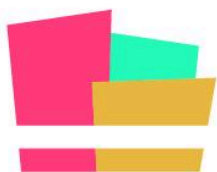


ENTRE SILENCIOS Y TENSIONES:

una investigación periodística sobre la **violencia obstétrica** en el sistema de salud uruguayo

Sofía Dri
Lucía Ulloa





Facultad de
**Información y
Comunicación**



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

Trabajo Final de Grado
Licenciatura en Comunicación

**Entre silencios y tensiones: investigación periodística sobre la violencia
obstétrica en el sistema de salud uruguayo**

Lucía Ulloa

Sofía Dri

Tutora: Natalia Uval

Co-tutora: Amanda Muñoz

Montevideo, noviembre de 2025

Tabla de contenidos

Agradecimientos	3
Presentación del campo de investigación	4
Objetivos e hipótesis	6
Metodología	8
Fundamentación del objeto de estudio	13
Reportaje periodístico	14
Reflexiones individuales	26
Referencias bibliográficas	30
Anexos	33

Agradecimientos

A quienes hicieron posible que este trabajo encontrara su forma, su rumbo y su sentido.

A Amanda Muñoz, por su guía paciente, por ordenar las ideas cuando el camino se volvía incierto y por recordarnos que incluso en medio del caos se puede avanzar con claridad.

A Natalia Uval, por su mirada profunda y su compromiso genuino, que nos recordó por qué este tema merece ser contado con respeto y con verdad.

A todas las madres que valientemente abrieron sus corazones para contar sus historias personales para darle caras y voces reales a este reportaje.

A los profesionales y técnicos que prestaron su conocimiento en la materia y nos ayudaron a entender cómo funciona el proceso de parto en Uruguay.

Y a nuestras familias, que sostuvieron las horas interminables de escritura durante estos dos años, sin dejar de creer en nosotras cuando las fuerzas flaqueaban.

Presentación del campo de investigación

La violencia obstétrica constituye una forma específica de violencia basada en género que se manifiesta en el ámbito de la atención en salud sexual y reproductiva, particularmente durante el embarazo, el parto y el puerperio. Históricamente ha sido naturalizada e invisibilizada bajo la lógica biomédica, es por eso que su estudio implica repensar no sólo las prácticas clínicas, sino también las relaciones de poder en el sistema de salud, los modelos formativos profesionales y el lugar social que se le otorga a los cuerpos gestantes.

El término es formalmente reconocido en el marco normativo uruguayo desde la aprobación de la Ley 19.580 de Violencia hacia las Mujeres Basada en Género (2017). Esta ley define la violencia obstétrica como "toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud que, directa o indirectamente, afecte la autonomía, el cuerpo y los derechos reproductivos de las mujeres durante los procesos de atención en salud sexual y reproductiva" (art. 6, literal T).

Previo a que el concepto fuera incluido en la legislación nacional, Uruguay ya contaba con antecedentes normativos que apuntaban a una atención respetuosa de los derechos de las personas gestantes. En 2001 se sancionó la Ley 17.386 de Acompañamiento a la Mujer en el Parto, Parto y Nacimiento, y en 2008 la Ley 18.426 de Salud Sexual y Reproductiva, que allanaron el camino en establecer derechos en esta materia.

No obstante, a pesar de su inclusión en el plano jurídico, este tipo de violencia no ha sido objeto de protocolos específicos ni de una política activa de prevención, registro y sanción. El Decreto 339/2019 que reglamenta la Ley 19.580, establece procedimientos para el registro de casos de violencia basada en género en el sistema de salud, aunque no detalla mecanismos diferenciados para abordar situaciones de violencia obstétrica.

Los fallos judiciales en Uruguay han abordado situaciones que se encuadran dentro de esta problemática —como casos de mala praxis, abuso o negligencia durante el parto— pero lo hacen sin utilizar el término "violencia obstétrica" como categoría jurídica. Esta ausencia se reproduce también en el plano institucional: el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha incorporado algunas directrices sobre parto humanizado y trato digno, pero no cuenta con protocolos específicos para prevenir la violencia obstétrica, ni sanciones claras para quienes la ejercen, y tampoco dispone de estadísticas públicas consolidadas sobre este fenómeno que den cuenta de su prevalencia.

Esta falta de implementación no puede analizarse solamente desde una perspectiva jurídica o técnica, sino que responde también a factores estructurales, sociales y culturales. De la información y los testimonios relevados en esta investigación, se desprende que en Uruguay persiste una normalización del maltrato en la atención gineco-obstétrica, que muchas veces es naturalizado por las propias usuarias y legitimado por parte del personal médico. La asimetría en la relación médico-paciente, la falta de acceso a la información, y la concepción aún extendida del parto como un acto médico más que como un proceso fisiológico y emocional, contribuyen muchas veces a silenciar este tipo de violencia.

Esto revela una brecha significativa entre el reconocimiento normativo y la implementación práctica de los derechos vinculados a una atención obstétrica libre de violencia. Su escasa implementación institucional y judicial configura un escenario de invisibilización estructural. A través de esta investigación se buscará describir y analizar esa brecha, indagando en el rol de los organismos del Estado, de los profesionales de la salud y del sistema judicial, así como en las experiencias de quienes han atravesado situaciones que podrían ser definidas como violencia obstétrica.

Objetivos e hipótesis

Los objetivos que nos planteamos con esta investigación son:

Objetivo principal

- Abordar las percepciones, experiencias y representaciones sociales en torno a la violencia obstétrica en Uruguay, a través del análisis de los marcos institucionales y profesionales que inciden en su reconocimiento o invisibilización, en contraste con las vivencias de las usuarias.

Objetivos secundarios:

1. Comprender cómo se desarrolla el proceso de parto en las instituciones de salud con el fin de identificar las principales fallas planteadas por el sistema.
2. Retratar las distintas formas en que se manifiesta actualmente la violencia obstétrica en los servicios de salud en Montevideo, enfocándonos particularmente en los últimos cinco años.
3. Identificar los mecanismos actuales de control y sanción ante la denuncia de un episodio de violencia obstétrica, y la aplicación real de estos mecanismos.
4. Encontrar propuestas de cómo podría mejorarse el proceso de atención a la hora de prevenir situaciones de violencia obstétrica.
5. Informar sobre el fenómeno, con el fin de visibilizarlo.

Las hipótesis que nos planteamos de cara al tema de estudio son las siguientes:

Hipótesis principal

- Un agente central en la aparición de situaciones de violencia en el parto es la forma en la que está planteado el proceso de parto en las instituciones de salud.

Hipótesis secundarias

1. Parte de la prevalencia de situaciones de violencia obstétrica en el parto se explica por el proceso institucional de atención ginecológica a lo largo de la vida de las mujeres.
2. El proceso de formación de los ginecólogos carece de un enfoque orientado a la prevención de la violencia obstétrica.

3. La invisibilización y naturalización de este tipo de situaciones hace que el personal médico, las mujeres que transitan el parto, y la población en general estén poco informados al respecto.
4. Las políticas o infraestructuras dedicadas a informar a las mujeres sobre esta temática son insuficientes. Esta falta de información deja en situación de vulnerabilidad a las mujeres ante este tipo de situaciones.
5. El surgimiento de una corriente de partos naturales, domésticos y la contratación de doulas se explica como contrapartida a la institucionalización del parto.
6. El uso de prácticas de asistencia en el parto (inducción por goteo, episiotomía, etc) no configura violencia obstétrica en sí mismo, pero puede generarla si se recurre a ellas de forma innecesaria o no consensuada.

Metodología

La presente investigación adopta un enfoque metodológico predominantemente cualitativo, orientado a comprender las percepciones, experiencias y representaciones sociales en torno a la violencia obstétrica en Uruguay, así como los marcos culturales, institucionales y profesionales que inciden en su reconocimiento o invisibilización. Dado que se trata de un fenómeno complejo, situado y en gran medida naturalizado en los discursos y prácticas médicas, abordar la problemática significó un gran desafío periodístico y personal.

La realización del trabajo duró aproximadamente dos años, lo que evidencia que no se rigió bajo los parámetros de la inmediatez, sino que por el contrario, se trató de un exhaustivo análisis que a través de la observación, la documentación y la interpretación buscó dar cuenta del panorama actual en lo que refiere a la atención obstétrica. Es por eso que el documento fue mutando en diferentes versiones, desde los objetivos planteados, hasta el enfoque para cada entrevista y la mirada que se buscaba aportar. En la violencia obstétrica confluyen decenas de aristas donde se entrelazan diversas disciplinas, que merecen ser estudiadas en profundidad.

En ese sentido, dentro de las distintas expresiones que puede asumir la violencia obstétrica a lo largo del proceso reproductivo, esta investigación optó por concentrarse en el momento del parto. La decisión respondió, en primera instancia, a una necesidad metodológica: acotar el campo de análisis para profundizar en una etapa donde las prácticas asistenciales, los vínculos entre profesionales y usuarias, y las condiciones institucionales adquieren su máxima tensión. También obedeció a un criterio de pertinencia social; en medio de la escasa visibilización, el parto constituye el escenario en el que la violencia obstétrica resulta más reconocible y, por ende, más accesible para su abordaje.

Este enfoque permitió observar con mayor claridad los modos en que el sistema de salud, las rutinas médicas y las estructuras de poder se materializan sobre los cuerpos de las mujeres en un momento de especial vulnerabilidad. Sin embargo, cabe señalar que las manifestaciones de esta violencia exceden ampliamente el acto del nacimiento: se extienden al embarazo, al posparto e incluso a la atención ginecológica cotidiana. Pese a que estas etapas son mencionadas en el reportaje, explorarlas en profundidad constituiría un aporte valioso para futuras investigaciones, ya que cada una de ellas encierra dinámicas propias de desigualdad y de silencios que merecen ser contadas.

Asimismo, se definió un recorte temporal de cinco años, buscando relatos de mujeres que atravesaron situaciones de violencia obstétrica entre 2019 y 2024 en centros asistenciales públicos y privados de Montevideo. Este recorte procuró explorar la manifestación actual del concepto, en un contexto normativo que, al menos en el plano formal, ha avanzado en materia de derechos humanos y de protección hacia las mujeres. Aun así, también se recibieron testimonios que refirieron a experiencias ocurridas en décadas anteriores, tanto de personas cercanas, como de profesionales de la salud que hablaron a partir de sus propias vivencias o de las de otras mujeres, que aportaron valiosos indicios sobre la persistencia cultural y estructural de la problemática, que sirvieron para contrastar y confirmar su arraigo social.

La elección de situar el estudio en Montevideo se debió principalmente a una cuestión logística y metodológica: concentrar el trabajo de campo en un único territorio permitía un análisis más profundo y manejable dentro de las limitaciones del equipo. Cabe señalar que una futura ampliación del estudio a otros departamentos sería de gran relevancia, dado que en muchos casos la vulneración de derechos se vincula directamente con la escasez de recursos a nivel asistencial —desde la falta de personal capacitado hasta la ausencia de equipamiento básico—, factores que también inciden en las formas en que se ejerce y reproduce la violencia obstétrica, y que fueron mencionados por algunas fuentes como problemas recurrentes en el interior del país.

Se tomaron como insumo dos investigaciones fundamentales que caracterizan la violencia obstétrica en Uruguay desde perspectivas históricas y cualitativas, con abordajes desde diversos campos de conocimiento. Por un lado, la tesis *Institucionalización y medicalización del parto en Uruguay (1920-1960). Tensiones para la autonomía reproductiva de las mujeres*, realizada por Natalia Magnone en 2022, para optar por el grado de Doctora en Ciencias Sociales con especialización en Trabajo Social en la Universidad de la República (Udelar). Fue utilizada como fuente de archivo y referencia histórica para comprender la evolución de las prácticas obstétricas en el país, así como los procesos de institucionalización que configuraron la atención del parto a lo largo del siglo XX. Su aporte permitió situar el fenómeno dentro de una continuidad histórica, lo que evidencia que no surge de manera aislada, sino como resultado de estructuras y discursos médicos que se consolidaron en el tiempo.

Por otro lado, recurrimos al Trabajo Final de Grado *Violencia obstétrica: percepciones de mujeres sobre sus experiencias de parto y nacimiento de sus hijos en maternidades de Montevideo*, elaborado por María Sofía Juanicotena Mela en 2019, presentado para obtener el título de Licenciada en Psicología por la Udelar. Sirvió como inspiración para pensar la dimensión narrativa de este trabajo, en especial la importancia de recuperar las voces de las madres como eje central del relato. Su enfoque en las experiencias subjetivas de las mujeres fue clave para moldear la decisión de otorgar protagonismo a quienes históricamente han sido silenciadas, y trasladar al espacio periodístico aquello que la sociedad muchas veces no permite: hacer oír su voz.

Otro texto fundamental fue el artículo “Violencia obstétrica y acceso a la justicia: análisis desde una perspectiva de género” publicado en 2022 por Gallardo Duarte y Echetto, que analiza la violencia obstétrica en Uruguay desde una perspectiva jurídica y de género, con foco en las dificultades que enfrentan las mujeres para acceder a la justicia ante situaciones de vulneración de derechos durante el embarazo, parto o puerperio. Las autoras sostienen que la violencia obstétrica es una de las formas menos visibilizadas de violencia basada en género, debido a la naturalización de las prácticas médicas y a la estructura patriarcal que atraviesa el sistema de salud. A través del estudio de casos y del análisis normativo, advierten que la falta de reconocimiento explícito del concepto genera un vacío institucional que impide su adecuado abordaje y sanción. Además, destacan que las mujeres se enfrentan a múltiples barreras —culturales, simbólicas y procedimentales— al momento de denunciar.

Por otra parte, el manejo de las fuentes fue un eje central de esta investigación, tanto por las implicancias éticas de trabajar con testimonios vinculados al dolor y la vulneración de derechos, como por la responsabilidad periodística que supone representar con respeto y fidelidad las diferentes voces.

Dialogar con las madres configuró una de las instancias más delicadas y significativas del proceso, dado que se pretendió contar con una multiplicidad de historias que pudieran dar cuenta de diferentes percepciones y expresiones sobre la cuestión. Para lograr un alcance real, se difundió un afiche (ver anexos) a través de diferentes cuentas de Instagram cuyo contenido apunta a mamás o familias; una de estas cuentas, llamada *Violencia obstétrica Uruguay*, funciona como plataforma de denuncia de casos de violencia obstétrica, en la que desde el anonimato las víctimas pueden manifestar sus vivencias y alertar sobre profesionales de la salud que incurren en prácticas violentas. A su vez, el afiche también fue colocado en sitios estratégicos como el hospital Pereira Rossell, la Asociación Española, en las cercanías de jardines y escuelas del centro de la ciudad, y en espacios públicos con juegos infantiles.

Esta estrategia permitió llegar a mujeres de distintos perfiles socioeconómicos y edades, en su mayoría residentes de Montevideo, que se comunicaron vía Whatsapp para compartir sus vivencias desde la confianza y el deseo de ser escuchadas. Se concretaron tres entrevistas en profundidad con mujeres que sufrieron violencia obstétrica, en las que se indagó sobre las diferentes situaciones que transitaban. Cada encuentro duró aproximadamente 45 minutos, en los que se procuró construir un clima de cuidado, en el que la prioridad estuviera puesta en la comodidad y el consentimiento de las participantes, priorizando el bienestar emocional por sobre la obtención de información. No se intentó encasillar los relatos dentro de categorías predefinidas, sino de habilitar la palabra. Se implementaron diferentes recursos a la hora de plasmar estas experiencias en el texto, uno de ellos, por ejemplo, fue el de cambiar los nombres; esto con el único propósito de preservar la intimidad e integridad de las víctimas y que se sintieran completamente libres para expresarse.

Un hecho interesante que ocurrió es que varias madres se contactaron con la intención de conversar, pero llegado el caso no se animaron, a pesar de que también se les ofreció cambiar su nombre para no ser identificadas, lo cual en cierto sentido habla de la delicadeza del tema. Asimismo, se recibió el testimonio que da inicio a la nota periodística, que provino de una estudiante de Enfermería que presenció hechos de violencia en el parto. Estos insumos fueron fundamentales para comprender cómo se manifiestan las formas de maltrato en la atención y cómo estas son interpretadas por quienes las atraviesan.

A su vez, se realizaron entrevistas a una diversidad de actores vinculados al campo obstétrico y de derechos sexuales y reproductivos, con el objetivo de identificar patrones discursivos, tensiones y sentidos atribuidos a la violencia obstétrica desde distintos marcos de referencia. Entre los perfiles entrevistados se encuentran:

1. **Carolina Farías:** psicóloga, doctora en Psicología (Udelar). Directora del Instituto de Psicología de la Salud. Docente-investigadora en género, salud reproductiva y cesáreas.
2. **Natalia Magnone:** licenciada en Trabajo Social, magíster en Ciencias Sociales y doctora en Ciencias Sociales (Udelar). Docente-investigadora en perspectiva de género, violencias de género y violencia obstétrica.
3. **Lucía Triaca:** ginecóloga, actividad asistencial en mutualistas.
4. **Alicia Abad:** doula y educadora perinatal. Fundadora de “Maternar en libertad”.
5. **Romina Gallardo:** abogada; directora/fundadora de la organización Gestar Derechos
6. **Romina Almeida:** obstetra partera (Udelar), actividad asistencial en ASSE.
7. **Francisco Cóppola:** ginecólogo y obstetra, profesor titular y director de la Clínica Ginecotológica B del Hospital de Clínicas (Facultad de Medicina, Udelar).
8. **Eliana Martínez:** obstetra partera, directora de la Escuela de Parteras (Facultad de Medicina, Udelar); magíster en Bioética. Actividad asistencial en ASSE y mutualistas.
9. **Andrea Akar:** obstetra partera, profesora adjunta en la Escuela de Parteras (Udelar). Coordinación académica y actividades de extensión.
10. **Claudio Sosa:** ginecólogo y obstetra, profesor Agregado en la Clínica Ginecotológica C (Facultad de Medicina, Udelar). Jefe del Servicio “Clínica de la Mujer” en el Círculo Católico de Obreros del Uruguay.
11. **Fernanda Putti:** obstetra partera y educadora sexual, actualmente subdirectora del Hospital de la Mujer. Al momento de realizar la entrevista se desempeñaba como referente en Salud Sexual y Reproductiva en ASSE. Actividad asistencial en ASSE y mutualistas.

Se pretendió dialogar con referentes del MSP, tanto de la administración pasada como de la actual, pero no fue posible esa conversación, aún cuando se intentaron diferentes vías de contacto. Se procuró dialogar con el ginecólogo Leonel Briozzo, actualmente en funciones como subsecretario del MSP, para consultar sobre la inclusión del enfoque de derechos en las políticas perinatales. También se requirió entrevista con el ginecólogo Rafael Aguirre, responsable del Programa Salud Integral de la Mujer del MSP y referente en materia de salud sexual y reproductiva, para indagar sobre la implementación de las recomendaciones, en ambos casos no hubo respuesta. Por último, se intentó contactar a la doctora Fernanda Nozar, directora general de la Salud del MSP, para consultar aspectos técnicos y de fiscalización de los protocolos, sin poder concretar la entrevista solicitada.

Al mismo tiempo, a fin de recabar datos oficiales sobre la atención obstétrica en Uruguay, se recurrió a la herramienta de la Ley N.º 18.381 de Acceso a la Información Pública. En este sentido, se realizaron solicitudes específicas ante distintos organismos estatales; un pedido

formal a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), que tenía como fin averiguar si existía un registro sistematizado sobre la prestación “preparación para el nacimiento”, y la consulta al MSP sobre datos estadísticos de violencia obstétrica (Ordenanza N° 3728 del MSP). En esta última cabe destacar que, a pesar de que se realizó la consulta pertinente al organismo, la respuesta disponible fue brindada a partir de la solicitud de otra persona, que aparentemente pretendía los mismos datos que se consideraron necesarios para esta investigación.

Paralelamente, se procuró acceder a información proveniente del sector privado, mediante el envío de una carta formal a la Asociación Española, una de las principales mutualistas del país. Sin embargo, la ausencia de respuesta a dicha solicitud refleja la falta de acceso a información en el ámbito privado de la salud. También se iniciaron gestiones con la mutualista Círculo Católico, pero no se logró establecer contacto.

Complementariamente, se incorporaron fuentes cuantitativas disponibles, aunque limitadas, tales como datos de la última ordenanza del MSP sobre parto humanizado, y encuestas producidas por organizaciones de la sociedad civil como Mujer y Salud en Uruguay (MYSU). Si bien estas fuentes no permiten hacer una caracterización estadística del problema, brindan información relevante sobre prácticas médicas frecuentes, niveles de consentimiento informado y percepciones de las usuarias respecto al trato recibido. Se analizaron fallos judiciales y administrativos, así como documentos normativos (leyes, decretos y resoluciones ministeriales), con el fin de comprender de qué manera el Estado uruguayo ha abordado —o ha dejado de abordar— la violencia obstétrica desde el plano jurídico y sanitario. Esto permitió construir un panorama amplio, crítico y fundamentado sobre las condiciones actuales en las que se inscribe esta forma de violencia de género en Uruguay.

Se realizó la carátula artística de manera física, utilizando óleo pastel sobre papel canson. La elección de esta técnica se debió a que los trazos gruesos del pastel evocan cierta violencia por su rusticidad. Por otra parte, la composición buscó aludir de forma abstracta al interior de un útero, y de allí la elección de colores rojos, rosados, violetas y marrones. La idea era transmitir el concepto de violencia obstétrica sin que fuera demasiado gráfico o evidente, y enfocándose más bien en el impacto emocional que tiene sobre quienes la sufren.

Fundamentación del objeto de estudio

La violencia obstétrica sigue siendo un suceso ampliamente invisibilizado en el debate público, en las políticas institucionales y en los medios de comunicación en Uruguay. A pesar de su reconocimiento en la normativa vigente, su presencia en los relatos de usuarias, en los pasillos de los hospitales y sanatorios, y en ciertas resoluciones administrativas y judiciales, demuestra que se trata de una problemática real y persistente, aunque socialmente poco reconocida y escasamente documentada.

Investigar sobre este tema implica atender a un vacío informativo y discursivo: cuando una forma de violencia no se nombra, tampoco se mide, ni se previene, ni se repara. En este sentido, visibilizar la violencia obstétrica no sólo tiene valor desde una perspectiva de derechos humanos, sino también desde el compromiso ético del periodismo con la tarea de contribuir a una comprensión más profunda y crítica de las formas en las que se manifiesta la violencia de género en los espacios menos evidentes.

La atención obstétrica —un espacio donde confluyen el saber médico, las estructuras de poder y la vulnerabilidad de las personas gestantes— es particularmente sensible a las asimetrías. La ausencia de información clara, el trato despersonalizado, la práctica de procedimientos sin consentimiento informado y el uso del miedo como forma de control, son experiencias que se repiten con frecuencia, pero que pocas veces encuentran lugar en el registro formal o en la agenda institucional. Esto también ocurre fuera de Montevideo, donde las condiciones de atención obstétrica se ven limitadas por la falta de recursos, de personal capacitado y de instancias de acompañamiento.

En ese contexto, investigar y comunicar sobre violencia obstétrica no es solamente una forma de denunciar una omisión, sino también de generar conocimiento que habilite el diseño de políticas públicas más sensibles, cercanas y respetuosas de los derechos de las personas. Es, en última instancia, un aporte necesario para que la salud reproductiva no sea entendida únicamente como una cuestión técnica, sino como un espacio en el que también confluyen principios fundamentales como la dignidad, la autonomía y el trato humano.

Reportaje periodístico

Dar a luz

Pese a las leyes y políticas vigentes, especialistas, madres y documentos oficiales revelan cómo la violencia obstétrica sigue presente en el sistema de salud uruguayo

El frío del block era estremecedor. Las manos frías, la mirada fría, el corazón frío. Los oídos sordos ante los gritos desgarradores de una mujer que clamaba por un poco de piedad. El bisturí cortó piel, músculo y útero, pero ella sintió que le cortaron hasta el alma. Diez pares de ojos la observaron sin pestañear, como procedimiento rutinario. Inmovilizada en la camilla, no tenía a nadie a su lado para sostenerle la mano. El acto médico se paga, pero el acto de complicidad implica ser mudo, ciego y sordo. A pesar de implorar con todas sus fuerzas para frenar la barbarie, nadie la escuchó. Se supone que la cesárea no debe doler. Horas más tarde, los susurros de los pasillos sugerían que la anestesia no había surtido efecto, aunque no faltaron los que insinuaron que la mujer estaba loca.

Adriana fue uno de esos pares de ojos; vio todo, pero no dijo nada. No pudo. Su calidad de estudiante no se lo permitió. En la escala de poder, no contaba con ningún tipo de injerencia. En el momento no supo ponerle un nombre, no quería admitir que sus docentes habían ejercido violencia sobre una paciente: años de estudios teóricos y de ejercicios prácticos en la Facultad de Enfermería no la habían preparado para eso. Mientras la mujer completaba formularios para irse del hospital con su bebé sano en brazos, Adriana contempló su andar, triste y apático, como sin vida, y entonces supo que su integridad había sido destrozada.

En Latinoamérica, el término que se utiliza para describir este tipo de episodios es el de “violencia obstétrica”. Fue en este continente que se acuñó la expresión, cuando Venezuela lo incluyó formalmente en su Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en 2006. En tanto, en países del hemisferio norte, como Estados Unidos o algunos de Europa, el fenómeno se explica a través de conceptos como “prácticas irrespetuosas” o “trato abusivo en la atención maternal”.

Sea cual sea el nombre, mujeres de todo el mundo han visto sus derechos sexuales y reproductivos vulnerados, y aunque existen marcos legales y declaraciones de organismos internacionales que respaldan el acceso a una atención digna desde el embarazo hasta el puerperio, el problema radica en la implementación de políticas públicas que lleven a la acción lo que se promete en el papel.

Una amplia definición

En Uruguay, se introdujo legalmente la noción de violencia obstétrica en 2017 con la Ley 19.580 de violencia basada en género, pero contaba con antecedentes que buscaban garantizar los derechos de las mujeres en torno a la humanización del parto. En el año 2001 se promulgó la Ley 17.386 de Acompañamiento a la Mujer en el Preparto, Parto y Nacimiento, que

obliga a los prestadores de salud a permitir la entrada de un acompañante a la hora del parto, y en 2008 se aprobó la Ley 18.426 de Salud Sexual y Reproductiva, que declara la importancia de respetar el tiempo biológico, psicológico y las creencias culturales de la mujer gestante, así como evitar la medicalización y el intervencionismo excesivo.

En la Ley 19.580, se describe la violencia obstétrica como “toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de salud en los procesos reproductivos de una mujer que afecta su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos”. La abogada y activista por los derechos reproductivos Romina Gallardo destacó que “la violencia simbólica y psicológica quedan fuera de esta definición”, por lo que se complementa con el decreto 339/019, que reglamenta la ley. En este, se establecen las condiciones básicas de un modelo asistencial humanizado, el derecho de la mujer a elaborar un plan de parto y nacimiento, y se agrega que el trato discriminatorio o humillante también puede constituir violencia obstétrica. Asimismo, el decreto determina que las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública (MSP) sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y el nacimiento son normas técnicas de aplicación obligatoria para los prestadores de servicios de salud.

Pese a que la legislatura uruguaya intenta delimitar el término de violencia obstétrica, la magíster en Ciencias Sociales Natalia Magnone aclaró que caracterizarla no es tarea sencilla, porque su definición “es abierta y está en construcción”. Al igual que todo tipo de violencia, tiene muchas caras. Existe un sinnúmero de situaciones que se agolpan bajo el paraguas de la definición: el maltrato físico sin duda es una forma, pero también el abuso verbal, la infantilización, la sumisión, y sobre todo, la falta de autonomía e información a la hora de tomar decisiones. Magnone también subrayó que se trata de una “intersección entre la violencia institucional en salud y la violencia de género”.

En la misma línea, la psicóloga e investigadora de la Universidad de la República (Udelar) Carolina Farías advirtió que este fenómeno está presente no sólo en el parto, sino en todos los procesos relativos a la salud sexual y reproductiva de la mujer, como la interrupción voluntaria del embarazo, hormonización, reproducción asistida, y más. A su entender, esto tiene que ver con la forma en que se las socializa y educa desde una temprana edad: “las mujeres tienen un cuerpo social altamente medicalizado desde el inicio de su vida, con controles y seguimientos, en un proceso que no es de promoción de salud y autonomía”. En otras palabras, explicó que se espera que la mujer adopte una postura sumisa y acate las decisiones del cuerpo médico; esto se refuerza con el uso de diminutivos como “gordita” o “mamita”, que pretenden deslegitimar el rol activo de la mujer, así como su capacidad de decisión y reflexión.

Otro aspecto que hace a la violencia obstétrica tiene que ver con la percepción subjetiva de cada mujer. La ginecóloga Lucía Triaca hizo hincapié en que hay una gran construcción cultural y social alrededor del nacimiento, que “hace que la percepción de la experiencia del parto sea totalmente diferente para una que para otra mujer”. Esto también sucede con la percepción de violencia, que puede deslizarse de formas sutiles y en muchos casos su naturalización es tal que se torna difícil de identificar. Asimismo, la obstetra partera Fernanda Putti, que al momento de entrevistarla se desempeñaba como referente en Salud Sexual y Reproductiva en la

Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), sostuvo que “el preconceito y la percepción del parto de cada mujer dependen de muchas variables”, que pueden generar que tengan “más o menos miedo” y sean propensas a tomar tal o cual decisión. Entre esas variables mencionó las “experiencias familiares, factores de crianza, cómo le dijo su madre que era parir”, y más.

Por otro lado, la medicalización en el parto es objeto de debate entre el colectivo médico y las corrientes que abogan por un parto respetado. Existe una falsa creencia que identifica automáticamente el uso de elementos como el fórceps, la episiotomía, la inducción con oxitocina, o incluso la cesárea, como violencia obstétrica. La psicóloga Farías recalcó que “estas técnicas no necesariamente configuran casos de violencia”, sino que “pueden serlo dependiendo de cada caso particular”. En ese sentido, la presencia o no de un hecho violento tiene que ver con el mal uso de determinadas prácticas y el grado de información o consentimiento por parte de la mujer. Un ejemplo puede ser el de la episiotomía, es decir, el corte del perineo durante el parto para acelerarlo: hay instancias en las que esta técnica es necesaria, y otras en que se utiliza para comodidad y agilidad del médico.

Del papel a la práctica

Durante las últimas décadas, el MSP ha intentado promover acciones hacia un modelo asistencial integral en salud sexual y reproductiva, que contemple las necesidades de las usuarias y brinde garantías para el cumplimiento efectivo de sus derechos. En 2014, el MSP publicó el “Manual para la atención de la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio”, que complementó, y en gran parte sustituyó, las guías publicadas en 2007 (Normas de Atención a la Mujer Embarazada) y en 2009 (Normas de atención a la Mujer en Proceso de Parto y Puerperio), enmarcándose en la necesidad de ajustar las prácticas de los equipos de salud a las mejores y más recientes evidencias científicas.

En 2018 el ministerio presentó el documento “Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional”, en el que se empleó el término “humanización”. Allí se detallaron cuáles son las prácticas clínicas aconsejadas y desaconsejadas en las etapas del proceso asistencial, y se esbozó un plan de acción que propone el cambio de paradigma a una atención humanizada-respetuosa. En ese sentido, se enfatiza la importancia de detectar y abordar situaciones de violencia basada en género, incluso durante los controles prenatales.

En 2024 el MSP revisa los lineamientos técnicos sobre la atención perinatal en Uruguay, en la actualización del manual publicado en 2014, consolidando el concepto de “humanización” como principio rector. Sin embargo, en ninguno de estos manuales se incluye explícitamente el término “violencia obstétrica”, a pesar de que la legislación vigente reconoce este tipo de prácticas dentro de las formas de violencia basada en género. En cambio, se adopta un lenguaje que remite de forma indirecta a la prevención de maltratos, apelando a la “atención respetuosa”, la “empatía” y la “autonomía de la usuaria”; el abordaje se mantiene en el plano operativo y técnico, sin desarrollar el trasfondo ético y de derechos que implica reconocer el daño institucional que puede producirse en el proceso de atención.

Asimismo, en el marco de los Objetivos Sanitarios Nacionales 2015-2020, el MSP se había propuesto trabajar sobre la “humanización del parto institucional y la reducción de la tasa de cesáreas”. Se elaboraron diferentes propuestas de intervención, entre ellas capacitar a los equipos de salud en torno al parto humanizado, promover la creación de salas de nacer y clases de preparación para el embarazo, y diseñar campañas de difusión pública sobre los derechos en la atención del parto. En tanto, los Objetivos Sanitarios Nacionales 2030, enmarcados en la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, no retomaron ni propusieron nuevas líneas de acción en este tema, sino que las únicas menciones al parto están asociadas a enfermedades como sífilis o VIH, y desaparecieron otras referencias al proceso del parto como práctica de salud integral.

Se pretendió dialogar con Leonel Briozzo, subsecretario de Salud Pública y con Rafael Aguirre, responsable del Programa Salud Integral de la Mujer y referente en salud sexual de la cartera, pero no fue posible pese a reiteradas gestiones, tanto para la administración actual como para la anterior.

La obstetra partera Putti aclaró que las recomendaciones “no tienen un aspecto punitivo”, sino que “muestran las mejores evidencias” a modo de ejercer “una presión importante”, pero no es una reglamentación en sí, y de cierta forma dejan su uso a libre interpretación. Para el ginecólogo Francisco Cóppola, director de la Unidad Académica Ginecotocológica B del Hospital de Clínicas (Udelar), existe “una desadaptación de las buenas prácticas a la realidad”, porque los equipos de salud no participan en la creación de las pautas y no se apropian de ellas.

Es por esto que insistió en que “no basta con declaraciones y con guías” si no hay políticas de incentivo, ni de formación de recursos humanos. Para Cóppola es necesario “actuar sobre todos los niveles”: la población, los médicos, las instituciones, las cátedras que forman profesionales, para así generar una línea de trabajo transversal que problematice las conductas, y luego escribir los protocolos.

En enero de 2024 el MSP dispuso el uso obligatorio del Sistema Informático Perinatal Plus (SIP+) para todos los prestadores del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Esta herramienta digital permite a las instituciones registrar en detalle la evolución de cada embarazo, parto y puerperio, con énfasis en la trazabilidad clínica y la evaluación de prácticas médicas. Pese a ello, no incorpora un módulo específico para el registro de episodios de violencia obstétrica, ni campos que permitan identificar de forma clara cuándo se vulneran derechos, como el consentimiento informado, el respeto al plan de parto o la presencia de un acompañante. La decisión de no incluir indicadores de calidad del trato ni respeto a la autonomía de las mujeres limita la capacidad del Estado de contar con datos oficiales y sistemáticos sobre esta forma de violencia de género.

Aun así las políticas, por sí solas, no bastan. Detrás de los protocolos hay cuerpos, historias y nombres que evidencian el costo de los vacíos institucionales.

La dura realidad

El sudor frío le bajaba por la espalda. No le parecía extraño: venía acompañado por un corazón que golpeaba a mil por segundo. Luana llevaba media hora esperando que la atendiera la ginecóloga después de una noche entera sin dormir, atrapada entre la incertidumbre y la ansiedad de saber que en su vientre había una vida. Una vida que no había sido buscada, pero sí deseada.

–Te consigo número ya para abortarlo –soltó la doctora sin apenas mirarla, con un tono de reprobación tras escuchar que el bebé era producto de una sola noche.

Para Luana fue un golpe bajo, ni siquiera lo había considerado. La confusión la empujó a moverse en automático; extendió su brazo para que le tomaran la presión, y subió a la balanza que midió su peso.

–Esto es embarazo de riesgo, no entiendo por qué quedaste embarazada –disparó la médica, fastidiada al ver que la aguja se detuvo en los 112 kilos–. Te hago pase para nutricionista porque, obviamente, estás obesa y así no podés estar. Además, te mando un examen de transmisión sexual, porque se ve que no te gusta cuidarte cuando tenés sexo.

Los resultados de los exámenes marcaron positivo para sífilis. Esto le valió el mote de “puta” durante el resto del embarazo, a pesar de que, tras diferentes tratamientos se enteró que había sido un mal diagnóstico y que en realidad padece la enfermedad de Hashimoto, un trastorno autoinmunitario que afecta la glándula tiroides.

Aturdida, cargaba con rabia y con culpa. Una culpa que la consumió hasta hacerla perder 35 kilos. Cuando volvió a la consulta, la nutricionista la recibió con otra sentencia:

-Si vos no comés, le vas a hacer mal al bebé. Parece que no lo querés.

Es que a veces vomitaba. A veces no. Y cuando lograba no hacerlo, apenas si podía tragar un bocado. Doce horas de ayuno bastaron para alterar un examen de glucosa que dio como resultado diabetes gestacional.

–Mirá, estás obesa, tenés diabetes gestacional y tenés sífilis, no sé para qué lo vas a seguir teniendo –escupió la doctora que la atendió previamente, con la puerta abierta del consultorio atrayendo miradas curiosas.

Algo dentro de Luana se quebró, y estos episodios la llevaron a denunciar al Centro Hospitalario Pereira Rossell y a su doctora ante la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, que envió técnicos para hacer una inspección. Si bien advirtieron al hospital sobre algunas normas incumplidas, la situación de Luana quedó en la nada.

El caso de Luana no es aislado: en Uruguay no existen protocolos estandarizados para investigar denuncias contra instituciones y profesionales de la salud por violencia obstétrica, ni para sancionar en caso de corroborarlas. La abogada Romina Gallardo señaló que existen disposiciones legales que establecen que aquellas instituciones o profesionales de la salud que utilicen de forma injustificada alguna de las prácticas que se encuentran desestimadas por la

comunidad científica, estarán sujetos a sanciones administrativas. No obstante, aclaró que se menciona de una forma “muy genérica” porque “no dice qué tipo de sanciones, ni quién las va a aplicar”, lo que da lugar a que sea difícil proceder ante una acusación de esta índole.

En septiembre de 2024, el MSP publicó una respuesta a una solicitud de acceso a la información pública, en la que reconoció que desde 2014 hasta el 31 de julio de 2024 se contabilizaron 15 denuncias que incluían expresamente el término *violencia obstétrica* dentro de sus registros. Estas se distribuyeron territorialmente: 13 en Montevideo, una en Canelones y una en San José. El breve informe consigna un problema estructural: ni el Sistema Único de Denuncias a Servicios de Salud, ni el gestor de expedientes del MSP “Integradoc” están equipados para clasificar estas denuncias bajo esa categoría. La identificación se consigue solo mediante búsquedas textuales, lo que implica que casos similares podrían pasar inadvertidos si no se emplea la etiqueta exacta. Esto revela un doble déficit; no solo hay pocas denuncias formalizadas, sino que además no existen herramientas oficiales diseñadas para registrarlas y monitorearlas como tales.

En la misma línea, en dos resoluciones recientes, una de 2022 y otra de 2023, la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo advirtió la carencia de estadísticas públicas y protocolos unificados de atención obstétrica al investigar sobre casos vinculados a servicios de ASSE en los que se identificaron tratos inadecuados en la atención ginecológica, y se constató ausencia de registros clínicos completos, falta de perspectiva de género y omisión de acompañamiento psicológico posterior.

Si bien el Tribunal de Ética Médica del Colegio Médico del Uruguay ha emitido un puñado de fallos por denuncias de este tipo, la mayoría de los expedientes quedan atrapados en un circuito administrativo sin consecuencias y las resoluciones suelen ampararse en formalismos que deslindan la responsabilidad médica en “malos entendidos” o “problemas de comunicación”. Además, la escasa información pública disponible se encuentra dispersa y los distintos fallos de los casos administrativos o judiciales no están compilados en un repositorio central accesible para su búsqueda.

El caso del ginecólogo Alejandro Jabib es el único ejemplo robusto de destitución hasta la fecha: tras una denuncia por abuso durante un PAP en diciembre de 2020, el Tribunal de Ética lo suspendió seis meses el 12 de agosto de 2022. Aun así, fue reincorporado posteriormente y continuó atendiendo por telemedicina mientras se desarrollaba el sumario administrativo en ASSE, que finalmente derivó en su destitución en abril de 2023. La falta de registro oficial refleja que las sanciones aplicadas son aisladas y no forman parte de un régimen sistemático de protección y control.

Por otra parte, muchas denuncias solo circulan en redes sociales o en ámbitos informales, sin llegar a acciones concretas a nivel institucional. Tal es el caso de la cuenta de Instagram *Violencia obstétrica Uruguay* administrada por un colectivo de mujeres, que se ha convertido en un espacio de denuncia y visibilización activa: comparten relatos de partos traumáticos y cesáreas forzadas, exponen abusos cometidos por profesionales de la salud y señalan la falta

de consecuencias legales. La plataforma busca abrir el debate público e impulsar la reflexión convirtiendo testimonios privados en alarma social y registro colectivo.

Es que desde la sociedad civil se han hecho grandes esfuerzos por brindar información y tratar de mitigar el impacto de la violencia obstétrica. Gallardo forma parte de la organización Gestar Derechos, que desde una perspectiva de género promueve la visibilización de temáticas relacionadas al parto humanizado. Durante muchos años se caracterizó por brindar asesoramiento legal y presentar denuncias en la órbita judicial de forma honoraria, servicio que con el tiempo se volvió insostenible por el gran volumen de casos. El espectro abarcaba desde casos de fallecimientos de bebés, mujeres y bebés con secuelas físicas por maniobras desaconsejadas que siguen en práctica, hasta maltrato verbal como por ejemplo a través de comentarios inapropiados respecto a la salud física y mental de la mujer en cuestión.

A su vez, el colectivo Mujer y Salud en Uruguay funciona desde 1996 en favor de la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos. En 2007 puso en marcha el Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva, con el fin de crear una herramienta generadora de información que fuera fuente de insumo para prestadores de salud y la población usuaria del SNIS. Es así que producen diferentes materiales a partir de investigaciones y relevamientos estadísticos; uno de los últimos informes publicados por la organización, *Violencia obstétrica en cifras–Datos de Uruguay al 2022* recoge datos de una encuesta *online* que obtuvo un total de 1.192 respuestas, con un 99% de participación femenina, y 1% de personas gestantes de otras identidades.

Pese a que los resultados no son representativos de la totalidad de mujeres uruguayas, deja al descubierto la vigencia de la problemática en el país. La encuesta arroja que casi 56% de las mujeres consultadas sufrieron episodios de violencia obstétrica en algún punto de su vida, y al menos tres de cada diez mujeres afirma haberla experimentado en los últimos cinco años. Asimismo, el 47% de las encuestadas que tuvieron un parto o cesárea indicaron haber recibido procedimientos no recomendados según la normativa de salud. Entre las prácticas más reconocidas se encuentran la episiotomía, la administración de medicamentos para acelerar el parto y la rotura artificial de bolsa. Aunque una de cada cuatro mujeres vivió por lo menos una de estas situaciones, es importante señalar que la normalización de este tipo de violencia es determinante, dado que no todas las mujeres y personas gestantes perciben estas prácticas como violentas.

La violencia de la técnica

Patricia tuvo que jubilarse de la enfermería por estrés. En la sala de partos del Hospital Evangélico presenció escenas que la persiguieron durante años y que le robaron más de una noche de sueño.

Cortes en el periné, sin anestesia. Una madre con daño uretral y vaginal por un fórceps mal aplicado, derivada de urgencia al block quirúrgico. Un médico que le pidió alterar los valores de presión arterial de una paciente para justificar una cesárea rápida y poder irse antes; ella se negó. Incontables mujeres retorciéndose de dolor por dilataciones manuales.

Un doctor cuya rutina era la cesárea, pero que cuando el parto era inevitable recurría al viejo fórceps de Tarnier –un instrumento cuestionado– con el que fracturó el cráneo de dos recién nacidos; uno de ellos sufrirá epilepsia de por vida. A menudo compartía turno con una ginecóloga a la que describían siempre con la misma frase: “no los ayuda a nacer, los arranca”.

La naturalización del exceso superó la vocación de Patricia. Lo que presencié no fueron hechos aislados, sino parte de una lógica que bajo el manto de la práctica clínica, convierte lo excepcional en habitual.

Un factor que no debe olvidarse a la hora de entender la violencia obstétrica a nivel institucional tiene que ver con una tendencia que apunta a un intervencionismo desmedido. En su tesis doctoral *Institucionalización y medicalización del parto en Uruguay (1920-1960). Tensiones para la autonomía reproductiva de las mujeres*, Natalia Magnone explica que las intervenciones médicas para la asistencia del parto comenzaron a proliferar a mediados del siglo XX, conforme el avance de las tecnologías disponibles, propiciando la hospitalización y despojando la tradición domiciliaria.

En esta línea, el ginecólogo Cópola remarcó que la lógica intervencionista se amparaba en el cometido de “mejorar el proceso natural”. La ginecóloga Triaca expresó que las pacientes eran rutinariamente rasuradas, se les hacían enemas, se les ponían sueros, no se les permitía moverse, todo con la “idea de bajar la mortalidad y disminuir posibles riesgos”, y a su vez aseguró que esta escuela de obstetricia hoy se encuentra “totalmente obsoleta”. Desde los años 90, diferentes estudios basados en evidencia científica demostraron que el uso de prácticas innecesarias pueden tener efectos adversos, tanto físicos como emocionales.

Cópola comentó que a grandes rasgos existen tres modelos de atención al parto en el mundo. En una punta del espectro se encuentra el paradigma nórdico, caracterizado por entender al parto “como un proceso fisiológico”, en el que se deben respetar los tiempos. En el otro extremo ubicó al enfoque intervencionista, ejemplificado por el sistema de Estados Unidos, que es “extremadamente medicalizado” y se apoya “en la medicina defensiva”, término refiere a una postura en la que los médicos y las instituciones actúan en pos de evitar demandas o litigios.

En el espacio intermedio, según Cópola, se ubican los países del sur de Europa y la mayoría de Latinoamérica, incluido Uruguay. Aun así, apuntó que nuestro sistema “se acerca más al modelo intervencionista”, en el que “el parto se toma como un suceso patológico que hay que intervenir”. Para Cópola, este enfoque se ve claramente en la alta tasa de cesáreas que tiene Uruguay. Es por esto que hizo hincapié en la importancia de la comunicación entre el equipo obstétrico y la paciente, para que la mujer tome una decisión informada. También mencionó que en muchas prestadoras sucede que se le da libre elección a la mujer, sin sentarse a discutir los riesgos y beneficios de cada opción.

Recuadro ¿Necesárea?

La Organización Mundial de la Salud estima que el porcentaje ideal de cesáreas está en el entorno del 15% de los partos, y que no hay justificación clínica para que sea más alto. Sin embargo, según datos de 2023 del Sistema Informático Perinatal, en Uruguay un 50% de los

partos se hicieron por cesárea, y en algunas instituciones privadas la cifra supera el 70%, como Medicare (79%), COSEM (76%) y el Hospital Evangélico (71%). Si bien este suceso es multifactorial, Cópola en parte atribuye esos guarismos con el nivel de intervencionismo y la falta de protagonismo que tienen las parteras en la asistencia al trabajo de parto.

En este sentido, Cópola planteó que “hay un falso concepto popular, y también por parte de los ginecólogos, de que el parto por cesárea es más seguro que el vaginal”, lo cual “es un error garrafal, tanto para la salud de la madre como para la del niño”. El ginecólogo señaló que una mujer tiene diez veces más posibilidades de morir por cesárea que por parto vaginal, ya que las infecciones que surgen de la primera opción suelen ser más graves que las de la segunda, y que “la mayoría de las muertes maternas en Uruguay están relacionadas a una cesárea”. Además, puntualizó que los niños que nacen por cesárea tienen más chances de desarrollar obesidad, hipertensión y enfermedades autoinmunes, ya que pasar por el canal vaginal expone al bebé a una microbiota que “lo prepara para el mundo”.

La prevalencia del modelo intervencionista en Uruguay podría tener que ver con el lugar que ocupan los ginecólogos en el proceso de parto. El rol de la obstetra partera en nuestro país toma un lugar secundario con respecto al del ginecólogo, en muchos lugares “no están en la primera línea de atención”, y “en las mutualistas casi no asisten partos”, según informó la obstetra partera y directora de la Escuela de Parteras de la Udelar, Eliana Martínez. En esa línea, la directora advirtió que en Uruguay “un 14% de las parteras están desempleadas”, según los datos relevados del Primer Censo Nacional de Obstetras Parteras publicado en 2022.

Martínez resaltó que mientras que la formación en ginecología se centra en el diagnóstico y tratamiento de patologías, la carrera de partería incluye la educación en la parte clínica, y también en “lo humano, lo ético, la observación y la paciencia”. En esa línea, la obstetra Fernanda Putti recalcó que la tarea de la partera es la de “entender el contexto” particular de cada mujer y cada familia.

Aun así, la obstetra Romina Almeida indicó que las parteras “están bastante desplazadas en cuanto a las tareas que pueden desempeñar”, y tienen que estar constantemente recordando que están “amparadas por la ley y que tienen los conocimientos necesarios para asistir nacimientos, sobre todo en el ámbito privado”. Por su parte, Putti aclaró que “no se trata de que haya buenos y malos”, ya que “ambos roles deben existir”, sino que “lo ideal es trabajar en equipo, y no utilizar a uno u otro, como a veces sucede en este país”.

Derecho a elegir

Silvana asistió a todas las clases de preparación para el parto que brindaba su mutualista. Allí le enseñaron sobre las diferentes formas de nacer, la lactancia y los cuidados del recién nacido; le enseñaron a cambiar pañales y a curar el ombligo, pero nadie le brindó información sobre sus derechos o qué hacer cuando son vulnerados.

Cuando el trabajo de parto empezó, las contracciones se volvieron insoportables. Silvana se las rebuscaba para calmar su dolor: caminar por los pasillos, ducharse con agua tibia o usar la pelota de pilates para aliviar la espalda eran métodos que había aprendido y que conseguían mantenerla en calma. La calma antes de la tormenta.

Su movilidad se vio reducida cuando le conectaron el monitor fetal, que la obligó a permanecer acostada durante quién sabe cuánto. Unas cuantas batas blancas comenzaron a desfilar por su habitación, queriendo examinar su cuerpo sin siquiera dirigirle la palabra. De un segundo a otro, los rostros planos y aburridos fueron reemplazados por maniobras de acción que se desplegaron ante un panorama de emergencia.

Silvana comenzó a llorar, desesperada, nadie le decía nada. Entró a block y un par de horas después tenía a su bebé en el pecho. Es hasta el día de hoy que no sabe qué fue lo que sucedió. Cuando volvió a consulta en busca de una respuesta, el doctor se mojó de su preocupación, y le reprochó que debería estar agradecida por tener a su hijo con vida.

La comunicación es esencial en un sistema de atención que pretende ser humanizado. Entre las herramientas institucionales para acompañar a las mujeres durante el embarazo y el parto se destacan dos instrumentos fundamentales: las clases de preparación para el nacimiento y el Plan de Parto. Ambos buscan garantizar que la mujer llegue al momento del nacimiento con información clara sobre sus derechos y con la posibilidad de que sus decisiones sean respetadas por el equipo de salud.

El Plan de Parto, además, cuenta con un respaldo normativo: el Decreto 339/019 que reglamenta la Ley 19.580 lo define como el instrumento en el que la mujer establece sus preferencias respecto a técnicas, intervenciones y acompañamientos durante el nacimiento, de modo que constituye “el eje de la relación clínica entre la embarazada y el equipo que la asiste”. Putti enfatizó que su valor radica en que no solo ginecólogos y parteras conozcan las expectativas de la madre, sino también otros actores del proceso —nutricionistas, enfermeros, neonatólogos—. Aunque en sus inicios fue resistido por parte del cuerpo médico, al punto de descalificar a las mujeres que lo presentaban, hoy esa práctica ya no resulta aceptable: “por más que algunos lo sigan pensando, no está bien visto destratar a una madre que presenta un plan de parto”, advirtió.

Las clases de preparación pretenden ser espacios de diálogo entre la usuaria y el equipo de salud. Las pautas del MSP establecen que estas instancias deben ser coordinadas por obstetras parteras y tener un mínimo de siete encuentros con lineamientos comunes. Putti explicó que estas instancias surgieron como respuesta a una desconexión cultural con el parto; mientras que en generaciones anteriores la experiencia se transmitía de manera vivencial —a través de madres, hermanas o amigas—, hoy el nacimiento suele vivirse como un evento aislado y distante. En ese marco, Putti busca que “tanto la que quiere cesárea porque le da pánico el parto, como la que quiere parir en el bosque, se sientan incluidas”, porque cada decisión se construye desde creencias y experiencias previas difíciles de modificar en apenas siete clases.

Desde 2022, ASSE desarrolla el proyecto “Acompañando el Buen Nacer” que busca acercar información en un lenguaje sencillo, sin tantos tecnicismos y con apoyo audiovisual sobre preparación para el nacimiento, parto, puerperio, lactancia y cuidados del recién nacido. Aunque en los documentos oficiales del proyecto tampoco aparece la expresión “violencia obstétrica”, su espíritu apunta a prevenirla. La propuesta se centra en la humanización del parto, con una perspectiva familiar y de género que busca acompañar de forma integral a la mujer. Se trata de un intento de acercar información clara y accesible para que las decisiones no queden solo en manos del equipo médico, sino que sean compartidas. En esa línea, el plan de parto disponible en la web institucional y la incorporación de registros en la historia clínica representan pasos importantes.

No obstante, en un pedido formal de acceso a la información pública, ASSE reconoció que hasta fines de 2023 no contaba con un registro sistematizado en la Historia Clínica Electrónica sobre la prestación “preparación para el nacimiento”. Solo a partir de diciembre de ese año se comenzó a trazar qué mujeres acceden a estos espacios y cuántas instancias completan. Los primeros datos disponibles correspondientes al año 2024 evidencian un nivel de adherencia sumamente bajo, dado que en el primer cuatrimestre sólo un 2,1 % de las primigestas que cursaron su primer parto o cesárea asistieron al menos a cinco encuentros. Esto deja al descubierto que si bien existen programas diseñados para informar, acompañar y empoderar a las mujeres durante el embarazo, su alcance real todavía es muy limitado.

¿Luz al final del túnel?

Varias de las fuentes consultadas señalaron al modelo de atención obstétrica que se implementa en los países del norte de Europa como uno de los más beneficiosos para la madre y el bebé. Cópola indicó que este enfoque propone “respetar la fisiología del parto y no intervenir médicamente salvo que sea necesario”, lo que impacta fuertemente en la reducción de la tasa de cesáreas y las tasas de mortalidad materna y neonatal, así como en el aumento de los niveles de satisfacción respecto a la experiencia en el parto. Esto es posible gracias a que las parteras “se adaptan mejor a un proceso fisiológico que el ginecólogo”, que está educado “para intervenir frente al proceso patológico”.

Aparte del acompañamiento que brindan las parteras durante todo el proceso de embarazo, parto y postparto, otra de las características del enfoque nórdico es el respeto por las decisiones y preferencias de la mujer, entre ellas el lugar donde desea parir. Para los embarazos de bajo riesgo, es una opción parir en sus domicilios, ya que la propia estructura de salud proporciona las garantías necesarias para que el proceso y sus resultados sean óptimos, además de que cuentan con protocolos especiales en caso de complicaciones. Otra alternativa son las “casas de nacer”, que se encuentran cerca de los hospitales y ofrecen un ambiente más acogedor y familiar, en donde se promueve una atención personalizada que permita a la mujer atravesar su parto de la forma más cómoda posible.

Cópola aseveró que hoy en Uruguay no están dadas las condiciones para el parto en domicilio, y que primero hay que “lograr que se atienda humanamente a las personas dentro de las instituciones”. En este sentido, la opción viable es “hacer domicilios dentro del hospital”, es

decir, salas de nacer confortables y modernas, acondicionadas con duchas, *jacuzzis*, pelotas de pilates, telas, que recreen la dinámica hogareña. Las clínicas ginecotocológicas B y C de la Facultad de Medicina, Udelar implementaron estos espacios, en donde se realiza el trabajo de parto y el parto. Apelando al menor intervencionismo posible, la clínica ginecotocológica B logró disminuir un 10% las cesáreas en el servicio, a pesar de atender embarazos con patologías: “si nosotros lo pudimos hacer con pacientes con complicaciones, los demás pueden hacerlo con un panorama más favorable”, afirmó Cóppola.

El camino hacia un parto respetado en Uruguay no está exento de obstáculos, pero tampoco de avances. A paso lento pero seguro, aún existe margen para transformar la forma en que nacemos y somos recibidos; hay alternativas viables y seguras que no tratan de negar la medicina ni sus aportes, sino de devolverle centralidad a la mujer en un proceso que le pertenece. Lo urgente ahora es garantizar que lo ya conquistado en leyes y políticas se cumpla, porque ahí es donde reside la verdadera posibilidad de que el parto deje de ser un escenario de violencia y se convierta, finalmente, en una experiencia digna, acompañada y humana.

Reflexiones individuales

Lucía Ulloa

Cuando comencé esta investigación no imaginaba el tamaño del desafío que estaba por asumir. Me sentía preparada para realizar un trabajo periodístico más: entrevistar, contrastar fuentes, analizar documentos. Pero poco a poco comprendí que investigar la violencia obstétrica en Uruguay implicaba mucho más que eso, porque significó adentrarme en un terreno en el que los silencios pesan y la ausencia de información no es azarosa, sino la evidencia de un fenómeno que se resiste a ser nombrado. Tal como señalan Gallardo y Echetto (2022, p.20), en Uruguay “es relativamente reciente la incorporación normativa del término violencia obstétrica”, por lo que aún es común ver cómo el modelo biomédico y los sesgos de género siguen naturalizando prácticas que vulneran a las mujeres.

Encontrar insumos fue una tarea tan paciente como frustrante. Los registros oficiales son escasos, fragmentarios, y las respuestas, cuando llegan, tardías. En el camino hubo varias decepciones, llamadas a referentes del Ministerio de Salud Pública que nunca fueron atendidas, correos que quedaron sin respuesta, puertas institucionales que se cerraron antes de abrirse. Una falta de diálogo que no solo obstaculiza la labor periodística, sino que refleja el mismo muro que enfrentan muchas mujeres cuando intentan hacerse oír dentro del sistema de salud. Es así que descubrí que la comunicación en el campo de la salud es una forma de cuidado. No hablo solo de la comunicación institucional entre equipos médicos y pacientes, sino de la comunicación como derecho: el acceso a información clara, el poder nombrar las experiencias propias, y que las voces individuales se encuentren en relatos colectivos.

Esta investigación me exigió mucho más que rigor. Me llevó a desarrollar una sensibilidad distinta para aprender a escuchar lo que no se dice, a leer entre líneas, a traducir el tecnicismo en humanidad. Escuchar testimonios reales cargados de dolor y traducirlos en un pieza periodística configuró una experiencia que excedió la esfera académica; como escribe Guerriero (2014, p.28) en su libro *Zona de obras*, el periodismo narrativo es “ante todo, una mirada —ver, en lo que todos miran, algo que no todos ven— y una certeza: la certeza de creer que no da igual contar la historia de cualquier manera”. Esa certeza marcó el camino; darle voz a las madres en el texto siempre fue una prioridad y cada decisión narrativa fue tomada desde el más profundo respeto, priorizando la dignidad de quienes confiaron su experiencia.

A lo largo del trabajo entendí que el periodismo no se limita a contar hechos, sino que, entendido como acto social y político, tiene la capacidad de convertir ecos en demandas, experiencias individuales en memoria común, dolor en reivindicación, pero sobre todo hacer visible aquello que no lo es. Me reconforta pensar que la tarea del periodista es abrir grietas por donde entre un poco de luz, a través de los valores fundamentales que Restrepo y Botello (2018, p.5) sintetizan en esta frase: “compromiso con la verdad, independencia y responsabilidad con la sociedad”. Contar estas historias es una forma de justicia, de ponerle nombre al maltrato y exigir respuestas.

Desde pequeñas nos rodean relatos que moldean la forma en que imaginamos el parto y la maternidad; nos llegan versiones parciales, muchas veces mediadas por el desconocimiento, el miedo o por la idea de que el dolor es inevitable, y las políticas públicas destinadas a informar y acompañar a las mujeres resultan insuficientes. En el entramado de voces que sirvieron de insumo –médicas, académicas, institucionales, testimoniales–, se presentaron múltiples caminos posibles para abordar el fenómeno, pero se optó por el camino que reconoce en el dolor una forma de verdad y lo rescata del silencio. Un enfoque que privilegia lo humano, que devuelve protagonismo a las madres y coloca sus vivencias en el lugar que históricamente les fue negado, el de la palabra legítima y necesaria.

El modo en que se comunica puede definir cómo una mujer vive su salud sexual y reproductiva, si como una experiencia acompañada o como un episodio traumático, la palabra puede ser tan sanadora como un tratamiento o tan violenta como una intervención innecesaria. No alcanza con listar datos, ni con enumerar fuentes o causas si la sensibilidad no es el hilo conductor. Es por eso que para Guerriero (2014, p.46) la esencia del periodismo narrativo reside “en la diferencia entre contar una historia y hacer un inventario”, y es en ese sentido donde recayó la responsabilidad de cómo convertir estos fragmentos en un discurso que no repita la invisibilización, sino que abra espacio al reconocimiento.

Agradezco a los y las docentes de la facultad por las herramientas que me brindaron para escribir con criterio. A lo largo de estos años de formación, me enseñaron a observar con atención, a dudar de lo evidente y a sostener la búsqueda cuando el camino se volvía incierto. Cada clase, cada lectura y cada corrección formaron una manera de mirar el mundo, de pensar el periodismo y de ejercerlo con compromiso. Este trabajo surgió gracias a esas herramientas, pero también las expandió en modos que no se enseñan en los programas: me enfrentó a mis propios límites como periodista, me obligó a cultivar la paciencia ante el rechazo, la empatía frente al sufrimiento, la insistencia cuando todo parece trabarse, pero sobre todo empoderó la convicción de no conformarme con lo superficial y de buscar siempre un sentido detrás de los hechos.

Hoy abrazo este proceso y lo cierro con gratitud porque, a pesar de todo, logré tejer una historia que pone el tema sobre la mesa. La comunicación tiene un poder transformador que puede movilizar conciencias y devolver humanidad a los procesos cuando más la necesitan. Tal vez ese sea el verdadero sentido de este oficio: mirar donde otros no miran y no apartar la vista hasta que algo cambie.

Sofía Dri

En el transcurso de los dos años en que realizamos esta investigación, el encuentro con historias personales de las mujeres que me rodean fue constante al mencionar la temática y el enfoque del Trabajo Final de Grado. “¿Tu trabajo es sobre violencia en el parto? Cuando tengas tiempo te cuento de cuando tuve a Fulanito...”; “A mí como no venía me tuvieron como 24 horas pasándome oxitocina... al final rogaba que me lo sacaran por cesárea, no aguantaba más”; “casi me muero de hambre, no me dejaban comer”; “Me humillaron en la puerta de la

emergencia porque pensé que estaba teniendo contracciones pero eran las de Braxton Hicks, que no inician el parto”.

Esas son sólo algunas de las respuestas espontáneas que obtuve de mujeres a quienes les contaba de manera casual cuál era el tema de la investigación. Mi madre, mi suegra, mis tías, mi abuela, amigas, compañeras de trabajo, conocidas. Todas tenían algo para contar, de hace cincuenta años o de hace cinco. Pero, si a todas les pasa, ¿por qué no se habla de eso?

En ese sentido, este proyecto fue un gran abrir de ojos. En primer lugar, la mención casi al pasar de experiencias traumáticas en un momento que ya de por sí es delicado, como lo es el parto, habla de una naturalización por parte de las mujeres y la sociedad en cuanto a la violencia que “es esperable” en este contexto. En ese proceso, encontré que muchas de ellas veían esos malos tratos, esas faltas de comunicación, esos abandonos, como algo normal de la atención en el parto.

En su libro *Vigilar y Castigar* (2008), Michel Foucault señala que la disciplina y las dinámicas de poder no sólo se dan de forma coercitiva, sino que a su vez se interiorizan. Esta visión socializada de qué es lo correcto empuja a los actores sociales, ya sean madres o profesionales de la salud, a actuar de determinada manera sin que medie, necesariamente, la fuerza física. A través de protocolos de conducta, se establece quién tiene la autoridad y qué cosas no deben ser cuestionadas, ya sea en pos del “bienestar del bebé”, o de la confianza que se espera sea depositada en el personal médico por cuestiones científicas. De esta forma, se naturalizan prácticas violentas o humillantes por percibir las como la norma.

Por otro lado, entendí que el fenómeno está ampliamente invisibilizado, tanto para las madres como para la sociedad. Al no hablar sobre estas vivencias, por darlas por obvias, por no querer recordarlas, o por entender que son normales, las situaciones de violencia obstétrica en el parto pasan inadvertidas y no son de amplio conocimiento para quienes no transitan un embarazo. Desde la perspectiva de Rita Segato, la violencia de género no es un fenómeno individual, sino que se enmarca en una estructura cultural que legitima la dominación de las mujeres. En ese sentido, la violencia obstétrica se mantiene invisible porque es vista como algo normal, disfrazada en muchos casos de cuidado y rigor médico.

Ahí es donde entiendo que el periodismo tiene un rol importante para cumplir. A veces a la hora de elegir un tema para cubrir es más fácil y tentador dejarse arrastrar por la agenda del día, tirana y obligatoria: lo que pasa hoy y se olvidará fácilmente mañana. Si bien cubrir la actualidad es importante y es parte de nuestro trabajo, también hay que hacer el esfuerzo de salir de esa inercia y buscar las historias que suceden todos los días, escondidas en la cotidianeidad.

Al decir de Ryszard Kapuściński (2000, p.17) en su libro *Los cínicos no sirven para este oficio*: “la fuente principal de nuestro conocimiento periodístico son ‘los otros’”. Es en el contexto de este pasaje que dedica su famosa frase, “para ser periodista hay que ser buena persona”. De esta forma, Kapuściński plantea que para ejercer correctamente la profesión, debemos ser

empáticos con los sujetos que retratamos. Es así como podemos “comprender el carácter del propio interlocutor y compartir de forma natural y sincera el destino y los problemas de los demás”, es decir, ser individuos “que existen para los demás, que comparten con ellos sus problemas e intentan resolverlos, o al menos describirlos”.

Desde mi punto de vista, muchas veces esas son las piezas periodísticas que terminan teniendo mayor impacto. Al problematizar un asunto que a primera vista parece normal, se puede estimular a la audiencia a la reflexión, y por ende ayudarla a tomar decisiones informadas que redunden en una mejor calidad de vida, o a movilizar a acciones sociales que generen presión en los ámbitos de poder para generar los cambios estructurales que necesita el sistema para ser más justo.

“Quizás cuando no me dejaron moverme por horas y estaba incómoda por el monitor fetal sufrí violencia obstétrica...”; “Al no informarme de lo que estaba pasando con mi cuerpo a lo largo del proceso me sentí abandonada”; “¿Existen vías para denunciar lo que me pasó?”; “Así que hay una cosa llamada Plan de Parto que puede ayudar a transmitir mis preferencias al personal de la salud”... Estas son algunas de las reflexiones que, imagino, podrían surgir de la lectura de este reportaje. O, por qué no: “la forma en que practico la medicina, ¿es respetuosa con la voluntad del individuo al que pretendo servir?”; “¿Qué podemos hacer para buscar un sistema de parto más amigable con la usuaria, que garantice su bienestar además de su salud?”.

En síntesis, la enseñanza principal que extraigo del proceso de creación de esta investigación es que el periodismo siempre es mejor si tiene a la persona como centro, y que los productos periodísticos que trascienden la página o el televisor son los que realmente conectan con quien los ven: reflejan sus historias, problematizan hechos que suceden todos los días, ayudan a tomar decisiones informadas y mueven a pensar en un mundo mejor.

Referencias bibliográficas

Asociación Obstétrica del Uruguay, Facultad de Ciencias Sociales – Universidad de la República, y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2022, julio). *Primer Censo Nacional de Obstetras Parteras: Perfil sociodemográfico, formación y desempeño profesional*. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_-_libros_informe_primer_censo_nacional_final_-_web.pdf

Administración de los Servicios de Salud del Estado. (2022). *Proyecto “Acompañando el Buen Nacer”*. Montevideo, Uruguay.

Administración de los Servicios de Salud del Estado. (2024). *Respuesta a solicitud de acceso a la información pública N.º ID 6249 sobre preparación para el nacimiento en usuarias de ASSE (Res. 7876/2024)*. Unidad de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Colegio Médico del Uruguay. (2022, 21 de marzo). *Expediente 129/2020 – Sra. A.S. c/ Dr. Alejandro Jabib* [Fallo del Tribunal de Ética Médica]. Colegio Médico del Uruguay.
<https://www.colegiomedico.org.uy/fallos/expediente-129-2020-sra-a-s-c-dr-alejandro-jabib/>

Centro Latinoamericano de Perinatología / Organización Panamericana de la Salud (CLAP/OPS). (2021). *Manual de usuario — SIP Plus*. OPS/OMS. Recuperado de <https://www.paho.org/es/sip>

Decreto N.º 339/019. (2019). *Reglamenta la Ley N.º 19.580 sobre violencia basada en género hacia las mujeres*. Publicado en Diario Oficial el 4 de noviembre de 2019.
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/339-2019>

Gallardo Duarte, R., & Echetto, M. de la P. (2022). Violencia obstétrica y acceso a la justicia: análisis desde una perspectiva de género. *Revista de la Facultad de Derecho*, <https://doi.org/10.22187/rfd2022nesp1a5>

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH). (2022). *Resolución N.º 1084/2022* INDDHH.
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/institucional/informacion-gestion/resoluciones/resolucion-n-10842022>

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH). (2023). *Resolución N.º 1270/2023 — Con recomendaciones* [Resolución]. INDDHH.
<https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/institucional/informacion-gestion/resoluciones/resolucion-n-12702023-recomendaciones>

Juanicotena Mela, M. S. (2020). *Violencia obstétrica: percepciones de mujeres sobre sus experiencias de parto y nacimiento de sus hijos en maternidades de Montevideo* [Tesis de grado, Universidad de la República, Facultad de Psicología]. Repositorio Colibrí Udelar.

Ley N.º 18.335. (2008). *Derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud*. Publicada en Diario Oficial el 20 de agosto de 2008.

Ley N.º 19.580. (2017). *Ley de violencia hacia a las mujeres basada en género*. Publicada en Diario Oficial el 9 de enero de 2018.

Magnone, N. (2019). *Institucionalización y medicalización del parto en Uruguay (1920-1960): Tensiones para la autonomía reproductiva de las mujeres* [Tesis de maestría, Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales]. Repositorio Colibrí Udelar.

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Manual para la atención de la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio*. Recuperado de <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/1865.pdf>

Ministerio de Salud Pública (2015). *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/publicaciones-objetivos-sanitarios-nacionales-2020>

Ministerio de Salud Pública. (2018). *Recomendaciones para la atención del embarazo y nacimiento*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/RECOMENDACIONES.pdf>

Ministerio de Salud Pública. (2024a). *Implementación del Sistema Informático Perinatal Plus (SIP+)*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/informacion-gestion>

Ministerio de Salud Pública. (2024b). *Ordenanza N.º 3728 – Respuesta a solicitud de acceso a la información pública sobre denuncias por violencia obstétrica*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/informacion-gestion>

Ministerio de Salud Pública (2022). *Objetivos Sanitarios Nacionales 2030* <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/objetivos-sanitarios-nacionales-2030>

Mujer y Salud en Uruguay. (2022). *Experiencias de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio: Resultados de una encuesta nacional*. MYSU. <https://www.mysu.org.uy/investigaciones/violencia-obstetrica-en-cifras-2>

Organización Panamericana de la Salud. (2024). *A través del SIP+ Uruguay mejora la atención de mujeres embarazadas en situación de vulnerabilidad*. <https://www.paho.org/es/noticias/20-11-2024-traves-sip-uruguay-mejora-atencion-mujeres-embarazadas-situacion-vulnerabilidad>

Referencias bibliográficas de las reflexiones personales:

Foucault, M. (2008). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión* (20.ª ed.). Siglo XXI Editores.

Guerriero, L. (2014). *Zona de obras*. Madrid: Círculo de Tiza. PDF consultado: <https://enelescritorio.files.wordpress.com/2020/06/guerriero-leila-zona-de-obras.pdf>

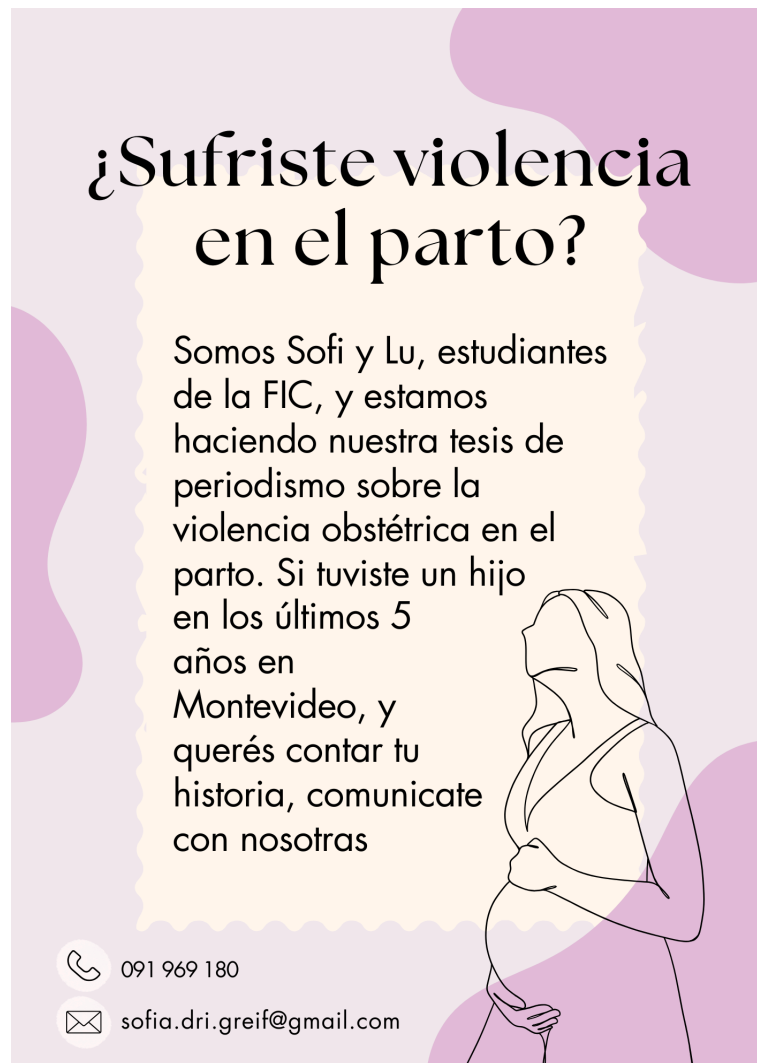
Kapuściński, R. (2000). *Los cínicos no sirven para este oficio: Sobre el buen periodismo*. Anagrama.

Restrepo, J. D., & Botello, L. M. (2018). *Ética periodística en la era digital* (Manual). International Center for Journalists / ICFJ. PDF consultado: https://redinnovacom.org/wp-content/uploads/2023/04/Manual_EticaPeriodistica.pdf

Segato, R. L. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia: Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Siglo XXI Editores.

Anexos

Imagen del afiche para difusión con el que conseguimos testimonios:



Pedido de acceso a la información que realizamos a la Administración de los Servicios de Salud del Estado sobre adherencia a las clases de preparación para el parto.



Montevideo, 26 NOV. 2024

Visto: que tratan las presentes actuaciones de la solicitud de información pública al amparo de la Ley N° 18.381 presentada por la Sra. Sofia Di Greif, ingresada bajo el ID 6249;-----

Resultando: I) que la solicitud cumple con los requisitos establecidos en el Artículo 13 de la Ley N° 18.381 del 17/10/2008; -----

II) que la información solicitada no ingresa dentro de las excepciones definidas como información de carácter reservado o confidencial por los Artículos 9 y 10 de la citada Ley;-----

Considerando: que se estima pertinente autorizar el acceso a la información pública solicitada; -----

Atento: a lo expuesto y a la resolución de Directorio de ASSE N° 1404/16 de fecha 16/03/16. -----

La Unidad de Transparencia y Acceso a la Información

Pública de A.S.S.E.

en ejercicio de atribuciones delegadas

Resuelve:

1º) Autorízase el acceso a la información pública solicitada por la Sra.

Sofia Di Greif, ingresada bajo el ID 6249-----

2º) Pase para notificación y demás efectos.-----

Res.: 7876/2024
/scl


Dr. Gonzalo Medina
Director
U. Transparencia y Acceso Inf. Pública
A.S.S.E.

Montevideo, 18 de noviembre 2024.

Para: Sofia Di Greif.

De: Unidad de Transparencia y Acceso a la Información Pública

Por la presente se viene a dar respuesta a su solicitud de Acceso a la Información Pública N° ID 6249, con información aportada por el Área de Salud Sexual y Reproductiva, referente a datos de las mujeres que cursaron un embarazo en ASSE, en qué porcentaje de adherencia tuvieron las clases de preparación para el nacimiento en cada uno de los últimos cinco años?

A los efectos se adjunta informe respuesta de la mencionada Unidad.

Sin más que agregar.

Saluda Atte.


Dr. Gonzalo Medina
Director
Unidad de Transparencia y Acceso Inf. Pública
A.S.S.E

Montevideo, 15 de noviembre de 2024

De: Área Salud sexual y reproductiva

Para: Unidad de Transparencia y Acceso a la Información Pública

En virtud de la Solicitud de Acceso a la Información Pública ID 6249, se solicita los insumos necesarios para brindar la respuesta correspondiente.

La información se debe remitir a la Unidad de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Preguntas

¿De las mujeres que cursaron un embarazo en ASSE, qué porcentaje de adherencia tuvieron las clases de preparación para el nacimiento en cada uno de los últimos cinco años?

Respuesta

No se cuenta con información para responder la pregunta tal cual está planteada por las siguientes razones:

- Tradicionalmente la única fuente de información en la que se registraba la preparación para el nacimiento era el Sistema Informático Perinatal (SIP). Este dato solo refleja el porcentaje de mujeres embarazadas que accedieron a alguna modalidad de preparación para el nacimiento. No permite saber a cuantas instancias de concurrió la usuaria.
- Las metas del Ministerio de Salud Pública en relación a la preparación para el nacimiento solo incluyen a las mujeres primigestas, por lo que estos valores no representan a todas las mujeres asistidas en ASSE.
- En ASSE, existe un registro específico de la prestación "Preparación para el nacimiento" en la Historia Clínica Electrónica Ambulatoria (HCEA) de cada usuaria y en la agenda de consultas a partir del 1º/12/2023. A partir de esa fecha se tiene información que permite cuantificar cuantas usuarias están accediendo a la prestación y a cuantas instancias asisten.

A continuación, se aporta la información disponible de estas distintas fuentes.

Porcentaje de usuarias embarazadas asistidas en ASSE, que accedieron a preparación para el nacimiento, distribuido por año. Período 2020-2024			
Año	Fuente de información		Comentarios
	SIP (%)	HCEA (%)	
2020	10,5	S/D	
2021	8,9	S/D	
2022	8,9	S/D	
2023*	6,5	S/D	*el último cuatrimestre no tiene datos registrados
2024	S/D	2,1**	** registro del segundo trimestre solamente

Fuente: Elaboración propia. RT en SSySR. Gerencia Asistencial. ASSE

Proyecto “Acompañando el buen nacer- Preparación desde el comienzo con perspectiva familiar y de género”.

En el año 2022, desde el Área de Salud Sexual y Reproductiva, se gestiona el Proyecto “Acompañando el buen nacer- Preparación desde el comienzo con perspectiva familiar y de género”.

Este proyecto tiene por objetivo elaborar e implementar el Programa de Preparación para el Nacimiento (PPN) en ASSE.

Desde su inicio se han llevado adelante diferentes etapas del proyecto:

- Presentación del proyecto a todo ASSE
- Diagnóstico de situación. Se relevaron 48 unidades ejecutoras para trazar una línea de base, de cómo, cuándo y quienes realizan preparación para el nacimiento en la Institución.
- Se presentó y difundió el informe del Diagnóstico de situación a Regiones y unidades ejecutoras.
- Se conformó un grupo técnico de referentes regionales que diseñen el PPN.
- Se elaboró un plan de Preparación para el Nacimiento (PPN)
- Se elaboró el Plan de nacimiento (se puede descargar de la página de ASSE – Área de salud sexual y reproductiva – Proyecto Acompañando el buen nacer)
- Se incorporó la prestación en HCEA, figura la prestación dentro de la agenda.
- El 1/12/23 comienza una nueva forma de registro de la prestación “Preparación para el nacimiento”, la cual pasa a registrarse en la HCEA de cada usuaria, registrándose cada encuentro.

Por lo tanto, recién a partir de esa fecha se puede realizar una trazabilidad de que usuarias concurren a la preparación para el nacimiento y a que cantidad de encuentros. La tabla a continuación muestra el año 2024, el número veces que se brindó la prestación.

Número de veces que se brindó la prestación “preparación para el nacimiento” distribuido por departamento y cuatrimestre 2024. ASSE.		
Departamento	1er cuatrimestre Enero – abril/2024	2do cuatrimestre Mayo – agosto/2024
Artigas	17	23
Canelones	119	122
Cerro Largo	8	12
Colonia	0	5
Durazno	0	0
Flores	0	16
Florida	25	80
Lavalleja	0	2
Maldonado	38	20
Montevideo	50	76
Paysandú	4	97
Rivera	0	28
Rocha	0	0 *
Río Negro	15	51
Salto	9	6
San José	21	0 **
Soriano	2	14
Tacuarembó	141	147
Treinta y Tres	46	63
Total	495	762
* tiene agenda partera de licencia médica.		
** cambio de OP referente, ya se retomó agenda.		
Fuente: Elaboración propia. RT en SSySR. Gerencia Asistencial. ASSE		

La preparación para el nacimiento se vincula también a la meta asistencial 1 -Componente 2

En este punto lo que solicita informar el MSP es la cantidad de usuarias que tuvieron su primer parto o cesárea por cuatrimestre y realizaron curso de preparación para el nacimiento.

En el primer cuatrimestre de 2024, las usuarias que tuvieron su primer parto o cesárea fueron 1743 y de ellas 37 concurren al menos a 5 encuentros de preparación para el nacimiento, lo que representa un 2,1 %.

Si bien comprendemos que la participación aun es baja, nos encontramos en el primer año de registro, con los desafíos que implica en una institución tan grande los cambios procedimentales.

Finalizando el primer año de implementación del proyecto, aún nos encontramos en la distribución de materiales y la elaboración de insumos audiovisuales para mejorar las instancias presenciales, así como las estrategias de difusión y adherencia a tan importantes instancias.

Invitamos a ingresar a la página de asse para poder navegar sobre los materiales ya implementados, videos de maternidades, videos con profesionales sobre variados temas, testimonios de usuarios, etc.

Actualmente se encuentran conformados los equipos de referentes por regiones con una referencia central para la coordinación, seguimiento y evaluación de la prestación.

Desde ya nos ponemos a disposición para la información que estimen pertinente.

Saluda atte

Responsables:

Dra. Mónica Gorgoroso

OP. Fernanda Putti

Área Salud Sexual y Reproductiva

Gerencia Asistencial

Pedido de acceso a la información pública al Ministerio de Salud Pública realizada por terceros sobre datos estadísticos sobre violencia obstétrica.

Documento: 12/001/3/3728/2024 Actuación: 3

7



Ministerio
de Salud Pública

DIRECCIÓN GENERAL DE LA SALUD

Montevideo, 28 de junio de 2024

Directora General de Salud

Dra. Adriana Alfonso

En referencia a la solicitud de acceso a la información 3/3728/2024 que pide: “datos estadísticos respectivos a violencia obstétrica. Además de estadísticas respectivas a denuncias realizadas en el país, y por departamento, también serviría el acceso a documentos de trabajo realizados en tal perspectiva”.

Se consulta con el Área de Salud Sexual y Reproductiva y el Área de Programa de Género y VBGG quienes no tienen los datos solicitados, se sugiere pasar a DIGESE-Departamento de Atención al Usuario.

Unidad de Información

Respuesta 3 3728 2024.pdf



Ministerio
de Salud Pública

Departamento de Atención al Usuario
JUNASA - DIGESNIS

8 de Agosto de 2024

Según expediente 12/001/3/3728/2024 se ha solicitado al Departamento de Atención al Usuario información sobre *“...datos estadísticos respectivos a violencia obstétrica. Además de estadísticas respectivas a denuncias realizadas en el país, y por departamento, también serviría el acceso a documentos de trabajo realizados en tal perspectiva. Sabemos que existe una comisión especializada en el tema pero no tenemos acceso a su trabajo.”*

Vista la solicitud, oportunamente se consideró que para poder informar es necesario que se indique el periodo del que se pretende la información obteniendo que *“...el solicitante manifiesta telefónicamente que requiere la información de los últimos diez años, de no ser posible, indica que agradece la información que se disponga hasta la fecha”*.

En respuesta a ello corresponde realizar las siguientes observaciones:

- En lo que es competencia de este sector, se responde sobre denuncias.
- El Sistema Único de Denuncias a Servicios de Salud (“Es por Aquí”) con el que cuenta esta dependencia es un sistema de registro de denuncias en primera instancia (Decreto 192/019) que, si bien realiza una clasificación predeterminada por tema, la misma no contempla la especificación “violencia obstétrica”. Dicho sistema está operativo desde febrero de 2020; el sistema anterior tampoco contempla la especificación mencionada, por tanto no es posible informar datos al respecto vinculados a estas plataformas.
- En tanto el sistema de expedientes de el MSP (“Integradoc”), en el que se registran las denuncias de las que los interesados solicitan una gestión de segunda instancia (Decreto 192/019), no cuenta con clasificación predeterminada de temas de las denuncias ingresadas, por lo que se informan los datos resultantes de la búsqueda de trámites que contengan las palabras “violencia obstétrica” para el periodo solicitado. Se debe considerar que por el método de búsqueda pueden quedar excluidas denuncias con la misma temática pero ingresadas con diferente definición, dado que no todos los denunciante presentan sus trámites utilizando las palabras exactas.



Ministerio
de Salud Pública

Departamento de Atención al Usuario
JUNASA - DIGESNIS

Total de denuncias sobre “violencia obstétrica” para el periodo 2014 a la actualidad (31 de julio de 2024):

15 denuncias

Denuncias por departamento de origen del servicio de salud involucrado, para el periodo 2014 a la actualidad (31 de julio de 2024):

13 Montevideo
1 Canelones
1 San José



Director General de Secretaría

Ref. N.º 12/001/3/3728/2024.-

Mediante solicitud de Acceso a la Información Pública, solicita la siguiente información al Ministerio de Salud Pública:

Información solicitada: Necesitamos con fines de una investigación académica datos estadísticos respectivos a violencia obstétrica. Además de estadísticas respectivas a denuncias realizadas en el país, y por departamento, también serviría el acceso a documentos de trabajo realizados en tal perspectiva. Sabemos que existe una comisión especializada en el tema pero no tenemos acceso a su trabajo.

Consultada la Dirección General de la Salud (DIGESA), cuyo informe luce adjunto a estos obrados fs. 7 y la Junta Nacional de Salud, cuyo informe luce adjunto a fs. 29 y 30, se sugiere proporcionar la información ut supra referida en los términos que se detallan a continuación.

Considerando que la solicitud se formuló conforme al procedimiento establecido en la norma (Ley 18.381 - art. 13 y ss.) y no se encuentra declarada como reservada, secreta o confidencial.

Se recomienda hacer lugar al pedido de Acceso a la Información Pública de forma total, notificando al interesado las fs. 7 y las fs. 29 y 30.

Ministerio de Salud Pública

Dirección General de Secretaría

VISTO: la solicitud de información pública efectuada al amparo de lo dispuesto por la Ley N° 18.381 de 17 de octubre de 2008;

RESULTANDO: que el peticionante solicita acceder a información referente a datos estadísticos respectivos a violencia obstétrica, denuncias realizadas en el país y por departamento, así como documentos de trabajo realizados en tal perspectiva, en los últimos diez años o la información disponible a la fecha;

CONSIDERANDO: I) que corresponde hacer lugar a lo peticionado;

II) que de acuerdo a lo dispuesto por el Artículo 16 de la citada disposición legal, el acto que resuelva la petición debe emanar del jerarca máximo del Inciso o quien posea facultades delegadas al efecto;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido por Resolución Ministerial N° 38/991 de 22 de enero de 1991;

EL DIRECTOR GENERAL DE SECRETARÍA

en ejercicio de las atribuciones delegadas

RESUELVE:

- 1º) Autorízase el acceso a la información en referencia a la solicitud efectuada
al amparo de lo dispuesto por la Ley N°
18.381, de 17 de octubre de 2008.
- 2º) Notifíquese a la parte interesada a través de Secretaría de la
Dirección General de Secretaría. Pase al Departamento de
Comunicaciones para su publicación en la página web institucional.
Cumplido, archívese.

Ref. N° 001-3-3728-2024

VF