provocando una relación causa- efecto, en la cual ser mujer es igual a ser madre. “La maternidad es un patrón de conducta a seguir que se le ha atribuido a toda mujer desde la sociedad primitiva, dándosele a dicho patrón de

conducta características específicas según lo impuesto por la cultura, la sociedad” (Barrantes y Cubero, 2014)

Moncò (2009) entiende que como construcción cultural la maternidad lleva implícita una serie de tareas y responsabilidades, relacionadas a los cuidados y sentimientos que suelen ser naturalizados por las mujeres llegando a originar una “ discriminación genérica” esto es; una mujer que es madre y realiza los cuidados pertinentes, no está haciendo más que cumplir con los mandatos sociales, “ mandato natural” (en palabras de Monco) por lo tanto supone que los mismos le vienen dados y no exigen valoración cultural, por el contrario el no querer ser madre o no cumplir con los cuidados pertinentes toma valor negativo y en términos culturales toma rasgos de carencia, generando modelos de mala madre y/o mala mujer.

Para los hombres esto resulta completamente opuesto, culturalmente no están obligados a tener sentimientos (maternales), en caso de poseerlos son considerados un plus un valor adicional. De modo que es posible decir que la maternidad se encuentra en estrecha relación con lo femenino, el cuidado y el sacrificio (Monco, 2009).

Por lo tanto, como plantea Silva (2016), las mujeres experimentan un proceso de pérdida desde el momento que quedan embarazadas, pierden su figura, su rol de hijas, estudiantes, trabajadores e incluso esposas para convertirse en madres. Debe dejar de lado su propia persona para velar por los demás, la madre es concebida como la única responsable de sus hijos, encargándose a tiempo completo de su cuidado físico, psicológico y su educación. Reduciendo su accionar únicamente al hogar en el ámbito privado, lo que deriva en la pérdida del ejercicio de su ciudadanía.

Se piensa que la mujer recibe valor por medio de la maternidad beneficiándose de ella ya que se le otorga por medio de la misma un estatus social y realización personal, lo que lleva a que las mujeres se encuentran arraigadas a las convicciones sociales y culturales de ser madre para obtener la realización personal.

(...) el hecho de convertirse en madre sería un factor fundamental en la vida de las mujeres, encargado de proporcionarles una identidad positiva, un sentido de realización y el estatus definitivo como persona adulta. La identidad femenina se hace depender de la capacidad o voluntad de fertilidad”. (Moreno en Hauser, 2016, Pp

152).

Se puede decir entonces que la maternidad con todo lo que ella representa no resulta ser más que una consecuencia de las construcciones culturales y delimitan una serie de valores que obran de forma autónoma.

II.3 VIOLENCIA HACIA LA MUJER

II.3.1 Violencia de Género

Considero relevante hacer referencia al tipo de violencia basado en género dirigido hacia las mujeres, ya que se entiende que la violencia obstétrica es un tipo de esta índole. En este sentido, según lo establecido en el artículo cuarto de la ley N° 19.580;

“Se entiende por violencia basada en género hacia las mujeres toda conducta, acción u omisión, en el ámbito público o el privado que, sustentada en una relación desigual de poder en base al género, tenga como objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos o las libertades fundamentales de las mujeres” (Ley 19.580, 2017).

Este tipo de Violencia actúa como mecanismo de control que sustenta la autoridad de los varones, representa una forma de discriminación que puede afectar tanto directa como indirectamente la vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, así como la seguridad personal de las mujeres.

Se encuentra legitimada en una cultura e ideología patriarcal que permea el conjunto de la sociedad y las interacciones cotidianas entre los sujetos, supone una posición de desventaja de las mujeres frente a los hombres, experimentando una relación de desigualdad e inferioridad justificada por medio de las características propias de su sexo.

En este sentido la violencia basada en género puede ser pensada como universal y específica ya que se da en todo el mundo y generalmente es ejercida por hombres sobre mujeres sin discriminar por franja etaria y clase social. Se reproduce asiduamente innovando en su forma de dominio, principalmente por medio de las instituciones como la escuela, la familia, las instituciones de salud, entre otras.

Si bien la violencia contra las mujeres se manifiesta de maneras muy visibles, también existen formas de violencia y dominación más tenues, que violan los derechos humanos de las mujeres, como por ejemplo, la discriminación en espacios públicos, violación de su intimidad y degradación moral por sus acciones, etc.

Lo manifestado anteriormente se evidencia claramente en los datos estadísticos publicados en la encuesta nacional de prevalencia sobre violencia basada en género y generaciones 2019. En la misma se destaca que un 76,7 % de las mujeres fueron víctimas de violencia de género en algún momento de su vida, presentándose la mayoría de las veces en el ámbito social, educativo, en los espacios públicos como calle, transporte, lugares de diversión, fiesta, bares, parques, iglesias, servicios de salud. Traducidas en agresiones sexuales, verbales y físicas, amedrentamiento y también violencia a través de las redes sociales. De ello se desprende que un 13,4 % de las mujeres fue víctima de violencia basada en género en el ámbito educativo, 17,9% en el ámbito laboral.

De igual forma se establece que un 47% de las mujeres han sufrido violencia por parte de su pareja o ex pareja a lo largo de toda su vida en sus diferentes manifestaciones, psicológica, física, sexual, económica

II.3.2 Violencia Obstétrica.

Como fue mencionado anteriormente, la violencia obstétrica representa una de las tantas formas y expresiones de la violencia basada en género, la misma se pone de manifiesto dentro del campo de la salud. Arguedas (2014) plantea que el concepto de violencia obstétrica es relativamente reciente y refiere a “ un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el periodo del embarazo, parto y postparto” (Arguedas, 2014.P.157). Como plantea Natalia Magnone (2011), es una forma de violación a los derechos sexuales y reproductivos que hasta el momento se encuentran poco problematizados e invisibilizados en la sociedad.

Es definida en el artículo sexto, inciso H de la ley No 19.580 sobre violencia basada en género como: “Toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos” (Ley 19.580, 2017).

La misma no se limita únicamente a los acontecimientos que se desempeñan en el área de la ginecología u obstetricia, sino que se extiende a todo el personal que desempeña funciones dentro del ámbito sanitario ya sean médicos, enfermeros, personal administrativo, camilleros, etc.

Jurado (2015) tomando los aportes de Medina, establece que la violencia obstétrica puede ser clasificada de dos modos, violencia obstétrica física y violencia obstétrica psicológica, estas dimensiones de la violencia obstétrica se encuentran conectadas entre sí y actúan en simultaneidad.

De esta forma la perspectiva que plantea Medina (2008) citada por Jurado (2015) advierte que la violencia obstétrica física, se corresponde con la realización de prácticas invasivas hacia las mujeres, así como su medicalización, no estando justificados por el estado físico-mental de la mujer que pare o de la persona por nacer, del mismo modo cuando no se respetan los ciclos biológicos de la parturienta en situación. Por otro lado, habla de violencia obstétrica psicológica, cuando se produce un trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir información, asesoramiento o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información ya sea sobre el transcurso del parto o el estado del hijo/a.

En este sentido siguiendo los aportes de Magnone (2010), pueden ser entendidos como actos de violencia obstétrica ejecutados por el personal de salud, la no atención a tiempo y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a las mujeres a parir en posición supina con las piernas levantadas, obstaculizar el apego, alterar el proceso natural del parto en mujeres de bajo riesgo sin consentimiento previo, practicar el parto por cesárea, aun existiendo las condiciones para parto natural sin consentimiento previo de la mujer.

Magnone (2011) entiende de esta forma que tanto la violencia de género como la violencia institucional en salud existen porque están sostenidos por sistemas de poder, jerarquías de género y de salud respectiva e interconectada mente. Es por esto que establece que la violencia generada en los servicios de salud se asienta en un sistema altamente jerarquizado, en un contexto caracterizado por la asimetría de poder en la relación médico- paciente y por la apropiación por parte del sistema de salud de las decisiones vitales sobre el cuerpo de las usuarias.

Podemos decir entonces que la violencia institucional ejercida en los servicios de salud que

atenta contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante los procesos de embarazo, parto y postparto se manifiestan en acciones y omisiones por parte del personal de la salud, tales como; la no administración de medicamentos para disminuir el dolor, así como también la administración excesiva y/o innecesaria de los mismos, la imposición de la postura horizontal durante el trabajo de parto, rasurado de rutina, inducciones del parto anticipadamente.

Según datos de INE un 17,4% de las mujeres que parieron en el 2019 fueron víctimas de violencia obstétrica, interpretada como, impedimento de estar acompañada, obligación de permanecer en posición incómoda, comentarios ofensivos y humillantes, demoras en la asistencia, realización de procedimientos médicos sin previa autorización, impedimento de ver , cargar o amamantar al bebe luego del parto, entre otros.

CAPÍTULO III: CONTEXTO NORMATIVO REGIONAL Y RECOMENDACIONES DE LA OMS

III.1 Contexto normativo sobre Violencia Obstétrica.

Como es mencionado por Belli (2013) la violencia obstétrica puede ser considerada como una consecuencia inevitable de la aplicación del paradigma tecnocrático vigente en la mayoría de los países de la región, que se expresa mayormente en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada y en la patologización de los procesos reproductivos que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto.

La propagación paulatina de la Violencia obstétrica por la región y el mundo llevó a que el tema fuera adquiriendo cada vez mayor complejidad, lo cual ha exigido una normativización que permita generar garantías y resguardar el bienestar de las mujeres embarazadas. De esta forma en la búsqueda de erradicación de la violencia obstétrica y estigmatización de género, los países han establecido leyes que visibilicen tales fenómenos relegados a lo largo de la historia, creando normativas para su abordaje y prevención.

El primer avance significativo en dicha problemática dentro de un marco jurídico, aunque sin emitir una definición de violencia obstétrica, es la Ley 25.929 sancionada en Argentina en el año 2004 con el nombre de “Ley de Parto Humanizado”. Dicha ley, en su artículo 2, establece

una serie de derechos que las mujeres poseen durante su embarazo, trabajo de parto, parto y post parto, tales como el derecho a ser informada sobre las distintas intervenciones médicas para poder elegir libremente, el trato respetuoso y personalizado, el respeto a sus tiempos biológicos y psicológicos, a ser informada sobre el estado de su hijo/ hija, entre otros. (Belli, L, 2013)

En el año 2007, Venezuela fue el primer país del mundo en conceptualizar la Violencia obstétrica y reconocerla como delito dentro de “La ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”.

Definiéndola como un tipo de violencia basada en género que implica;

“la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de la salud, que se expresa en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (Ley orgánica Venezuela, 2006)

Determinando en el artículo 51 de la “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia” que;

“se consideran actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de la salud, consistentes en no atender oportunamente y eficazmente las emergencias obstétricas. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. (Belli, L, 2013, Pp.29)

Posteriormente en el 2009, Argentina sanciona y promulga la Ley 26.485 denominada Ley

de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos interpersonales. En el 2014 el senado nacional de México, aprobó modificaciones en varias leyes sobre violencia contra las mujeres, con el fin de brindar un respaldo y favorecer el amparo de las mujeres en la atención médica, durante el proceso de embarazo, parto y postparto incluyendo en ellas la violencia obstétrica como una práctica punible. (Bellon, 2015)

Las presentes leyes vigentes sobre la problemática de la violencia obstétrica, detallan un accionar que incide en la patologización y medicalización del cuerpo de la mujer embarazada y sus procesos reproductivos, incurriendo en tratos deshumanizados que atentan contra su integridad y autonomía. Es por ello que en las últimas décadas activistas por el parto respetado y movimientos por los derechos de las mujeres y la salud reproductiva han comenzado a utilizar el concepto de violencia obstétrica “como una forma de denunciar, no sólo protocolos hospitalarios que incumplan algunas de las recomendaciones de salud vigentes, sino también la violencia que hay implícita en muchas de estas actuaciones” (Bellon, S, 2015, Pp 94)

III. 2 Derechos sexuales y reproductivos en Uruguay.

López (2009) plantea que los derechos sexuales y reproductivos comienzan a constituir un área de interés en el terreno de los derechos humanos a mediados del siglo XX, como consecuencia del trabajo de los movimientos sociales y feministas que logran posteriormente que los mismos sean puestos en la esfera pública y política.

El Uruguay luego de sus participación en la conferencia internacional sobre población y desarrollo, realizada en el Cairo en 1994, comienza a transitar por una cambio de paradigma en la forma de concebir las políticas de población y desarrollo, principalmente en lo que refiere a la salud sexual y reproductiva, adoptando una concepción de salud reproductiva más integral que comenzó a involucrar diversos aspectos de la sexualidad y la reproducción en un marco de respeto y promoción de los derechos humanos. Implementando nuevos servicios, creándose normativas y guías clínicas.

Por primera vez en 1996 el Estado uruguayo comenzó a implementar en el país políticas públicas referidas a la salud sexual y reproductiva en el sector sanitario, brindando prestaciones

que incluyen el acceso a métodos anticonceptivos de calidad en el marco de la atención sanitaria de los servicios públicos, para el año 2004 fueron elaboradas e impulsadas las “ Medidas de protección materna frente al aborto provocados en condiciones de riesgo”, reconocidas como normativa sanitaria por el MSP (López, et al, 2009)

En el periodo 2005- 2009 con la asunción del primer gobierno progresista , se impulsaron una serie de reformas estructurales entre ellas del sector salud, que dieron lugar a la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), con la integración de sectores públicos por medio de ASSE y efectores del sector privado por medio de las Mutualistas. Su objetivo radica en “universalizar el acceso a la salud, con justicia y equidad en el gasto, calidad de atención y sustentabilidad financiera” (López, et al, 2009, Pp 27).

De igual forma se propone cambiar el paradigma basado en la asistencia y la rehabilitación, por uno que privilegie la atención integral y jerarquice la promoción y prevención, lo que lleva a que se focalice la atención en el primer nivel de atención, fortaleciendo los servicios de la red de primer nivel, policlínicas, puestos de salud y centros de salud en cuanto a recursos humanos, financieros y de infraestructura. También se transforma el modelo de financiamiento mediante la creación de FONASA asegurando la universalidad, equidad y solidaridad en la atención.

Uruguay a través del MSP cuenta con diferentes áreas y programas relacionados a la salud sexual y reproductiva que buscan,

“disminuir las inequidades presentes en la atención de la salud de la mujer y la atención de la salud sexual y salud reproductiva de toda la población desde una perspectiva integral de género, generaciones, derechos humanos y diversidad para lograr el ejercicio libre y responsable de los derechos” (Ministerio de Salud Pública, s.f.)²

Entre los que se encuentran el Área programática salud sexual y salud reproductiva, Área programática de salud de adolescentes y juventudes y el Área programática ITS- VIH/ SIDA.

A nivel legislativo se destaca la promulgación de tres leyes: La Ley N° 17386 “ ley de acompañamiento a la mujer en el parto, parto y nacimiento” del año 2001, la cual dispone en su Artículo 1; que “ Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección, de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional” (Poder legislativo, 2001), la Ley N° 17565, del año 2002, la cual establece que todo

²<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/areas-programas-salud>

establecimiento donde se asisten partos debe contar con una partera interna de guardia. Y la Ley 18.426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva” aprobada en el año 2008, que establece en su Artículo 3o, inciso C, la necesidad de promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico, psicológico y las pautas culturales de la protagonista, evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados (Montevideo, Uruguay, Poder Legislativo).

III.3 Declaraciones y recomendaciones de la OMS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su declaración sobre la “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, establece que “las mujeres tienen derecho a acceder al más alto nivel de salud, teniendo acceso a una atención digna y respetuosa en el embarazo y el parto, lo cual supone no sufrir episodios de violencia o discriminación por su condición” (OMS, s.f.). Por medio de esta declaración los países que se adhieren a la misma deben desarrollar estrategias para lograr dicho objetivo; dignificar la atención en salud promoviendo una perspectiva de derechos humanos, incitar a los gobiernos a comprometerse en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios, protegiendo a las madres de situaciones de vulnerabilidad y violencia ejercidos en los centros de salud.

La organización mundial de la salud junto con la organización panamericana de la salud llevaron adelante en 1985 una conferencia acerca de las tecnologías apropiadas para el parto, partiendo del entendido de que;

“Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada” (OMS, 1985).

Por parte de la OMS se plantean algunas recomendaciones generales y específicas, en las cuales se establece que la madre tiene el derecho de estar acompañada durante el parto y período posnatal por una persona elegida por la misma, el apoyo emocional por parte del

equipo sanitario, el derecho de elegir la vestimenta, alimentación suya y del bebé, destino de la placenta, la mujer tiene derecho de elegir la postura adoptada durante la fase de expulsión, que el recién nacido pueda permanecer con su madre y lactancia inmediata entre otras.

En el informe de febrero de 2018 emitido por lo OMS, se destaca que la mayoría de los 140 millones de partos que se producen anualmente no presentan complicaciones, pese a esto denota en los últimos años un aumento considerable de las prácticas médicas ya sea para iniciar, acelerar, finalizar y monitorear el proceso fisiológico del parto, como la administración de oxitocina para la dilatación cervical y las cesáreas que se ubican a una tasa de 38,9 % superando ampliamente la “ tasa ideal” de las cesáreas que oscila entre un 10% y 15%. Dichos procedimientos invasivos sólo deben realizarse en caso de riesgo de mortalidad perinatal, ya que aún no existe evidencia de que la misma tenga efectos positivos.

Por parte de la OPS/OMS se establece que;

"La realización reiterada de cesáreas está exponiendo a más mujeres a nuevos problemas de salud, como la inserción anormal de la placenta, que en la segunda cesárea alcanza al 40% de los casos y a partir de la tercera supera el 60%, representando un riesgo de muerte materna por hemorragia" (OPS/OMS, 2015)

CAPÍTULO IV. CARACTERIZACIÓN DEL TERRITORIO

El departamento de Paysandú está ubicado sobre la margen Este del Río Uruguay y es fronteriza de las ciudades argentinas (Colón y Concepción del Uruguay) con las cuales se conecta a través del puente internacional “General Artigas”. A su vez se encuentra a unos 368 km de la capital del país, Montevideo.

Según datos de INE publicados en el censo 2011, Paysandú cuenta con una población de 113.107 habitantes, de los cuales 55.349 son hombres y 57,758 son mujeres, es uno de los departamentos con mayor proporción de población en zonas urbanas, abarcando un 96,1 % de la población. Es una ciudad industrial y comercial, con producción de tejidos de lana, Cueros,

Cerveza, Cemento y Citrus, lo que en términos de desarrollo la ubica en tercer lugar luego de Montevideo y Maldonado. Según datos del Ministerio de salud pública (2019-2020) Paysandú presenta una tasa bruta de natalidad de 12,1% y una tasa de mortalidad infantil de 3,77³ por cada 1000 nacidos vivos.

En lo que respecta a la Salud la ciudad de Paysandú, cuenta con el Hospital público “Hospital escuela del litoral Galán y Rocha”- ASSE, fundado en 1862, siendo el primer hospital del interior y el segundo del país. Y un sanatorio privado fundado en 1967 perteneciente a la Corporación Médica de Paysandú (COMEPA), con el objetivo de prestar servicios médicos a la franja de la población más pudientes que por su nivel económico podían acceder a la medicina privada, la cual estaba en constante desarrollo tecnológico. Según datos del observatorio y del Censo 2011 hoy en día un 48,2 % de la población sanducera se atiende en el sector privado y la misma proporción lo hace en el sector público

Ambos centros de salud cuentan con una maternidad que ha sido remodelada en los últimos años para una mejor atención a las mujeres embarazadas y a sus hijos dotadas de equipamientos de última generación, Si bien la mayor proporción de los nacimientos son atendidos por ASSE, COMEPA atiende a casi el 30% de los nacimientos del departamento, brindan además políticas educativas, seguimiento y control de los embarazos, con un equipo multidisciplinario integrado por Ginecólogos, Obstetras y pediatras, el hospital al ser hospital escuela cuenta además con residentes de ginecología y pediatría entre otros, estudiantes de medicina, estudiantes de la escuela de partera e internos. En lo que respecta a las cesáreas, Paysandú presenta un índice de cesáreas que se ubica en 37,1% de este porcentaje la gran mayoría se llevan a cabo en el sub sector privado ya que es el único que cuenta con la unidad de cuidados especiales pediátricos y neonatales (UCEPYN).

³ Dato extraído de <https://uins.msp.gub.uy>

CAPÍTULO V: ANÁLISIS DE ENTREVISTAS.

V.1: Introducción al Análisis

En este apartado se reflexiona en base a los objetivos propuestos, las categorías analíticas expuestas anteriormente y las percepciones y experiencias de las mujeres madres, sobre la existencia y manifestaciones de la violencia obstétrica. Se busca dar cuenta cómo vivencian las mujeres sus partos y/o cesáreas, así como también su percepción acerca de la atención y el trato recibido por el personal que las asistió. Se pretende con este trabajo contribuir con el aporte de una de las tantas miradas existentes, sobre las condiciones en que las mujeres transitan o han transitado por este momento de su vida, entendiendo que la realidad se encuentra en continuo cambio y movimiento, por lo tanto no debe ser entendida de una vez y para siempre.

V.2: Medicalización del parto

En los relatos de las mujeres acerca de sus experiencias de parto se vislumbra la medicalización de los procesos reproductivos y la naturalización de dichas prácticas e intervenciones por parte de las mujeres. Del total de las entrevistadas nueve de ellas manifestaron haber recibido algún tipo de intervención, en su gran mayoría las mismas remiten a las prácticas de inducción del parto, ruptura de bolsa y episiotomías.

“Me rompieron la bolsa y me cortaron, también me dieron oxitocina para inducir. Nunca me explicaron nada lo tenían que hacer y listo” (Lorena)

“El doctor me dijo bueno estas en las cuarenta semanas, la semana próxima te vas a internar porque te vamos a inducir el parto, estar estuvo bien los dos partos espectaculares ni diabetes ni nada, este y bueno ahora yo no sabía pero eh el me conto te vamos a dar una pastillita este que ayuda a todo el tema de dilatar el cuello del útero y todo, dice vos te internas a las 8 de la mañana y eso, yo no sabía dice te van a monitorear todo te van a controlar los latidos y todo y (risas) yo me río porque yo pensé que eso, digo me dan una pastillita y ta a ver qué pasa viste, un poco de ignorancia y un poco de miedo y era como toda una mezcla ahí de cosas...” (Mariana)

“Me rompieron la bolsa y dos cortes, este la bolsa me dijeron, ta me mostraban, viste que es como una aguja finita, este me explico la partera que a partir de ahí ellos me rompían bolsa para avanzar en el proceso de parto.” (Ines)

“Eh, si bueno como te digo, me indujeron, me rompieron bolsa y me cortaron, después me desgarre, tenía varios desgarros que esos me los cosieron, ósea tenía el corte que me había realizado la ginecóloga y además de eso me suturaron los diferentes desgarros que tenía de cada lado, pero otra cosa no” (Victoria)

En los testimonios de las entrevistadas se puede ver la naturalización de las intervenciones realizadas sobre sus cuerpos, ya que si bien la gran mayoría de ellas manifiestan que se les explicó el procedimiento que se les estaba realizando, ninguna de ellas cuestionó el porqué de dicha intervención, no las perciben como innecesarias o perjudiciales para su salud. Esto da cuenta de la gran legitimidad que ha adquirido el binomio saber-poder médico en nuestra sociedad hoy, legitimidad que inhabilita el cuestionamiento de las prácticas médicas, el experto es la autoridad, quien posee el saber y las usuarias deben acatar y confiar en sus procedimientos. Cabe destacar que todas estas intervenciones se encuentran dentro de lo que la OMS (1996) cataloga como actos de los cuales no existe una clara evidencia para fomentarlos y por lo tanto deberían ser usados con cautela hasta que diversos estudios clarifiquen el tema.

En el relato de Ines y Lorena se explica el rompimiento de la bolsa y la utilización de oxitocina, como la forma que tenía el médico y todo el personal de salud para “avanzar en el proceso de parto” para apurar el parto, en otro de los relatos las enfermeras trataban de apurar mediante otras intervenciones, como presionar la barriga al momento del parto, *“la ginecóloga ordenó a dos enfermeras que se subieran arriba mío y la empujaran para que saliera si o si” (Sofía).*

Pareciera con ello que lo que el personal de salud quiere es asegurar el nacimiento lo más rápido posible y con la menores complicaciones, lo que importa es que él bebe nazca lo antes posible. El equipo de salud toma la decisión y tienen la potestad de decidir acerca de este proceso, de intervenir sobre los cuerpos según sus creencias y necesidades.

Esto da cuenta de la predominancia que tiene en la sociedad el modelo tecnocrático de atención al parto, como plantea Davis Floyd (sd), si se cuenta con la tecnología está debe ser utilizada, y se actúa sin dejar obrar a la naturaleza, convirtiendo la actuación de los profesionales en intervenciones abusivas (cuando las mismas no son justificadas) y agresivas

que responden a la incapacidad de asumir y respetar el tiempo que toma de forma natural la evolución del parto. Este exceso de intervenciones responden muchas veces a necesidades e intereses de los profesionales e instituciones sanitarias, dejando de lado los intereses y deseos de las mujeres.

En palabras de Sadler (2003);

“Es la tecnología la que en el contexto biomédico determina lo que se debe concebir como conocimiento autorizado, estableciendo un régimen de poder que no da cabida a otras formas de conocer. De este modo, (...) la tecnología se legitima en el contexto de una ciencia moderna occidental androcéntrica que escinde los cuerpos y se apropia de ellos, en especial de los cuerpos femeninos” (Sandler, 2003, p64)

En este modelo como plantea la Floyd (sd) la autoridad y responsabilidad recaen sobre el médico y no en la parturienta, por lo cual se les impone en cierta forma la adopción de la posición de "litotomía" (acostada, boca arriba), tener a las mujeres en esta posición representa para la médicos mayor comodidad para examinar y “extraer” él bebe, así como también plantea la autora “ encarna un status de superioridad por el simple hecho de que el médico se sitúa por encima de la mujer, clara señal de dominio arriba, la del médico y dependencia, la de la mujer, debajo” (Davis Floyd. sd).

Cuando se les consulta a las entrevistadas si fueron obligadas a parir acostadas boca arriba sin poder elegir una posición más cómoda para ellas, la mayoría manifiesta no haberse sentido obligadas, pero tampoco sienten que les dieron otra opción que les permitiera elegir, sino que fueron siguiendo lo que los profesionales les marcaban, de esto se dan cuenta en los siguientes fragmentos de entrevistas.

" Si, ósea no me dieron opción, no sé si fui obligada, como que me dijeron bueno subite que se yo y yo tampoco dije quiero así parada viste, en el momento quería ya está que se termine este dolor, como que no lo pensé, sé que parada por ejemplo previamente a eso era donde mejor me sentía, parada era donde menos me dolía podía mover las caderas, me agarraba de la cama y me movía de un lado hacia otro y era como que donde mejor me sentía era parada, pero no me dieron la opción la verdad, no sé si me obligaron, no me dieron la opción y yo tampoco la pedí" (Noel)

"No, no osea no creo, no lo diría en realidad así, eh pero no se fue lo que surgió en el

momento y ta fue lo que (risas) no sé, ósea si bien no me dieron, no me preguntaron o algo en su momento, este no se creo que de todas formas si hubiese podido elegir, hubiese elegido la misma posición” (Victoria)

El gran poder simbólico que detenta el campo médico en nuestra sociedad, hace que tanto los profesionales de la salud como los pacientes compartan la creencia de que para que se dé una buena atención es necesario no cuestionar los mandatos médicos, es por ello que muchas mujeres llegan al parto, se entregan y obedecen todo lo que se les dice, sin pretender ser parte de las decisiones, en el relato de Noel se puede evidenciar lo antes dicho, si bien ella manifiesta haberse sentido mejor y más cómoda en posición vertical ante la orden del médico de subirse a la cama y su deseo de que “*se termine ese dolor*” obedece sin cuestionamientos.

En palabras de Sadler (2003);

“las pacientes internalizan las normas del sistema hegemónico haciéndolas propias, y transformándose en cómplices de su propia subordinación, participando así de una forma de dominación que se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador” (P.10).

Como plantea Magnone (2013), el poder simbólico del mandato médico es tan fuerte que la gran mayoría de las mujeres pierden la noción intuitiva sobre qué posición les resulta más favorable durante el trabajo de parto y el parto (P.83).

La utilización de dicha posición (acostada, boca arriba) entre otras cosas define este modelo hegemónico de atención, que ve a la mujer como un objeto del trabajo médico ya que “la mujer acostada con sus piernas colgadas está en la posición ideal que favorece, para quien la atiende, resolver cualquier complicación, efectuar (por rutina) intervenciones obstétricas (monitoreo fetal continuo) y conservar pautas de esterilidad” (Carlos Burgo, 2011)⁴. Estas prácticas se dan aun existiendo investigaciones que afirman que el parto vertical mejora los resultados obstétricos.

Muchas veces los mandatos médicos pretenden que las mujeres reprimen sus instintos, el control del cuerpo y sus expresiones, pidiéndoles a las mujeres que hagan cosas contrarias a sus necesidades. Varias de las entrevistadas manifiestan que los médicos las obligaban a realizar movimientos contrarios a los que ellas querían, que retuvieron al bebe por nacer hasta

⁴ Dr. Carlos Burgo Médico Ginecólogo- obstetra. [www. el partoesnuestro.es](http://www.elpartoesnuestro.es)

que pudiera llegar a la sala de parto, manifestando que eso lo hacen por un tema de "higiene".

Este es el caso de Mariana quien manifiesta;

" La ginecóloga no quería que tuviera, no quería que tuviera ahí en la sala, me decía que aguantara, entonces yo le dije no puedo aguantar, viste en esos momentos es como que no se tenes ganas de no sé decirles tantas cosas (risas) y yo le decía a ella no puedo aguantar; y agarra y me dice vení caminando, no puedo caminar la voy a tener , pero era una distancia de aquí ahí, sería un metro ponele, pero sentía que la perdía así literal y este agarro me trajo una silla y dice llévala en la silla de ruedas y llévala a la sala de parto pero que no tenga, me decía aguanta" (Mariana)

También manifiesta no entender cómo siendo mujeres (ginecóloga y partera) no logran ponerse en el lugar de la parturienta, en lo que está pasando en ese momento, entender cuáles son sus necesidades y deseos, en ese momento sintió que a ellos no les importaba nada, lo único que querían era que no diera a luz en la sala.

Es importante destacar, las valoraciones y sentires que expresan las mujeres respecto al trato y al vínculo con el personal a cargo de asistir su parto. La mayoría de las entrevistadas manifiestan haber entablado en el transcurso de este proceso una relación de confianza con las parteras, resaltan la contención y seguridad que estas les transmitían, así como también la información que las mismas les proporcionaban al respecto de lo que estaban por vivir. Una de las entrevistadas manifiesta "la partera una divina, un amor, como una madre, me agarraba la mano, me acariciaba, me contenía" (Sofía), el sentir de Sofía (compartido por la mayoría de las demás entrevistadas) da cuenta del cambio en papel que han venido desarrollando a lo largo de los años las parteras, cuyo rol hoy en día está destinado casi exclusivamente al de acompañamiento, de contención emocional.

Si bien en Uruguay las profesiones legalmente autorizadas para asistir los partos son los médico ginecólogo y parteras, estas últimas de acuerdo con la OMS (1996) únicamente pueden asistir las situaciones de parto normal, entendiendo al mismo como;

"Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El niño nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el niño se encuentran en buenas condiciones" (OMS. 1996).

Mientras que el médico ginecólogo debe actuar cada vez que se presenten situaciones de alto

riesgo, pese a esto la gran mayoría de los partos son atendidos por médicos/as. De las diez entrevistadas únicamente tres manifestaron que su parto estuvo a cargo de la partera una de ellas del sector público y dos de privado estas últimas entienden que esto se dio así porque en el momento del parto no se encontraba presente el ginecólogo de guardia, dando a entender que de haber estado presente el parto hubiese sido realizado por este último.

V.3: Violencia Obstétrica.

En el relato de las entrevistadas se pueden visualizar situaciones de violencia obstétrica tanto física como psicológica, en el sector público como en el privado. Si bien cuando se les pregunta si se sintieron violentadas en algún momento de su proceso de parto la mayoría de las entrevistadas manifiesta no haberse sentido de esa forma, a lo largo de la entrevista las mismas relatan fuertes situaciones de violencia, dando cuenta de la gran naturalización que dichas situaciones poseen. De las diez entrevistadas únicamente tres manifestaron haberse sentido violentadas por alguno de los profesionales que la asistieron, una del sector privado y dos del público, otras dos reconocieron haber sufrido algún tipo de violencia en su parto anterior.

La violencia obstétrica es un tipo de violencia basada en género, que implica, siguiendo a Bellon (2015) la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud, reflejada en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, generando pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad.

Medina (2008) “define a la violencia obstétrica física como la realización hacia las mujeres de prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico. Mientras que la violencia obstétrica psíquica incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales” (Medina en

Magnone, N, 2010)

Si bien mi cota temporal para este estudio va hasta los tres años del bebe, para esta mujer (cuyo relato será presentado a la brevedad), lo sucedido en su parto anterior fue significativo, por lo cual considero importante mencionarlo.

“Y con Luna yo entre de madrugada también y cuando llegue la partera estaba dormida porque estaba con la cara de dormida y después en todo el trato fue pésimo, porque bueno al papá lo sacaron enseguida para afuera no lo dejaron entrar conmigo y estaba ahí tocándome que el tacto y eso y me bostezaba encima, hablaban entre ellas , a mí nunca me preguntaron nada y bueno después como yo había entrado con pérdidas de líquido y había roto la bolsa pero no tenía contracciones me pusieron suero para apresurar y ta fue como algo inmediato, me pusieron el suero y enseguida empecé con las contracciones pero mal ya para de trabajo de parto y entonces ya cuando estaba en la última que yo ya sentía, porque digo yo decía yo ya tuve un parto antes y me doy cuenta cuando es una contracción que ta la nena se va acomodando y otras contracciones que sentís a la nena que ya quiere salir y bueno ellas estaban en la enfermería y nos habían dejado solos a nosotros en el trabajo de parto en la salita ahí y yo lo mandaba al padre corriendo y decile que para mí ya va nacer siento la cabeza ahí abajo y él volvía allá que no, que recién te pusieron el suero que tenes que esperar no sé qué no se cuánto y ellas no venían , bueno después por allá yo seguía y le digo anda por favor porque ya va nacer y él fue y ya eran como tres veces que lo mande, ya en la tercera vino una de las parteras creo que fue que vino y me dijo, no mira que espera porque esto demora que no sé qué, y yo le decía no yo siento que la cabeza la tienen ahí que la nena quiere salir, (...) en ningún momento se fijó para ver si tenía la cabeza afuera la nena, nunca me miró. (Romina)

En el relato de Romina se puede visualizar las distintas manifestaciones de la violencia obstétrica que se ejercen desde los servicios de salud hacia las mujeres. Empezando por la negación de entrar acompañada cuando concurre a la consulta siendo este un derecho que poseen todas las mujeres usuarias del sistema de salud, según lo establecido en la ley 17.386.

La OMS (1996) entiende que el acompañamiento y el apoyo durante el trabajo de parto y parto resultan beneficiosos para la parturienta, contar con el apoyo continuo de una persona que la mujer escoja, ya sea su pareja, un familiar, un amigo o un profesional con el cual se sienta cómoda, favorece en el transcurso del parto, logrando que este sea más corto y que necesite de menos intervenciones técnicas y médicas.

Por otro lado se da cuenta de la omisión en la asistencia por parte de la partera y enfermeras y el no reconocimiento de la palabra y el saber de la usuaria. Romina manifestó haber solicitado más de tres veces que se la fuera a controlar porque su sentir decía que su bebe ya estaba por nacer, no sólo no recibió la atención que correspondía sino que la partera justificó dicho accionar diciendo que “recién le habían puesto suero por lo cual era imposible que estuviera por nacer”, negando el conocimiento que Romina posee sobre lo que está sucediendo en su propio cuerpo.

El no reconocimiento de la palabra y del saber de la usuaria, da cuenta, cómo hablan diversos autores de la pérdida de valor y reconocimiento de la sabiduría que tiene cada mujer respecto a su cuerpo, producto de la hegemonía que ha alcanzado el poder médico en la sociedad, la cual entiende al personal médico como el único saber autorizado para diagnosticar, decidir si intervenir o no en los cuerpos de las mujeres. La voz de las usuarias respecto a su cuerpo no es escuchada y menos valorada ya que no representa un saber, como plantea Arguedas (2013) el conocimiento que poseen las mujeres sobre sus cuerpos es catalogado por la institución médica, como un saber ingenuo, insuficiente, acientífico, es un saber que se encuentra doblemente subyugado⁵, por un lado en razón del lugar social que las mujeres ocupan en la estructura social de género y por otro frente al poder/saber ejercido por los profesionales de la salud (P.166)

Esto deja ver claramente las jerarquías de poderes que existen dentro del sistema médico donde el paciente ocupa el último lugar en esa cadena, por lo cual por más que la mujer manifieste estar preparada para iniciar el parto y pujar, hasta que el médico (en este caso la partera) de la orden no lo puede hacer ya que es este último quien detenta el poder, no la mujer.

Como plantea Sadler (2003) en la atención al parto se simbolizan relaciones de poder e inequidad que reflejan un saber que se impone sobre el conocimiento que las mujeres tienen sobre sus propios cuerpos, “solo los especialistas pueden determinar cuándo la mujer está lista para pujar, información que se obtiene a través de la lectura del monitor fetal, de los centímetros de dilatación, y tactos o exámenes vaginales” (Sadler, 2003, p. 8). De esta

⁵ Entendido en términos de Foucault (1980) como “un conjunto de conocimientos que han sido descalificados, considerados inadecuados o insuficientemente elaborados. Saberes ingenuos, localizados en la base de la jerarquía del saber. Son los saberes de la persona enferma, del paciente psiquiátrico” (Foucault en Argueda, 2013)

forma lo que la mujer exprese sentir y conocer en base a sus experiencias corporales, no tienen ningún valor en dicho contexto y pasa a ser entendido como un problema para el personal médico el cual debe imponer un determinado tipo de comportamiento.

Villanueva Egan (2010) plantea que “la atención médica de partos se asienta sobre un control simbólico del saber: esto es, por un lado, la descalificación de la información y el conocimiento que poseen las mujeres sobre su proceso de parto; y, por el otro, un control riguroso de la información que posee el personal sanitario sobre su estado de salud” (Castrillo, 2016, Pp.57)

El personal de salud tiende a descalificar la información y el conocimiento que las mujeres poseen sobre su proceso de parto, negando importancia a los relatos de las mujeres sobre sus experiencias en partos anteriores y los cambios que ellas manifiestan sentir en sus propios cuerpos cuando están por parir.

Romina desde el momento que ingresa a la institución pasa una serie de situaciones de violencia institucional, desde la omisión de la atención, la negación para entrar acompañada, hasta violencia física y psicológica por parte de la partera quien aparte de recibirla de mala gana, groseramente, revisar sin consultarle ni informarle nada de lo que estaba pasando, la rezonga por no aguantar el dolor y gritar cuando era trasladada a la sala de parto y castigada físicamente por cerrar las piernas en un impulso de aguantar a su bebe, la cual ya había manifestado en reiteradas ocasiones estaba por nacer. Además de esto Romina termina pariendo en uno de los pasillos de maternidad sin ayuda y es dejada sola por un largo rato sin atención y sin saber nada de su hija, a esto se le suman los desgarros de tercer grado que manifiesta haber tenido gracias a la negligencia de la partera.

“me pusieron en una silla de ruedas y mi pareja me llevaba en la silla y ella llevaba el cosito con el suero, cuando salimos de la sala atravesamos la puerta de maternidad y yo grité porque la nena tenía la cabeza afuera y agarre y tuve un impulso de cerrar las piernas y yo iba en la silla de ruedas, ella me dice. no grites, no grites porque hay bebés durmiendo me dijo y me pego en la pierna y me dijo las piernas las llevas abiertas y ahí cuando me pego vio que la nena tenía la cabeza afuera y cuando vio eso me dijo tírate al suelo, tírate al suelo y ahí afuera en el pasillo de maternidad yo cuando me tire la bebe nació enseguida y ta después yo en ese momento yo ya tengo medio cosas borrosas, pero según mi pareja el que la agarro a la bebe fue el porque la partera empezó ¡los guantes, los guantes!, no

había nadie en la sala ni en el pasillo ni nada”. (Romina)

Podemos decir que el maltrato verbal, rezongos, insultos y comentarios inapropiados realizados por parte del personal médico ante las decisiones que toman las mujeres, en el momento del parto aparecen como una forma de control, de amenaza para que las mujeres acaten las órdenes del personal de salud. Invalidan sus decisiones y atentan contra sus derechos.

“ Una de las enfermeras vino y me dijo que en la biblia decía que parirás con dolor y me miraba y se reía, realmente una total falta de respeto hacia mi persona” (Sofía)

“dijo, bueno poder tenes que poder, es tu hija vos la hiciste, vos tenes que poder así que lo siento no es hora de llorar” (Noel).

Los comentarios inapropiados que aparecen en los relatos de Sofía y Noel procedentes de algunos profesionales de la salud en este caso las enfermeras reflejan una asistencia poco humanizada que marca las experiencias de parto de las mujeres. El sistema al pretender cuerpos dóciles para ser intervenidos pasan por alto el dolor, de esta forma la mujer se ve obligada a soportar el dolor sin quejarse, sin “llorar” como le dijeron a Noel, de lo contrario son atacadas y castigadas. Muchas veces haciéndoles creer que su actitud complica todo el parto y pone en riesgo la salud de su bebe.

El rezongo aparece en el relato de varias de las entrevistadas, ya sea por gritar o por no saber lo que tenían que hacer,

“como que ya tenías que saber viste, eh, no sé era mi primer hija y yo no tenía porqué saber nada, pero era como que sí, ¡ay! no te das cuenta tiene hambre, le pasa tal cosa viste, no la podes tener así, sácala de ahí, eh, en la primera noche me acuerdo que estaba al lado mío tomando, tratando de darle teta que todo un trabajo con la teta también, que no sabía nada y vinieron y no, me la sacaron y la pusieron en la cuna que se yo, como que no te explican mucho” (Noel)

Como plantea Monco (2009), la maternidad es una construcción cultural que sustenta sus bases en un hecho biológico, general y universal, que supone para la mujer una serie de tareas

y responsabilidades. De esta forma se cree que por el simple hecho de haber dado a luz la mujer debe saber cómo cuidar, atender, alimentar a su bebe, de lo contrario será castigada y catalogada como una mala madre, bajo al supuesto de que esa sabiduría le vienen asignadas por “mandato natural” (Monco, 2009).

En el relato de Noel se puede apreciar cómo la enfermera, cuestiona la inexperiencia que poseía Noel sobre las formas de atender y alimentar a su bebe, habilidades que no tenía por qué tener adquiridas ya que se trataba de su primer hija, pero en la mirada de la enfermera desde el momento en que Noel dio a luz tenía la obligación de saber qué hacer y no era necesario que se le explicara. La falta de experiencia y conocimiento de Noel fue castigado quitándole a su hija de los brazos como si ella no estuviera capacitada para cuidarla.

Otras entrevistadas relatan situaciones de violencia física, en la cual fueron responsables el personal de enfermería y su ginecólogo. Se observa nuevamente como la necesidad institucional prima sobre la salud y derechos de la usuaria, a la cual se le realizan una práctica dolorosa según su relato, para apurar el nacimiento.

“yo no podía más realmente, pero la ginecóloga llevo, me corto todita abajo, me lastimo y ordenó a dos enfermeras que se subieran arriba mío y la empujaron para que saliera si o si, este la verdad que todo una brutalidad” (Sofia)

La maniobra de Kristeller consiste en ejercer presión sobre el abdomen de la mujer con el fin de favorecer la salida del bebe por el canal de parto. Sin embargo, esta maniobra es desaconsejada por la OMS por ser considerada una mala práctica, la evidencia científica sobre su uso es muy pobre, por lo cual no se puede establecer su efectividad pero sí sus posibles efectos secundarios que poseen un riesgo tanto para la madre como para el hijo, entre los que se encuentra desgarros perineales, ruptura uterina, dolor costal a largo plazo y el ingreso del bebe a unidades de cuidados intensivos. Si bien la OMS no recomienda la realización de esta maniobra, las instituciones de salud la siguen implementando.

Cabe aclarar que en ningún momento se le solicitó el consentimiento a Sofia para realizar la maniobra sino que consideraron necesario realizarla y la llevaron a cabo, sin importar el dolor y el daño que se le estaba causando a la paciente.

Otras entrevistadas relatan que luego del parto cuando estaban en sala, una enfermera fue y se les comenzó a afirmar en la panza y ante el pedido de que parara porque no aguantaba el dolor la enfermera manifestó que tenía que aguantar porque era necesario que el útero bajara y dejara de sangrar.

Si bien los masajes uterinos luego del parto son muchas veces necesarios para que el útero se contraiga y prevenir así hemorragias que pueden llevar a la muerte materna, estos fueron realizados a las mujeres sin previo aviso y consentimiento, en ningún momento la enfermera avisó que tendría que realizar dichos masajes sino que fue y comenzó a realizarlos sin darles ninguna explicación del para qué de dichas intervenciones. Nuevamente el cuerpo de las mujeres es tratado como un objeto defectuoso que necesita ser intervenido.

Otro aspecto importante que aparece en los relatos de las entrevistadas es la falta de privacidad e intimidad que tenían luego del parto cuando eran pasadas a las salas de maternidad. Lo cual se ve afectado por interrupciones o el quiebre abrupto de la armonía al ingresar el personal de salud repentinamente a la sala, encendiendo las luces, cantando, gritando a cualquier hora de la madrugada interrumpiendo abruptamente su descanso.

“tenías privacidad cero, eso de que te prendían la luz a cada rato, entraban cantando y no les importaba y gritaban y que se yo y como que ahí realmente sentís que en esos días posteriores tenías que estar re tranquila, estabas cansada hecha pedazos” (Noel)

V.4: Conocimiento y apropiación de los Derechos reproductivos

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte de los derechos humanos y como tales han sido reconocidos internacionalmente, representan uno de los ejes fundamentales de construcción de ciudadanía. Refieren al “ poder que tienen cada persona para tomar decisiones informadas y responsables sobre su actividad sexual, fertilidad, capacidad reproductiva, cuidado y crianza de los hijos, así como garantizar los recursos para poder llevar adelante esas decisiones de manera segura, efectiva y sin discriminaciones” (Correa y Petchesky en Rossi, S, 2014).

La adopción en Uruguay de una concepción de salud reproductiva más integral generó cambios a nivel jurídico y socio político incidiendo en la implementación de políticas

públicas referidas a la salud sexual y reproductiva, entre las que se destaca la ley N° 18426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva” y la ley N° 17386 “Ley de acompañamiento a la mujer en el pre-parto, parto y nacimiento”

Pese a esto cuando se les pregunta a las mujeres acerca del conocimiento que tienen sobre sus derechos reproductivos y las normas que las protegen en tanto usuarias del sistema de salud, nos encontramos con relatos marcados por un conocimiento superficial sobre los mismos no llegando nunca apropiarse de dicho conocimiento. Lo poco que conocen queda limitado a la preparación del parto.

“Norma no, no se cual, pero sé que tienen derecho a tener alguien al lado, digo como que no pueden estar expuestas a estar solas porque es un momento bastante difícil” (Romina)

“Bueno la ley de que puedes tener acompañante es una, ¿qué más? a no sé para que me olvide, bueno la del acompañante” (Lorena)

“Eh, no sabría decirte la norma pero sé que hablan del parto respetado que pueden pedir el parto, que vos puedes esté hablar como quieres parir en diferentes posiciones, no sé si hoy en día COMEPA tiene esa posibilidad” (Ines)

En los relatos se distinguen dos perfiles de mujeres: por un lado aquellas (9/10) que desconocen la mayoría de sus derechos como usuarias del sistema de salud, únicamente saben que pueden tener acompañante durante el parto y que existe la posibilidad de elegir la posición de cómo parir, no muestran interés en conocerlos lo que las lleva a confiar en la opinión y actuación médica, naturalizando las situaciones de violencia que se presentan.

Por otro lado, se encuentra Sofia ella se reconoce informada, su conocimiento no se limita a lo que le dijeron en el curso de preparación del parto sino que además se dedicó a buscar información sobre el tema, lo que le permitió identificar las situaciones de violencia ejercidas por el personal de salud y darse cuenta que sus derechos como mujer y paciente fueron vulnerados.

“ Si, yo antes del parto, durante el embarazo leí mucho, en el curso nos dijeron que existían leyes, esté en el momento no recuerdo el nombre exacto, pero sé que habla sobre la forma de atención, la posibilidad de elegir acompañante, las formas de parir, respecto al parto humanizado que le dicen, todo eso sí” (Sofia)

Sobre las clases de parto brindadas por los centros de salud, de las diez entrevistadas ocho realizaron el curso de preparación algunas de ellas manifiestan haberlo realizado para sus embarazos anteriores, con el último no pudieron a causa de la pandemia Covid- 19 que no permitió que las instituciones los dictaran.

Las opiniones respecto a su utilidad son variadas, para algunas el curso resulta de mucha ayuda durante el parto, les brinda herramientas y les permite establecer un mejor vínculo con su pareja, sostén muy importante para la mujer en el momento de preparación y del parto. Otras sienten que para el momento del parto el curso no es de ayuda, ya que es una experiencia que cada mujer la vive de manera diferente, pero si les resultó una muy buena herramienta para los cuidados posteriores del bebe entre ellos los cuidados del ombligo.

V.5: Lo público y lo privado.

Del total de las diez entrevistadas, cinco pertenecen al sector público y cinco al privado. De sus relatos se pueden apreciar algunas diferencias y similitudes en cuanto a la atención que brindan ambos prestadores de salud.

La diferencias más notoria que podemos encontrar entre ambos prestadores de salud radica como plantea Magnone (2010) en que el subsector público se caracteriza por asistir a población de sectores socioculturales bajos y prestar el escenario para la realización de prácticas de estudiantes de partería y ginecología, mientras que el subsector privado atiende población de sectores socioeconómicos medios y altos.

En el hospital público al ser escuela muchas veces se prioriza la necesidad de aprender que tienen los estudiantes por sobre la atención que se le brinda a la mujer, lo que lleva a que las embarazadas una vez que ingresan a la institución sean revisadas por un montón de personas, estudiantes y profesionales, lo mismo sucede en la sala de parto, la mujer queda expuesta frente a un gran número de personas perdiendo totalmente su intimidad. Cosa que no sucede en el subsector privado donde la mujer cuenta con mayor privacidad.

Otro dato que se destaca en las entrevistas y que es cuestionado por las entrevistadas es la prohibición de que se queden varones al sector de maternidad desde las diez de la noche a hasta las ocho de la mañana, lo que muchas veces como en el caso de Noel le niega al padre la posibilidad de pasar la primer noche con su hija.

“ella nació 21:25 por lo que se tenía que quedar de nuevo otra mujer porque me iban a pasar a sala y no se podía quedar el padre” (Noel)

Noel manifiesta que esa situación hizo que le faltara un poco de apoyo emocional y contención por parte de su pareja ya que ellos habían planeado e imaginado cómo sería vivir la primera noche con su hija, momento especial que el sistema de salud les negó.

Tanto en el sector público como en el privado se registran situaciones de violencia física y psicológica que van desde rezongos, omisión de la información, comentarios inapropiados e intervenciones abusivas (no justificadas en muchos casos) como la inducción, rompimientos de membranas y la realización de episiotomías. También es importante destacar que tanto en el sector público como en el privado se les “impone” en cierta forma a todas las mujeres la posición supina con las piernas levantadas para parir.

En cuanto a las personas que las usuarias identifican como principales perpetradoras de malos tratos se destacan en el sector público principalmente las enfermeras quienes son catalogadas como las menos amables, todo lo contrario sucede en el sector privado donde las enfermeras y parteras son catalogadas como las más humanizadas y el personal médico (ginecólogos) los responsables de los malos tratos. Respecto a las parteras casi todas las entrevistadas de ambos sectores concuerdan que su papel principal es de acompañamiento, contención y asesoramiento durante el trabajo de parto y el parto.

VI: Conclusiones

El presente trabajo pretendió analizar la existencia de situaciones de violencia obstétrica en las maternidades del departamento de Paysandú desde la perspectiva de las mujeres asistidas, conocer sus experiencias de parto y su percepción sobre la violencia obstétrica en los sistemas de salud público y privado, así como las posibles diferencias que puedan existir en cuanto a la atención brindada por los diferentes subsectores.

Se entiende a la violencia obstétrica como una de las caras más invisibilizadas de la violencia de género, que se perpetra en las instituciones de salud, que llevan a degradar, intimidar y oprimir a las mujeres en su salud reproductiva, principalmente durante el embarazo, parto y posparto.

En base al material recabado y a las entrevistas realizadas podemos afirmar que la atención obstétrica se encuentra atravesada por ciertas conductas violentas que atentan contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, las situaciones de violencia en las instituciones de salud siguen existiendo, pese a las normativas vigentes que buscan proteger a las mujeres como sujetos de derechos, sigue primando el intervencionismo médico, la falta de información, la no consideración de la opinión y saber que posee la mujer sobre su cuerpo a la hora de tomar decisiones, ya que no es considerado un saber calificado. Lo que lleva a que dentro de este tipo de atención se sigan desplegando prácticas hegemónicas desde las cuales se ignoran las potencialidades y necesidades de las mujeres, primando los saberes y opiniones de los profesionales de la salud. Estos últimos gozan de tal legitimidad en la sociedad que inhabilita el cuestionamiento de las prácticas médicas, el experto es la autoridad, quien posee el saber y las usuarias deben acatar y confiar en sus procedimientos.

Si bien la mayoría de las mujeres entrevistadas pudieron notar que algunos elementos de la intervención no eran los adecuados, entre los que se destaca maltrato verbal, desinformación sobre las prácticas, algunas intervenciones dolorosas, no logran visualizarse a sí mismas como víctimas de violencia obstétrica, lo que da cuenta de la gran naturalización de las prácticas y la medicalización del parto en la cotidianeidad de la vida de las mujeres.

No siempre las mujeres logran visualizar las estructuras de poder existentes en la atención ya que previamente interiorizaron y naturalizaron las concepciones del saber médico, haciéndolas propias e invisibilizando las jerarquías, como plantea Sandler (2003) las mujeres internalizan las normas del sistema hegemónico concibiéndolas como propias y de esta forma siendo partícipes de su propia subordinación (P.10)

Aunque la mayoría de las entrevistadas manifiesta saber sobre la existencia violencia en las instituciones de la salud lo ven como un hecho aislado, alejado en el tiempo, a algunas de las mujeres entrevistadas les es difícil creer que hoy en día se den esas situaciones. Buscan justificar el mal accionar del profesional de la salud, haciendo referencia a la edad o que tal vez estaba cansado y no se expresó de la mejor forma pero que no lo hizo con mala intención. Otras justifican el accionar profesional conforme a la actitud en la cual la mujer se encuentra, dando a entender que si esta se “descontrola” durante el parto, no acata las órdenes, el personal de salud se ve obligado actuar en consecuencia.

“El trato siempre fue bueno nunca me hablaron mal, yo siempre estuve calmada, en ningún

momento me descontrolé, yo sé que a veces cuando se descontrolan las mujeres los médicos explotan y hablan mal y tratan mal” (Jennifer)

Por otro lado podemos concluir que las situaciones de violencia en el ámbito de la salud se dan tanto en los servicios públicos como en los servicios privados y se manifiestan de diversas formas. Desde la imposición de la postura al parir, pasando por rezongos, enojos, malos tratos, hasta el exceso de intervenciones en y sobre los cuerpos de las mujeres.

Podemos decir también que dichas situaciones se dan independientemente del nivel socioeconómico y educativo que poseen las mujeres, pero este último influye en sus percepciones y sentires.

El grupo de mujeres que no se reconoce informada, que desconocen sus derechos como usuarias del sistema de salud, confían en la opinión y actuación médica sin cuestionamientos, naturalizando las situaciones de violencia que se presentan. Por otro lado, aquella que se reconoce informada, fue capaz de identificar las situaciones de violencia ejercidas por el personal de salud y darse cuenta que sus derechos como mujer y paciente fueron vulnerados. Pero sin llegar a tomar alguna medida al respecto.

En síntesis podemos decir que de los relatos de las mujeres se desprende una gran naturalización de las situaciones de violencia en las instituciones de salud, estas no son conscientes de los maltratos a los que son expuestas una vez que ingresan a la institución de salud, no se perciben a sí mismas como víctimas de este tipo de violencia. Prima la violencia en el orden de lo simbólico, en la cual se refleja el poder que ejerce el médico sobre el paciente y su jerarquía frente a este último, lo que da lugar a que las acciones o comentarios violentos e inapropiados sean aceptados e incluso naturalizados por las mujeres. El simple hecho de que el médico sabe más implica que el paciente debe aceptar cualquier trato que se le sea dado.

Bibliografía

- Arguedas, G. (2014). *La Violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuaderno intercambio sobre Centroamérica y el Caribe* Vol.11, N.º 1 Enero- Junio, (pp.155-180).
- Barrtantes, K. y Cubero, F. (2014). La maternidad como un constructo social determinante del rol de la feminidad. Wimb lu, *Revista Electrónica de estudiantes. Esc de psicología, Univ. de Costa Rica.*
- Batthyány, K. y Cabrera, M. (2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales. Apuntes para un curso inicial.* Departamento de Publicaciones, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR). Montevideo, Uruguay.
- Bellon, S. (2015). *La Violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica.*
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violencia a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, Año 4, 1 (7): 25-34, Enero - Junio 2013
- Bourdieu, P. (2000). Texto extraído de Bourdieu, Pierre. Sobre el poder simbólico. *En intelectuales, política y poder*, traducción de Alicia Gutiérrez, Buenos Aires, UBA/Eudeba, (pp. 65-73)
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina.* Barcelona. Editorial Anagrama.
- Cáceres, F., Molina, G. y Ruiz, M. (2014). *Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos.* Aquichan vol. 14 n 3 Chía, Colombia
- Castrillo, B. (2016). Dime quien lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*, 24, (pp. 43-68). doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>
- Davis Floyd, R. (s.d). *Los tres paradigmas de salud y nacimiento desde una*

perspectiva femenina. Recuperado en :

https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/05_TRES_PARADIGMAS.pdf

- Foucault, M. (1988). *El sujeto y el poder*. En Revista Mexicana de Sociología, vol. 50 (3), jul-sep 1988 (pp.3-20)
- Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano*. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo. Buenos Aires: Editorial Paidós SAICF.
- Hauser, J. (2016). Embarazo y maternidad, las desigualdades de género y los aportes del arteterapia. En revista *Arteterapia. Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social*, vol. 11, (pp 151-161). <https://doi.org/10.5209/ARTE.54122>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. Quinta edición. México
- Jurado Rivera, C. (2015). *Cómo nacemos hoy: manifestaciones y naturalización de la violencia obstétrica*. (Tesis de grado). UdelaR. FCS, Montevideo.
- Lamas, M. (1999). *Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género*. Papeles de población, vol.5, nº 21, (pp 147-178) Universidad autónoma del Estado de México Toluca, México. Recuperada en; <https://www.redalyc.org/pdf/112/11202105.pdf>
- Lamas, M. (2000). *Diferencias de sexo, género y diferencias sexuales*. Cuicuilco, vol. 7, núm. 18, enero-abril. Distrito Federal de México.
- Le Breton, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. 1 Ed Buenos Aires. Nueva visión.
- Lehner, M.P. (2012). De las redes informales a la medicalización. En: Kornblit, A. Camarotti, A. y Wald, G. (compiladoras). *Salud, sociedad y derechos*. Buenos Aires, Argentina (2012).
- López, et al. (2009). *Balance a quince años de la conferencia internacional sobre población y desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del programa de*

acción. Fondo de población de las Naciones Unidas. Uruguay. Año 3 n 4. Noviembre 2009.

- Magnone, N. (2010) *Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización*. Recuperado de: 19 http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Mesa_1_Magnone.pdf
- Magnone, N. (2011). *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. Departamento de Trabajo Social-FCS
- Magnone, N. (2013). “Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian” en *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES*, N°12. Año 5. Agosto 2013 - Noviembre 2013. Córdoba (pp.79-92)
Disponibile en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/244>
- Méndez, N. (2017). *Mujeres, derechos y beneficios en el parto humanizado*. UdelaR: Facultad de Psicología, Montevideo, Uruguay.
- Mitjavila, M. (2016). “Sobre o papel da autoridade cultural da profissão médica nos processos de medicalização da vida”, em *Vigiar e Mediar: estratégias de medicalização da infância*. v.:1, (pp 133 - 146). Editorial: LiberArs , São Paulo.
- Moncó, B. (2009). Maternidad ritualizada: Un análisis desde la antropología de género. AIBR. *Revista de antropología Iberoamericana*, Vol.4, n 3. Madrid.
- Sadler, M.(2003). *No toque, que contamina. Construcción del conocimiento autorizado en la atención del parto hospitalario. Mujeres: Espejos y fragmentos*. Editorial Aconcagua Santiago de Chile.
- Schwarz, P. (2009). La maternidad tomada. Ginecólogos. obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media. *Revista de crítica social*

- Scott, J. (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. En Lamas Marta (compiladora). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. PUEG, México.
- Silva, A. (2016). El concepto de la maternidad aparte de la profesión de la mujer y la relación de apego que se genera con el menor. *Rev de investigación apuntes psicológicos* Vol. 1, n2.
- Ortega, E. (2003). *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. UDELAR/UFRJ. Montevideo.
- Olabuénaga, J.I. (2012). *Metodología de la investigación Cualitativa*. Quinta edición. Universidad Deusto Bilbao, España.
- Rossi, S. (2014). *Derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes en los servicios públicos de salud del primer nivel en Montevideo*. (Tesis de maestría). Udelar: Facultad de Psicología, Montevideo
- Vallana, V. (2020). “La enfermedad normal”: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. *En Sexualidad, salud, y sociedad*. N° 34 Rio de Janeiro.
- Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*. Editorial síntesis. Madrid.
- Villanueva, L. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco obstetra. *Revista CONAMED*, vol. 15, n 3, julio-septiembre, pp. 147-151. México: ISS 1405-6704.
- Wolff, R. y Waldow, V. (2008). *Violencia consentida: Mujeres en trabajo de parto y parto*. *Salud y Sociedad*. vol. 17 n.3 São Paulo sul/ set 2008.
- OMS (1996) *Cuidados en el parto normal: Una guía práctica*. Informe presentado por el grupo técnico de trabajo en Ginebra. Departamento de investigación y Salud Reproductiva, Ginebra, Suiza.

Fuentes documentales:

- OMS, (2018) “*Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*” Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>
- OMS, (s.f) *Declaración sobre la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
- Noticias ONU, (2018) “*Porque la OMS recomienda reducir las intervenciones médicas en los partos*”. Recuperado de: <https://news.un.org/es/story/2018/02/1427121>
- Ley N.º 18.426; *Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva*. Poder legislativo. 10 dic/008
- Ley N° 19.580; *Ley de violencia basada en género*, 2017. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>
- Blog el parto es nuestro; Dr., Carlos Burgo Medico Ginecólogo-obstetra (2011) recuperado 6/10/2021 en <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2011/12/11/tumbada-no>
- OMS, (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Informe presentado por el grupo técnico de trabajo en Ginebra, Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, Ginebra, Suiza.
- OMS, (sf). *Recomendaciones de la OMS sobre nacimiento*. Declaración de Fortaleza. Recuperado el 18/11/2021 en: https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/DECLARACION_DE_FORTALEZA.pdf
- *Recomendaciones de la OMS para un parto humanizado*; recuperado el 18/11/2021 en: <https://www.andromaco.com/conexion/articulo/134-recomendaciones-de-la-oms-para-un-parto-humanizado>
- Becerra, N. y Failoc, V. (2019); *Maniobra Kristeller, consecuencias físicas y éticas según sus protagonistas*. Revista Cubana de Obstetricia ginecológica. Recuperado 31/10/ 21 en : <http://revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/331/368>

- Levy, G.(2019). *Tenemos que hablar de violencia obstétrica*. Recuperado en:<https://cerosetenta.uniandes.edu.co/tenemos-que-hablar-de-violencia-obstetrica>