

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“HUMANIZACIÓN DEL EMBARAZO, PARTO Y NACIMIENTO”

*UN ASUNTO DE DERECHOS HUMANOS*

Br. Mariana Rocha Sosa

Montevideo, 18 de febrero, 2015.

Tutor: Prof. Adj. Alejandra López Gómez

## INDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
INTERVENCIONISMO	
INSTITUCIONAL.....	5
ALGUNOS ANTECEDENTES DEL CONCEPTO DE GÉNERO.....	14
PERSPECTIVA DE GÉNERO.....	16
HUMANIZACIÓN, CUERPOS Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	18
LOS CUERPOS: UNA HERRAMIENTA CONCEPTUAL PARA REFLEXIONAR SOBRE EL PARTO	
HUMANIZADO.....	22
VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	26
URUGUAY Y LOS DERECHOS A LA SALUD SEXUAL	
Y LA SALUD REPRODUCTIVA.....	28
EL PARTO DOMICILIARIO EN EL URUGUAY.....	34
APORTES DE LA PSICOLOGÍA EN LA HUMANIZACIÓN	
DEL EMBARAZO, PARTO Y NACIMIENTO .....	35
REFLEXIONES	
FINALES.....	37
REFERENCIAS	
BIBLIOGRÁFICAS.....	38

## ***Resumen:***

Para el tratamiento del tema central de esta monografía, “Humanización del embarazo, parto y nacimiento. Un asunto de Derechos Humanos”, se realizó una revisión de publicaciones que recogen ensayos teóricos y estudios empíricos, en los últimos diez años, a nivel nacional y regional.

Se buscó articular elementos teóricos que provienen de los estudios de género y feministas aplicados al campo de la salud, el cuerpo y la reproducción.

El cometido de este trabajo fue el de hacer visibles temas como la violencia obstétrica, el intervencionismo, los derechos sexuales y los reproductivos, entre otros. Lo importante es aclarar que durante todo el trabajo, cuando hablamos de los procesos reproductivos en cuestión, nos estamos refiriendo a embarazo y parto ,de bajo riesgo.

## ***INTRODUCCIÓN:***

Este trabajo de corte monográfico se realizó para la obtención del título de Licenciada en Psicología de la Universidad de la República.

La elección del tema se justifica por interés personal tras haber experimentado un parto domiciliario, por elección y siendo consciente de mis Derechos sexuales y Derechos reproductivos donde a la vez, experimenté la libertad y la responsabilidad que implica la apropiación de mi propio cuerpo. Este hecho, despertó en mí, la conciencia como mujer ciudadana, y la necesidad de profundizar teóricamente sobre la humanización del parto y el nacimiento.

Destaco que a través de hacer y llevar a la práctica mis derechos, experimenté obstáculos con los trámites a realizar a posteriori; hacer socio al bebé en un servicio de salud, obtener su cédula de identidad, exámenes de sangre, debiéndolos realizar en laboratorio privado, debido a que si el nacimiento no se realiza en la institución médica, es mucho más engorroso el papeleo para ingresar al mismo al sistema de salud. Además evidencí cierta desconfianza a los procedimientos realizados fuera de la institucionalización. Un ejemplo concreto de ello fue en el primer control pediátrico de mi hijo, donde al mencionar que había nacido en domicilio, se le indicaron nuevamente todos los análisis rutinarios, que ya habían sido realizados por un pediatra en mi casa en las primeras horas del nacimiento.

El haber tenido el parto en mi domicilio me dio tranquilidad, ya que hacía varios meses que conocíamos a las parteras, habían ido a conocer mi casa y todo el embarazo fue “controlado” y “normal”. Pero el hecho, es que también me sentía segura si teníamos que, por alguna razón ser trasladados al hospital, porque ya conocía mis derechos y no solo yo, sino mi compañero y las parteras que me acompañaban. Así que lo que rescato mas allá de la anécdota es la importancia de la información y ser parte activa en esta sociedad desde la apropiación, el respeto y la responsabilidad. Y Como lo personal no puede separarse de lo social, el interés también es social y profesional al mismo tiempo, porque como estudiante de la Universidad de la República tengo la responsabilidad de aportar conocimientos, que sirvan para los cambios no solo políticos propiamente, (como por ejemplo que el parto domiciliario pueda ser una opción más que brinden las prestadoras de salud), sino en la construcción de distintas formas de pensar y hacer, en colaboración con distintas disciplinas u organizaciones sociales.

Como psicóloga me interesaría seguir profundizando en la humanización del parto y el nacimiento, tarea que de tan dinámica y compleja, no tiene fin.

## **INTERVENCIONISMO INSTITUCIONAL**

Cuando me refiero a intervencionismo en este trabajo, pretendo enfocarme en las intervenciones innecesarias aplicadas a la mujer embarazada en el trabajo del parto y parto y al recién nacido, basados en una idea del cuerpo y la salud, mecanicista y tecnocrática, vulnerando y violando el derecho de la mujer a cómo, dónde y en qué posición parir.

El intervencionismo no solo puede ser realizado al momento del parto, sino posteriormente, en la consulta al pediatra y en los controles ginecológicos durante el curso del embarazo, sobre todo a término. En estos casos, cabe preguntarse si la mujer sabe que no está siendo respetada en sus derechos o hay una cuestión subjetiva de naturalizar el maltrato, por estar frente al otro que sabe. ¿Desde cuándo las mujeres dejamos de apropiarnos de nuestro cuerpo? Esta interrogante quedará abierta y de cierta manera contestada a lo largo del trabajo.

Sucede muchas veces que la intervención innecesaria, ocurre luego de haber experimentado un parto domiciliario, como en el siguiente caso, en el que la mujer tuvo que ir a la institución para que le dieran la inyección de inmunoglobulina RH, dado que ella era factor RH negativo y su bebé, RH positivo:

Pido la hemoterapeuta...Viene, me toma los datos, sí, lo tuviste en casa? ... Me decía: Ay!! para qué correr ese riesgo!! ... En eso viene la

extraccionista que es una botona y me dice: no, no, tu no podés darle eso sin los exámenes de laboratorio, yo ya tenía los exámenes en un laboratorio particular, le dije mirá ya tengo todo, él es RH positivo, me la tienen que dar. Ella me dijo ah no!! pero el Casmu no reconoce nada que no sea del Casmu... Cuando llegamos de vuelta ya había no sé cuantas cosas más... porque no hay un protocolo, cada uno decía lo que le parecía... Ah no!! nosotros no podemos pinchar a un niño que no es socio del Casmu... Yo hacía tres horas que no comía, dando teta en la sala de espera... Y se les seguía ocurriendo cosas, entonces le iban a dar vacunas, pincharlo, todas las cosas de nuevo al bebé, a la misma vez... cómo hacerle todo esto si no es socio. A la administración, y ahí bueno traeme dos fotocopias de cédula, no se podía creer, yo llorando, seis horas, ... La de administración llamando a BPS por un código de salud, yo que sé...en un momento dijeron bueno tá, ya empezó el trámite para hacerlo socio y le empezaron a hacer de todo al bebé. Y a las seis horas me dieron la inmunoglobulina, me llegaron a hacer gestos de que estaba loca por haberlo tenido en casa. Magnone, 2010 p.8

Nos encontramos frente a un modelo médico intervencionista coexistiendo con políticas públicas que intentan proteger los derechos a la salud sexual y a la salud reproductiva. Es claro que se ha desdibujado la relación médico-paciente por intereses propios de las instituciones, cuando se debería responder a los de las mujeres que van a parir. ¿Se les pregunta cómo se sienten?, ¿y si tienen miedo?, ¿El ambiente de las maternidades es propicio para un parto humanizado?, ¿Las mujeres conocen sus derechos? Estas son solo algunas preguntas disparadoras a una problemática que tiene múltiples aristas.

Para fundamentar lo dicho, he hecho un recorrido por diversos autores ocupados en esta problemática.

Un punto de vista muy interesante es el que nos trae Junges (2011) cuando nos habla de la bioética. La Bioética es una disciplina que estudia el derecho a la vida, a la salud y la ética médica. El mismo afirma que los sistemas de salud están afectados por nuevas configuraciones de poder, no solo del Estado sino del poder simbólico del mercado que afecta las subjetividades. La perspectiva de los derechos humanos permite pensar en una salud pública que pueda centrarse en la atención en salud y no en el mero consumo de las tecnologías. El autor nos habla de las biotecnologías que venden salud y producen la sensación de necesidad en los usuarios que provocan a su vez la naturalización de prácticas, dando la sensación de ser su “única opción” donde el usuario termina siendo un consumidor pasivo. A este hecho Junges (2009), le llama “marketing simbólico”. El autor propone una Bioética hermenéutica que piense la

salud en colectivo y reflexione éticamente sobre los problemas sanitarios en profundidad.

Las palabras de este autor reflejan como se van naturalizando las prácticas médicas sin ser cuestionadas. ¿Las mujeres o las parejas, se cuestionan acerca de la manera de tener a sus hijos, o depositan toda esa responsabilidad en el saber- poder médico hegemónico?

En este punto es importante hablar del concepto de medicalización ya que el intervencionismo es una manifestación del mismo. El término medicalización vendría a expresar el cómo la medicina y lo médico atraviesa lo cotidiano; se le da una connotación crítica por las consecuencias negativas que ha originado este fenómeno.

Ivan Illich (1975), filósofo austríaco, conceptualizó en su libro “Némesis Médica”, sobre la medicalización de la sociedad. En el mismo manifiesta que la medicina institucionalizada se ha convertido en una amenaza para la salud y que la dependencia que se tiene hacia los profesionales afecta a todas las relaciones sociales. Afirma que este fenómeno tiene carácter político, y lo llama “medicalización de la vida”.

Venancio Martínez (2008), afirma que existen distintas investigaciones que confirman el hecho de que cuanto más gasta una sociedad en asistencia sanitaria mayor es la probabilidad de que sus habitantes se consideren enfermos. La medicalización hace que pequeñas dolencias se conviertan en enfermedades.

El mismo autor destaca tres componentes dentro del concepto “medicalización de la vida”: la medicalización de la salud, la hipermedicalización de la enfermedad y la medicalización de la muerte.

Para la medicalización de la salud, cualquier anomalía en la capacidad de adaptación a una exigencia normal; se considera enfermedad. Se han medicalizado todos los procesos vitales definiendo su atención como si fueran enfermedades, como las etapas normales del proceso reproductivo de la mujer, la menstruación, el embarazo, el parto y la menopausia.

La hipermedicalización de la enfermedad sucede cuando frente a determinadas anomalías existen varios medicamentos y tratamientos por lo tanto al paciente se le termina dando demasiados químicos, que traen a su vez consecuencias en partes del cuerpo que estaban sanas.

Y por último, la medicalización de la muerte se refiere a tratar a toda costa, de alargar la vida a los pacientes.

A partir de lo dicho sobre la hipermedicalización de la enfermedad cabe reflexionar sobre la visión fragmentada que tienen los profesionales de la salud sobre el cuerpo. El “objeto” de estudio es un órgano o una parte específica de éste, cuando lo apropiado, a mi criterio, es poder tener una visión de un sujeto integral y complejo. Es lo

que sucede con algunos partos, en los que el foco se pone en lo puramente orgánico (la dilatación, las contracciones, el rompimiento de bolsa, etc.) lo que si bien es necesario, no resulta suficiente, ya que asistimos a la cosificación del sujeto que tenemos delante. Hay infinitas historias que constatan que las emociones, los sentimientos, los traumas, los miedos ejercen gran poder en el trabajo de parto. Y aquí surge una pregunta: ¿por qué, en la atención en el embarazo no se incluyen psicólogos o sobre todo psicólogas que coordinen para que las mujeres puedan hablar entre ellas, de sus miedos, en un ambiente de total confianza e identificación? Creo que se podría tener en cuenta para integrar a los servicios de salud.

Otro autor que conceptualiza sobre la medicalización es Michel Foucault (1977). Para él la medicina moderna es una medicina social que se basa en una cierta tecnología del “cuerpo social”; la misma no es individualista como se piensa, ligada al capitalismo, sino que es una práctica social en sí misma. La hipótesis que maneja es que la medicina no pasó de ser, una medicina social a una privada, a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, sino lo contrario: se socializó el cuerpo en función de la fuerza productiva. Nos dice que el control se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Y reza: “El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina una estrategia biopolítica”

Como ejemplo de la medicalización tenemos la manifestación de unas parteras en un hospital público en el Uruguay. Según Magnone (2010), las parteras tienen el ideal de que las mujeres tengan sus partos de forma natural y autónoma. Sin embargo, en lo cotidiano del hospital ven que en la mayoría de los casos esto no sucede. Las mismas afirman que la “medicalización de la sociedad”, “la sociedad del riesgo” y “la dominación simbólica” del poder médico, son los que crean las condiciones para que en su mayoría prevalezca el parto tecnocrático. En la siguiente cita se puede observar esta realidad:

Y también ves mujeres como que les da lo mismo, también porque hay mucha cosa de desconocimiento, primero de lo que son derechos, los desconocen. Desconocen mucho lo que son buenas o malas indicaciones, tienen la campana de que todo lo que te hacen está bien, porque el doctor lo indica, por algo es, no tienen elementos para cuestionar. Magnone, 2010, p14

Esta cita hace pensar sobre cuáles son los límites de la autonomía de la mujer: ¿los que marca el médico, o los que marca ella misma ejerciendo sus derechos? Quizá el movimiento no ocurra de un lado o del otro. Creo que es importante pensar la problemática multidisciplinariamente, desde la complejidad.

Illich (1976), nos habla de la salud y de la autonomía. Nos dice que la salud de una población va a depender en cómo afecten en el ambiente las acciones políticas y si las mismas crean circunstancias de confianza, de dignidad y de autonomía, en lo que

respecta a los débiles. De lo dicho por el autor se podría desprender la reflexión acerca del estado de vulnerabilidad que viven las mujeres frente a situaciones específicas, como lo son el parto y luego el puerperio. A mi entender no se trata sólo de la pobreza. Se debería tener en cuenta el contexto particular y proporcionar un ambiente de confianza y tranquilidad que facilite el parto. Estoy de acuerdo acerca de la importancia de que se produzca el empoderamiento en la mujer, que permita el ejercicio de sus derechos, pero a la vez pregunto: ¿Cómo sería el proceso de empoderamiento?, ¿podrá una institución que practique un trato humanizado, ayudar a la mujer a empoderarse? El cometido de estos cuestionamientos es poder reflexionar acerca de un doble movimiento que provoque el cambio, no sólo desde la mujer sino también desde lo institucional. Esto es sólo una hipótesis para pensar acerca de la autonomía.

Por otra parte María Luz Esteban (2003) nos propone, La Teoría Antropológica Feminista, para analizar y profundizar la desigualdad de género existente en la salud e incorporar el estudio de género como categoría analítica. Uno de los aspectos que más rescata es la importancia de que las discusiones sean interdisciplinarias y en comunión y correlación con la participación ciudadana e incorporar a las feministas y la población femenina para que pueda haber datos de la realidad más globales y más realistas, además de compromiso y reivindicación de derechos como ciudadanas.

Esteban, (2003) nos habla de que esta teoría supone dinamismo, está situada en un tiempo y un momento determinado, implica repensarse a sí misma constantemente. Reivindica el valor de las prácticas sociales como transformadoras, la posibilidad de discutir sobre temas que permitan la visibilización de las desigualdades sin caer en la idea de la victimización de las mujeres, que genera pasividad frente a los cambios reforzando la desigualdad, que queda en un nivel teórico y científico, sin la participación de los actores sociales más implicados. También es central integrar al análisis de género, la raza, etnia, edad, clase social, por citar algunos, que simultáneamente generan desigualdad.

En la siguiente cita se destaca el valor de las prácticas sociales:

En el momento en que la salud y los DSR son incorporados en procesos complejos de reforma sanitaria y educativa en el país, resulta fundamental el saber y conocimiento acumulado de los actores sociales. Particularmente cuando fue el reclamo y la acción de los movimientos sociales, lo que generó y ha permitido avanzar en este trayecto de cambios.  
MYSU, 2014, p. 7

Esteban (2003), como ya vimos insiste en el papel que juega la participación ciudadana en los cambios sociales. Propone también revisar la teoría feminista que fue



transformándose y revalorizar la lucha detrás de la teoría, la cual fue desarrollándose a partir de la reivindicación y el compromiso de cambio. Si no se toma en cuenta esto las nuevas generaciones no contextualizan la teoría feminista y se pierden los aspectos más transformadores de las prácticas sociales; el seguimiento, la pertenencia, el enfrentamiento y la disidencia.

Lo que nos propone dicha autora permite incorporar a lo teórico la praxis, como la apropiación del propio cuerpo de parte de las mujeres y de los derechos que nos corresponden como actoras sociales. Se notará a lo largo de este trabajo diferentes facetas de lo que es la apropiación y la no apropiación. Cuando nos referimos a la humanización del parto y del nacimiento no se trata solo de exigir que nuestros cuerpos sean respetados como un derecho, sino de ser miembros activos en la consecución de los cambios sociales.

Así el cuerpo y la salud deberían ser vistos como lo inmediato, un terreno muy cercano donde las verdades y contradicciones sociales tienen lugar, el lugar de la manipulación, del sometimiento pero también el espacio donde se da la resistencia personal y social, la contienda, la lucha. Las personas deberían ser analizadas y observadas como sometidas al control por la sociedad y las diferentes instituciones, pero gestionando sus propias vidas y contestando también estas formas de control. Esteban, 2003, p.33

El desconocimiento de las mujeres acerca de sus derechos sexuales y reproductivos hace que se coloquen, como ya se ha expresado, en situación de pasividad frente al profesional. El profesional se posiciona desde un lugar jerárquico y la mujer, paciente y pasiva, en posición de vulnerabilidad. Esto puede vislumbrarse en el artículo de *Griboski & Dirce (2006)*, en el que se presentan los resultados de una investigación cualitativa sobre la percepción de las mujeres, pacientes, y la percepción del equipo de salud al respecto. Se llegó a la conclusión que las mujeres vivencian el proceso del parto con una sensación de miedo y desconocimiento, sometándose a acciones intervencionistas, colocándose en una situación de extrema vulnerabilidad. Los profesionales reconocen la jerarquización existente entre las mujeres y ellos, en su rol profesional (la dimensión del saber) que delimita el espacio social entre ambos. En estas líneas se pueden observar como la vulnerabilidad y la desigualdad no se expresan solo por el hecho de ser mujer sino en la diferenciación, en la jerarquización, “del saber”, que quizá se acentúe por ser mujer. Lo que me interesa es rescatar la multiplicidad de dimensiones que hacen a la desigualdad, que al decir de Esteban (2003), “se expresan a través de las prácticas sociales pero se sedimenta en las instituciones” (p 7)

En el artículo antes mencionado Griboski & Guilhem (2006), manifiestan que rescatar la autonomía de las mujeres y propiciar la comunicación se consideran aspectos importantes en las políticas de humanización. En el imaginario cultural existen creencias que propician las intervenciones innecesarias, como por ejemplo la episiotomía y la cesárea, en casos que se pueden evitar. Uno de ellos es el dolor del parto con bases culturales en la religión, como gran generadora de subjetividad: “parirás con dolor” y la creencia de la destrucción del canal vaginal que impedirá a la mujer tener relaciones sexuales placenteras (por esto también se justifica la episiotomía y se acentúa el miedo a morir en el parto). A pesar de la argumentación de la humanización en el parto, se observa el predominio del modelo biomédico. Aproximarse a la humanización permite a las mujeres y a los profesionales tener relaciones menos desiguales y autoritarias. Ahora bien, me pregunto si sólo con el acercamiento de parte de los médicos a la humanización alcanzará. Pregunta intencionalmente ingenua ya que cómo expresé anteriormente hay un problema de fondo, problema estructural inherente a la institución, que responde a intereses económicos y políticos. Además el tema debe abordarse multidisciplinariamente y cambiar la mentalidad de las mujeres, sabiendo que tienen voz y derecho a ser respetadas.

Vivimos en un sistema patriarcal desde donde se organizan las instituciones. Esto se evidencia en la forma en que se es visto al cuerpo y la sexualidad, en una sociedad donde se sigue viendo a la mujer embarazada asexuada y su cuerpo al servicio de profesionales que trasladan a otros, el poder sobre sí mismas. Magnone (2013) en una cita de su investigación nos da un ejemplo:

En el análisis del modo de asistencia al parto se evidencian distintas expresiones del sistema patriarcal. Lerner (citado por Magnone 2013) quien analiza la historia del patriarcado, plantea cómo éste ha permitido organizar la dominación de la sexualidad de las mujeres, mediante la represión de sus cuerpos, <(…) su sexualidad y sus cuerpos están al servicio de otros, falta de libertad que supone estar sexual y reproductivamente controlada por hombres>(Lerner, 1990: 59). Cuerpo “de otros”, obligado por la autoridad y el poder médico a parir de forma horizontal. Todas son obligadas a acostarse para “el tacto” (la revisión de la dilatación del cuello del útero) y casi todas son obligadas a parir acostadas con las piernas levantadas. Esto se sigue practicando aunque ya existen investigaciones que afirman que el parto vertical mejora los resultados obstétricos. Magnone, 2013, p 86

Más allá de ver el problema del intervencionismo y la medicalización hacia las mujeres como un problema de comunicación entre el equipo de salud y las mismas y su falta de autonomía, el problema es de una profundidad mayor. Esteban (2003) nos

cuenta que ya el feminismo ha denunciado el androcentrismo en la biomedicina pero igualmente hay una tendencia a considerar las prácticas médicas y la medicalización como desviaciones de la medicina occidental. Esto hace pensar que corrigiendo las desviaciones se soluciona el problema. Sin embargo éste es más profundo, es estructural al propio sistema que hay que replantear, volver a ubicarlo en su contexto, repensarlo globalmente. Puede parecer útil para pensar a la medicina occidental en su totalidad, la crítica cultural de la biomedicina que se hace en Antropología de la Salud donde se considera que la hegemonía de la medicina occidental nada tiene que ver con los progresos tecnológicos y técnicos sino con pactos que se han hecho con burocracias estatales donde han tenido como fin la exclusión administrativa y jurídica de cualquier alternativa y la recuperación de aspectos solventados por el auto cuidado.

Como ya fue señalado el problema del intervencionismo tiene diferentes aristas a la hora de un abordaje conceptual. Un aspecto muy importante y central es preguntarse desde qué concepción de salud y enfermedad parte el sistema médico actual; esto nos permite entender la forma en que se interviene. La concepción de la salud y la enfermedad se sustenta fundamentalmente en lo biológico. El embarazo y el parto, son vistos paradigmáticamente como problemas de salud, tanto para el servicio médico como para la mujer y su familia, de esta manera se justifica la actividad medicalizadora. Las mujeres desde el inicio del embarazo deben utilizar los servicios médicos cuyos discursos y prácticas se imponen socialmente a lo largo de todo el proceso procreativo. García & Díaz (2010), nos cuentan que hay dos razones generales que explican la medicalización del cuerpo femenino:

Una es que históricamente la ginecología patologizó el embarazo y el parto considerándolo como defectuoso.

La otra es la necesidad de controlar las tasas de natalidad que abre paso al control excesivo para que los embarazos lleguen a buen término; esta es otra razón de la medicalización. Justamente lo que intenta la concepción humanista es una visión más integral del ser humano, tomando en cuenta sus sentimientos, emociones y elecciones.

Al decir de Esteban (2003), otro aspecto que se utiliza a la hora de justificar las prácticas medicalizadoras, que van de la mano con la concepción sobre la salud y la enfermedad, es la idea de universalidad que ha servido como fundamento para dichas prácticas y reforzar el propio modelo médico hegemónico. Ellas suponen control social e ideológico sobre la sociedad a través de la regulación de ciertos comportamientos y una cierta negatividad asociada a determinados padecimientos que son condicionantes a la hora de elegir a quienes se asisten, a quienes no y en qué condiciones; control social expresado a través del asistencialismo, de las intervenciones curativas,

educativas, influencias en los medios de comunicación y otros niveles de la sociedad y sustentado a través de lo que se le llama “presunciones de cientificidad” de la biomedicina.

Otro obstáculo a la hora de hacer visible la medicalización de las mujeres es el hecho de que los discursos científicos están íntimamente asociados con el discurso moral y esto se ve reflejado en la siguiente cita:

Uno se queda sin herramientas para explicar por qué decidiste tener tu parto en casa, o naturalmente sin anestesia, te quedas sin herramientas ante un mundo que tiene muchas cosas justificadas así, avaladas moralmente y son así y punto, no se discute. Yo también me quedo sin herramientas... Para mí es así y creo en mi poder, pero para esta sociedad eso no es válido... Tenés que apoyarte en algo, sino hay un estudio estadístico, algo científico que avale. Eso no es válido... De qué nos estamos perdiendo.... Magnone, 2010, p.20

Es importante plantearse sobre la percepción que las mujeres tienen sobre sus cuerpos, contribuyendo con el grado de vulnerabilidad a la hora de la intervención médica. A continuación *Griboski & Guilhem (2006)* describen tres tipos de vulnerabilidad:

- La vulnerabilidad individual; se refiere al desconocimiento que la mujer tiene sobre el proceso del parto, el papel que deberían desempeñar los profesionales de salud y el hecho de no tener una noción clara de cuáles son sus derechos.
- Vulnerabilidad programática; se expresa en la forma en cómo el servicio de salud está organizado, cómo se establece el vínculo con los profesionales de salud y las rutinas que establecen para la atención del parto.
- Vulnerabilidad social; emerge en la dificultad de acceso a los servicios de salud, en la falta de camas en los hospitales y el nivel de escolaridad.

Desde otra perspectiva tenemos las conceptualizaciones de Roberto Castro (2014) que nos amplía la mirada sobre el problema de la relación médico-paciente, profesionales de la salud y usuarios. Nos habla de que el habitus médico es resultado de las prácticas y de la formación, adquirida y reproducida desde las facultades de medicina y los hospitales de ejercicio de la misma. Lo que intenta hacer el autor en su artículo, es mostrar la génesis de las prácticas médicas que llevan intrínseca la violación de los derechos de la mujer. Aborda el problema desde otro punto de vista realizando una investigación sociológica. En su artículo, el autor problematiza sobre lo

que llama el *habitus* médico y considera que muchos de los problemas en la relación médico paciente están vinculados a una cuestión de abuso del poder, que ellos mismos vivieron durante su formación como tales, por sus superiores, y por las enseñanzas que marcan normas de comportamiento en su práctica.

A partir de las ideas de Castro se puede empezar a responder la pregunta que me planteaba en líneas anteriores: si bastaba con que los médicos se acercaran más a la humanización para resolver el problema del intervencionismo. Si tomamos lo elaborado por este autor, es prioritario que el cambio se haga desde la formación de los profesionales y por ende en la estructura de la educación en medicina. Lo que plantea Castro se puede observar en la cita siguiente. Me parece importante para poder visualizar esta temática en nuestro país.

En los Hospitales escuela, como el Pereira Rossell "... se trabaja desde el poder, el grado alto tiene que demostrar que "sabe" a los estudiantes, los Residentes a los internos, los internos a los que entran, etc. Yo obstetra le digo a la paciente no grites, luego el médico le dice al obstetra: obstetra tal cosa, a mí me maltrata todo el tiempo el médico, yo maltrato todo el tiempo a la paciente... el depositario del maltrato es siempre el usuario... Hay una estructura jerárquica totalmente enquistada, rígida, que no permite ningún movimiento. Magnone, 2010, P, 11

Con respecto a esto, Castro da el ejemplo de cuando los médicos le piden a la mujer que colabore estando en trabajo de parto, situación que tendría que ser al revés. La mujer es la protagonista del parto junto a su bebe; deberían ser los médicos los que colaboren con la misma.

La medicina occidental reproduce prácticas basadas en concepciones que hay que revisar y recontextualizar en profundidad para que el cambio pueda producirse en todas sus dimensiones. Esteban (2003), nos nombra alguna de ellas:

La definición de enfermedad como una desviación de una norma biológica; la doctrina de que existe una etiología de las enfermedades (unicausalidad); la noción de que las enfermedades son universales; la idea de la neutralidad de la teoría y la práctica biomédica; la dicotomía mente/cuerpo; la autonomía de la biología de la conciencia humana; el atomismo anatómico; la independencia de lo natural frente a lo social; el biologicismo; el mecanicismo; el mercantilismo; la asocialidad; la a-historicidad; la eficacia pragmática. ( p.12)

## **ALGUNOS ANTECEDENTES DEL CONCEPTO DE GÉNERO**

Es importante cuando hacemos un poco de historia visibilizar de alguna manera los contextos en que se empiezan a construir ideas que determinan formas de ser en el mundo, y que cuando se automatizan, se ven como normales sin cuestionarse cómo surgieron. Es así que en este proceso a lo largo de los años, por la década del sesenta, se hace más visible el movimiento feminista, denunciando esta cuestión social, donde la mujer queda desfavorecida frente a una sociedad y cultura que es de los hombres.

Según Lamas (2000), en ésta época el teórico que “moldeaba el discurso convencional” era el sociólogo Talcott Parsons, quien afirmaba su teoría acorde al pensamiento de la modernización donde conceptualizaba sobre la acepción de género. Consideraba que la misma tenía carácter biológico y que no se había hecho más que racionalizar lo que era de orden natural. Conceptualizaba sobre los roles a cumplir por el hombre y la mujer para que la sociedad fuera funcional; por esta razón creía que las organizaciones que estaban compuestas sólo por hombres o sólo por mujeres estaban destinadas a desaparecer por no ser funcionales. Las relaciones entre ambos sexos estaban basadas en lo sexual y económico.

A su vez, en la misma década, Margaret Mead planteaba que los conceptos de género eran de carácter cultural y no biológico, que podían variar en entornos diferentes. No obstante, en esta época tenían mayor peso las conceptualizaciones de Parsons, -lo biológico por sobre lo cultural- ,que a su vez respondían a intereses económicos y sexuales de orden social.

Simone de Beauvoir y Margaret Mead, pioneras feministas del siglo XX llamaron la atención sobre la construcción de la diferencia sexual. Simone de Beauvoir señaló en su obra “El segundo sexo” que la mujer no nace, sino que se hace, destacando el carácter no biológico de la condición social de las mujeres.

Mead, a partir del estudio de otras culturas concluye que hay determinados roles que asumen las mujeres, que en algunas culturas se consideran femeninas, como el cuidado, y que en otras se le atribuyen a los hombres.

Podríamos decir que los antecesores de los estudios de género son los que se llamaron “los estudios de la mujer”. Los mismos se inician en los países más industrializados y han ido creciendo rápidamente hasta la actualidad. Irrumpen en aquellas ciudades donde los problemas de género ya se estaban impregnando, por las feministas, en el discurso social. Sus inicios fueron difíciles, desarrollándose en un ambiente hostil, de resistencia, frente a las trabas académicas, de los poderes administrativos y por parte misma del estudiantado. El fin era lograr la democratización en los espacios productores de conocimiento, donde las mujeres estaban excluidas como sujetos y objetos de estudio. Esta etapa histórica se caracteriza por el despliegue

del movimiento feminista, enriqueciéndose con aportes de mujeres que venían formando parte de otros movimientos, lo que permitió el enriquecimiento de los primeros planteos al incorporar especificidades de etnia, edad, raza y clase social.

En los sesenta, no había información teórica que diera cuenta de lo que ya venían denunciando las feministas: la subordinación de la mujer frente a los espacios de poder. Es por ello que la desigualdad entre hombres y mujeres era invisibilizada o justificada. A raíz de esto las feministas lanzaron una hipótesis:

La subordinación que afecta a todas o casi todas las mujeres es una cuestión de poder, pero éste no se ubica exclusivamente en el Estado y en los aparatos burocráticos. Sería un poder múltiple, localizado en muy diferentes espacios sociales, que puede incluso no vestirse con los ropajes de la autoridad, sino con los más nobles sentimientos de afecto, ternura y amor. De Barbieri, 1993, p. 2

Según De Barbieri (1993), había varias propuestas de las feministas para construir una teoría específica sobre la desigualdad. Una de ellas era, hacer “tabla rasa”, olvidar el pasado y construir una teoría nueva con el objetivo de romper con el orden existente a partir de las experiencias cotidianas de las mujeres. Se volvió a plantear la relación entre naturaleza y cultura, al criticar el determinismo biológico explicando la desigualdad social y cultural. Paralelamente, otro grupo de mujeres en distintos países, piensan en elaborar una teoría que rescate del pasado y del presente el aporte de las mujeres a la cultura y a la sociedad y hacerlos visibles en la vida cotidiana y en la historia. Nacen los proyectos, programas, institutos y centros de estudios sobre la mujer. En esos momentos se distinguen dos posturas:

Una, centra el objeto de estudio en las mujeres, en la acumulación de datos sobre las condiciones de vida, de trabajo, de creación, y cultura producida por ellas.

La otra, privilegia a la sociedad como generadora de la subordinación de las mujeres

En ambas posiciones la elaboración de la teoría fue pospuesta pero no abandonada. Las dos posiciones reconocieron que el problema no era simple. Todas las disciplinas sociales tenían que estar sujetas a revisión por lo tanto las mismas tenían que hacer sus aportes. Era de suma importancia contextualizar y acotar los objetos de estudio y controlar dimensiones como condiciones de clase, status, localización, grupos de edad, estado civil, etc. Mientras la primera perspectiva pone el foco en la generación de conocimiento sobre las mujeres y sus condiciones sociales determinantes, (poniendo especial énfasis en las relaciones mujer-varón, mujer-mujer, varón-varón), la segunda va más allá:

a) La subordinación de las mujeres es producto de determinadas formas de organización y funcionamiento de las sociedades. Por lo tanto, hay que estudiar la sociedad o las sociedades concretas.

b) No se avanzará sólo estudiando a las mujeres, el objeto es más amplio. Requiere de analizar en todos los niveles, ámbitos y tiempos, las relaciones mujer-varón, mujer-mujer, varón-varón. De Barbieri, 1993, p.4

Con la difusión de la nueva acepción de género, el movimiento feminista no sólo logró modificar la perspectiva política sino también hubo un cambio de paradigma con respecto a la explicación de la relación entre hombres y mujeres basada en la perspectiva de género. Los problemas aparecieron en el intento de aplicar esto al campo de la subjetividad.

### **PERSPECTIVA DE GÉNERO**

Marta Lamas (2000), conceptualiza sobre el género y la cultura para diferenciar lo que es biológico, de las construcciones sociales, en una sociedad patriarcal. Manifiesta que por esta clasificación cultural está sustentada la división del trabajo, la práctica del poder y se atribuyen características exclusivas a los diferentes sexos en lo que a la identidad refiere, predeterminada por la cultura. La autora nos dice que la cultura marca a los sexos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás en la cultura. O sea, la manera en que deberían comportarse las personas según la diferencia sexual.

Las representaciones socio - histórico – culturales, marcadas por el género, van dando significado a los cuerpos de los hombres y las mujeres. Basado en este hecho, es que se justifica la discriminación por sexo (sexismo) y por prácticas sexuales (homofobia). Dichas representaciones se trasladan a las instituciones, como la hospitalaria.

Según Esteban (2003), el género sirve para asignar representaciones, ideas y prácticas que tienen hombres y mujeres, que hacen a una diferenciación de los espacios sociales y a los espacios de poder. Esto abre una perspectiva diferente a la manera de ver el género, no centrado en la diferencia sexual ,sino en la injusticia social, tomando más elementos de análisis muy importantes como es la edad, la raza, la posición social etc. La autora le hace varias críticas al uso que se le da muchas veces al género. Una de ellas consiste en la separación, tan radical, que se le hace:

- Al sexo como lo biológico estrictamente, inmodificable e inamovible,
- al género como lo cultural, que se puede modificar, y se va moldeando, separado de lo biológico.



A la autora le interesa hacer un acercamiento más dinámico entre lo biológico, lo social, lo cultural y lo psicológico para no caer en una visión etnocéntrica, determinista y limitante a la hora de construir conocimientos críticos.

Según Esteban (2003), el género se ha convertido en un concepto ahistórico y acrítico, configurando identidades, tanto o más esencialistas que la biología. “El género es, para Robert Connell, un proceso de configuración de prácticas sociales que involucra directamente al cuerpo, aunque esta implicación del cuerpo no quiere decir que los hechos biológicos determinen las experiencias sociales de hombres y mujeres” Esteban, 2003, p 31.

Hoy por hoy, hay varios cuestionamientos sobre la teoría de género. Según Bonder (1998) existen diferentes posturas sobre este concepto:

- El sexo como lo inmodificable y lo cultural como lo contrario. Butler (citado por Bonder, 1998) hace una analogía entre la naturaleza como expresión de lo femenino, ya dada, inerte y la cultura como lo masculino, que penetra en lo femenino. Este pensamiento sería parte de una actitud regulatoria que se produce y reproduce en los cuerpos de las mujeres y los varones, basados en el modelo heterosexual como norma. En este sentido el sexo forma parte de una categoría política y no hace más que legitimar ordenamientos jerárquicos.
- La suposición de que existen dos géneros, masculino-femenino, como inamovibles y universales.
- La categoría género al haber construido la categoría mujer, ignora las diferencias que existen incluso entre mujeres. Y como ya repetimos en este trabajo, esto supone exclusión dentro de las propias mujeres. Incluso se critica la ahistoricidad cuando hablamos de género femenino.
- El rechazo a la concepción victimista de la mujer. Tiene su origen en los estudios de la opresión.
- El problema de la visión teleológica, que no permitiría pensar en sujetos de agenciamiento, ni que se puedan modificar los mandatos genéricos.
- El gran cambio en utilizar el género como una categoría de análisis de todos los procesos y fenómenos sociales, en lugar de reducirlo a una cuestión de identidades y roles. Reconocimiento de la heterogeneidad interna a la categoría y la posibilidad de entender

cómo se articula en diferentes contextos con otras posiciones sociales, etnia, raza, edad, orientación sexual, etc.

- La idea de que exista un sujeto personal anterior al género.

En contraste se asume la simultaneidad del sujeto-género. (P.4)

Si bien para este apartado no hice un recorte estrictamente histórico, lo que pretendí, y espero haberlo logrado, fue mostrar una visión no determinista del género y dar un pantallazo de las críticas y cuestionamientos que hay en torno a las categorizaciones sobre el mismo, las cuales, a su vez, determinan maneras de actuar y llevar adelante problemáticas referentes a la desigualdad. Considero de importancia recalcar, como ya fue dicho, que no hay una única categoría de género, sino varias. Esto abre un espectro en cuanto a la pregunta: ¿de qué hablamos cuando hablamos de género?

## **HUMANIZACIÓN, CUERPOS Y VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

Al decir de Souza , Gaíva & Modes (2011), el concepto de humanización o atención humanizada envuelve un conjunto de prácticas, actitudes y conocimientos, que apuntan a la promoción del parto y el nacimiento saludable y la prevención de la morbimortalidad materna y perinatal. Incluye el puerperio procurando que el equipo de salud realice procedimientos beneficiosos para la mujer y su hijo, evitando intervenciones innecesarias y preservando su privacidad y autonomía.

Según Camacaro (2009) dos hechos históricos claves dieron un salto cualitativo que tuvo impacto en la vida reproductiva de las mujeres:

- el paso de la atención de las parteras a manos de los profesionales de la salud y,
- el traslado de los partos del hogar a los hospitales, constituyéndose en un lugar de comodidad y seguridad para las mujeres y los recién nacidos.

Esto se posibilitó gracias al indiscutible saber médico. Las mujeres son desplazadas por ésta autoridad y solo algunas personas autorizadas por la ciencia y la tecnología pueden tocar y controlar a la parturienta.

La autora nos dice al respecto:

La preeminencia del hospital como el espacio apto para el proceso obstétrico, nos obliga a escudriñar los intereses sublimados por el poder de la ciencia, que llevan a crear una conciencia colectiva que acepta como natural y normal que niños y niñas nazcan en un lugar de enfermedad. La construcción de esta enajenación colectiva conlleva a una encrucijada dramática frente a esta mentira que se funda como verdad social; es preciso

inquirir su posibilidad de consolidación como realidad. Camacaro, 2009, P.149

Desde este enfoque, la mujer pasa a ser paciente y se trata el embarazo como un potencial riesgo. Se interviene en el proceso, donde los métodos preventivos, y los procesos naturales, quedan supeditados a la asistencia médica y se utilizan procedimientos que son parte del cuestionamiento sobre la calidad de atención relacionada al parto y al nacimiento humanizado.

Hay diferentes ejemplos sobre la mentalidad de los profesionales de la salud, al respecto del trabajo de parto y parto. Existe un protocolo a seguir, “la cultura del riesgo”, esto hace que se universalice a la mujer, constituyéndose la misma, en un objeto de la medicina, descontextualizado.

Según Davis Floyd (citado por Magnone, 2013), la forma en que se producen los procesos reproductivos ha sufrido un cambio muy importante a partir del siglo XVIII, en la era industrial, donde el proceso reproductivo pasa a ser institucionalizado y tecnologizado, afectando el modo tradicional de atención al parto. La misma conceptualiza sobre tres modelos, existentes en la actualidad de atención al parto: tecnocrático, humanista y holístico, cada uno con un enfoque diferente sobre la relación mente-cuerpo que a su vez estructura el cuidado sanitario de distinta manera:

- El modelo tecnocrático tiene una concepción del cuerpo totalmente separado de la mente, lo piensa como una máquina.

- El humanista toma en cuenta la conexión entre mente-cuerpo

- El holístico subraya la conexión entre cuerpo mente y espíritu. Lo ideal para la autora es que las personas que atienden el parto tengan en cuenta aspectos de los tres modelos. El problema es cuando se jerarquiza, el primero por sobre los otros.

El evento del parto y nacimiento que antes transcurría en la familia, pasa a transcurrir en el hospital para el control de riesgos. Esto ocurre como consecuencia de la medicalización del cuerpo de la mujer y de los avances tecnológicos. Todo el soporte social que existía dentro del seno familiar, ahora se traslada al hospital. Las maternidades pasan a tener un fuerte poder de decisión sobre la vida de la mujer, a controlar fechas de parto y a determinar el modo de comportarse en este proceso.

Souza & Gaiva (2011), en su artículo, investigan sobre la percepción que tiene el equipo de salud al respecto de los Derechos sexuales y Derechos reproductivos en la ciudad de Cuaiba, Mato grosso. Los profesionales afirman que se les hace muy difícil efectivizar la práctica de la humanización, para una mejor atención a la madre, al recién nacido y a su familia, debido a la estructura física de las instituciones y las rutinas que están preestablecidas, centradas en el médico. Frente los resultados encontrados las

autoras consideran que es imprescindible que los hospitales tengan una educación permanente en lo que respecta a la humanización ya que en la investigación que realizaron ,uno de los aspectos que más se pudo notar, es el desconocimiento frente a la propuesta de humanización. Ésta práctica, requiere una actitud ética y solidaria de parte de los profesionales , una reorganización de la institución para crear un ambiente acogedor, la adopción de conductas hospitalarias que rompan con el aislamiento que se le impone a la mujer y la adopción de medidas que beneficien tanto a la mujer, como al recién nacido, evitando las prácticas intervencionistas innecesarias. Por esto es menester que ocurran cambios tanto en el modelo biomédico como técnico y que se revaloricen los aspectos sociales y culturales de la gestación y parto, para que las mujeres puedan tener la experiencia de un parto humanizado.

Cuando nos referimos al parto y al nacimiento humanizado no se trata solo de propiciar prácticas que tengan en cuenta los derechos de la mujer y el bebé en la institución ,sino el reivindicar el derecho a elegir dónde, con quién y en qué posición parir. La opción más próxima y la que eligen bastantes mujeres como alternativa a la institución, es el parto domiciliario. Este recurso, no intervencionista, fue una práctica común hasta el siglo XX, cuando la medicina transformó el parto considerado un evento fisiológico por la sociedad, a un evento patológico, por la medicina. El mismo trataba el parto como un acontecimiento necesario de ser controlado, por la necesidad de intervenir, medicalizar y por si había que proceder quirúrgicamente. A partir de este momento comenzó a naturalizarse el parto institucionalizado (Delgado C, Sampaio I & Barros M, 2007).

El ambiente donde se realiza el parto es prioritario, pues el mismo puede ayudar o atrasar el proceso. La figura de la partera es importante, y más aún en los partos domiciliarios, porque ayudan a propiciar un ambiente donde la mujer se siente confiada, porque la misma es alguien que conocen. Las parteras, antes de la institucionalización del parto por la medicina, eran personas pobres que no recibían demasiado dinero por su trabajo; hacían del acontecimiento un sacerdocio. Era un trabajo desvalorizado, por eso el nacimiento era dejado en manos femeninas. Las mujeres preferían a las parteras porque eran personas muy familiarizadas con el nacimiento y por el tabú de mostrar los genitales. Los médicos eran insensibles al dolor de las parturientas, por eso las mujeres elegían a las parteras, por cuestiones más humanitarias y psicológicas. A finales del siglo XVI un cirujano inglés, Peter Chamberlain comenzó a utilizar el fórceps obstétrico con frecuencia, de modo que el trabajo de las parteras, tan reconocido socialmente, comenzó a quedar relegado. La posición vertical para parir fue cambiada por la de acostada por recomendación de la comunidad científica en Paris y Londres, teniendo como causa, la comodidad del médico y del personal que atiende el parto.

Diferentes organismos internacionales como la OMS, han insistido en que no debe usarse la posición ginecológica que se utiliza normalmente, como la posición acostada sobre la espalda, ya que la misma dificulta el trabajo de parto y es más doloroso. Se debería estimular a la mujer a que camine para que progrese la dilatación y pueda estar en movimiento.

La libertad de movimiento es un derecho y no debería depender del médico o de la institución hospitalaria. El parto humanizado requiere que ningún procedimiento se haga por comodidad del médico.

En 1985 la OMS lanza dieciséis recomendaciones partiendo de la base de que toda mujer tiene el derecho a beneficiarse de los cuidados prenatales adecuados y que la mujer debería ser un miembro activo, para planificar su propio parto y así ejercer su derecho a elegir. Por razones de extensión nombraré algunas de las dieciséis recomendaciones:

- Información de toda la comunidad sobre los cuidados del parto para poder elegir
- Formar parteras tradicionales para que sean ellas quienes atiendan el parto normal.
- Información a los usuarios sobre las prácticas que se utilizan.
- En países de baja tasa de mortalidad perinatal las cesáreas son de un 10% por lo tanto es injustificable que sean más altas que este número
- Se debe estimular el parto natural, aunque haya habido una cesárea previa.
- No está demostrado que la monitorización fetal de rutina durante el parto, tenga un efecto positivo sobre el bebé o sobre la mamá.
- No son necesarios ni el rasurado de pubis ni un enema.
- Estimulación de la caminata durante el parto. No se recomienda la posición ginecológica tradicional.
- La episiotomía no está justificada en absoluto
- No se debería provocar el parto por medios artificiales innecesariamente. La tasa de provocación del parto no debería ser mayor de un 10%
- Evitar la administración sistemática de medicamentos que solo deberían ser administrados cuando hay un problema real
- No se debe romper membrana antes de que esté ya muy avanzado el trabajo de parto.
- El recién nacido debe estar siempre con su madre excepto si algún problema de salud así lo requiere

- La lactancia materna debe ser inmediatamente estimulada.  
(Recaulpan-Uruguay,2006-2007)

## **LOS CUERPOS: UNA HERRAMIENTA CONCEPTUAL PARA REFLEXIONAR SOBRE EL PARTO HUMANIZADO.**

Una línea de análisis muy interesante para analizar sobre desigualdad de género, es pensar en los cuerpos: los cuerpos como representaciones, concepciones concretas, como dispositivos de control y regulación social, de reivindicación, de lucha e íntimamente relacionados a un contexto histórico, y lugar geográfico en el que se desarrollan.

Esteban (2009), ha conceptualizado sobre los cuerpos y la política. Para la autora lo que llamamos identidad de género, las prácticas sociales e individuales, son esencialmente corporales. Distingue tres sentidos:

-El primero, que como humanos no somos más que un cuerpo en todas sus dimensiones.

-Segundo que convertirse en mujer implica un trabajo, una generalización en el correr de nuestra vida.

-Y por último que, en el cuerpo se encuentra, además de las condiciones materiales de la existencia, la praxis individual y colectiva también llamada “agencia”.

Existen diferentes teorizaciones feministas respecto al cuerpo. La autora utiliza dos ejes de análisis: el de la igualdad/diferencia y el de constructivismo/posestructuralismo, al que agrega una quinta opción, la cual ella se adhiere, que es “el cuerpo como agente”.

Algunas lecturas que hace el feminismo de la igualdad, para la autora, son totalmente negativas, en el sentido que, cuando se tratan temas específicos de la mujer, como el embarazo, la lactancia, la menopausia, se visualizan como absolutamente limitantes frente a la cultura y al acceso frente al mundo de los hombres. El asunto es que se interpreta, que el cuerpo biológicamente determinado es un “alien” para los fines culturales e intelectuales, entonces se intenta “mantener la ilusión” de prescindir de ese cuerpo limitante y socialmente determinado. Por lo tanto se genera una división entre; una mente sexualmente neutra y un cuerpo sexualmente limitado.

Hacerse feminista no sería más que configurar y reconfigurar, consciente o inconscientemente, nuestra actitud, nuestra intersubjetividad corporal, nuestro ser-en-el- mundo, en el marco de distintas tensiones: libertad frente a sumisión, acción frente a pasividad, fuerza frente a fragilidad, placer frente a peligro... lo cual no va en contra de reconocer la

vulnerabilidad y la incertidumbre intrínsecas al ser humano. Esteban, 2009,  
p.2

Por otra parte, las feministas de la diferencia consideran al cuerpo como elemental para entender la existencia psicológica, histórica y social de las mujeres además de construir una identidad femenina. Para Esteban (2009), lo que es problemático es que la mujer desde esta línea es “lo otro” y en el proceso de construir una identidad femenina se basa en la diferencia sexual. De cualquier manera es importante repensar y volver a re-leer lo teorizado por estas feministas, para construir una teoría corporal, puesto que son ellas las que más han aportado conocimiento sobre la corporalidad.

El pensamiento feminista es en su base constructivista y es la posición mayoritaria respecto al cuerpo. Ya no se ve al cuerpo como un obstáculo para la igualdad de oportunidades. De cualquier manera se sigue concibiendo en la oposición mente y cuerpo. Lo biológico ya no se ve como negativo en si mismo, sino que el sistema social lo organiza y le da sentido. Sigue siendo actual la oposición sexo-género; lo biológico y lo natural por un lado y lo mental, lo social, lo ideológico por otro. Dejando fuera del análisis al cuerpo carnal, biológico y separándolo del cuerpo como representación.

Por otra parte se encuentra, el pensamiento post- estructuralista, donde se propone pensar sobre los dualismos y romper con ellos. Una de las aportaciones feministas que siguen esta línea es la de Judith Butler (citado por Esteban, 2009), que concibe al cuerpo como “...la encarnación de una manera de hacer, de dramatizar, de reproducir situaciones históricas. Y el género, un estilo corporal, un conjunto de actos que se repiten, pero pueden al mismo tiempo ser modificados” (p.5).

Como ya se conceptualizó es importante a la hora de analizar las desigualdades de género, tener una mirada integradora, no quedarnos en la desigualdad por diferencia sexual, sino por edad, raza, etnia, posición social, etc., por citar algunas. El discurso más fuerte de la hegemonía patriarcal que impone control sobre los cuerpos de las mujeres, es la maternidad. Las mismas, para este discurso, tienen una naturaleza patológica, concepción que se fundamenta en la inestabilidad de sus procesos biológicos, en relación con su aparato reproductor y los cambios que éste produce en todo el cuerpo. Se hace extensiva la interpretación de la condición biológica al campo comportamental. Por ello, el discurso ginecológico reconoce la necesidad de dominar, controlar, administrar la naturaleza femenina, de tal modo que esta disciplina se convierte así en una ciencia de la mujer. Parte nodal de ese orden, es sostener el imperativo maternal en las mujeres. Los médicos se convierten, así, en los legítimos traductores de los designios naturales (Schwarz, 2009).

Ya hablamos de la conceptualización sobre los cuerpos. Ahora queda hacernos una pregunta: ¿qué concepción se tiene sobre los mismos, en la institución médica en lo que respecta al proceso del parto y el parto?

Según Schwarz (2009):

La medicina occidental estudia un cuerpo separado del sujeto, valorado y percibido como un receptáculo de la enfermedad, a pesar de lo cual, impregna al cuerpo con la carga simbólica hegemónica...La metáfora médica, a su vez, refuerza el binomio masculino y femenino. (p.111)

Le Bretón (citado por Magnone, 2013), plantea que la noción de cuerpo que tenemos en la actualidad es una noción creada por el colonialismo y por la sociedad industrial. Con las primeras disecciones en el siglo XVI, se produjo un gran cambio en la noción de sacralidad del cuerpo donde éste queda relegado por la cultura y tomado por el saber científico, como objeto de la biomedicina. En el Uruguay se continúa con este modelo tecnocrático y mecanicista y con la diada mente-cuerpo que refleja el modo de atención de los partos en nuestro país. El cuerpo es visto como una máquina, dejando de lado los sentimientos, las emociones, las diferencias de personalidad, el contexto social. La mente y el cuerpo no se perciben como integrados y se hace una distinción jerárquica ,poniendo a la mente en otro plano, permaneciendo “inmutable” mientras que el cuerpo se puede dividir y ser objeto de estudio. Ya desde Descartes está fuertemente marcado el dualismo entre mente y cuerpo. La primera como algo perteneciente a Dios y el cuerpo como de otra naturaleza, que deberá ser sujeto a la razón. Agregaría que la ciencia se sigue aferrando a este dualismo, no obstante, deberíamos cuestionarnos sobre el contexto en que se encontraba Descartes, obligado a probar científicamente la existencia de Dios, homologada a la razón y dejando al cuerpo, carnal, como imperfecto. De esta manera coincidiría perfectamente con la iglesia. El cuerpo es visto como pecado y ni que hablar del cuerpo de la mujer, que, solapado, se sigue observando en la medicina moderna. La misma conserva aún hoy preceptos que son del orden de lo moral y como axiomas se hace difícil, no imposible, que esta cuestión se haga visible.

El cuerpo deja de pertenecer de alguna manera a la mujer, la percepción sensorial y la necesidad de movilidad que la misma experimente en el proceso del parto no es tenida en cuenta por los médicos. Las mujeres van perdiendo el contacto con su cuerpo y la noción intuitiva sobre lo que necesitan en determinados momentos, en el proceso. Magnone (2010) nos cuenta en una entrevista de una estudiante de partería:

Una vez había una mujer en trabajo de parto que estaba sumamente dolorida. Le dijimos que se pusiera como quisiera. Y la mujer no sabía que



quería. Están acostumbradas desde toda su vida a que las ponen horizontal.... Le dijimos que se agarrara a una baranda y balanceara sus caderas. Lo hizo y le fue muy bien. Entonces la de la otra cama se puso a hacer lo mismo, estaban las dos balanceando sus caderas y entró un médico.... y dijo: ¿Qué están haciendo? ¡Qué posición más bizarra! (p.10)

Retomando lo antedicho sobre Descartes, se puede observar la materialización del valor de la razón sobre el cuerpo. Parece que seguimos heredando axiomas, que, si buscamos bien en la historia, podrían de alguna manera justificarse por el contexto en sí mismo. Seguro que si la teoría de Descartes hubiera sido distinta y contraria a lo que pensara la iglesia, lo hubieran matado. A mi entender el poder de la iglesia que decidía sobre los destinos, pasa a ser hoy del poder médico, adaptado y respondiendo a su vez a otros poderes, con sus intereses como el de la industria farmacéutica. Es así como se reprimen los instintos y se controla el cuerpo con sus expresiones. Se medicaliza, se interviene innecesariamente y se arma un protocolo de procedimientos para todos los profesionales de la salud donde se indica: la posición, métodos para acelerar el parto, episiotomías entre otros. No se toma en cuenta la palabra de la mujer ni su familia y se la generaliza. En el caso que la mujer quiera elegir la posición, bañarse, hasta incluso entrar al baño con su marido, es donde muchas veces se devela la moralidad solapada detrás de tanta explicación científica.

### ***VIOLENCIA OBSTETRICA***

Cuando hablamos de humanización del parto y del nacimiento considero necesario hacer mención a la violencia obstétrica como una forma de violencia de género.

Como definición de este concepto citemos a Medina (citado por Magnone, 2010) para quien la violencia obstétrica es:

... toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales (p. 3).

En Uruguay un estudio realizado por Magnone, (2010) sobre intervencionismo y violencia obstétrica en un hospital público de la capital (Montevideo), constató que el derecho a parir en la posición que le resulte más cómoda a la mujer no es respetado. Lo mismo sucedía con ausencia de información que recibían las mujeres sobre las

intervenciones a realizar, en muchos casos innecesarias, como la episiotomía, inducción del parto a través de suero, rompimiento de bolsa, de membrana, etc. Uno de los efectos de la medicalización de los eventos reproductivos es que las mujeres pierden las redes sociales que la acompañaban en el embarazo, el parto y el puerperio. Al basarse la medicina en lo biológico, se transforma en un hecho aislado y común a todas las embarazadas, por lo que muchas veces se privilegia el intervencionismo, por encima del trato a las personas.

Si bien el sistema médico ha logrado avances, como reducir la tasa de mortalidad y en cuanto a tratamientos de fertilidad, los factores que cuestionamos es la utilización de medicación excesiva y otros métodos innecesarios. Hay en esto una visión biológica y fisiológica por sobre una dimensión psicosocial. El médico es “el que sabe” y la visión de la embarazada sobre su estado, queda dependiendo de lo que él dice.

Entre las consecuencias que puede generar la violencia obstétrica, se encuentra el estrés postraumático, postparto. Es un trastorno de ansiedad producido por el alto intervencionismo obstétrico, la percepción de cuidados inadecuados en el parto, cesáreas urgentes, entre otros. Como aclaración vale decir que se puede sufrir este trastorno en complicaciones, donde las intervenciones sí eran necesarias. La cuestión es identificar el trato humanizado que se entiende, que puede reducir el riesgo de que el trastorno aparezca. Culturalmente, la mujer que ha sido madre debería estar feliz con el acontecimiento del parto y debería, entre comillas, poder recibir a su bebé con alegría. Esto no siempre es así y la mujer no es comprendida, incluso es discriminada por sentir lo que no se espera de ella.

Se acepta que cualquier parto en el que haya habido una amenaza de muerte o graves secuelas físicas para la madre y/o bebé, y donde la madre haya vivido la amenaza con miedo extremo, indefensión u horror puede desencadenar un síndrome de estrés postraumático. Lo cierto es que con el aumento del intervencionismo obstétrico en las últimas décadas (y el crecimiento del uso de fórceps, episiotomías y cesáreas), muchísimas madres han visto como en el parto se les hacían dichas intervenciones quirúrgicas bajo el argumento de que había un “grave riesgo para la salud de su bebé o de ellas mismas de no hacerlo urgentemente” (Olza, 2010).

El trato humanizado y el respeto por los derechos de la mujer es un factor importantísimo a la hora de prevenir el desarrollo de este trastorno. Cuanto más la mujer pueda apropiarse de su cuerpo, de su parto, el pronóstico va a ser más favorable ya que la pérdida de control, es lo que más hace que se desencadene la ansiedad.

Magnone (2010) afirma que:

La forma de violencia más nombrada... refiere al intervencionismo innecesario que inhibe los procesos naturales de los cuerpos de las mujeres

y los recién nacidos. Se puede pensar en dos tipos de configuraciones en relación al cuerpo: la planteada por los portavoces de la visión humanista, en donde los cuerpos liderarían los procesos reproductivos y la visión hegemónica que organiza un modo tecnológico sistemático de intervenir sobre los mismos. (p. 4)

La teoría de género es la que posibilitó captar muchas conductas que se producen y reproducen en las salas de parto, donde despojan a la mujer de su papel activo, manteniéndose las relaciones de poder, imponiendo el saber médico sobre el saber de la mujer, quedando la misma en calidad de paciente. Aquí es donde cabe preguntarse por qué la mujer no es un sujeto activo del proceso del embarazo, parto y puerperio y por qué su autonomía ha sido secuestrada por el poder médico.

El personal médico se adhiere, en las áreas obstétricas a una rutina específica de trabajo, llevado a cabo por un protocolo, que muchas veces no diferencia entre embarazadas de bajo riesgo, con las que conllevan algún riesgo. Estas prácticas rutinarias proporcionan, al personal de la salud, seguridad frente a la posible emergencia o patología. De esta manera se justifican procedimientos innecesarios que traen consecuencias negativas para la mujer y el recién nacido. Las mujeres son tipificadas como pacientes, aunque cursen un embarazo de bajo riesgo, para poder ser tratadas de esa manera.

Las principales instituciones de la modernidad cumplen una función de vigilancia y control sobre los cuerpos. Producen discursos que moldean y dominan la vida social. Es de gran utilidad para la investigación sociológica los conceptos de “Campo” y “Habitus” de Pierre Bourdieu, referidos por Castro (2014):

El campo médico abarca el conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre ellos relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello. Así, junto con las instituciones de salud, son elementos centrales del campo médico las instituciones que forman los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a ser parte del campo (las facultades de medicina y los hospitales de enseñanza), los agentes que operan estas instituciones, y los profesores y estudiantes de las especialidades médicas (p.173)

El campo médico produce y es producto de subjetividades, entre ellas el habitus médico ya nombrado en el apartado de intervencionismo. La importancia del enfoque de género no puede ser sobreestimada. Por una parte, la investigación feminista ha

documentado el histórico desplazamiento hacia la subordinación que sufrieron el saber y la práctica de las mujeres en materia de salud (en particular de las cuestiones reproductivas), en virtud de la consolidación de la medicina médica moderna, por ello no hace mayor referencia que se trate de médicos o de médicas. No es el sexo de los profesionales lo que determina el maltrato de género que se ejerce sobre las mujeres, es su pertenencia a esa profesión, la medicina moderna, que se funda, entre otras raíces, en la desigualdad de género. Por otra parte, en el problema que nos ocupa, las mujeres son el actor social fundamental, en cuanto que sobre ellas se ejerce la violación de derechos cuyo origen buscamos explicar sociológicamente. Como veremos, una de las principales jerarquías que opera en la relación que los médicos establecen con las usuarias de los servicios, además de la profesional y la de clase, es justamente la de género (Castro, 2014).

### ***Uruguay y los Derechos a la salud sexual y a la salud reproductiva:***

El derecho a la salud sexual y reproductiva se enmarca dentro de los Derechos Humanos y es respaldada, en el Uruguay a través de la Ley 18426. Dentro de los objetivos generales planteados en la Ley y que más ha llamado la atención son:

- Asegurar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas institucionalizadas o en tratamiento asistencial, como parte de la integralidad bio-sico-social de la persona
- garantizar la calidad, confidencialidad y de las prestaciones; la formación adecuada de los recursos humanos de la salud tanto en aspectos técnicos y de información como en habilidades para la comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y las usuarias.

Con respecto al tema que nos ocupa parece, y así ha sido dilucidado a lo largo de este trabajo, que la Ley existe pero todavía se incumple de muchas maneras. ¿De qué manera se asegura el Estado a que se respeten los derechos sexuales y reproductivos? ¿Se están incorporando los estudios de género en la formación de los profesionales de la salud?

Entre los objetivos específicos seleccioné los que más se ajustan a la temática que estamos abordando, los mismos son:

- difundir y proteger los derechos de niños, niñas, adolescentes y personas adultas en materia de información y servicios de salud sexual y reproductiva;

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

Creo que lo que es necesario difundir, y ya fue dicho en otro apartado, es la información al usuario sobre las prácticas a realizar al momento de la internación en la institución elegida, si es el caso, y la información sobre sus derechos sexuales y reproductivos como lo son: el respeto del tiempo biológico y evitar las prácticas invasivas, como lo dice la ley.

En este trabajo se pudo observar, a través de algunos testimonios de mujeres, la práctica deshumanizada en el parto. Aquí me adhiero a lo dicho por Esteban que la mujer debe ser parte activa de sus derechos y que las propias organizaciones de mujeres puedan extender sus redes para que cada vez haya más conciencia y apropiación en la defensa por elegir dónde, cómo y en qué posición parir.

La Ley 18426 nos dice que para el cumplimiento de los objetivos generales y específicos, le corresponde al Ministerio de Salud Pública el cumplimiento de ciertas normas. Nombraré las que nos puedan ser útiles para este trabajo.

- “impulsar campañas de promoción del ejercicio saludable y responsable de los derechos sexuales y reproductivos”

Con respecto a esto creo que las campañas se centran más en la lactancia materna, el uso de anticonceptivos, los controles regulares al ginecólogo y no en hacer respetar los derechos de la mujer embarazada. Las mismas tienen su centro en los deberes más que en los derechos. A mi entender esto refuerza la idea de obediencia al que sabe y los derechos quedan a la espera de que alguna vez se cumplan, cuando deberíamos ser nosotras que tenemos que hacerlos respetar.

- “promover la investigación en salud sexual y reproductiva como insumo para la toma de decisiones políticas y técnicas”

Aquí sólo me queda preguntar: ¿qué sucede con la alta tasa de cesáreas que tenemos en nuestro país? Según Muínelo, Rossi y Triunfo (2005), en el 2003 se constató en Montevideo un 23% de cesáreas en hospitales públicos y 42% en los privados. Los autores manejan la hipótesis de que el aumento de cesáreas en el sector privado es de casi el doble, porque se paga por acto médico, especialmente a los anestesiólogos y cirujanos. En el hospital público se paga un salario fijo por lo que no hay relación alguna entre la inducción y los ingresos. La ley fue aprobada en el 2008, sin embargo según Magnone (2010), la tasa nacional de cesáreas registra un 41% en el 2011. La autora no especifica porcentajes según sectores, privados o públicos. Haciendo lectura bibliográfica me encuentro que en el INE (Instituto Nacional de Estadística), los últimos datos sobre cesárea datan del año 2000 por lo cual me llama la

atención la poca información que hay accesible a la población sobre este tema tan importante.

Me parece de suma importancia que la mujer tenga como respaldo, en el momento del parto, a alguien bien informado sobre sus derechos ya que es imposible y no conveniente, que la misma en pleno proceso tenga que ocuparse de defenderse.

- “Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas”

Lo que me llama la atención es que no dice: Así puede la mujer elegir no ser medicada, si no es necesario. La duda que me surge es; ¿puede también elegir una cesárea porque así lo quiere sin ningún motivo que la justifique? Si es así creo que puede existir el peligro de que se venda la cesárea como un producto para un mayor ingreso por acto médico.

En el Uruguay, en los últimos años ha descendido la mortalidad materna e infantil, sin embargo no se corresponde con la humanización del parto y del nacimiento. Se constata un crecimiento en el intervencionismo obstétrico. Como ya dijimos, en el 2011 la tasa de cesárea en el Uruguay era de un 41% siendo que la OMS afirma que en promedio, los países deberían tener entre un 10 y un 15%. La gran mayoría de los partos, se asisten en maternidades en los sanatorios. Las casas de nacer no existen, los partos en el domicilio cuando es planificado, son de 50 al año, siendo que en total los partos en el año son de aproximadamente 47000. (Magnone, 2013)

En el Uruguay las profesiones que asisten los partos son la obstetricia y la partería. Ha habido un acuerdo sobre la asistencia de los partos de alto riesgo, siendo los obstetras los que debieran atender los mismos. El problema central radica en la atención de los demás partos. La OMS plantea que la profesional más indicada para asistir los partos normales o de bajo riesgo son las parteras. Sin embargo el parto en el Uruguay se encuentra monopolizado por la obstetricia. En las prestadoras de servicios médicos privadas, se niega el derecho de las mujeres a ser asistidas por parteras.

Es aquí donde aparece la interrogante: ¿de qué manera se previene la morbi mortalidad? Es necesario pensar si las tecnologías y prácticas que se utilizan son exageradas porque lo que se intenta es prevenir y lo que se hace muchas veces es sobre medicar o hacer intervenciones como la cesárea sin que muchas veces sea estrictamente necesaria.

¿Hasta dónde se respeta el proceso fisiológico de la mujer sin intervenir en una inducción, porque la dilatación tarda más de lo que los tiempos institucionales puedan soportar? ¿Se le informa a la mujer de los cómo y los por qué se le está interviniendo?

La cita siguiente me parece una buena manera de describir cómo es muchas veces la atención:

Ayer fuimos desde acá al Pereira con una mujer con parto detenido... le explicamos a la mujer que sostuviera la cabeza para que no saliera, porque si salía le iba a destrozarse toda la musculatura... Llegamos a la emergencia, la ve un médico interno, un médico general..., yo le expliqué, él la tactó, no tenía sentido que él la tactara. Yo ya la venía tactando todo el camino, la tactó él, dijo: sí, sí está bien directo. Subió, llegó y el Residente la volvió a tactar. O sea, por cuántas personas pasó esa mujer... Magnone, 2010, Pág. 7

Otro de los objetivos que está enmarcado en la ley 18426, es el de la creación de las condiciones para la humanización del parto institucional, con esto podemos ver que la violencia obstétrica ya se plantea como un problema de salud y está visibilizado por los agentes de Estado como el MSP. La pregunta es si se cumplen estas condiciones en los servicios de salud y si se capacitan a los profesionales sobre la temática. No sólo a los profesionales, sino incluirlo en la formación de los mismos.

En el 2008 fue dictada la Guía de Salud Sexual y Reproductiva donde se encuentra un capítulo sobre las “Normas de atención a la mujer en el parto, trabajo de parto y puerperio”. El objetivo de las mismas es proporcionar a los servicios de salud de las herramientas necesarias, buscando calidad y eficacia, basándose en evidencias científicas, para que la atención a la mujer en el proceso del trabajo de parto, parto y puerperio sea humanizada, personalizada y eficiente. Dentro del objetivo principal existe la posibilidad de que se empleen acciones que no están recomendadas, si así lo requiere la situación. En estos casos debe anotarse en la historia clínica los motivos que determinaron esta decisión. Con respecto a esto y del recorrido bibliográfico que he emprendido a lo largo de este trabajo, algo que es muy cuestionado es que la mujer o la pareja deberían tener la historia clínica fotocopiada o acceso por red porque les pertenece. Y en lo que refiere a “otras acciones a emplear en caso que se requiera”, más allá de que se anote el hecho en la historia clínica se le debería comunicar a la mujer, antes de tal acción y comentarle los porqués con un lenguaje lo más claro posible. Esto está inscripto en los fundamentos:

“La mujer deberá estar informada del proceso que está viviendo, las mejores prácticas de salud durante este período para ella y el feto y consentir los tratamientos y procedimientos, teniendo amplia participación en el proceso de decisión”. (M.S.P., 2008, p. 11)

En dichas normas se hace hincapié en la reducción del intervencionismo en situaciones de bajo riesgo. A mi entender esto lleva implícito el intervencionismo como un problema, que conlleva a la necesidad de que quede inscripta en una norma.

Se requiere un equipo de salud integral, que respete los principios bioéticos, los derechos de las mujeres que atienden sin discriminación por raza, etnia, cultura de los usuarios y ellos mismos. Esto hace que me pregunte sobre la jerarquía existente entre médicos-usuarias y médicos – otros profesionales de la salud. ¿Se respetarán los principios bioéticos y los derechos de la mujer hoy en el 2015?, ¿estas normas se estudiarán en la formación de los profesionales?, ¿estarán al tanto de los derechos de las embarazadas?....

Con respecto a la formación de los profesionales, lo que dicen los fundamentos de las normas, es que el equipo de salud debe estar siempre en continua formación y actualización, sobre la atención al parto, proceso de parto y embarazo.

En la guía se encuentran diez recomendaciones, que hace la OMS al respecto de la atención al parto, trabajo de parto y embarazo. Las mismas indican básicamente: “no medicalizar, uso de tecnología apropiada, medicina basada en la evidencia, regionalizado, multidisciplinario, integral, centrado en las mujeres y sus familias, apropiado, inclusivo y respetuoso”

En la actualidad, surgen muchas interrogantes respecto a si, los objetivos del MSP de implementar en los servicios prestadores de salud la ley 18426 de los derechos a la salud sexual y reproductiva, fueron cumplidos.

En el mes de Abril del pasado año, se adhirieron varios organismos contra un borrador de una futura reglamentación lanzado por el MSP que modifica y limita el libre ejercicio profesional de las parteras en nuestro país en relación a la atención de los nacimientos fuera del ámbito institucional. Se entiende que a su vez este reglamento estaría violando la ley 18426 sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva donde la mujer y su pareja puedan decidir la asistencia del parto fuera de la institución.

En las normas de atención al parto, trabajo de parto y puerperio se dan indicaciones de donde deben ser tratados estos procesos. Especifica que cuando los partos son de bajo riesgo pueden ser atendidas en instituciones asistenciales que no presenten las instalaciones para hacer una cesárea, teniendo un móvil de emergencia por si se requiere un traslado. En las mismas no nombra el parto domiciliario y sus condiciones, siendo que las parteras están habilitadas por el MSP a atender partos a domicilio.

Otra cosa que llama la atención es que la norma habla de que la atención puede realizarse en centros asistenciales sin block quirúrgico, cuando en 2011 se inhabilitó una casa de partos pensada para la humanización del parto y para una atención más



cálida, que propicie un ambiente como en el hogar, para las personas que no opten por parto en domicilio. Una de las argumentaciones fue justamente la que no poseía block quirúrgico, siendo que ninguna casa de partos en el mundo lo tiene. Uno de los requisitos que debe tener, es estar a determinada distancia de un hospital por cualquier emergencia. “Tanto la Obstetra-Partera como el Ginecotocólogo están capacitados para controlar y asistir aquellos trabajos de parto, partos y puerperios de bajo riesgo”. (MSP, 2008)

En esta cita se puede observar que, tanto la partera como el ginecólogo están capacitados para la asistencia de partos de bajo riesgo, sin embargo, la monopolización de la obstetricia en los centros de salud en el Uruguay, dejan el lugar a las parteras, de asistentes del obstetra.

En el 2012, organizaciones civiles, mujeres, hombres y familias organizadas lanzan una carta para la opinión pública donde se advierte que el parto domiciliario, que constituye parte del derecho a elegir sobre nuestro cuerpo, está siendo amenazado. En el 2011, en declaraciones del subsecretario Lionel Briozzo en el diario “El Observador”, manifiesta que se está dictando una reglamentación para que el ejercicio profesional de las parteras se vea limitado al hospital y quede inhabilitado el parto domiciliario cuando es planificado. En el 2011 es que se inhabilita la casa de partos en el Prado, donde también se frustra la posibilidad de que las familias puedan recibir a sus hijos en un ambiente no intervencionista y la posibilidad para personas de bajos recursos. El Estado debe garantizar diferentes opciones a la hora de hacer uso del derecho sexual y reproductivo. El parto domiciliario debería estar contemplado dentro del Sistema Nacional integrado de salud. Ya vimos la Ley 18426 y las normas de atención a la mujer embarazada donde están plasmados nuestros derechos a elegir donde, con quien y en qué posición parir. Como se pudo observar existe una gran brecha entre las leyes y normas y la práctica cotidiana. Tampoco en las mismas se hace mención al parto domiciliario, y sin una casa de partos en nuestro país, las posibilidades de elegir se van acortando. Solo queda la información y acciones que promuevan el derecho a elegir.

### ***El Parto Domiciliario en el Uruguay.***

Los partos en el domicilio hace ya varias generaciones eran un evento considerado normal y del orden de lo privado. Lo asistían las matronas o parteras, conocidas en su tarea en cada pueblo o lugar de residencia. Este hecho se fue desnaturalizando y ha pasado la atención al monopolio de la obstetricia en los hospitales. Lo que se intenta desde los movimientos de humanización, es volver a reivindicar el derecho a la mujer, a parir en su hogar y que la misma pueda optar. Como ya se mencionó, sería una gran conquista que el parto domiciliario formara parte del

Sistema Nacional integrado de Salud. Una de las asociaciones civiles que atienden partos en domicilio es “Nacer mejor”; un grupo de parteras agrupadas para la promoción y atención del parto humanizado. Se brindan clases de parto e información sobre sus derechos, se respeta el derecho a parir donde lo elija la mujer o pareja y se brinda acompañamiento al hospital en caso que la elección haya sido un parto institucional. También se brindan talleres de lactancia y crianza. La demanda de atención crece en la medida en que se hacen campañas de concientización. Las personas que llegan a esta asociación tienen en común la necesidad de que el embarazo y el parto sea un evento privado, respetuoso de las necesidades de la mujer y su familia y cálido. Muchos ya han tenido la experiencia previa de un parto institucional y desean un trato más humanizado; otros viven su experiencia por primera vez y llegan recomendados. Se basan en el paradigma holístico donde se integra la mente, el cuerpo y el espíritu. En una entrevista realizada por Magnone (2013), al “Nacer Mejor” las mismas citan:

Los partos son una oportunidad de trabajar mucha cosa, cosas personales, de tu vida, de lo que te está pasando... es un viaje donde tenés horas para procesar cosas... Siempre decimos que los partos duran lo que tienen que durar, según lo que tengas que sanar. (p 88)

A partir de esta cita se podría pensar en la inclusión de la psicología en este proceso, que va desde el embarazo, el trabajo de parto, el alumbramiento y el puerperio pero desde el foco en el acompañamiento, no que la mujer vaya a consultar porque tiene un problema, sino desde el proceso natural de los acontecimientos.

Lo que propicia el parto domiciliario planificado, es el poder tener libertad de movimiento, elegir en qué posición ponerse en cada momento, bañarse cuantas veces sea necesario, poner música o no, disponer de todo lo que se necesita emocionalmente, psicológicamente, físicamente y con tiempos propios. Permite atravesar el dolor como parte de un proceso y tener la ayuda necesaria para transitarlo. Según las entrevistas realizadas por Magnone (2013), a un grupo de discusión del “Nacer Mejor”, lo que más se hacía hincapié era la diferencia entre el dolor y el sufrimiento. El sufrimiento lo tomaban desde el punto de vista de la imposibilidad de elegir. Cuando no es posible, por las condiciones sanitarias, vivir el dolor de manera positiva. “Los modelos de atención al parto se diferencian en cómo entienden y encarar el dolor. Mientras el modelo holístico lo asume y trabaja con técnicas naturales para aliviarlo, el modelo tecnocrático trata de erradicarlo” (p.89).

No hay mucho que decir sobre los partos domiciliarios en el Uruguay ya que no hay mucho material al cual referirme. En definitiva, lo que pretendía en este pequeño

apartado es que el mismo es una opción más, que debería, como ya dijimos, ser un servicio que se ofrezca desde el Sistema Nacional Integrado de Salud. Me parecía importante añadir a este trabajo esta opción, puesto que en el Uruguay existe. El problema es que como el Estado no proporciona dinero para que la elección sea más democrática, se debe pagar por la asistencia.

### ***Aportes de la psicología en la humanización del embarazo, parto y el nacimiento***

Para empezar este apartado me surge la pregunta, sobre cómo podría la psicología aportar a la humanización, desde un equipo multidisciplinario o desde aportaciones teóricas que se tomen en cuenta a la hora del acompañamiento a la mujer en estos procesos. A mi entender, plantear los aportes de la psicología sólo desde lo patológico, es caer en la concepción del parto y del nacimiento como una enfermedad, siendo que la misma, puede hacer aportes desde los procesos naturales, hacer visible las necesidades de las mujeres y concientizar sobre los derechos sexuales y reproductivos. A continuación nombraré algunas de las corrientes psicológicas que pueden, por su visión, aportar al tema que nos ocupa:

La psicología ambiental; estudia a la persona en su contexto poniendo el foco en las relaciones e interrelaciones entre la persona y su medio ambiente; físico y social. Cada persona reacciona de manera diferente a su ambiente y a su vez el ambiente tiene efectos sobre las conductas humanas. (Moser ,1998). Si bien la misma apunta a la interrelación de la persona con ambientes más macro, (como ciudades, plazas, etc), la misma podría aportar, al estudiar la interrelación entre los ambientes hospitalarios y su influencia en las embarazadas, sobre todo al momento del parto y la relación entre dicho ambiente y el personal de salud.

Otro enfoque que nos interesa, es la psicología pre y perinatal. Es una nueva rama dentro de la psicología de la primera infancia. La misma abarca el embarazo, el parto y el puerperio y los primeros meses de vida del niño. Una de las funciones que cumple, es el acompañamiento en las guardias de neonatología y obstetricia, trabajando interdisciplinariamente. Dicha psicología trabaja “en situación”, mientras que suceden los hechos, por lo que debe ser muy flexible. (Nierl, 2012). Se parte de la base que las experiencias que vamos teniendo dentro del útero, como fuera de él, forman parte de nuestra propia historia. De modo que la psicología pre y perinatal puede propiciar acciones que favorezcan el cuidado, tanto de su madre como del ambiente en el período del embarazo, parto y puerperio.

Y para concluir: la psicología social tiene a mi entender, un abordaje integral y más adecuado, ya que no solo estudia los procesos psicológicos en el proceso del embarazo, parto y puerperio, sino que incluye en sus estudios las relaciones de poder existentes, entre el equipo de salud y la usuaria en cuestión. Lo individual y lo colectivo refuerzan la constitución de la autonomía, para poder decidir conscientemente en sus procesos reproductivos, sin embargo, la mujer se encuentra en desventaja y subordinación social, psicológica y cultural, para lograr su autonomía. (Pérez & Barradas ,2004).

## ***REFLEXIONES FINALES***

El camino recorrido para la elaboración de este trabajo, me permitió aprender mucho respecto al tema, la humanización del parto y el nacimiento.

Me facilitó el hecho de poder tener una visión más global y entender que tiene tantas aristas, que requiere de una visión compleja e integral.

Esto me permitirá, como profesional ampliar la mirada además de tener la responsabilidad de seguir aportando sobre la humanización, sobre todo en nuestro país.

Cuando incursioné sobre los aportes de la psicología al tema que nos ocupa, me encontré con que no había casi información específica sobre el mismo, por lo que me vi obligada a revisar teorías psicológicas, que a mi criterio, y por lo ya elaborado en el trabajo, permitirían servir como aporte. La que más se ajustó a mi entender ,fue la psicología social que ya lleva inherente la visión compleja que se necesita para aportar y crear cambios al problema de la violencia obstétrica y para la visibilización de las falacias existentes desde el poder en todas sus dimensiones.

A lo largo de toda la monografía fue llamándome la atención las trabas institucionales incluido el MSP, para que las mujeres puedan hacer uso libremente de sus derechos y que puedan vivir su embarazo y parto cómo lo que es; un proceso natural. Cuando me refiero a esto, estoy hablando de la casa de partos que no fue aprobada y los partos domiciliarios, que no son accesibles a la población en general, ya que hay que pagarlos.

Los autores que mas me cautivaron, por su visión, fueron: María luz Esteban y Roberto Castro, me parece muy interesante sus puntos de vista. La lectura de María Luz Esteban hizo que me replanteara varias cosas y en otros casos reafirmó ciertas posturas que ya tenía. Me pude dar cuenta que tenía una

visión limitada con respecto a el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos descubriendo en mi, una visión victimista y pasiva. Me paraba frente al tema desde la demanda al sistema médico y político en general, perdiéndome la posibilidad de ser sujeto de agenciamiento.

De Castro pude cambiar la mirada y poder visualizar al sistema médico como una cadena sin fin de representaciones y reproducciones, de lo que se va aprendiendo desde la formación de los profesionales. Es así que pude entender que el problema es estructural y muy profundo.

Para concluir puedo decir que este trabajo me enriqueció, lo disfruté en toda su construcción y me fui nutriendo de conceptos e ideas que los llevaré conmigo en mi tarea profesional.

## Referencias Bibliográficas

- Bonder, G (1998). "Género y subjetividad: avatares de una relación no evidente" En: "Género y Epistemología: Mujeres y Disciplinas "Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PIEG), Universidad de Chile
- Camacaro, M. (2009, febrero). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico...improntas de la praxis obstétrica. *Rev. venezolana de estudios de la mujer*. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvem/v14n32/art11.pdf>
- Castro, R (2014, abril-junio) Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista mexicana de Sociología* Universidad, (2), pp. 167-197.
- Delgado C, Sampaio I & Barros M (2007, marzo). A vivencia de mulheres no parto domiciliar e hospitalar. *Esc Anna Nery R Enferm*. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a14>
- De Barbieri, Teresita. (1993) Sobre la categoría de género. Una introducción teórico-metodológica En: *Debates en sociología*.pp1-19ciudad.ed.Nº 18.Pontificia universidad católica del Perú. Departamento de ciencias sociales.
- Esteban, Mari Luz. (diciembre,2009) Ponencia presentada en las Jornadas Estatales Feministas de Granada. En: *la mesa redonda "Cuerpos, sexualidades y políticas feministas".Granada, España.*
- Esteban, Mari Luz. (2003) El género como categoría analítica. *Revisiones y aplicaciones a la salud. Cuadernos de Psiquiatría comunitaria*, 3 (1) pp 25-51
- Foucault, Michel. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*.11(1) pp 3-25
- García, D & Díaz, Z (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista cubana de salud pública*. Doi: 36(4)330-3
- Griboski A & Guilhem D.(2006) Mulheres e profissionais de saude: o imaginario cultural ni humanizacao a parto. *Texto Contexto Enferm*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/resumen.oa>

- Ilich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona, España: Barral Editores.
- Jungues, J (2011, noviembre) O nascimento da bioética e a constituição do biopoder. *Acta Bioethica* 2011; 17(2): 171-178. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2011000200003>
- Jungues, J (2009, junio) Direito à saúde, biopoder e bioética. *Comunic., Saúde, Educ.* Recuperado de: [http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000100017&lang=pt](http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000100017&lang=pt)
- Lamas, M. (ed). (2000) El género. La construcción social de la diferencia sexual. *Programa universitario de estudios de género: México*: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa
- Ley 18426, 2008. Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva.  
Publicada D.O. 10 dic/008 - Nº 27630, República Oriental del Uruguay, Poder Legislativo. Recuperado de la página de internet de:  
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>
- Magnone, Natalia. (2010). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. (Tesis de maestría) Departamento de Trabajo Social-FCS, Uruguay
- Magnone, Natalia (2013). Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. 12(5)pp.79-92
- Martínez Suárez, Venancio (2008) Salud Pública, medicalización de la vida y educación. Centro de Salud El Llano. Gijón.
- Ministerio de Salud Pública. Uruguay (2008) Guías en Salud sexual y Reproductiva. “Normas de atención a la mujer en el proceso de parto y puerperio”
- Moser, G (1998) Psicología Ambiental. *Estudios de Psicología*. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26130108>

- Muinelo, R & Triunfo (2005) Comportamiento médico: una aplicación a las cesáreas en el Uruguay. (6/05). Recuperado del sitio de internet de:  
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/2023>
- MYSU (2014). Plataforma ciudadana en salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. Uruguay 2014. Recuperado de: [www.mysu.org.uy](http://www.mysu.org.uy)
- Nierl, L (2012). Intervención paliativa desde la psicología perinatal. *Revista hospital materno infantil Ramón Sardá*. Recuperado de: <http://www.redalic.org/articulo.oa?id=9124234004>
- Olza, I (2010). El trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace* Recuperado de:  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=33976>
- Perez L & Barradas M (2004) La atención a la salud durante el embarazo y el parto. Una propuesta desde la psicología de la Salud. *Avances en Psicología Latinoamericana*.(22) pp 61-75
- Relacahupan Uruguay (2006-2007). Parto Humanizado. Recopilación de folletos y artículos sobre el tema.
- Souza TG, Gaíva MAM, Modes PSSA. (2011) A humanizacao do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Rev. Gaucha* .Recuperado de:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300007)
- Schwarz, P (2009). La maternidad tomada. Ginecólogos, obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media. *Argumentos Estudios sobre sexualidades y salud reproductiva*.  
Recuperado de:  
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Argentina/iigg-uba/20100331030729/6.pd>