



XIII JORNADAS DE INVESTIGACIÓN

15 - 17 de setiembre, 2014

¿QUÉ DESARROLLO PARA URUGUAY?

Las políticas de salud en tensión: avances y desafíos para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la asistencia al parto

Natalia Magnone Alemán

Las políticas de salud en tensión: avances y desafíos para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la asistencia al parto¹

Natalia Magnone Alemán

Departamento de Trabajo Social – FCS – Udelar

nmagnosa@gmail.com

Resumen

Para el análisis del desarrollo de las sociedades en un sentido amplio es pertinente abordar la ciudadanía sustantiva, es decir, la capacidad real que tienen las personas para ejercer sus derechos. Esta ponencia aborda una de las dimensiones de la ciudadanía de las mujeres en lo que hace al campo de lo reproductivo.

Se plantea el análisis de un conjunto de tensiones para el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Uruguay. Específicamente se abordan las transformaciones contemporáneas de las políticas de salud en relación a la asistencia al parto y sus consecuencias sobre la libertad de las mujeres de elegir dónde, cómo y con quién parir a sus hijos/as.

Palabras clave

Derechos sexuales y reproductivos – parto – políticas de salud

¹ Trabajo presentado en las XIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, Udelar, Montevideo, 15-17 de setiembre de 2014.

Introducción

La humanidad ha venido generando las posibilidades para controlar cada vez más la reproducción. En la actualidad el desarrollo científico permite, mucho más que en la antigüedad, definir cuándo y cuántos hijos tener (dadas las técnicas contraceptivas y las técnicas de reproducción asistida), así como también disminuir la morbilidad materno perinatal.

A partir del siglo XVIII con el advenimiento de la era industrial, en las sociedades occidentales se comienza a afectar el modo tradicional de asistir los partos. Produciéndose una doble traslación: de la casa al hospital y de "la comadrona" al médico. En la actualidad, en la mayoría de estos países², se ha venido configurando un modelo institucional hospitalocéntrico, centrado en la tecnología, mercantilizado, con tendencia a medicalizar todos los procesos biológicos y a privilegiar los aspectos biológicos por sobre los psicosociales. (Davis Floyd, 1993, 2001; Sadler, 2003; Arnau *et al*, 2012).

A partir de revisión de etnografías y estudios sobre el parto se pone de manifiesto que si bien el embarazo y el parto, son procesos universales en cuanto a la fisiología del cuerpo femenino, nunca ocurren como un *"mero proceso biológico, sino que se encuentran culturalmente moldeados, dándose de diferentes maneras en cada sociedad y en los diferentes grupos sociales."* (Blázquez, 2005:2)

En nuestra cultura, los procesos de medicalización de diversos aspectos de la vida y la tecnología y procedimientos asociados, han ido transformando tanto las concepciones del parto como sus modelos de atención. El aumento constatado de intervenciones médicas sobre las mujeres y los recién nacidos han llevado a que se comience a cuestionar cuáles son las razones para ciertas prácticas así como nuevas definiciones de parto que compiten la hegemonía del parto médico.

²Hay excepciones, pues países como Holanda o Inglaterra integran el parto en domicilio planificado dentro de las prestaciones de sus sistemas de salud. En Holanda el 30% de los nacimientos se producen en los hogares. Fuente: Simone Buitendijk, jefa del programa de salud infantil de la Organización Holandesa para la Investigación Científica Aplicada.

En cuanto a los modelos de atención la antropóloga Davis Floyd (2001) distingue tres en tanto modelos de cuidado a la salud y que tienen reflejos sobre la forma como se asisten los partos: el tecnocrático, el humanista y el holístico. Ellos difieren fundamentalmente en sus concepciones sobre el cuerpo y su relación con la mente:

“El modelo tecnocrático subraya la separación entre mente y cuerpo y ve el cuerpo como una máquina; el modelo humanista subraya la conexión entre mente y cuerpo y define el cuerpo como un organismo; el modelo holístico insiste en la unidad de cuerpo, mente y espíritu y define el cuerpo como un campo de energía en interacción constante con otros campos de energía”. (Davis Floyd, 2001:1)

En el transcurso de este trabajo se nombra modelo médico o modelo hegemónico en el sentido de la definición de modelo tecnocrático ofrecida por Davis Floyd. Este modelo de atención a la salud humana deriva del paradigma mecanicista de la realidad jerarquizado en la revolución científica en Europa, en donde la sociedad occidental en expansión comercial tomó a la máquina como metáfora para la organización del universo humano. La concepción del cuerpo como una máquina implicó entregarlo a la investigación científica dejando de lado fenómenos como los sentimientos, el contexto social, la espiritualidad y las diferencias de personalidad. (Davis Floyd, 2001)

Muy sintéticamente este modelo responde a los siguientes principios: separación mente - cuerpo, se asume que para conocer mejor algo es preciso aislarlo de su contexto. Se considera al cuerpo como máquina y se trabaja con el paciente desde una concepción de “objeto” (como su modelo de curación no incluye la función de las emociones en las afecciones, es lógico concluir que no haya ninguna necesidad de tener en cuenta las emociones del paciente). Se basa en la autoridad y responsabilidad inherente al médico, no al paciente. Se sobrevalora la ciencia y la tecnología. Se practican intervenciones con énfasis en resultados a corto plazo. Es un sistema guiado por las ganancias. En general muestra intolerancia hacia otras modalidades de curación humana: cuando existen sistemas hegemónicos, como en salud el tecnomédico, los demás sistemas son devaluados a “alternativos”. (Davis Floyd, 2001)

En el contexto tecnocrático, el parto es definido como un proceso estandarizado en donde se obtiene el producto de la gestación. Se impone el enfoque de riesgos y la intervención médico-tecnológica continua para introducir las correcciones necesarias a un fenómeno inherentemente "defectuoso". Por su parte desde modelos de asistencia humanistas u holísticos el parto es considerado como un fenómeno fisiológico, en donde en la gran mayoría de los casos no se necesita de intervención externa para lograr un buen desenlace. Precisa de un control obstétrico respetuoso de los procesos de las mujeres donde el apoyo emocional es elemento fundamental. Con posibilidades sanitarias para tener acceso a intervenciones más complejas si el proceso lo requiere.

Por tanto no existe una definición de parto, ni acuerdo en cómo asistirlo. De hecho existe una puja mundial por quiénes definen sus condiciones. Mientras tanto el modelo tecnocrático es el más extendido en los países occidentalizados.

Tanto desde estudios feministas³, como desde las ciencias sociales y humanas se viene investigando el proceso de sobre medicalización y violencias que están sometidas las mujeres la asistencia al parto. El trabajo que presento surge de los estudios de posgrado, específicamente se toman fragmentos de entrevistas del trabajo de campo para la tesis de maestría en sociología "Derechos y poderes en el parto: una mirada desde la perspectiva de humanización" (2011) así como fragmentos de entrevistas realizadas en el marco de la investigación actual de doctorado "Transformaciones en la asistencia del parto en Uruguay: concepciones, prácticas y profesiones".

Ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos

Si bien el concepto de ciudadanía se ha venido transformando de forma de ampliar sus alcances - desde la "Declaración del Hombre y del Ciudadano" de 1789 donde se excluía expresamente a los no propietarios y a las mujeres- existen dimensiones de la vida de las personas que no están claramente

³Ver: Ehrenreich y English (1981), Giberti (1971), Rodrigáñez (2007).

incluidas en su noción. El caso de los derechos sexuales y reproductivos es un ejemplo.

Las convenciones internacionales sobre derechos humanos, derechos de las mujeres y derechos económicos, sociales y culturales no tienen afirmaciones específicas sobre los derechos sexuales y reproductivos de la población⁴. A la hora de hacer cumplir el derecho a decidir sobre el cuerpo y su capacidad reproductiva por parte de las mujeres, a fin de ejercer la maternidad libremente -lo cual también supone poder interrumpir un embarazo de forma voluntaria además de otros derechos-, no existe normativa internacional que obligue a los estados a garantizar tales decisiones. (Gainza, *et al*, 2010)

Existen declaraciones como El Cairo (1994) y Beijing (1995) que reconocen que las mujeres tienen 'derecho a ejercer su sexualidad en condiciones libres de discriminación, coerción y violencia', pero las mismas forman parte de los marcos normativos éticos iniciales:

Estas definiciones no pueden ni deben ser consideradas normatividad "dura y sostenible" como son las convenciones internacionales. Pero los dos Programas de Acción, tanto de El Cairo como de Beijing, pueden ser comprendidos como marcos normativos éticos iniciales. Son textos consensuados por la comunidad internacional, con reservas de algunos países como El Vaticano y los países islámicos, que constituyen una obligación moral de los estados que lo firmaron. (Correa, 2003)

Este tipo de derechos apunta a que todas las personas puedan tener sexualidades plenas, desde el autocuidado y cuidado del otro/a; así como tener la opción de ejercer sexualidades no heterosexuales y que esto no constituya una condena social ni una discriminación a la hora del acceso a servicios sanitarios. En este marco se plantea a la maternidad como un acto de elección voluntaria y no como mandato social.

⁴Se revisó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), la observación general N.14 al PIDESC <http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm> , y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>

Uruguay ha firmado las dos declaraciones y viene integrando formalmente a sus normativas nacionales parte de los compromisos asumidos. De este modo se cuenta con leyes y normativas tendientes a mejorar la capacidad de las personas de ejercer estos derechos (Ley 18426 de Defensa a la salud sexual y reproductiva; Ley 18987 de Interrupción voluntaria del embarazo; Ley 19167 de Reproducción humana asistida; Ley 17386 de Acompañamiento en el parto; etc.)

Roberto Castro (2010) señala que para analizar los derechos sexuales y reproductivos es muy útil partir del concepto de ciudadanía, y diferenciar así la parte formal de los derechos de lo que en realidad son a partir de las condiciones materiales que enmarcan su existencia.

El autor citado plantea que es necesario construir una mirada sociológica de la salud reproductiva, y que ésta debe desmarcarse de las definiciones médicas, que han traducido todo a interacciones médico- paciente en el marco de la "calidad de atención" transformando el problema en un asunto de gerenciamiento de las instituciones de salud.

Una perspectiva de derechos implica la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Entre ellos se incluye su capacidad de reclamar una atención médica libre de autoritarismos y atropellos, por parte de los servicios de salud.

"Al hacerlo así, se introduce en escena a las usuarias de los servicios en tanto ciudadanas, y se deja de lado la perspectiva médica que, al construirlas como pacientes, históricamente las ha ubicado en la parte más baja de un sistema jerarquizado dentro del cuál han sido clasificadas ante todo como objetos pasivas de los servicios, de las que se espera ante todo su colaboración y su acatamiento a las órdenes médicas."
(Castro, 2010:56)

Por tanto por una parte podemos analizar la parte formal en lo que hace a la ciudadanía en el campo de los derechos sexuales y reproductivos y la parte sustantiva que mira en qué medida la sociedad a partir de sus políticas

educativas y de asistencia en salud permiten el cumplimiento de estos derechos.

Las instituciones de salud tienen que adaptarse a los distintos derechos que las sociedades van considerando como válidos. Por ejemplo antes el sector institucional en salud no tenía formalmente que ver con los abortos. Hoy, a partir de la Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo están convocados en primera instancia.

Desde las instituciones de salud se tienen que generar las mejores condiciones de asistencia para que esos derechos que se proclaman en un parlamento o se decretan en un ministerio puedan hacerse sustancia en la realidad de la gente. Esto muchas veces lleva a cambios en la concepción y planeamiento de los servicios en salud.

La ley 18426 de Defensa en el inciso c) del artículo tercero plantea:

Promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados;

Resulta necesario analizar en qué medida las políticas de salud del modelo de asistencia al parto toman este inciso como guía.

Rasgos del modelo de atención al parto

El alcance del modelo institucional de asistencia al parto dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud es universal y abarca todo el territorio nacional. En el país no existen Casas de Nacer y el nacimiento planificado en el hogar (con asistencia de parteras) alcanza a los 50 casos anuales en un total de aproximadamente 47.000 partos al año⁵. Es de destacar que la asistencia en domicilio no está incluida en las prestaciones del Sistema Integrado de Salud.

⁵Fuente: Estadística de Natalidad del MSP y entrevistas a grupos de parteras que asisten partos planificados en domicilios.

Las profesiones legalmente autorizadas en Uruguay para asistir partos son la medicina ginecológica y la partería. En el mundo existe acuerdo en que los partos de riesgo deben ser atendidos por obstetras ginecólogos/as en unidades con el nivel de especialización necesario para practicar las intervenciones que se requieran. La discusión está en la atención del resto de partos, calificados de bajo riesgo o partos normales. La OMS (1996) plantea que la profesional más apropiada para asistir el parto normal (OMS, 1996) es la matrona o la partera.

Profesiones que asisten el parto en Uruguay

Partería profesional refiere a una profesión con título universitario, en Uruguay obstetra-partera, dependiente de la Facultad de Medicina. Su campo profesional se desarrolla en general en instituciones de la salud. En la asistencia al parto contemporáneo aparece como subsidiaria al saber de la ginecología y por tanto bajo una concepción de parto médico.

Ginecología es una especialidad de la ciencia médica que trata las enfermedades del sistema reproductor femenino. En el devenir de la historia de la profesión se fue agregando la obstetricia que corresponde a la atención de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, incluso a través de operaciones quirúrgicas. En Uruguay es la profesión que lidera la asistencia del parto (en las mutualistas de Montevideo sólo asisten ginecólogos/as, en los hospitales públicos de Montevideo asisten en mayor medida que las parteras, en los hospitales de las ciudades del interior del país hay diversidad de situaciones, por lo general son las parteras que asisten en mayor medida habiendo siempre un ginecólogo de retén)

Partería integral esta categoría la agrego no por su prevalencia en cantidad sino por su valor cualitativo al plantearse asistir al parto desde una concepción alternativa a la concepción médica. Por partería integral entiendo un saber que combina el conocimiento recibido en la formación profesional de partería pero ampliado con otros saberes que trascienden la tecnomedicina (por lo general holísticos). También integran conocimientos de la partería empírica. Son parteras tituladas que mantienen una concepción fisiológica del parto y se

muestran críticas con respecto al modelo de atención tecnocrático. Pueden trabajar en las instituciones o en ejercicio liberal.

Partería empírica refiere a una ocupación tradicional de las mujeres, generalmente heredada y enseñada en la familia. Asiste partos y abortos a partir del saber heredado que incluye maniobras, uso de plantas medicinales y una concepción del parto como capacidad fisiológica de las mujeres. Trabaja en la comunidad, en las casas de las mujeres o en la propia. Son las típicas comadronas que todavía trabajan en la mayoría de los países de América Latina. En Uruguay este saber está prácticamente extinguido.

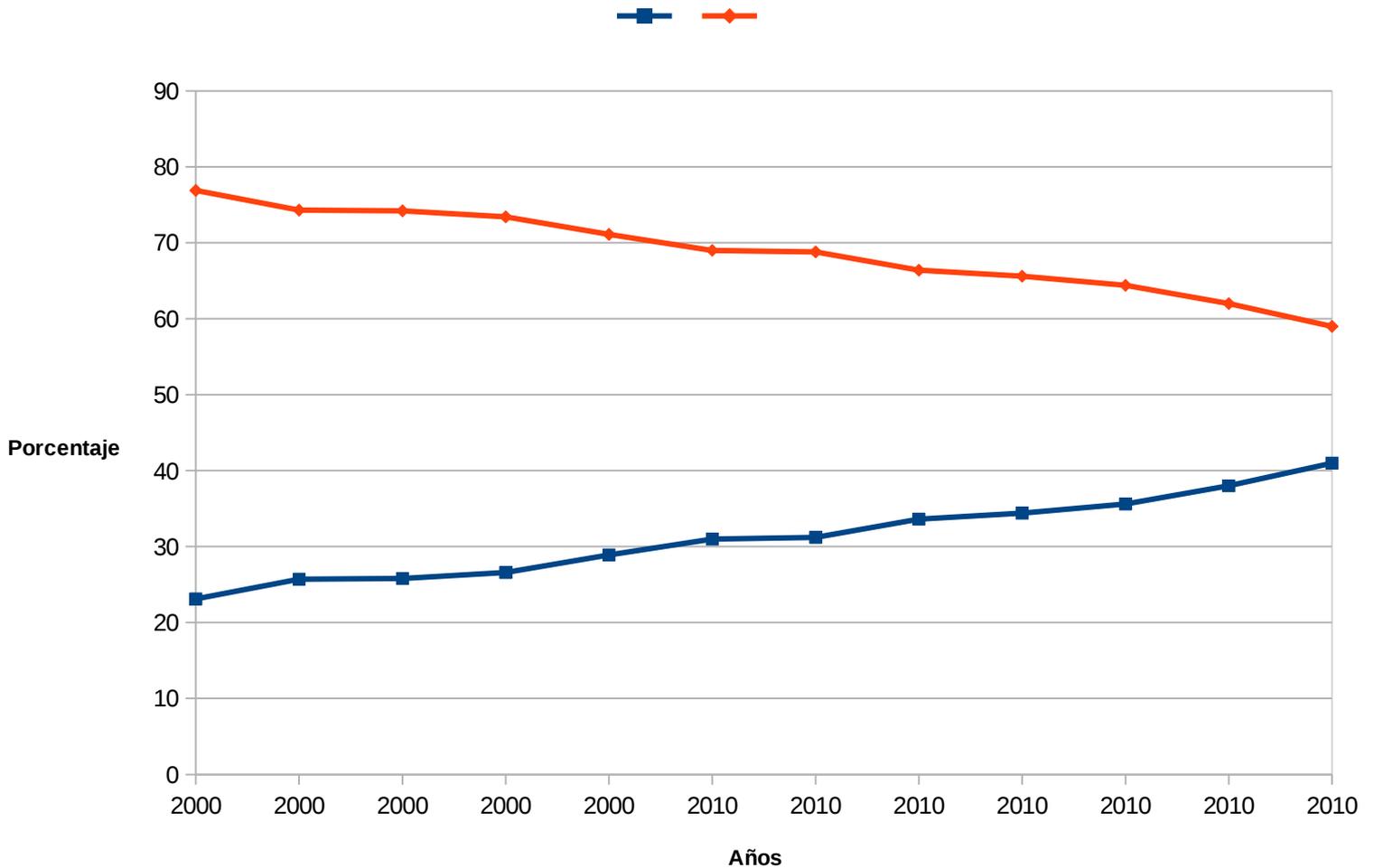
El intervencionismo en la dimensión de abuso de cesáreas

El acceso a cesáreas es muy injusto en el mundo. Mientras África tiene una bajísima tasa de cesárea, para el período 2000-2008 fue del 3,4%, tiene también la mayor tasa de mortalidad materna mundial, en donde sólo se salva 1/3 de mujeres más que lo que se salvarían dejando a la mortalidad materna "natural". Una mejor distribución de los recursos permitiría que más mujeres de países empobrecidos tengan un parto por cesárea cuando lo necesiten.

En 69 países de otras regiones del mundo las cesáreas superan por mucho el 15% considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como límite óptimo superior. Dando lugar al término de uso creciente: cesáreas innecesarias. La cesárea aparece como la intervención salvadora, y lo es en muchos casos, pero no es una práctica inocua. En comparación con el parto vaginal la cesárea presenta: mayor mortalidad materna, el doble de estadía hospitalaria, mayor convalecencia y alteraciones psicoafectivas, mayores problemas respiratorios del recién nacido (Publicación No. 160 del Centro Latinoamericano de Perinatología y desarrollo humano).

La siguiente gráfica muestra el comportamiento de esta práctica para el Uruguay.

Evolución parto y cesárea



En rojo se representa el comportamiento de los partos y en azul las cesáreas.

Esta gráfica comienza en el año 2000 cuando la cesárea representaba el 23% de los nacimientos a nivel nacional y termina en el 2011 cuando alcanza el 41%.⁶ En la misma se puede observar su tendencia creciente y sostenida.

Por qué se produce esto?

Al convertirse en acto médico aquello que correspondía a un proceso fisiológico y no necesariamente patológico se han impuesto intervenciones médicas de rutina que son innecesarias en la mayoría de los casos. El ginecólogo uruguayo Caldeyro Barcia ya en el año 1979 planteaba que muchas de las maniobras de la forma actual de conducir el parto se han introducido contemplando la

⁶Datos extraídos de las bases de Natalidad del Ministerio de Salud a partir del Banco de Datos de la Facultad de Ciencias Sociales, Udelar.

conveniencia del obstetra. Un claro ejemplo es la adopción de la posición horizontal durante el parto, que se realiza para que el/a obstetra pueda trabajar mejor. La investigación reciente demuestra que al comparar los resultados del parto vertical con el parto horizontal se obtiene: el tiempo expulsivo es menor en el parto vertical, a la vez que se requiere de menor uso de episiotomía que en el horizontal (26,5% vs 56,3%), las mujeres percibieron al parto vertical como más rápido, más cómodo y menos doloroso que el horizontal. (Calderon, 2008)

En cuanto a la patologización del parto, el problema del crecimiento de intervenciones en el parto se acentuó, según la OMS (1996:3), cuando la siguiente afirmación errónea se instaló en el saber-hacer de los obstetras: “Un nacimiento sólo puede ser declarado normal retrospectivamente” y de este modo “el cuidado durante un parto normal debiera ser similar al cuidado de un parto complicado”. Esto trajo serias desventajas: la posibilidad de que un acontecimiento fisiológico normal se convierta en un procedimiento médico; la interferencia con la libertad de las mujeres a experimentar sus partos a su manera y en el lugar que ellas elijan; intervenciones innecesarias; y grandes costos para el sistema pues debe proveer cupos para un número elevado de parturientas. (OMS, 1996)

En palabras de una estudiante de partería:

“Yo estudié para ser partera, cuando fui al Pereira dije.... pero esto qué es?? mandaban a poner monitores todo el tiempo, era una guerra entre los estudiantes de ginecología y parteras. Muchas mujeres terminaban en cesárea, te sentís tan mal ahí adentro, está tan intervenido el parto, hay tanta tecnología. Que ya causa iatrogenia. Si tenés tres horas conectada a la mujer al monitor, en un momento vas a escuchar que los latidos bajan, por el stress de la mujer de estar escuchando tres horas el corazón del bebé, además de tenerla acostada, con un suero, entramos muchos a tactarla. Estamos hablando del Pereira Rossell donde el parto es superintervencionista y lamentablemente las parteras aprenden ahí. Después salís y depende de uno... Yo tengo algunas compañeras que salen del Pereira van al interior y les da pánico, porque no tenés toda esa

tecnología, no tenés a nadie y se mueren del miedo....” (Entrevista a estudiante de partera, mayo 2014)

Por su parte el enfoque de riesgo obstétrico⁷, necesario para prevenir patologías, muchas veces es sobredimensionado en la atención. La sociología del riesgo propone considerar el riesgo como dispositivo biopolítico de dominación; las formas como una sociedad produce y enfrenta los riesgos se relaciona con los mecanismos de poder hegemónicos. (Mitjavila, 1998) En este sentido existe una relación entre la visión del cuerpo femenino como máquina defectuosa y una forma específica de aplicar el enfoque de riesgos en los procesos obstétricos. (Davis Floyd, 1993)

Como muestra la siguiente entrevista realizada a una partera :

"...en general los médicos ven al embarazo como potencialmente riesgoso. Por ejemplo cuando ingresa una señora y le hacen una historia clínica, la hacen suponiendo o buscando una patología que de repente no existe. Si ingresó con una presión de 120 -mmHg- (que en realidad es normal) ya le piden toda una serie de exámenes, que además de poner nerviosa a la señora aumenta los costos en salud. Pudiendo realizar solo un examen de orina, dejar a la señora en reposo y a las seis horas hacerle otro control -...- ¿Qué puede pensar esa mujer? Le dicen que tiene presión alta, le hacen un montón de exámenes? ¿Cómo vive esa mujer ese trabajo de parto? Es una sobre protección que no es buena, y a veces genera que aparezcan signos producidos por eso mismo, como una cadena de intervención, se hace una intervención y esa genera la necesidad de otra intervención." (Entrevista a partera, 2009)

Este tipo de prácticas tiene como consecuencia dejar a las mujeres cada vez más asustadas, entregadas y expectantes de lo que diga el sistema de salud, sin capacidad para opinar sobre su cuerpo y su proceso obstétrico.

La radicalización del enfoque de riesgos está muy relacionado a la medicina

⁷Organiza la aplicación de técnicas y procedimientos que permitan identificar aquellas situaciones que puedan ser anormales en el proceso de gestación.

defensiva. Los médicos/as tratan de hacer la mayor cantidad de pruebas objetivas y dejar constancia de ellas, por las dudas si en el futuro se abre una demanda sobre su práctica médica. Rodríguez (2006) plantea que cuando se ejerce guiado por la defensa, las decisiones médicas no se sustentan en la evidencia científica o en la experiencia del médico, el objetivo principal es la protección ante un eventual futuro reclamo del paciente. Tanto desde el punto de vista ético, como de salud pública, no es admisible pues no tiene como centro al paciente y agrega costos innecesarios al sistema de salud. No contribuye en absoluto a lograr una relación clínica adecuada y agrega nuevos riesgos profesionales, dados los actos médicos innecesarios.

Violencia obstétrica⁸ física y psicológica:

El corte en la vagina y el periné que se practica en el parto a casi la totalidad de las primerizas en el Uruguay constituye un grave problema de salud, por constituir una lesión quirúrgica y hemorrágica que violenta la integridad anatómica y funcional de la zona sexual (afecta la base pélvica y orgásmica) y reproductiva de las mujeres. Existen suficientes investigaciones⁹ que prueban que hacer episiotomía de rutina aumenta los desgarros y cantidad de puntos de sutura en el cuerpo de las mujeres. Sin embargo como las currículas ginecológicas siguen enseñando a asistir partos haciéndola, este conocimiento que protege los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sigue sin ponerse en práctica.

Por otra parte a partir de las entrevistas realizadas se evidencia la existencia de violencia verbal por parte del sector salud sobre las mujeres, tanto en el subsector público como en el privado.

Los siguientes fragmentos la muestran desde la perspectiva de las mujeres en situación de parto.

⁸Definida por Graciela Medina como "... toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales". (Medina, 2008)

⁹Cárdenas, *et al*, (2008) "Estudio comparativo de las lesiones del canal blando del parto con episiotomía y sin ella en el Hospital Vicente Corral Moscoso, de la ciudad de Cuenca (Ecuador) y elaboración de las normas de atención del parto sin episiotomía". Publicado en Revista Colombiana Salud Libre, Volumen 3, Número 2.

"-Cómo te sentiste en tu primer parto? Fue horrible, porque cuando llegué al Pereira, después de pasar horas sufriendo me provocaron el parto. Me pusieron suero para dilatar y me rompieron bolsa.

-Te preguntaron para romperte la bolsa? No, solo sentí que me mojé.

Cuando me llevaron a sala de parto ella -la bebé- ya estaba con la cabeza afuera. Y cuando vino, llamaron al camillero. Me dijeron no hagas fuerza, pero ya no aguantás... Y me decían: pará!! aguantá!! Me subieron para arriba de la sala y me hicieron apretar las piernas y yo no quería porque sentía la cabecita de ella. Cuando estábamos en la sala de parto vino una partera y me la apretó para arriba. Dicen que por miedo que se fuera a caer. Me dolía, hasta la costilla. al empujármela para arriba y después volver a salir salió sin líquido y me desgarró....

- Qué le cambiarías a tu primer parto? El trato, no sé si a todas las personas, el trato de las que son asquerosas, tienen que estar en ese momento de una, ellas piensan que porque te gustó ponerla ahora tenés que aguantarte. Y no es así porque es doloroso, capaz que no tienen hijos y no saben....

En síntesis luego de que una mujer ingresa a una institución en trabajo de parto, el modelo de atención garantiza, a través de parteras o ginecólogos/as, el control de la temperatura, presión, y dilatación, todos asuntos que hacen al control del proceso físico, en donde el profesional entra a la habitación controla y se va. En la mayoría de las situaciones no se propicia un acompañamiento constante. Por otra parte, por lo general, no se prioriza la contención en otros aspectos que hacen al trabajo de parto, por ejemplo, cómo se está sintiendo la mujer, cuál está siendo el rol del acompañante, a qué miedos se enfrenta, qué cosas necesita.

Tendencias de las políticas de salud

En la primer gestión de gobierno del Frente Amplio y en el marco del Programa Mujer y Género del Ministerio de Salud Pública se crearon una serie de guías en salud sexual y reproductivas. Una de ellas configura las Normas de atención a la mujer en el proceso de parto y puerperio. Las mismas fueron realizadas con

perspectiva de género y su cometido es proporcionar herramientas necesarias a los equipos de salud para que puedan asegurar que la atención de la mujer en proceso de parto y puerperio sea eficiente, integral y humanizada (MSP, 2008). Sin embargo existe como guía pero no se generaron mecanismos para su control y fiscalización.

La segunda gestión de gobierno del Frente Amplio cerró el programa Mujer y Género a la vez que no continuó con la línea sobre parto humanizado, tal como lo venía haciendo. En el marco de esta gestión se viene trabajando en un proceso de regionalización de maternidades que obliga a que los partos sean asistidos en hospitales donde exista block quirúrgico. El 23 de noviembre de 2012 se aprobó el Documento Técnico de Maternidades por parte del Ministerio de Salud Pública que determina cuáles son los requisitos necesarios para el mejor funcionamiento y monitoreo de los servicios de atención a la salud perinatal. Entre los asuntos que plantea deroga una ordenanza ministerial anterior que permitía que mujeres con embarazos de bajo riesgo, no primerizas sean asistidas en el primer nivel de atención. A partir de la nueva reglamentación todas las mujeres del Uruguay deben parir en lugares en donde exista Block Quirúrgico. Se plantea la regionalización de las maternidades, obligando a muchas mujeres a trasladarse grandes distancias para el momento del nacimiento, con el correspondiente desarraigo que ello implica. Esta Ordenanza anula la posibilidad de la habilitación legal de casas de nacimiento, modelo de atención de bajo riesgo que existe en muchos países con muy buenos resultados materno perinatales.

A partir de la entrada en vigencia de esta reglamentación se torna necesario analizar cuáles son las consecuencias sobre las mujeres.

El ejemplo en Sarandí del Yi

Esta ciudad de Durazno, -como tantas otras ciudades del interior- cuenta con un hospital con maternidad. El personal obstétrico es de seis parteras que hacen las guardias en régimen interno. Pero a partir de esta reglamentación se ha dispuesto que en ese centro no existan internaciones de mujeres en trabajo de parto. Allí hay una sala de parto en donde tienen "la mejor silla de parto"

según sus parteras, porque se pone vertical para que las mujeres se puedan sentar. Antes de este proceso se asistían un promedio de 8 partos por mes.

Ahora cuando llega una mujer en trabajo de parto, se la examina, se la retiene hasta garantizar que se encuentre en franco trabajo de parto y si es así, es trasladada en una ambulancia al hospital más cercano con block quirúrgico: el hospital de Durazno situado a casi 100km de distancia.

En los siguientes fragmentos de entrevista a una estudiante de partera que realizó su internado en el Hospital de Sarandí del Yi se puede observar algunas de las consecuencias de la puesta en práctica de la política de regionalización

- Y las mujeres ya saben que tienen que ir a Durazno para parir?

Si ya saben, porque ya se les dice de antes y en los talleres de preparación para el parto se lo decimos. Y muchas veces nos decían - las que ya tenían hijos- que iban a ir a Sarandí cuando el bebé estuviera casi saliendo para que no las trasladaran a Durazno.

- Dónde dicen que prefieren parir?

Casi siempre prefieren parir en Sarandí del Yi, por varias razones. Porque conocen el Hospital, porque allí van al control de embarazo y talleres, porque nos conocían a nosotras que dábamos los talleres. Porque quieren que les asistamos el parto nosotras, que ya nos conocían, las que le controlamos el embarazo.

- Uds acompañan a las mujeres a Durazno?

Si las mujeres están en pleno trabajo de parto la partera acompaña el traslado, si está con menos de cuatro de dilatación, no.

- Cómo toman las mujeres el traslado?

Depende. Nosotras cuando dábamos los talleres planteábamos que las mujeres volvieran luego de paridas a contarles a las otras cómo les había ido. Y algunas mujeres referían que todo bien. Pero había unas cuantas que contaban que no había estado bueno. Por ejemplo algunas que terminaron en cesárea entendieron que fue por el traslado. Imaginate:

Comenzaban el trabajo de parto, iban a Sarandí, se quedaban un rato ahí, para ver que realmente estaban en trabajo de parto y que avanza la dilatación y ahí con 4 o 5 empiezan a hacer los papeles para la ambulancia, luego 40 minutos de viaje. Para algunas mujeres es muy feo, tener que estar saliendo de donde están en trabajo de parto e ir a la ambulancia.... y además en Durazno de nuevo la ve otro médico, la hacen esperar, etc. Una recuerdo que ya llegó sin contracciones, varias personas tactándolas Algunas decían que para el próximo se quedaban en Sarandí. Toda esta movida en el trabajo de parto no colabora con el proceso fisiológico de dilatación, todo este stress, cambio de lugar, viaje... colabora para que suba la presión, para que las mujeres se pongan mal.... Nadie piensa en los riesgos del traslado, el propio viaje, etc."

Si bien siguen existiendo casos de muerte materna (los que trascienden a la prensa están asociados a mala praxis o ausencia injustificada de personal técnico), la morbilidad materna y perinatal en Uruguay es muy baja, entonces: por qué hacer estos cambios drásticos que pueden tener graves consecuencias sobre las mujeres (parir en la ambulancia, detener trabajos de partos por stress, aumento de cesáreas, vivencias negativas). En vez de esto, ¿por qué no garantizar contar con traslados adecuados para los casos que lo necesiten? ¿Cuáles son los verdaderos fundamentos que llevan a que todos los partos de este país sean asistidos donde hay block quirúrgico?

En consonancia con el Documento Técnico de Maternidades recién citado, desde el año 2012 el Ministerio de Salud Pública viene haciendo declaraciones públicas en el sentido de afectar el reglamento de la profesión "Obstetra-Partera", de forma de limitar el libre ejercicio profesional, para inhabilitar legalmente a las parteras a prestar asistencia a aquellas familias que libremente optan por un nacimiento en domicilio. ¿Por qué las mujeres no tenemos derecho a elegir dónde parir? ¿Por qué si se plantea en las leyes y normas que se trabaja por el parto humanizado luego se "corre" a la partería de la propia asistencia del parto?

La Organización Mundial de la Salud en el documento "Cuidados del parto

normal: una guía práctica” plantea que la profesional idónea para el seguimiento del embarazo normal y la asistencia del parto normal es la partera. En los países del primer mundo la partera es de suma relevancia en los sistemas de salud públicos y privados. Está comprobado que, si tiene una concepción fisiológica del parto, con su asistencia se reducen las intervenciones innecesarias.

Por ejemplo en políticas de salud hacia el parto es interesante el modelo de Holanda. En ese país una de cada tres mujeres da a luz en su casa asistida por una partera y enfermera domiciliar. Otro tercio de mujeres es apoyada por un obstetra y una enferma en hospitales, mientras el tercio restante va a los hospitales por opción y son asistidas por una partera y una enfermera de hospital. Con este modelo logran que la tasa nacional de cesárea no aumente más de 14% (Zwart, 2009:79).

En Uruguay las políticas de salud en este tema están yendo hacia lugares divergentes en relación a garantizar el derecho de las mujeres de elegir donde, como y con quien parir. Con la consolidación del proceso de regionalización de las maternidades parece fortalecerse el modelo médico del parto pues en instituciones del segundo y tercer nivel de atención, preparadas para afrontar las patologías, caben menos posibilidades para desarrollar concepciones fisiológicas u holísticas del parto que conciban a las mujeres como sujetas de derecho en situación de parto, con capacidad para definir por qué profesional ser atendidas, cómo mover el cuerpo en el proceso y ser tenidas en cuenta en sus necesidades y preferencias.

Bibliografía

Aran, Daniel y Laca, Hernán (2011) “Sistema de Salud en Uruguay” en: Salud Pública de México, Vol 53, suplemento 2, Montevideo, Uruguay.

Arnau Sanchez, *et al*, (2012) “Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia” en Revista de Antropología Iberoamericana, Volumen 7, Número 2. pp 226-246, Madrid.

Barrán, José Pedro, (1999) *Medicina y Sociedad en el Uruguay del novecientos, Tomo 3: La invención del cuerpo*, Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental.

Blazquez, María Isabel (2005) “Aproximación a la antropología de la

reproducción” en Revista de Antropología Iberoamericana, Nº 42. España.

Castro, Roberto (2010) “Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México”, en: Castro, Roberto y Lopez, Alejandra (editores) *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, Editorial Facultad de Psicología, Udelar, Montevideo.

Calderon, Jorge et al, (2008) “Parto vertical retornando a una costumbre ancestral” en Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, Vol 54: 49-57 disponible en: www.sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/.../A11V54N1.pdf

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

Correa, Sonia (2003) *Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política*. MYSU, Montevideo, Uruguay.

Davis Floyd, Robbie:

(1993) “El modelo tecnocrático del parto” en Susan Tower Hollis, Linda Pershing y M. Jane Young (editoras) *Feminist Theory in the Study of Folklore*, University of Illinois Press.

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

Ehrenreich, Bárbara y English, Deirdre (1981) *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las Sanadoras*, Barcelona, La Sal ediciones de les dones.

Giberti, Eva (1971), *Parto vertical: un aporte para el análisis de la ideología obstétrica*, Buenos Aires, Centro de Estudios de la Mujer, publicación número 70.

Muinelo, Leonel, et al (2004) *Comportamiento médico: una aplicación a las cesáreas en el Uruguay*, Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República del Uruguay.

MSP (2007), *Guías en Salud Sexual y Reproductiva: Normas de Atención a la Mujer Embarazada*, Uruguay.

OMS (1996) *Cuidados en el parto normal. Una guía práctica*, Departamento de Investigación y Salud Reproductiva.

Rodríguez, Casilda (2007) *Pariremos con Placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*, España, Editorial Crimentales.

Rodríguez, Hugo. 2006. “De la medicina defensiva a la medicina asertiva” en *Revista Médica del Uruguay*, Volumen 22.

Sadler, Michelle (2003) “Así me nacieron a mi hija”. *Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario*, Universidad de Chile.

Zwart, Mary (2009) "El modelo holandés de energía" en *La medicina tradicional y los sistemas municipales de salud: Humanización del parto sobre el enfoque del patrimonio cultural*, Brasilia, CONASEMS.

Fuentes no publicadas:

Gainza, Patricia *et al* (2010) "Nueve meses, nueve controles: ¿una forma de violencia hacia las mujeres?. Ponencia presentada en I Encuentro Nacional Interdisciplinario de Derechos Humanos y Sociedad Civil, Montevideo, Uruguay.

Magnone, Natalia (2011) Derechos y poderes en el parto. Una mirada desde la perspectiva de Humanización. Uruguay, Tesis de maestría en Sociología. FCS - Udelar.

Medina, Graciela (2008), "Violencia Obstétrica". Disponible en: www.gracielamedina.com/asset.

Mitjavila, Myriam (2008) "La problemática del riesgo en la sociedad contemporánea", material elaborado para la actividad de formación, Uruguay, Flacso.



Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Uruguay