

Facultad de Ciencias Sociales
X jornadas de investigación

Derechos humanos, seguridad y violencia

13 y 14 setiembre de 2011



Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica

Natalia Magnone Alemán

Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica¹

Natalia Magnone Alemán

Departamento de Trabajo Social-FCS

nmagnosa@gmail.com

Resumen:

En el artículo problematizo una forma específica de violencia hacia las mujeres ejercida en el campo de la atención de la salud reproductiva: la violencia obstétrica. La concibo como producto de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud. Es un tipo de violación a los derechos sexuales y reproductivos hasta ahora muy poco problematizado e invisibilizado en la sociedad uruguaya.

Concretamente presento los resultados de la investigación cualitativa realizada en 2009-2010, en donde entrevisté tanto a integrantes de equipos de salud como a mujeres puérperas, en relación a la calidad de la atención del parto en Montevideo. La investigación se realizó con motivo de finalización de la tesis de la maestría en sociología.

Las principales dimensiones analizadas son: el abuso de prácticas invasivas como la episiotomía y las cesáreas; el tipo de control de embarazo mirado desde la perspectiva de derechos; la violencia obstétrica física y psíquica; y el mandato compulsivo de medicalización de los cuerpos de las mujeres de nuestras sociedades.

Tres palabras clave: Violencia, Derechos sexuales y reproductivos, Género

¹Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 13-14 de setiembre de 2011

INTRODUCCIÓN²

Este trabajo se enmarca en el análisis del cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos en los procesos de embarazo y parto en la sociedad uruguaya de principios de siglo XXI. Tomando los modelos de cuidado a la salud humana de la antropóloga Davis Floyd³ (Tecnocrático: centrado en la tecnología, guiado por la metáfora del cuerpo como máquina; Humanista: surgido como reacción a los excesos del modelo tecnocrático, se encuadra en la línea de la tecnomedicina pero trata de humanizarla, guiado por la metáfora del cuerpo como organismo), caracterizo el modelo de atención al parto y nacimiento en Montevideo **como tecnocrático**, cuestión que coadyuva en la violación de los derechos de las mujeres en la atención específica del embarazo y el parto.

En la investigación realizada elegí entrevistar a una muestra de personas, pertenecientes a equipos de salud en obstetricia y mujeres puérperas, pertenecientes a la perspectiva humanista de la atención al parto y nacimiento. Con esto pretendí tomar un discurso que es crítico con el actual sistema de atención, a la vez que identificar las propuestas para que el sistema de atención logre mejorar el respeto de los derechos de las mujeres en el momento de la reproducción humana.

El Uruguay goza, comparativamente en la región, de una muy buena posición en términos de cobertura y accesibilidad al sistema de salud así como de indicadores de morbimortalidad materno e infantil. Sin embargo se constata en paralelo el crecimiento en la frecuencia de diversas prácticas en el campo obstétrico consideradas ineficientes o dañinas para las mujeres y los/as bebés. Por ejemplo, mientras la OMS (1985) afirma que en promedio las maternidades deberían tener entre un 10 % y un 15% de cesáreas, en el total de partos del Uruguay en el 2008 se registró un promedio nacional del 34,4⁴%. Sumado a la alta tasa de cesáreas innecesarias, existen prácticas obstétricas que al realizarse de forma indiscriminada se configuran como ejemplos de violencia obstétrica como el corte en la vulva en el período de expulsión del feto (la episiotomía).

2 El artículo que se presenta es una parte de la tesis titulada *Derechos en el parto: una mirada desde la perspectiva de humanización*, terminada en el 2010 con motivo de la finalización de la Maestría en Sociología – FCS, edición 2006

3 Robbie Davis Floyd (1987, 1993, 2001, 2004), doctora en Antropología Cultural se ha especializado en estudiar la antropología de la reproducción. Ha escrito varios libros y diversos artículos sobre el modo como las sociedades occidentales organizan y ritualizan su reproducción. Es investigadora en el Departamento de Antropología de la Universidad de Texas, Austin. Para saber más de ella visitar: www.davis-floyd.com.

4 Estadísticas vitales 2008, Dirección General de la Salud, www.msp.gub.uy

Una intersección entre la violencia de género⁵ y la violencia institucional⁶ en salud: la violencia obstétrica

La violencia obstétrica es “.. 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)

Es interesante señalar que por primera vez en el año 2007 un estado de América tipifica la violencia obstétrica. El artículo 51 de la ‘Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia’ de Venezuela, establece:

Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. 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.
4. 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.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Tanto la violencia de género como la violencia institucional en salud son posibles porque las sostienen sistemas de poder jerárquicos de género y de salud, respectiva e interconectadamente. En las entrevistas con parteras surgió la relación entre la violencia doméstica y la sumisión de las mujeres al sistema de salud. Plantean que si la violencia forma parte de la vida cotidiana de las mujeres, van a naturalizar y tolerar más un sistema violento de atención. Como muestra este fragmento:

5 Por violencia de género se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada, Artículo primero de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, NNUU, 1994.

6 Siguiendo a De Bruyn (2005) entiendo el concepto de violencia institucional, como aquella violencia que “(...) comprende daños físicos y psicológicos a las personas, como resultado de condiciones inadecuadas en instituciones y en sistemas públicos.” (De Bruyn, 2005:s/p citado en: Rostagnol, Viera 2006:4)

"Ella estaba medio desasosegada, y viene el marido y no te digo que le pegó un grito, pero le dio una orden, y ella se puso sumisa y ya no se queja más.." (E. 2, partera)

Fernández plantea que para que la violencia de género pueda existir es preciso que una sociedad haya previamente inferiorizado, discriminado y fragilizado al grupo social femenino. En donde la discriminación debe permanecer oculta; y los discriminados deben articularse con el resto de la sociedad de tal modo que no peligren las reglas de discriminación vigentes. (Fernández 1994,2006)

En la historia de occidente el avance en las igualdades formales fue acompañado por el perfeccionamiento de dispositivos de discriminación, marginalización, exclusión, represión, y exterminio. Para sostener la discriminación de género las instituciones generaron estrategias y dispositivos de violencia represiva y simbólica. De forma naturalizada, imponen la arbitrariedad cultural de la inferiorización femenina mediante diversos discursos, mitos sociales, explicaciones religiosas y científicas (Fernández, 2004: 6)

Por su parte, la violencia generada por las prestadoras de servicios se asienta en un sistema de salud altamente jerarquizado, en un contexto de relaciones médico-paciente caracterizadas por las asimetrías de poder y por la apropiación del sistema sobre las decisiones vitales sobre el cuerpo de sus usuarios/as. Esto crea condiciones específicas sobre la concepción sobre el cuerpo para la clínica obstétrica. "Cada cuerpo sobrevive en una cultura para la cual ha sido construido y a su vez cada ordenamiento social funciona con cuerpos que están acordes al mismo (Nievas, 1998); existe así un cuerpo capitalista y uno precapitalista, un cuerpo construido a partir de la medicina occidental y otro para aquellas medicinas no occidentales ". (Mesa, Viera, 2008:2).

La forma de violencia más nombrada en las entrevistas refiere al intervencionismo innecesario que inhibe los procesos naturales de los cuerpos de las mujeres y los recién nacidos. Se puede pensar en dos tipos de configuraciones en relación al cuerpo: la planteada por los portavoces de la visión humanista, en donde los cuerpos liderarían los procesos reproductivos y la visión hegemónica que organiza un modo tecnológico sistemático de intervenir sobre los mismos. Como se puede observar en los siguientes fragmentos de entrevista:

"... nunca me imaginé que iba a vivir todo lo que no quería vivir excepto que naciera mi hijo, generalmente tengo un umbral de dolor bastante alto, no tomo aspirina, respiro, inhalo exhalo, hago yoga. Y de un momento para otro me dijeron: no podés gritar así, me dieron un calmante, me rompieron la bolsa, me sentí que mi cuerpo no era más mi cuerpo, el tipo venía me metía la mano, en un momento vino y le dije espera que voy a respirar, cerré las piernas " (E. 3, Mujer que parió en

Mutualista)

“- Te dejaban moverte o tenías que estar acostada? Para que no tuviese tantas contracciones me dejaban de costado. - Cómo? Te ponían un parche, un aparato, creo, es en lo último, ya después te mandan a parir.”(E. 19, Mujer que parió en Salud Pública)

Si bien la mayoría de las/os entrevistadas señalan que el modo de atención es violento creen que sus compañeros trabajadores/as y la mayoría de mujeres no lo ven. Manifiestan que se trabaja desde una concepción de atención en salud que manipula el cuerpo enfermo conforme a los mandatos de la ciencia y la burocracia de la institución. Expresan que si bien la Reforma de la Salud pretende un cambio radical en la relación médico-paciente esto todavía no ha hecho mella en la masa de trabajadores/as.

"Cuando en un grupo chico de estudiantes se habló de violencia obstétrica (a partir de un trabajo con la humanización de la OMS) ellas no entendían: por qué violencia? Y sí, porque si nosotras tomamos decisiones por la mujer, le hacemos cosas innecesarias, es violencia obstétricas, pero no lo ven." (E. 22, estudiante de partería)

Las violencias analizadas se dan en un contexto de naturalización de la inequidad de poder, tomando sentido traer parte de los conceptos creados por Bourdieu (2000) para analizar la dominación en las relaciones sociales. Específicamente la noción de poder y violencia simbólica.

“ El poder simbólico como 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), gracias al efecto específico de movilización, no se ejerce sino él es reconocido, es decir, desconocido como arbitrario. ... 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)

La violencia simbólica, de la mano del poder simbólico, resulta del acuerdo inmediato de las estructuras objetivas con las estructuras cognoscitivas. Se aprende como natural lo dado en el mundo objetivo. Es ejercida con el consenso y el desconocimiento de quien la padece, y esconde las relaciones de fuerza que están debajo de la relación en la que se configura. “ ... esa violencia que arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales apoyándose en unas «expectativas colectivas», en unas creencias socialmente inculcadas», transforma las relaciones de dominación y

de sumisión en relaciones afectivas, el poder en carisma” (Fernández, 2005:3)

Como se puede ver en la siguiente entrevista en donde es naturalizada la violencia:

“Cómo te fue en el parto? muy bien!!... -Luego me contó- Ese día le hicieron fórceps a todas, yo no entendí muy bien por qué me hicieron fórceps. Algo como que tenía un virus y así el bebé no se infectaba. - Pero después se enteró de que le habían hecho fórceps a todas las mujeres-”. (E. 21, Mujer que parió en Salud Pública)

Violencia obstétrica física y psíquica

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, 2008)

La mayoría de las/os entrevistados responden a la pregunta sobre violencia obstétrica remitiéndose a lo que vivieron cuando estudiaron o trabajaron en el Pereira Rossell, si bien reconocen que en el sub-sector privado también existe violencia. En el Pereira Rossell destacan como productores de violencia: la práctica de los estudiantes, la radicalización de las jerarquías, la gran demanda de asistencia y las consecuencias de atender partos de bajo riesgo en un Hospital pensado para asistir partos de riesgo.

Según la Jefa de Parteras del Pereira Rossell la calidad de la atención varía según si asiste un estudiante de medicina o de partería⁷. Ella mencionó los resultados de un estudio⁸ que relevó el nivel de satisfacción de las usuarias con la atención, en donde el 80% de las atendidas por parteras manifestaron muy buena satisfacción con el servicio. En el sector de mujeres atendido por los/as ginecólogos esto se redujo a la mitad, sólo un 40% expresó muy buena satisfacción.

Varias entrevistas destacan que en el Pereira Rossell a veces se prioriza las necesidades de aprender

7 Entre los años 2004 y 2008, casi el 70% de los partos en el Pereira Rossell fueron espontáneos (excluye cesárea y uso de fórceps). De este 70%, un promedio de 34% fueron atendidas por estudiantes de partería, el resto por estudiantes de ginecología. Informe de gestión Maternidad 2008, Centro Hospitalario Pereira Rossell, MSP.

8 Al cual no se tuvo acceso.

de los estudiantes de ginecología en detrimento de la calidad de atención de las mujeres. Además de los numerosos tactos, existe la práctica de cesáreas, fórceps e inducciones solo para aprender.

"Ayer fuimos desde acá al Pereira con una mujer con parto detenido. Suponemos que por un parto macrosómico, le habían quedado trancado los hombros. Llegamos ... le explicamos a la mujer que sostuviera la cabeza para que no saliera, porque si salía le iba a destrozar toda la musculatura... Llegamos a la emergencia, la ve un médico interno, un médico general que no tiene la más pálida idea de donde está parado, yo le expliqué, él la tactó, no tenía sentido que él la tactara. Yo ya la venía tactando todo el camino, la tactó él, dijo: sí, sí está bien directo. Subió, llegó y el Residente⁹ la volvió a tactar. O sea, por cuántos personas pasó esa mujer, yo ya la había tactado varias veces porque el parto venía complicado, después la tacta el de abajo, después el ginecólogo, yo después me fui, pero probablemente si el ginecólogo consultó con otro profesor seguramente la haya tactado también." (E. 17, psicóloga, enfermera y estudiante de partería)

Se plantea una falla a nivel del sistema pues:

"En los lugares donde hay personal en formación las mujeres saben que la van a judear, es probable que la vean 6 - 7 personas que la miren, la pinchen, puede ser un personal de enfermería que está aprendiendo a pinchar, que no la dejen caminar, que no la dejen comer. -En el Pereira Rossell- Hay 22 nacimientos por día, más 100 consultas que ingresan en trabajo de parto, más 8-10 abortos por día para legar, eso es un tema, acá falla el sistema. Vos tenés una estructura única, con un personal no organizado en relación al riesgo y en donde cualquiera atiende a cualquiera. No tenés en cuenta lo que la mujer quiere o no, es como la máquina de hacer niños, entra una mujer y cuánto antes nazca ese niño menos problema para mí. Yo no digo que todo el mundo piense así, digo en general, el Pereira Rossell marca el extremo, porque funciona al extremo de todo. " (E. 9, ginecólogo humanista)

Tanto en el sub-sistema público como en el privado se registran violencias verbales y tactos violentos. En lo que sigue se presentan dos fragmentos que dan cuenta de estas experiencias en los dos subsectores:

"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 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

9 Se llama así a quien luego de recibirse en medicina general inicia la especialización en ginecología.

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.... Otra hermana mía le pasó lo mismo, cuando nació estaba mal, ella se quejaba mucho en el trabajo de parto y le dijeron: tuviste nueve y ahora venís a hacer bulla por uno más? Cuando nació estaba mal y le dijeron: no te asustes que vamos a ver si lo reanimamos." (E. 28, Mujer que parió en Salud Pública)

La siguiente cita corresponde a una denuncia publicada en Brecha (2010) sobre la mala calidad de la atención de un médico del SMI¹⁰:

"El doctor dijo que tendría que cortar -para realizar una episiotomía-, ante lo cual planteo mi duda, obteniendo como respuesta dirigida hacia mi esposo "porque aunque no lo creas tiene vagina chica"... Planteo al doctor que no me siento cómoda pujando en esa posición, sino que deseo sentarme , obteniendo por respuesta "que querés, quebrarle la nuca" -al niño-. Y ante mi insistencia, más adelante: "vos tenés tu teoría y yo tengo la mía, hacé como quieras, si el niño no baja vamos a cesárea". ... En un momento en que el doctor -...- se encontraba controlándome y cierro las piernas, se dirige a mí diciendo "si no las cerraste antes ahora ya es tarde".... Como en ciertos momento yo cerraba las piernas, el doctor -...- me amenazaba con atarme para que no lo hiciera ("no me cierras las piernas, ¿o querés que te ate?"). (Denuncia publicada en el semanario Brecha en junio del 2010)

Otra dimensión de la violencia institucional aparece en el testimonio de las mujeres que parieron en su casa y luego fueron a las instituciones de salud. Por ejemplo en este caso que la mujer tuvo que ir a la institución para que le dieran la inyección de inmunoglobulina RH, porque ella es factor RH negativa y su bebé RH positivo:

"Pido con la hemoterapeuta viene, me toma los datos, sí lo tuviste en casa? Y bueno, como que algo no le cerraba, y como que no podía evitar decir cosas personales. Me decía: Ay!! para qué correr ese riesgo!! ... En eso viene la extraccionista que es una botona y me dice: no, no, tu no podés darle eso sin los exámenes de laboratorio, yo ya tenía los exámenes en un laboratorio particular, yo tenía todo porque el parto en casa abarca el parto, los exámenes de sangre del cordón y abarca la visita posterior del pediatra.... le dije mirá ya tengo todo, él es RH positivo, me la tienen que dar. Ella me dijo a no!! pero el Casmu no reconoce nada que no sea del Casmu. Ahí empezó el viaje!!! Cuando llegamos de vuelta ya había no sé cuantas cosas más... porque no hay un protocolo, cada uno decía

10 La utilización en la tesis de esta denuncia se realizó con el consentimiento de la denunciante.

lo que le parecía... A no!! nosotros no podemos pinchar a un niño que no es socio del Casmu ... todo esto en la sala de espera, el con dos días de nacido, yo con dos días de parto, viene la pediatra y me dice: Ay tú!! en el puerperio, y qué estás haciendo acá... y bueno le conté que lo había tenido en mi casa y dijo: Ay para qué hacen esas cosas.... Yo hacía tres horas que no comía, dando teta en la sala de espera... Y se les seguía ocurriendo cosas, entonces le iban a dar vacunas, pincharlo, todas las cosas de nuevo al bebé, a la misma vez... cómo hacerle todo esto si no es socio. A la administración, y ahí bueno traeme dos fotocopias de cédula, no se podía creer, yo llorando, seis horas, ... La de administración llamando a BPS por un código de salud, yo que sé...en un momento dijeron bueno tá, ya empezó el trámite para hacerlo socio y le empezaron a hacer de todo al bebé. Y a las seis horas me dieron la inmunoglobulina, me llegaron a hacer gestos de que estaba loca por haberlo tenido en casa. (E. 23, Mujer que parió en su casa por elección)

En las entrevistas con las mujeres atendidas en el sub-sector público apareció otro componente de violencia institucional. Mientras las mujeres atendidas en lo privado contaban con medios propios para trasladarse en tiempo y forma a la institución cuando entraban en trabajo de parto, las mujeres atendidas en el sector público muchas veces no contaron con las mismas oportunidades. Encontré testimonios en donde relatan que fueron llevadas en bicicleta hasta el Pereira Rossell (porque en el centro de salud local no había disponibilidad de ambulancias), o en ómnibus pues no contaban con dinero para un taxi. Relata una adolescente que parió su primer hija a los 15 años:

"Me hicieron tremendo trayecto cuando me llevaron. Yo empecé con dolores cada seis y después cada tres -minutos-. Fui a la policlínica de Piedras Blancas y después a la policlínica de Libia y me tuvieron allí toda la tarde porque no había ambulancia. Nos fuimos solas al Pereira -con su madre-, tenía dolores y estaba perdiendo el tapón mucoso." (E. 28, Mujer que parió en Salud Pública)

Tanto las mujeres como las trabajadoras de la salud destacaron que para las mujeres que se atienden en lo público muchas veces no hay disponibilidades locativas o de transporte adecuado. Muchas veces las mujeres en pleno trabajo de parto no cuentan con un ambiente propicio que las reciba y atienda.

"Es lo que pasa en el Pereira cuando los paros de los anestesiistas, cierran las puertas. Ahí es un lío, privatizan para el Italiano, para la Española, es un negocio. Pero la mujer está dando vueltas, ahí es un maltrato directo, más allá que termine en parto vaginal, si vos lo viviste mal, aunque hayas tenido un parto espectacular desde lo biológico, desde lo emocional estuviste de rehén un montón de horas de la parafernalia médica." (E. 24, partera)

La violencia institucional se hace presente cuando las mujeres preguntan 'demasiado' sobre el

proceso de su parto, o plantean alternativas al modo hegemónico de atención; cuando esto sucede es frecuentemente desvalorizada y no tenida en cuenta en sus necesidades:

"Si hay alguna mujer que tiene opinión, que sabe lo que quiere o empieza a opinar es muy cuestionada como que es muy quejosa, como que pregunta demasiado, no es valorada en la preocupación por su salud y la de su hijo, y en general es tomada por una persona molesta" (E. 13, partera)

Por otra parte el modelo de atención es muy estricto en relación a las posturas `permitidas´ para el cuerpo. Dependiendo de los servicios y del equipo de turno, las mujeres suelen ser cuestionadas si no permanecen en la cama. Todas son obligadas a acostarse para la revisión (el tacto) y casi todas son promovidas a parir de forma supina con las piernas levantadas. El sistema pasa por alto el dolor y pretende cuerpos dóciles esperando ser intervenidos. El poder simbólico del mandato médico es tan fuerte que la mayoría de las mujeres pierden la noción intuitiva de qué tipo de posiciones las favorecerían en el trabajo de parto y parto. Como se puede ver en el siguiente fragmento:

"Una vez había una mujer en trabajo de parto que estaba sumamente dolorida. Entonces le dijimos que se pusiera como quisiera. Y la mujer no sabía que quería. Están acostumbradas desde toda su vida a que las ponen horizontal..., entonces te quedan mirando: de qué me estás hablando? Entonces vos les puedes decir cuáles son las posibles posiciones "libres". Entonces le dijimos que se agarrara a una baranda y balanceara sus caderas. Lo hizo y le fue muy bien. Entonces la compañera se puso a hacer lo mismo, entonces estaban las dos meta a balancear sus caderas y entró un médico.... y dijo: Qué están haciendo? estamos moviéndonos porque nos duele mucho. Entonces les dijo: que posición más bizarra. Entonces yo pensaba más allá de la expresión de ese médico, esas posiciones son las que elegían las mujeres en la prehistoria, es instinto total y absoluto. Entonces capaz que él considera bizarro al instinto..." (E. 17, psicóloga, enfermera y estudiante de partería)

En esta experiencia se evidencia la materialización de los procesos de medicalización de los cuerpos de las mujeres y de la creación de un saber médico hegemónico que dice cómo se puede o cómo no se puede mover una mujer en su propio trabajo de parto. Se revitalizan en una frase las jerarquizaciones de los pares dicotómicos: naturaleza - cultura, conocimiento empírico - conocimiento científico, mujer pariendo - hombre médico.

También aparecen resistencias institucionales cuando las mujeres pretenden tener intimidad en la sala de parto (no compartir con otra mujer la sala), llevar elementos ´extraños´ al sanatorio (como pelotas, aparatos para oír música, etc):

" Había una muchacha que se fue a hacer el trabajo de parto con una pelota grande abajo del brazo,

me cruza un médico en el corredor y me dice: estoy seguro que vos venís con la de la pelota, pero matándose de la risa, como burlándose de alguna manera. Se decían entre los dos ginecólogos: en cualquier momento armamos un picadito acá en el corredor, como super despreciando a la mujer de que haya tenido el valor de llevarse lo que le parecía que iba a necesitar. " (E. 29, partera)

Jerarquías de poder en el sistema médico

Varias entrevistadas/os integrantes del equipo de salud expresan que en el campo de la salud existe una cadena de jerarquías que tiene como eslabón final a los pacientes. Plantean que los funcionarios/as de una cierta prestadora de servicios están orientados a demostrar que tienen 'algún poder sobre alguna persona'.

Las decisiones sobre la práctica médica las toma el/la de mayor jerarquía, son escasas las experiencias en donde se toman decisiones en conjunto con el resto del equipo de salud. Además de la falta de complementariedad en el ejercicio profesional, las entrevistadas/os mencionaron que a veces existe maltrato dentro del propio equipo de salud.

"El tema del poder, el sentirse que están por arriba de... en general se ve en los médicos pero en colegas-parteras- también. ." (E. 7, partera)

En los Hospitales escuela, como el Pereira Rossell "... se trabaja desde el poder, el grado alto tiene que demostrar que sabe a los estudiantes, los Residentes a los internos, los internos a los que entran, etc. Yo obstetra le digo a la paciente no grites, luego el médico le dice al obstetra: obstetra tal cosa, a mí me maltrata todo el tiempo el médico, yo maltrato todo el tiempo a la paciente. ... El depositario de todo el maltrato es siempre el usuario... Hay una estructura jerárquica totalmente enquistada, rígida, que no permite ningún movimiento." (E. 17, psicóloga, enfermera y estudiante de partería)

Las parteras y médicos que quieren ejercer desde el modelo de humanización se sienten atacadas/os por el sistema. La diferencia de jerarquías hace que los médicos tengan mayores grados de libertad que las parteras para asistir los partos según sus convicciones.

La siguiente cita refiere a una situación en donde una mujer con alteraciones psiquiátricas estaba en trabajo de parto y fuera de sí, sólo se tranquilizó cuando la partera la dejó salir de la cama y quedarse en un rincón de la sala apoyada en una papelera:

"... fue una lucha toda la noche con el médico. Vos estás ahí con esa mujer, pero el médico está todo el tiempo entrando y saliendo. Ahí está la lucha de poder, él dice que eso así no. Si se te llega a

complicar el parto andá a explicar que no se complicó porque ella estaba en el tacho, sino porque siempre se puede complicar. Ahí tenés que tener mucha capacitación y fundamentación. Pasa todo el tiempo. Eso lo vas agarrando a medida que pasa el tiempo." (E. 24, partera)

Mecanismos de dominación

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. Pero a través de las entrevistas se puede observar, que a veces el poder y la violencia simbólica no alcanzan para controlar 'los cuerpos atendidos'. Es necesario desplegar otro tipo de mecanismos de dominación explícitos.

Uno de los más eficaces consiste en apelar a los mandatos sociales a la maternidad y amenazar con que si la mujer no hace lo que el sistema le exige su bebé corre riesgo de vida.

"Si vienen y te dicen: madre, mire que si no lo tiene se le puede morir el bebé, qué hacés? Te entregás." (E. 1, estudiante de partería)

"... después viene un trato mucho más fuerte: Bueno hacé lo que quieras, si después le pasa algo al bebé la culpa es tuya, yo ya te avisé. Y te dicen: escribí en la historia que la madre no quiso..." (E. 17, psicóloga, enfermera y estudiante de partería)

O en los casos en que las mujeres y sus entornos afectivos deciden no acatar una orden médica, se les pide que firmen una declaración en donde se hacen enteramente responsables de las consecuencias de esa acción (como por ejemplo, luego de una cesárea, en vez de que un/a recién nacido sano quede en la sala de observación, se lo quiera llevar el padre para la habitación).

Varias parteras, encargadas del dictado de los cursos de preparación para el parto, y también los médicos entrevistados plantean que en los cursos de la institución el mensaje hacia las mujeres es de obediencia hacia el equipo médico.

"Si vos enseñás a las mujeres que en parto hay que portarse bien, las mujeres van a ir a portarse bien. Es lo que pasa en muchas preparaciones para el parto, que el concepto está en enseñar la respiración y a portarse bien, cumplir todas las indicaciones, no gritar, no quejarse, no cuestionar, no ser escandalosa, eso no le da herramientas, ni armas para pelear por sus derechos." (E. 29, partera)

La autonomía y la concepción de derechos en la atención obstétrica

El concepto de derechos sexuales y reproductivos interpela la forma tradicional de pensar lo público y lo privado. Para lograr ciudadanía plena es necesario garantizar también las condiciones estatales y sociales para el ejercicio de la libertad sexual y reproductiva. Las ideas de autonomía, libertad, integridad, salud y seguridad sexuales aportan una línea ética para pensar las formas como las sociedades respetan o no este tipo de derechos. Aquí se toma la autonomía como término político, "... en el caso de la autonomía de género estamos hablando del grado de libertad que una mujer tiene para poder actuar de acuerdo a su elección y no a la de los otros. Comprende la capacidad de instituir proyectos propios y la producción de acciones deliberadas (voluntad) para lograrlos; implica un doble movimiento de subjetivarse como sujetos y objetivarse como ciudadanas. (Fernández, 2006:14).

El poder conceptualizar la atención en salud reproductiva desde esta noción de derechos y autonomías implicaría tener en cuenta aspectos culturales, sociales, psicológicos, afectivos así como biológicos de las mujeres. Sin embargo de las entrevistas se desprende que todavía rige un modelo que se relaciona con un objeto - cuerpo, en donde no se consideran sus derechos, ni su historia, ni preferencias y necesidades.

Desde los médicos entrevistados se plantea que el tema de los derechos en salud es un asunto complicado, pues nadie quiere violar derechos conscientemente, pero se reconoce que los equipos de salud no están formados desde una concepción de derechos:

"...no creo que haya ninguna intención institucional y personal de violar los derechos de nadie. Creo que a nivel institucional, a nivel de la gente que trabaja nadie viola los derechos, porque hay normas y se cumplen las normas. Qué se entiende por derechos... y hay derechos de uno y derechos de otros, entonces es difícil definir esas cosas." (E.9, ginecólogo humanista)

El Programa de formación de especialistas en ginecología (2003) no integra en su currícula de tres años absolutamente nada en relación a los derechos sexuales y reproductivos. Ni siquiera aspectos de educación sexual. Lo único que aparece es "el ciclo sexual de la mujer" desde una mirada estrictamente biológica.

Cuando entrevisté a un médico que atiende desde el modelo hegemónico y le pregunté por el cumplimiento de los derechos en la atención obstétrica, sólo se le ocurrió pensar en el derecho a la asistencia:

"Siempre se trata de hacer lo mejor. Derecho a ser atendida siempre se atiende, por ejemplo las embarazadas van primero, ginecólogos hay unos cuantos. Medicina general, pediatría y ginecología hay muchos. Pero por ejemplo urólogos hay poquísimos, acá no hay, no hay ninguno para atender los problemas de un hombre." (E. 8, ginecólogo dentro de la perspectiva hegemónica)

Las parteras entrevistadas entienden que la principal violación a los derechos se da porque no se trabaja sobre el paradigma del parto fisiológico y humanizado:

"... tiene que ver con preservar la vida de la mujer y del niño, pero no respetando el proceso natural de ese parto que llevaría a una mejor relación de esa familia, y además apoyando a la mujer en desarrollarse en toda su potencialidad. En las instituciones la forma del acompañamiento al proceso lo lleva adelante el ginecólogo, lo que hace es orientar a la mujer para que tenga un parto perfecto, rápido, efectivo de tiempo,..." (E. 13 partera)

"No se reconoce la embarazada como persona que tiene derechos en ese momento, derecho de decidir, todas las decisiones pasan por otras personas y nunca por la mujer. Muy pocas veces se le explica lo que se le va a hacer, es: mirá que te rompí la bolsa, mirá que te hice una episiotomía, por supuesto que para nada se reconocen los derechos del bebé, y muy pocas veces los derechos del padre, está como relegado a entrar a la sala de partos, sin ningún otro rol." (E. 29, partera)

Desde este sector particular de las parteras, aparece el ideal de que la mayoría de las mujeres puedan parir de forma natural y autónoma. Sin embargo esto no es lo que sucede en la mayoría de los casos. La medicalización de la sociedad, la sociedad del riesgo y la dominación simbólica del poder médico crean las condiciones para la prevalencia y la aceptación del parto tecnocrático. Esto, a su vez, es explicado por este colectivo debido al desconocimiento de las mujeres de sus derechos:

" Y también ves mujeres como que les da lo mismo, también porque hay mucha cosa de desconocimiento, primero de lo que son derechos, los desconocen, desconocen mucho lo que son buenas o malas indicaciones, tienen la campana de que todo lo que te hacen está bien, porque el doctor lo indica, por algo es, no tienen elementos para cuestionar." (E. 29, partera)

La combinación del sistema de género y el sistema de salud para la expropiación del poder de las mujeres en el parto

Represión de la sexualidad:

De las entrevistas con parteras y estudiantes de partería surge el concepto de que el parto es un momento dentro del proceso de la sexualidad de las mujeres.

"Para mí el parto es una instancia más de la sexualidad de la mujer, que se intenta poner en un lugar público. El hospital y la institución es un lugar público, que a su vez tiene que ser mediado por médico - partera (las parteras podemos llegar a ser dominantes autoritarias, no escapamos a las reglas generales). Una cuestión íntima está puesta en un lugar público donde el que regula tiene que ser objetivo, una cosa muy fuerte. Sumamos lo jerárquico, lo hegemónico, lo masculino, y el que tiene que tomar las decisiones tiene que mantenerse impoluto de esa cosa sexual, con el peso que tiene la sexualidad en nuestra historia... Para mí se arma una olla de grillos bien difícil de desanudar, porque la mujer se reprime en sus sonidos, en sus movimientos, el otro no puede tolerar que grite, que maneje sus ritmos, sino de acuerdo a lo que uno puede medir." (E. 22, estudiante de partería)

El parto está sistemáticamente reprimido en su componente sexual. Se trata de 'esterilizar', 'rutinizar', 'desafectivizar'. Las salas de parto no benefician la intimidad pues en general son compartidas por dos familias; hay un rompimiento sistemático de la concentración del trabajo de parto, pues las rutinas hospitalarias hacen que cada poco tiempo una enfermera, partera o médico/a irrumpa en la habitación a controlar 'algo'. Sin embargo la fuerza de la sexualidad no se elimina y esto suele provocar dudas de cómo proceder, o expresiones represivas y culpabilizadoras de parte de los equipos de salud, como se puede ver en los siguientes ejemplos, el primero es de una adolescente de 15 años embarazada y atendida en el subsector público:

"Cuando estuve internada por la más grande, por amenaza de aborto, te ponían los dedos hasta allá arriba, hasta por gusto. Me abrieron el útero con una espátula, sentís que te molesta, yo sentía que me dolía y lo decía. Y me dijeron: si te gustó ponerla ahora aguantá!!! Fue una doctora, En la puerta de emergencia del Pereira Rossell. Era grande." (E. 28, Mujer que parió en Salud Pública)

El segundo ejemplo se dio en el trabajo de parto de una mujer atendida en el subsector privado; en un momento en que el médico vino a controlarla y ella cerró las piernas, pues estaba con una contracción, el médico expresó: "si no las cerraste antes ahora ya es tarde". (Denuncia publicada en el semanario Brecha en junio del 2010)

Las/os entrevistadas manifiestan que todavía existen mitos en relación a la sexualidad del embarazo, por ejemplo existen ginecólogos que todavía recomiendan no tener sexo durante ese período. También se plantea la necesidad de poder hablar del componente sexual de todo este proceso porque en la clínica obstétrica se ven situaciones graves de no respeto a los tiempos y necesidades de las mujeres por parte de sus parejas:

"Vimos que las mujeres volvían a sus casas luego de tener los bebés y a veces los maridos casi las

violaban. Y nadie habla del tema. Conversar con ellas si han tenido episiotomías, cesáreas, etc... por que no se habla? Porque se dan como temas personales, llenos de pudor, pero para mí atrás de todo esto está la represión. De sexualidad saludable nadie habla." (E. 11, partera)

Todo esto se enmarca en la represión sexual histórica hacia las mujeres. En la clínica obstétrica se reedita de forma actualizada la satanización y desprecio de la sexualidad femenina:

"Estamos pariendo por un aparato genital que todavía tiene connotación de pecado, de feo, de enfermo, de malo, de sucio. Está relacionado con la relación que tenemos con el cuerpo" (E. 15, partera)

Lo que da cuenta de la evocación reiterada a la imagen histórica de mujer portadora de enfermedad a la que alude Giberti (1992) cuando analiza la indisposición con la que se nombra a la menstruación, plantea que estar 'indispuesta' es una expresión que encubre la violencia que acompaña históricamente a las mujeres, en donde repetirla es parte de la adaptación utilizada para instrumentar la complacencia para ser como los hombres decían: enfermas por menstruar. (Giberti, 1992)

En la consulta obstétrica se evidencia diariamente la desconexión de las mujeres con su sexualidad: "... ayer me pasó con una señora que fue porque le picaba y ardía la vulva..., cuando le pregunto: - Ud cómo tiene la vulva? No sé. - Ud tiene manchas, verrugas? No sé. Y le dije: señora Ud no se mira todos los días la cara para pintarse, y bueno la vulva es igual que la cara, Ud se la tiene que mirar, conocer, entonces la mujer quedó muy impresionada, era la primera vez que escuchaba que ella podía mirarse."(E. 24, partera)

Tomando vigencia la pregunta de Giberti: ¿Cómo investir libidinalmente representaciones del interior de un cuerpo que anida enfermedades y suciedad? Sobre todo cuando la palabra dicente llega desde un varón que, en cuanto médico, es asociado con saberes sacerdotales y paternos. (Giberti, 1992:27)

Como una de las posibles respuestas a esta pregunta, es importante registrar la existencia de todo un campo de investigación sobre sexualidad, que entre sus líneas, documenta la existencia de partos placenteros e incluso partos orgásmicos (Niles Newton, 1955; Masters y Johnson, 1966; Juan Merelo-Barberá, 1980; Casilda Rodrigáñez, 2009).

Rodrigáñez (2009) plantea que el parto orgásmico no lo genera el roce de la cabeza del feto en la vagina, sino que es producido por el propio movimiento del útero, siempre que los músculos

funcionen acompasadamente y en un contexto de parto natural. Este tipo de estudios muestran la existencia de dos tipos de contracciones uterinas, las generadoras de placer y las que traen calambres. Juan Merelo (1980) señala "aunque parezca insólito el hecho -el parto orgásmico-, es más tabú que el del incesto, pues en éste queda incólume la figuración machista del poder fálico, ... mientras que aceptar que es posible el placer orgásmico sin falo por medio destruye el principio cultural que sostiene toda la seguridad machista..." (Merelo, 1980:85)

Me pregunto cómo facilitar la circulación de este tipo de discursos placenteros sobre el parto pero sin la imposición de un nuevo mandato hacia la maternidad. ¿Será que es posible enriquecer las vivencias de las mujeres a través del conocimiento de este tipo de experiencias? ¿O para devenir en partos gozados necesitaremos previamente siglos de nuevas relaciones con nuestra sexualidad?

La episiotomía: expresión de misoginia institucional

La episiotomía es una incisión quirúrgica de la vagina y el periné. Practicada a más del 80% de las primíparas en América Latina, constituye un grave problema de salud, por constituir una lesión quirúrgica y hemorrágica que violenta la integridad anatómica y funcional del canal blando del parto (Cárdenas, *et al*, 2008).

En la Universidad de Cuenca, entre el año 2004 y 2005 se llevó a cabo una investigación¹¹ experimental aleatorizada que comparó las lesiones en el canal blando del parto, atendido en posición horizontal y en mujeres primigestas, en un grupo con episiotomía y otro sin episiotomía. Los resultados expresan que los desgarros en la atención sin episiotomía fueron de primer grado y en menor frecuencia de segundo grado (con una media de 8.75 puntos para su suturación) . Mientras que en el grupo con episiotomía todos fueron de segundo grado (con una media de 16.80 puntos para su suturación). Las conclusiones del estudio plantean que:

"... la atención del parto en primigestas sin la realización de episiotomías generó ventajas importantes al disminuir la frecuencia, ubicación, profundidad y número de lesiones del canal blando del parto, requirió de menor número de puntos de sutura para reparar las lesiones menores que se produjeron, si lo comparamos con la gran sección de tejidos maternos en la atención del parto con episiotomía." (Cárdenas et al, 2008: 11)

La razón por la que se la practica radica en que se supone previene desgarros, sin embargo no

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

existe evidencia empírica que confirme esta hipótesis. La ideología patriarcal (que no duda en cortar el cuerpo de las mujeres) y lentitud para introducir cambios en las currículas de medicina hace que se siga practicando de forma indiscriminada.

Como expresó un médico entrevistado cuando le pregunté sobre su uso:

"Qué sería lo mejor? En mi caso yo lo haría, porque no tengo el entrenamiento para no hacerlo....en mi experiencia todas las que he tratado de esperar se me han desgarrado, he tenido complicaciones que se habrían evitado haciendo un corte en el momento, la formación ha sido siempre con el corte, pero conozco otros colegas. El que está en la tarde hizo un curso de cómo llevar el trabajo de parto sin dolor, cómo preparar todo para no hacer episiotomía, no hacerla requiere de una preparación del ginecólogo..." (E. 8 ginecólogo dentro del paradigma hegemónico)

La mayoría de las entrevistadas/os del equipo de salud coincidían en que la práctica de la episiotomía debe ser restrictiva porque genera más consecuencias negativas que positivas.

"... en el embarazo hay un aumento de todos los vasos sanguíneos de toda la zona pelviana, hay mayor irrigación de toda la zona y eso hace que la zona adquiera mayor sensibilidad. Y justamente en la episiotomía cortan vasos y músculos que limitan el placer... en donde se forma la plataforma orgásmica se le hace el corte... Yo digo que son misóginos y las mujeres que siguen el mandato patriarcal" (E. 11, partera)

La investigación feminista sobre el cuerpo de las mujeres arrojó nuevas formas de ver y conceptualizar la sexualidad femenina. Es así que se comienza a descubrir que el clítoris no es simplemente una diminuta protuberancia, un tallo y una capucha justo en el exterior de la vagina. El mismo incluye a todo el periné, diversos músculos pélvicos, la esponja perineal, y toda una estructura vinculada de arterias, vasos y tejidos, llegando a involucrar al útero en la respuesta y placer sexual. (Federation of Feminist Women's Health, 1978)

Dadas las condiciones de investigación actuales y la evidencia empírica publicada por la OMS, la realización de episiotomías a casi todas las mujeres primigestas representa una forma actualizada y solapada de la represión y violencia sexual.

Los mandatos sociales hacia la maternidad

El descubrimiento moderno del valor social de la Maternidad se expresa en la práctica obstétrica radicalizando las exigencias hacia las mujeres, se utiliza el presupuesto de que 'toda madre debe sacrificar lo que sea por el bienestar de su prole' para generar mejores condiciones de docilidad ante

el sistema médico.

"Me tiene que ir divino. Las mujeres te dicen, cuando pasa algo muy doloroso, muy traumático en el parto, te dicen: no importa, está todo bien. De vuelta aparece el precio que tenemos que pagar, si el bebé está bien no importa lo que me dolió a mí, si va a doler siempre, ..." (E. 24, partera)

Por otra parte, las entrevistas revelan el aumento del maltrato de los equipos de salud hacia las mujeres que rechazan la maternidad, ya sea por aborto o por adopción.

"Cuando lo dan en adopción es un capítulo aparte, no muchas mujeres dan en adopción, pero es increíble cómo los mismos profesionales del equipo de salud censuramos esa decisión y la tipificamos como un animal, como mala, como desnaturalizada!!. Antes nosotras, cuando éramos estudiantes, si había una mujer que iba a dar en adopción, la convencíamos de dar de mamar, y muchas veces la señora se quedaba con el bebé, y yo creía que estaba haciendo algo bueno... y ella se iba al lugar donde vivía con el hijo, y yo nunca pensé que lo que estaba haciendo podía causarle destrozos a ella y al niño en su vida, yo fui protagonista para que ese niño no fuera querido, que fuera maltratado!!!" (E. 2, partera)

En relación al aborto se perdió la alianza antigua entre las comadronas y matronas con las mujeres. Ellas eran las encargadas de realizar los abortos, comunes y necesarios en un mundo sin anticoncepción. Luego con el advenimiento de la medicalización de la salud reproductiva y la desaparición de las comadronas empíricas las mujeres quedan solas y libradas a sus posibilidades económicas de pagarse o no un aborto médico clandestino. Asunto denunciado por los colectivos feministas como un ejemplo claro de injusticia social y grave problema de salud.

El mandato del control médico sobre los cuerpos y procesos de las mujeres

El proceso de medicalización de la sociedad, si bien incluyó a todos los individuos, se radicalizó en las mujeres. En dos entrevistas a parteras aparece una crítica profunda al mandato de control médico sobre la vida de las mujeres.

"Antes si eras sano no ibas al médico, ahora se instaló el control. Los varones van por accidentes o enfermedades. Las mujeres están mandatadas a ir, así nos educan desde chiquitas. Hay un mandato de control de la sexualidad y la reproducción, hay que ir al ginecólogo!!, la mamografía, el pap. Las niñas cuando empiezan a menstruar van a la ginecóloga,... antes tu no ibas hasta tu debut al médico, no ibas al médico al empezar a menstruar a ver si todo iba bien en tu cuerpo, tu suponías que tu cuerpo era sabio y estaba bien, al menos que tuvieras alguna alteración. Sino no ibas." (E. 24, partera)

El fragmento anterior me hace pensar en algunas preguntas: ¿existe en Uruguay una masa crítica que esté analizando la relación de la medicina con los cuerpos y procesos de las mujeres?. ¿En qué contextos históricos y bajo qué condiciones las sociedades asumen el cuidado de la salud de las mujeres?. ¿La asistencia médica: un derecho o una obligación?

El paradigma de derechos en salud no contiene el valor de la autonomía humana. En los discursos de dos estudiantes de partería y de las mujeres que se prepararon en cursos con perspectiva de humanización aparece claramente una relación entre la dominación del sistema de salud en el parto y las condiciones necesarias para mantener el sistema patriarcal.

"Es muy peligroso para el sistema dominante y patriarcal que todas las mujeres sepan lo que quieren y estén conectadas con lo que les pasa en ese momento, o sea, el momento de parto es de contacto con tu sexualidad, como yo quiero que sea vivido. Y en realidad lo podés vivir sola, si estás con información y conciencia, no dependés tanto de lo que te digan o te vengan a hacer. El peligro es que las mujeres lo puedan hacer de esa manera, prescindiendo del sistema, ese es el peligro que no dependan, que tengan más poder. Una mujer controlada significa que vos le decís algo y no te dice nada, acepta todas las intervenciones que les haga. Una mujer descontrolada capaz que no. El poder del parto" (E. 10, estudiante de partería)

Aparece también la prevalencia del discurso científico asociado al discurso moral:

"Uno se queda sin herramientas para explicar por qué decidiste tener tu parto en casa, o naturalmente sin anestesia, te quedás sin herramientas ante un mundo que tiene muchas cosas justificadas así, avaladas moralmente y son así y punto, no se discute. Yo también me quedo sin herramientas, viene mi madre y en un momento ya no puedo. Para mí es así y creo en mi poder, pero para esta sociedad eso no es válido, sentirse poderoso y saber que uno puede cosas no es válido. Tenés que apoyarte en algo, sino hay un estudio estadístico, algo científico que avale eso no es válido. Por Dios!! de qué nos estamos perdiendo..." (E. 23, Mujer que parió en su casa por elección)

Si pensamos en las mujeres como colectivo en desigualdad de poder en relación al colectivo masculino, es interesante traer el planteo de Ana María Fernández (2006) en relación a los procesos de apropiación necesarios para que un grupo sea discriminado:

- Apropiación de los bienes que efectivamente produce (económicos, simbólicos, sentimentales y/o eróticos)
- Apropiación de sus potencias como grupo social y/o como individuo (potencias económicas,

simbólicas, sentimentales y/o eróticas) para producir bienes (Fernández, 2006:7)

Podría plantearse que las condiciones actuales de atención al parto organizan un proceso de apropiación de la potencia de parir de las mujeres, como grupo y como individuos. En la siguiente cita a un médico que atiende desde la perspectiva hegemónica se puede observar lo energizante y placentero que resulta para él asistir los partos, me pregunto cómo se sentirán las mujeres que asistió:

"Qué te gusta de atender los partos? Y todo, yo qué sé, es una vida que va llegando, es esa habilidad, esa destreza manual, son varias cosas que tenés que manejar bien con tus manos, es quizá lo que me llamó la atención de la ecografía, destreza manual que no la aprendés leyendo, tenés que hacerlo, ... tal vez sea el momento, cuando termina un parto te sentís de una forma que es increíble, o sea, diste lugar... ayudaste en una vida, salís como ... - hace gestos de inmensidad con las manos-, es una emoción por dentro, si estás cansado se te va todo..." (E. 8, ginecólogo dentro del paradigma hegemónico)

El control del parto: jaque a la perspectiva de derechos y autonomía

Dentro del proceso de medicalización del parto se instaura el control médico al embarazo. En la actualidad las Normas de Atención a la Mujer Embaraza del Ministerio de Salud Pública, si bien reconocen que la evidencia científica entiende que con más de cinco consultas no se mejoran los resultados perinatales, aconseja: una consulta por mes hasta la semana 32, quincenalmente hasta la 36 y semanalmente hasta el parto. Esto representa aproximadamente 13 consultas (MSP, 2007). En la actualidad el nivel de captación de los embarazos por los sistemas de salud y los porcentajes de controles prenatales es un indicador macro social sobre salud materna, formando parte de las metas prestacionales. Concretamente los Objetivos del Milenio (ODM) en el capítulo sobre salud materna (número 5), establece que uno de los indicadores para la reducción de las muertes maternas es el porcentaje de embarazos 'captados' en el primer trimestre. El documento plantea que en el Uruguay entre los años 1990 y 2007 ha habido un aumento sostenido de la captación de embarazos en el primer trimestre, pasando en el período de un 30 a un 58%. De todas formas persiste la preocupación debido a que hay un 10% de embarazos capturados recién en el tercer trimestre, estos son considerados de riesgo por el sistema. (ODM, 2009:67)

En todos los documentos y campañas por la captación del embarazo precoz se enuncia una relación inversamente proporcional entre la cantidad de controles prenatales y el porcentaje de nacimientos

pretérminos¹²:

"Alrededor de 4.400 bebés nacen prematuramente en Uruguay por año, según datos de ASSE. Además, la prematurez es la principal causa de muerte de los niños menores de un año en el país. Este problema comienza con la falta de control de las madres durante el embarazo. Las estadísticas también arrojan que la prematurez se duplica entre los sectores más vulnerables de la sociedad. (Diario El País, publicado el 9/9/2010)

Como se puede ver se responsabiliza a 'las madres' de no controlarse el embarazo y por tanto aumentar el riesgo de parto prematuro, cuestión que lleva a la muerte de niños. Esto es una cadena causal errónea. Cuatro de cada diez nacimientos prematuros tienen causas desconocidas. Luego en las investigaciones consultadas (Sánchez y Gandini, 2007, Villamonte et al, 2001) se encontró que el factor fundamental en el nacimiento prematuro es la pobreza de las madres. Luego aparecen otras causas vinculadas a la maternidad adolescente, stress, trabajos de mucha exigencia física, rotura de membranas, etc.

Dos parteras afirman que el hecho de no controlarse el embarazo no trae *per se* nacimientos prematuros, lo que sucede es que en general las mujeres que no se controlan el embarazo, son de sectores muy pobres, con vidas complicadas, con situaciones de violencia doméstica, con embarazos no deseados (en un país donde abortar es penalizado).

Como se puede ver en el siguiente fragmento de entrevista a una mujer atendida en salud pública y con un embarazo de seis meses:

"Esta es la segunda vez que me vengo a controlar. Me van a relajar toda... Me van a decir por qué no me controlé. Yo no he podido, estoy cuidando a 5 gurises, dos míos y tres de mi cuñada que se fue a trabajar a España". (E. 21, Mujer que parió en Salud Pública)

Por otra parte dependiendo desde qué concepción de derechos se realicen los controles podrán potenciar y cuidar a las mujeres o castigar e insistir en los posibles riesgos y patologías asociadas generando temor y angustia, como muestran los siguientes fragmentos de entrevista:

"... yo me controlaba con una pero me trataba tan mal... me dijo: porqué te viniste a controlar ahora si ya estás de 25 semanas? Recién te acordás ahora?. Tá. no me quiero encontrar nunca más con ella" (E. 20, Mujer que parió en Salud Pública)

"Cuando tenía 19 años vine con una ginecóloga de adolescentes, porque estaba embarazada y me trató horrible, me preguntaba: Por qué te embarazaste?. Y cosas por el estilo. No volví más." (E. 28, Mujer que parió en Salud Pública)

12 Nacidos luego de la semana 23 y antes de la 37.

A partir de estos testimonios resulta necesario plantear la pregunta de por qué el sistema de salud no se interroga a sí mismo cuando hay mujeres que no lo toman como centro de referencia en su embarazo? En vez de esto indaga y cuestiona a las mujeres que no son 'captadas' tempranamente, ellas son las culpables de aumentar los riesgos de sus partos prematuros.

El MSP plantea en su sitio: "... en muchos casos, los bebés prematuros vienen de embarazos no controlados. Por ello, también para los niños es fundamental que las madres cuiden sus embarazos para llegar al término." (Jornada de trabajo del MSP para mejorar la captación y control del embarazo, disponible en: www.msp.gub.uy).

Me pregunto qué otras dimensiones debería promover y cuidar el Estado en las mujeres embarazadas para prevenir la morbilidad, sólo alcanzará con campañas agresivas¹³ para su control?

Parece clara la ausencia de una visión de derechos como criterio general en las prácticas médicas. Las políticas de salud actuales incorporan compulsivamente a las mujeres embarazadas a los controles médicos de formas que no implican un empoderamiento y una responsabilidad de la propia salud y las decisiones ligadas a ello; sino desde una concepción de control para la mejora de los indicadores de salud básicamente en lo que respecta a la disminución de muertes materno infantiles, independientemente del trato, el cuidado y las decisiones de las mujeres.

Para construir la ciudadanía emancipada es necesario para este sujeto político femenino superar la relación paternalista y tutelar del Estado, que se ve claramente reflejado en la medición de "los controles" del embarazo como única forma de contemplar la salud de las mujeres en este proceso. Hace falta construir sociedades lo suficientemente maduras como para reconocer y respetar la capacidad de decisión de cada mujer sobre su propia vida y por tanto su cuerpo. Aquí surge la necesidad de identificar los principios de accesibilidad, justiciabilidad y exigibilidad de los derechos sociales, sexuales y reproductivos.

¹³ En varios afiches de campañas en el Uruguay por el control del embarazo aparece un dedo índice de un profesional de la medicina apuntando a las mujeres con mensajes autoritarios sobre la obligación de controlarse.

BIBLIOGRAFÍA:

Bourdieu, Pierre (2000) "Sobre el poder simbólico" en *Intelectuales, política y poder*, traducción de Alicia Gutiérrez, Buenos Aires, UBA.

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

Fernández, Ana María:

(1994) *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*, Buenos Aires, Paidós.

(2006), *Poder y autonomía: Violencias y discriminaciones de género*, Madrid, Agencia Laín Entralgo, Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

Fernández, Manuel (2005) "La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu: una aproximación crítica", Universidad Complutense de Madrid, disponible en: www.revistas.ucm.es

Giberti, Eva (1992) "Mujer, enfermedad y violencia en medicina. Su relación con cuadros psicossomáticos" en Giberti, Eva y Fernández, Ana María (comp) *La mujer y la violencia invisible*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana.

Merelo Barberá, Juan (1980), *Parirás con placer*, Barcelona, Editorial Kairós.

Objetivos de Desarrollo del Milenio (2009) Uruguay / Informe País, Consejo Nacional de Políticas Sociales, Mides.

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

FUENTES DOCUMENTALES:

Federation of Feminist Women's Health (1978), *A new view of a woman's body*, Los Ángeles, Usa, A touchstone Book.

Medina, Graciela (2008), "Violencia Obstétrica". Disponible en: www.gracielamedina.com/asset. Bajado en agosto de 2010.

Mesa, Serrana y Viera, Mariana (2008) "El cuerpo Biomédico", artículo devenido de la investigación "Género, Cuerpo y Sexualidad", Montevideo, FHCE – UDELAR.

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

Sánchez y Gandini (2007), "Parto pretérmino: Incidencia en período enero-junio" Servicio de maternidad. Hospital Interzonal de Agudos, Buenos Aires.

Organiza:
Comisión de Investigación Científica



Apoya:

