



ACOMPañAMIENTO EN EL PARTO

Un recorrido histórico

TRABAJO FINAL DE GRADO

Licenciatura en Psicología

Monografía

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Álvaro Javier García Haidú

CI: 3.109.294-7

Docente tutora: Asist. Mag. Carolina Farías

Octubre 2015

Índice

Resumen	2
Introducción	3
1. Influencia del proceso de medicalización en el campo de la salud.....	5
2. Desarrollo histórico de la atención sanitaria al parto	9
3. Posicionamientos en torno a la salud reproductiva desde una perspectiva de género	12
3.1 La construcción de la maternidad desde una perspectiva de género.....	14
4. Acompañamiento en el parto: un camino para la humanización de la atención obstétrica.	18
4.1. Ley de Acompañamiento (Ley N°17.386)	20
Reflexiones finales.....	27
Referencias bibliográficas.....	33

Resumen

A través de este trabajo, indagaremos acerca de la temática del acompañamiento hacia la mujer en el momento del parto. En una primera instancia, creemos necesario observar, los cambios que ha sufrido la atención al parto a partir de los diferentes modelos de atención desarrollados históricamente.

Sus prácticas asistenciales, las cuales en un principio se llevaban adelante en el interior del hogar para luego trasladarse hacia al hospital, han evidenciado diversas transformaciones. El lugar central que ocupaba la mujer en este acontecimiento, donde se encontraba en su hogar acompañada y contenida emocionalmente, queda de lado en función de procesos medicalizadores que limitan su libertad y la despojan del dominio de su cuerpo.

En consecuencia, nos parece oportuno analizar las relaciones de poder que atraviesan al parto, cuyas prácticas a partir de su institucionalización quedan sometidas a lineamientos médicos, alejando a la mujer del protagonismo que ejercía anteriormente. A su vez, desde una perspectiva de género, intentaremos dar cuenta de las relaciones jerárquicas que se establecieron debido a las construcciones sociales realizadas en torno a los sexos.

Como conclusión, trataremos de plasmar la importancia que reviste el acompañamiento para desarrollar una atención obstétrica desde una perspectiva más humana. Compartimos la idea de que habilitar el acompañamiento durante el parto, tomando en cuenta los componentes psicoafectivos que se ponen en juego en la mujer, permitirá aumentar sus sentimientos de confianza y seguridad, así como también, devolverle su libertad y poder de decisión frente a esta experiencia.

Palabras clave: acompañamiento, parto, medicalización, género.

Introducción

El objetivo de este trabajo es presentar la temática del acompañamiento a las mujeres durante el parto y nacimiento a través de una revisión de textos, investigaciones y publicaciones en torno a la maternidad, la medicalización del embarazo y nacimiento y específicamente sobre el acompañamiento a lo largo de la historia.

Entendemos que este trabajo puede servir como aporte a la psicología, en relación a la consideración de los procesos psicológicos que se ponen en juego en la mujer durante el parto. Creemos que dichos procesos generan diversos cambios en ella, por lo cual el sostén emocional que pueda recibir durante ese momento se convierte en un elemento que reviste suma importancia. Esto permitirá que la mujer se sienta contenida afectivamente y logre dar respuesta a sus necesidades mediante el respeto de sus decisiones y derechos.

En este sentido, intentaremos dar cuenta de las características que la atención al parto fue adquiriendo a lo largo de la historia en los diferentes contextos socio-culturales, las cuales se han ido configurando a partir de las prácticas asistenciales desarrolladas en cada época.

En el primer capítulo, se realizará una introducción a la influencia que tiene y ha tenido el proceso de medicalización en el campo de la salud, analizando el cambio en el enfoque que se fue dando en relación al proceso de salud – enfermedad. Al tiempo que se profundizará sobre determinados aspectos que permiten su construcción como mecanismo de poder (disciplinante) para ejercer el control social de los individuos.

En el segundo capítulo realizaremos un recorrido por las prácticas asistenciales en relación al parto, las características que adquirió la atención sanitaria en las distintas épocas, sus efectos y consecuencias. A partir de esto, realizaremos un análisis acerca de como se pasa de un modelo de atención centrado en las mujeres, a otro en el cual el centro estaría configurado en la figura profesional médico.

En el tercer capítulo, abordaremos la temática de la maternidad y la salud reproductiva desde la perspectiva de género, para observar las relaciones de poder que se evidencian bajo esta categoría. Con este análisis, se busca comprender también como

el modelo médico hegemónico se va a encontrar relacionado a situaciones de vulneración de los derechos de las mujeres embarazadas.

En el cuarto capítulo se abordará específicamente la temática del acompañamiento que reciben las mujeres durante el trabajo de parto y nacimiento. Buscaremos dejar en evidencia como en función del desarrollo científico y tecnológico, queda de lado el rol protagónico de la mujer en este proceso. Si bien se han logrado importantes avances en relación al desarrollo señalado, brindando herramientas que contribuyen en mejorar la atención obstétrica, en ocasiones quedan fuera de consideración los componentes psicoafectivos que conlleva la maternidad. Al no tomarse en cuenta dichos componentes, se puede abrir un campo para una excesiva tecnologización del parto. En este mismo capítulo, se abordará la particularidad de la normativa nacional vigente, a través del análisis de la Ley N° 17386 "Ley de Acompañamiento en el parto y nacimiento" aprobada en el año 2001. El análisis no solo del texto de la Ley, sino de la discusión parlamentaria previo a su promulgación, permitirá observar como los discursos de los/as legisladores/as se encuentran atravesados por procesos de medicalización y corporativismo médico, que de alguna manera buscan lograr el control de los individuos a través del ejercicio del poder.

Por último, se presenta una reflexión final articulando todas las temáticas presentadas.

1. Influencia del proceso de medicalización en el campo de la salud.

Para realizar el abordaje de la temática planteada, consideramos necesario empezar realizando un análisis acerca de la influencia que ha tenido el proceso de medicalización en las transformaciones que se han ido desarrollando dentro del campo de la salud.

En este sentido, intentaremos dar cuenta como en torno a este proceso se fue elaborando un modelo de atención hacia las problemáticas de salud y enfermedad en función de una perspectiva mecanicista, y donde veremos también, como este modelo se va a ir constituyendo en una herramienta de poder para ejercer el control social.

El advenimiento de la modernidad trajo aparejado una serie de cambios frente a la concepción de los procesos de salud y enfermedad que estaban establecidos en la sociedad hasta ese momento. Este período histórico, el cual transcurre desde mediados del siglo XV a finales del siglo XVIII, estuvo atravesado por un gran desarrollo a nivel cultural y científico. A partir del siglo XIV surge el período renacentista, que se constituyó en la pieza fundamental para las transformaciones vislumbradas en la Modernidad, en lo concerniente al ámbito cultural, político y del conocimiento (Gay, 2008).

Según Gay (2008), el desarrollo técnico alcanzado en la Modernidad fue uno de los elementos que propiciaron el surgimiento de esta corriente y permitieron a su vez un cambio en el enfoque otorgado a la ciencia. Es a partir de la aparición de determinados instrumentos técnicos que la ciencia moderna comenzó a establecerse, cuyas bases están fundadas en relación a la observación y experimentación. Debido a este progreso tecnológico, el hombre comienza a darse cuenta de la capacidad que tiene para ejercer el dominio de las fuerzas de la naturaleza a través de la instrumentalización. A partir de esto, fue abandonando el lugar ocupado durante la época medieval, donde todos los acontecimientos que se suscitaban en la vida estaban atribuidos a una explicación divina centrada en la figura de Dios.

De esta manera, el hombre moderno empieza a encontrar en la ciencia la forma de comprender y de acceder a lo que hasta entonces para él estaba fuera de su alcance.

Se empieza a establecer en esta época la necesidad de comprender las leyes universales que rigen al mundo, convirtiéndose el conocimiento científico en el único medio para alcanzarlo.

Estas características que fue adquiriendo el conocimiento científico en relación a la observación y la experimentación como metodología de investigación, van a convertirse en una de las principales impulsoras del paradigma dominante de la ciencia en esta época: el Positivismo (Barbosa, Motta y Resck, 2015). A su vez, también los postulados de este nuevo paradigma se encuentran atravesados por los sucesos desencadenados a partir de la Revolución Francesa, la cual trajo consigo una serie de transformaciones a nivel social, donde las instituciones se encontraban en un estado crítico. Debido a esto, el Positivismo emerge a partir del Siglo XVIII como modo de dar respuesta a los problemas que estaba atravesando la sociedad en ese momento (Seguel-Palma, Valenzuela-Suazo y Sanhueza-Alvarado, 2012).

El positivismo consolidó al método científico como la única forma válida para acceder a comprensión de los fenómenos universales, basando sus postulados en una metodología que atañe a la racionalidad, objetividad y previsibilidad asumiendo una postura reduccionista y mecanicista para lograr el conocimiento de los hechos. Este paradigma se nutrió de otras disciplinas (la fisiología, la química y la microbiología) para buscar su legitimidad (Barbosa et al., 2015).

En este contexto y a partir de que el modelo biomédico se convierte en objeto de especial interés para el positivismo, en el SXVIII aparece el hospital como un centro destinado por primera vez a la curación (Barbosa et al., 2015). Según Foucault (1978a), durante épocas anteriores el hospital era un espacio que estaba destinado solamente a la asistencia de las personas más pobres, y en él operaban determinadas lógicas de separación y exclusión. En este sentido, esta población necesitada de asistencia médica, era a su vez portadora de una enfermedad, y consecuentemente, se convertían en un peligro en relación a la propagación de la misma. Debido a esto se los excluía de los ámbitos sociales, convirtiéndose el hospital en el lugar indicado para que esto ocurra. Las funciones del hospital no estaban centradas en la curación, sino que las mismas estaban delimitadas en brindar asistencia espiritual para los últimos momentos de la vida de estas personas. Se procuraba entonces la salvación del espíritu, cuando al mismo tiempo se los excluía de los ámbitos sociales por considerarlos peligrosos.

A fines del SXVIII, el hospital pasa a convertirse en el lugar donde la práctica médica comienza a desarrollarse, constituyéndose esta institución como un centro e instrumento de cura para la enfermedad. En este contexto, la figura del profesional médico adquiere un carácter relevante en relación a su ubicación jerárquica en torno al poder y el conocimiento (Foucault, 1978a; Barbosa et al., 2015).

Con el avance del capitalismo se empieza a desarrollar un modelo de atención centrado en el médico, el cual va a tratar de establecerse mediante la transformación o apropiación de los discursos referentes a la medicina instaurados en la sociedad. Este modelo, a su vez, se va a extender hacia otros terrenos mas allá del campo de la medicina, operando en ámbitos inherentes a la vida cotidiana de las personas. A partir de su injerencia en la cotidianeidad de la población, procurará moldear los cuerpos de los individuos en función de los postulados que proclama (Menéndez, 2014).

Según Eduardo Menéndez (1988), el Modelo Médico Hegemónico (MMH) se construye a partir del conjunto de prácticas, saberes y teorías desarrollados por la medicina científica, las cuales se han logrado constituir como complementarias a aquellas que se encontraban establecidas como dominantes dentro de la sociedad. De esta manera, buscará convertirse en la única forma de atender a la enfermedad, la cual va a estar legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.

Este nuevo modelo emergente, caracterizado por una estructura biologicista e individualista, no persigue solamente desarrollar las funciones curativas y preventivas en lo concerniente a la atención sanitaria de la sociedad, sino que también este modelo de alguna manera va a estar muy ligado al ejercicio del control y de la normalización de la población (Menéndez, 1988).

Para Foucault (1977), lo que se produce a partir de su instauración es una socialización del cuerpo, considerando el mismo como una realidad biopolítica a través del cual se ejerce el control social. En esta sociedad capitalista, donde lo biológico se constituye en un elemento central para los fines que persigue relacionados a la productividad de los individuos, la medicina se convierte en un saber al servicio del Estado. Esta disciplina, entonces, empieza a trascender sus postulados en base a la curación de la población, asumiendo una postura normativa hacia la vida de las personas buscando reproducir los ideales establecidos por el Estado a través del

disciplinamiento de sus individualidades, afectando desde su mundo de relaciones hasta su autonomía para poder tomar decisiones sobre aspectos que hasta este momento eran inherentes al sujeto (Foucault, 1977; Molina, 2004).

De esta manera, la medicina empieza a operar en la sociedad mediante la construcción de diferentes marcos normativos a través de la estigmatización o promoción de determinadas prácticas, produciendo cuerpos dóciles en pos de sus intereses, pudiendo encontrar en el día de hoy algunos efectos reflejados en la atención sanitaria de nuestra época.

2. Desarrollo histórico de la atención sanitaria al parto

Al comenzar un recorrido histórico en torno a esta temática, nos encontramos que previo a los siglos XV y XVI el parto se desarrollaba en el ámbito privado y era llevado adelante por las matronas/parteras/comadronas, quienes se ocupaban principalmente de la atención a las mujeres en trabajo de parto/parto y los recién nacidos. Se consideraban un personaje importante en la población y sus competencias tenían que ver con una función asistencial en el embarazo, parto y puerperio, así como también prestar cuidados al recién nacido y a la madre.

En esa época el parto se consideraba como un acontecimiento social. Las mujeres parturientas, que recibían asistencia por parte de las matronas en el seno de su hogar, se encontraban también acompañadas por familiares que oficiaban como sostén de ésta durante y después del parto. Este carácter social atribuido al parto estaba dado en relación, a que si bien la atención estaba centralizada en la figura de la mujer, su entorno era parte de su cotidianeidad. De esta manera, dicho acontecimiento no estaba sesgado a la presencia de otros actores, cuya participación pudiera resultar beneficiosa según la consideración de las mujeres parturientas que transitaban ese proceso (Hutter, 2010).

En relación a las prácticas asistenciales que desarrollaban las matronas, las mismas estaban delimitadas en torno a la empiria (experiencia). Sus “saberes” se basaban principalmente en la creencia que tenían acerca de sus intuiciones y en los conocimientos que les fueron transmitidos por generaciones anteriores, así como la práctica permanente de atención al nacimiento. En este sentido, la atención obstétrica estaba atravesada por la espiritualidad (Hutter, 2010; Ehrenreich y English, 1981).

Durante la época medieval, más específicamente durante los siglos XV y XVII, estas mujeres en las cuales se centraba la obstetricia hasta este momento empiezan a convertirse en objeto de persecución por parte de la Iglesia (Inquisición)¹, institución que en esa época ejercía un papel preponderante en todos los ámbitos de la sociedad. Algunos elementos que justificaban la persecución de las matronas, tenían que ver

¹ La Inquisición corresponde a las prácticas llevadas adelante por la Iglesia durante la época medieval, con el fin de acabar con la brujería y con todo aquello estuviera opuesto a la religión católica.

con el incumplimiento de los mandatos establecidos por la Iglesia, por ejemplo el de “parir con dolor”. Las matronas utilizaban estrategias de alivio para la mujer parturienta, las cuales estaban relacionadas con la utilización de hierbas, pociones para ayudar a mitigar su dolor en el parto. Para la Iglesia, el dolor en el parto era considerado un castigo divino, convirtiéndose las matronas en una amenaza para esta institución. En este momento histórico, no se concebía otra forma de atención que no tuviera su base en una medicina centrada en la figura del varón, ya que se consideraba que Dios actuaba a través de éste. En consecuencia, la atención obstétrica desarrollada en base a prácticas centradas a partir de la experiencia, como es el caso de las realizadas por las matronas, queda de lado en pos de prácticas asistenciales avaladas por la Iglesia (Hutter, 2010; Ehrenreich y English, 1981).

En este sentido, los varones empiezan a ocupar paulatinamente un lugar central en lo referente a la atención médica en esta época. Observamos como la Iglesia, a través de la persecución realizada hacia las matronas, construye un terreno fértil para su erradicación del ejercicio de la medicina. Es a través de diversos mecanismos amparados por marcos legales impuestos por la Iglesia y el Estado, que empieza a surgir la figura del profesional médico, como la única forma que adquiere validez para la atención sanitaria de la población.

Uno de estos mecanismos que sirvió como método de exclusión de las mujeres del campo de la medicina, guarda relación con el requisito de la formación universitaria para poder desarrollar intervenciones en este terreno, formación a la cual la mayoría de las mujeres tenían el acceso restringido o nulo. En el mejor de los casos su inclusión en este ámbito estaba dada a través de la formación en enfermería. La figura de la enfermera emerge como una persona cuya función es, prácticamente, de asistente del profesional médico, configurando un rol de subordinación y obediencia frente a éste. Su labor consiste en dar respuesta a las indicaciones realizadas por el médico, quien posicionado desde un lugar de poseedor de un saber y del prestigio atribuido a su profesión, va a determinar los lineamientos que deban seguir (Ehrenreich y English, 1981).

De esta forma, se fue instaurando un determinado modelo de atención sanitaria para abordar las problemáticas referentes a la salud y a la enfermedad, afectando, entre otras, las practicas relacionadas a la atención al parto. A fines del siglo XIX, las mujeres parturientas comienzan a ser atendidas en hospitales dejando paulatinamente

la atención en su domicilio. En este orden, las primeras en ser atendidas eran aquellas mujeres que estaban transitando un parto complicado, estableciéndose a partir de mediados del S.XX el traslado definitivo del ámbito privado al público; del hogar al hospital (Biurrun - Garrido y Goberna -Ticas, 2013).

El médico, encuentra en el hospital un espacio para ejercer el poder que le fuera otorgado a través de las valoraciones desarrolladas en torno a su figura. Debido a que el acceso al conocimiento está centrado en él, su palabra va a ser la única que adquiere validez en el campo de la salud. Esto le va a permitir desplegar diferentes mecanismos para hacer valer su autoridad, estableciendo relaciones de subordinación frente a sus saberes. Dichas relaciones, que suponen obediencia al profesional médico, se van a manifestar tanto en la interacción con sus asistentes (enfermeras) y en su vínculo con las personas a las cuales brinda atención. En la actualidad, en el campo de la atención obstétrica se pueden observar algunos elementos que permiten ver de forma mas clara lo señalado anteriormente.

En la sociedad actual, en lo que a la atención al parto refiere, muchas veces se produce una suerte de despersonalización de las mujeres, donde sus opiniones no son tomadas en cuenta y se encuentran sometidas al saber del profesional médico, en este caso el ginecobstetra. En este sentido, el parto va a estar determinado por los lineamientos de los profesionales quienes, amparados bajo un sistema de salud que legitima su accionar, ubican a las mujeres en un rol pasivo frente a este acontecimiento. Al estar el parto sujeto a las consideraciones médicas, donde los parámetros de seguridad y de un desenlace positivo se establecen en virtud de sus decisiones, observamos como muchas veces se encuentra atravesado por una alta mecanización. De esta manera, se producen un gran número de cesáreas (algunas sin motivo aparente), cortes vaginales, y la utilización de diferentes instrumentos que solo facilitan y benefician la intervención del profesional (Varela, 2013; Hutter, 2010).

Según Varela (2013), la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que la cesárea debe practicarse en la medida que este acontecimiento no pueda llevarse adelante de manera normal, lo cual sucedería en el 15% de los casos, considerándola innecesaria por encima de ese porcentaje. A su vez, esta autora señala, a través de un informe elaborado por UNICEF, que en América Latina durante los años 2006 y 2010, las cesáreas realizadas ascienden a más del doble (38%) de lo establecido por la OMS, lo cual nos daría una pauta del abuso por parte de los médicos en su aplicación

3. Posicionamientos en torno a la salud reproductiva desde una perspectiva de género

Para continuar, creemos fundamental realizar un análisis respecto a la incidencia que tiene el género en relación a las prácticas que se han ido desarrollando a través de modelos hegemónicos, vinculados a la salud reproductiva. Observaremos a su vez, como lógicas de poder determinadas en base a sistemas patriarcales van a operar dentro de este campo.

Siguiendo a Varela (2013), cuando hablamos de sistemas patriarcales lo hacemos en el sentido de considerar al patriarcado como un sistema político donde la figura del varón se constituye en la figura de autoridad y liderazgo a través del cual gira toda forma de organización social. En este sentido, el varón encuentra un terreno propicio para el despliegue de diferentes mecanismos de poder, a partir de los cuales va a ejercer el control y normalización de la población.

Respecto al concepto de género, el mismo está vinculado a las construcciones sociales realizadas en torno a los sexos, en relación a lo masculino y femenino. Este concepto no implica una distinción en base al sexo de las personas, ya que el sexo está relacionado con los fenómenos biológicos que se producen en los varones y mujeres. El género refiere a los roles, normas y conductas asignadas a cada uno de ellos (Varela, 2013; Lamas, 1996).

Según Lamas (1996), hablar desde una perspectiva de género no es sinónimo de hablar desde una perspectiva que alude a la distinción de los sexos. Sostiene que se tratan de categorías diferentes, donde la primera se desarrolla en torno a construcciones sociales, mientras que el sexo es algo que está determinado biológicamente. Esta autora manifiesta que muchas veces, los roles atribuidos dentro de un determinado contexto sociocultural, se encuentran otorgados en función de los sexos, lo cual posibilita que se generalice el uso de la categoría de género para incluir el componente biológico. A su vez señala que esta inclusión, permite que se produzcan estereotipos en relación a los papeles adjudicados a hombres y mujeres, determinando aspectos que se convierten en propios para cada uno de ellos.

Sobre esta base, donde los roles del varón y la mujer pueden constituirse desde un carácter biológico, se fueron desarrollando a lo largo de la historia sistemas políticos que establecen determinadas conductas en función de los sexos, jerarquizando a su vez uno sobre el otro. A partir de ello, se fue construyendo una forma de interpretar al mundo, donde el varón se va ir ubicando en un lugar de superioridad frente a la mujer, En consecuencia, el varón se va a convertir en la figura que va a determinar lo correcto o incorrecto dentro de la sociedad (Varela,2013; Lamas,1996).

En este sentido, el cuerpo de las mujeres queda sometido bajo un sistema patriarcal, que va a buscar normalizar sus conductas mediante mecanismos de poder. Observamos cómo sus postulados se fueron manteniendo a lo largo del tiempo, donde hasta el día de hoy se encuentran establecidas determinadas posturas en torno a los ámbitos que deben ser específicos para las mujeres y los roles que deben cumplir. Dichos roles generalmente están alejados de lugares relacionados con el poder y se encuentran bajo la subordinación de la figura masculina (Varela, 2013).

De esta manera, este sistema (el patriarcado) se fue instaurando como una ideología que, a partir de mecanismos normalizadores atravesados por un discurso sexista, coloca en un plano de inferioridad a la mujer sobre el varón recortando su libertad y provocando inequidades que persisten hasta el día de hoy.

Siguiendo esta línea, observamos como en el campo de la salud reproductiva la mujer fue perdiendo el dominio en torno a su cuerpo y sus libertades, quedando posicionadas en un rol de subordinación frente al médico, quién como representante del modelo de varón hegemónico, se convierte en una figura centralizadora de poder y condicionante de las conductas de las personas. Debido a esto, el cuerpo de las mujeres queda sometido al saber médico que las ubica en un lugar de infantilización y desvalorización de sus conocimientos (Erviti, 2010).

El médico entonces, cuya figura se desarrolla bajo un modelo atravesado por procesos de medicalización ligado a ideologías patriarcales, se constituye en el centro de todas las decisiones que se toman en el ámbito reproductivo, ejerciendo el dominio de los cuerpos de las mujeres. Ejemplo de ello son los lineamientos y normas que configuran la atención frente al embarazo, parto y nacimiento. Al estar en sintonía con los valores dominantes dentro de la sociedad, la medicina va a procurar normalizar las conductas

de las mujeres, reproduciendo estereotipos y asignando roles que son esperables según los postulados hegemónicos imperantes (Lamas, 1996; Erviti, 2010).

Al decir de Erviti (2010), en las interacciones médico-paciente desarrolladas en los servicios de salud, esta asignación de roles mediante lógicas de poder se vuelven cada vez más visibles. El poder que ejerce el médico sobre la mujer, provoca a través de sus efectos, la vulneración de los derechos de éstas, donde su opinión no tiene consideración ni es respetada (Lamas, 1996).

3.1 La construcción de la maternidad desde una perspectiva de género

Históricamente el rol de la mujer se ha construido en torno a la maternidad, suceso que posee un importante significado social y que conlleva un compromiso por parte de la mujer ante los valores hegemónicos que atraviesan a la sociedad. A las mujeres se les adjudica la responsabilidad de ser madres para cumplir con ese compromiso impuesto socialmente, convirtiéndose los centros de salud en espacios que procuran educarlas y controlarlas. De esta forma, se fueron alejando a las mujeres de la toma de decisiones, configurando una relación desigual con el profesional médico. (Lamas, 1996; Erviti, 2010).

A partir del SXIX, con el surgimiento del Movimiento Feminista, se comienza a teorizar acerca de la autoridad otorgada hacia el varón, partiendo de la idea de que fue lograda a través de una toma de poder por parte de éste hacia la vida de las mujeres. Es así, que se empezaron a cuestionar los postulados del patriarcado que hacían referencia a la construcción de la identidad femenina, la cual estaba centrada en la función materna (Varela, 2013).

En este sentido, se han ido desarrollando diferentes posicionamientos en relación a este tema. Autoras como De Beauvoir (1969) y Badinter (1981), plantean la necesidad de realizar una deconstrucción de la maternidad, la cual se consideraba una función inherente a la mujer y que estaba determinada biológicamente. Otras posturas promueven que la mujer debe reconocer esa función que le ha sido atribuida, con el fin de recuperar el dominio de su cuerpo que estaba sujeto a la subordinación del varón. Dentro de esta línea, encontramos a Rich (1976), quien citada por Saletti (2008), manifiesta que la mujer, a través de la maternidad tiene la posibilidad de alejarse de la

cultura patriarcal que las somete. Considera que las mujeres al apropiarse de esa función, pueden convertir su cuerpo en un elemento de poder y de esta forma ser las encargadas de transmitir los conocimientos de esta experiencia a sus hijos/as. Según Saletti (2008), lo que se busca desde esta postura, es que las mujeres recobren la autoridad que habían perdido en este terreno frente al varón. Esto supone, reconocer a la mujer como la primera figura de autoridad en torno a la función materna, asumiendo un rol protagónico en este campo.

El modelo patriarcal establece un principio de autoridad del varón sobre la mujer, elaborando determinados roles específicos en torno a la masculinidad y femineidad. De esta manera, se produce una construcción de la identidad masculina y femenina, configurando estereotipos en base a valoraciones atribuidas en torno a los sexos. En este sentido, se asocia al varón con las funciones concernientes al ejercicio del poder y del trabajo. La centralización del trabajo como función inherente del varón, va a constituirse en el medio a través del cual se va a dar cumplimiento a uno de los postulados tradicionales de la masculinidad, el cual lo considera como la figura encargada de proveer su hogar y ser el sustento económico de su familia (Badinter, 1981; Lugones Botell y Ramírez Bermúdez, 2008).

Por otra parte, la figura de la mujer queda relegada a un papel de subordinación frente al hombre, cuya participación, según los mandatos establecidos, queda restringida a las labores domésticas y a cumplir una función materna sobre la cual va a construir su identidad. En relación a lo mencionado, la mujer se encuentra limitada respecto a su participación en la construcción del mundo por los valores dominantes de esta sociedad, que encuentran en la maternidad la función "natural" que tienen las mujeres. Al convertirse el mandato de mujer = madre en el único destino posible, el cual está determinado biológicamente, la capacidad de desarrollo y potencialidad se va a ver limitada (De Beauvoir, 1969; Badinter, 1981).

Esta jerarquización del rol del varón frente a la mujer se va a trasladar al seno de los hogares, donde el varón va a constituirse en una figura de autoridad frente a su esposa y sus hijo/s. Siguiendo lo planteado por Badinter (1981), este desarrollo de la autoridad paterna y marital dentro del hogar, encuentra su sustento a partir de la articulación de tres discursos: el aristotélico, teológico y político. En relación al discurso aristotélico, el mismo promulgaba que la autoridad del hombre sobre la mujer está dada en virtud de la naturaleza, la cual se sostiene a partir de la desigualdad

natural que existe entre los seres humanos. Justifica a su vez la subordinación de la mujer a partir de una perspectiva metafísica, ubicándola en un lugar secundario frente al varón, a quien considera el portador del saber y la inteligencia. El discurso teológico, proclama la autoridad del hombre sobre la mujer en base a un mandato divino, ya que los poderes de Dios se encuentran representados a través de la figura masculina. Por último, el discurso político sostenía que la función natural de la mujer era la maternidad, e insistía en que la vida de las mujeres tenía que ser restringida al ámbito familiar, ya que si su participación se extendiera hacia otros ámbitos se produciría el desorden social.

Los posicionamientos establecidos en torno a la masculinidad y femineidad a nivel social y familiar, apuntalados por estos discursos señalados anteriormente por Badinter (1981), van a sufrir una serie de transformaciones a partir del SXVIII con el desarrollo del mercantilismo y la sociedad industrializada. En este momento histórico, con la separación del hogar y del lugar de trabajo, como consecuencia de la Revolución Industrial, y del interés del poder hegemónico de la época por el crecimiento de la población, las responsabilidades “maternales” comienzan a adquirir una fuerte relevancia en el ámbito familiar. La mujer empieza a desarrollar un liderazgo dentro del seno del hogar que anteriormente estaba centrado en el varón, lo cual es estimulado y avalado por el Estado. Si bien esto podría suponer un cambio de perspectiva en torno a la construcción histórica de la femineidad, en realidad va a operar como un elemento que va intensificar aún más las desigualdades desarrolladas a lo largo de la historia entre varones y mujeres (Saletti, 2008; Badinter, 1981).

El rol que asume la mujer dentro de su hogar, de alguna manera constituye una reproducción de los ideales e intereses del Estado, cuya preocupación primordial está abocada a la preservación de la vida. En este sentido, el Estado refuerza los estereotipos fijados hacia la mujer en torno a su función “natural” de la maternidad, elevando su responsabilidad frente a los cuidados del niño en el ámbito familiar. Se produce de esta forma una división de roles entre la mujer y el varón, donde la primera, va a ser la encargada de velar por la salud y protección del niño, mientras que el varón se va a ocupar de proporcionar el sustento familiar (Saletti, 2008; Badinter, 1981)

Esta perspectiva que identifica a la mujer con la función materna, la cual se encuentra establecida a partir de un carácter natural e inherente a su figura, determina la

construcción de su identidad en torno a este rol. En consecuencia, su participación en otros ámbitos queda sesgada, limitando así su ejercicio del poder y desarrollo individual. Se va despojando a la mujer del dominio de su cuerpo, donde no se contemplan las necesidades que puedan presentar vinculadas, por ejemplo, a su realización personal; convirtiéndose la maternidad en el centro de sus vidas (Saletti, 2008; Badinter, 1981, De Beauvoir; 1969).

Según Magnone (2010), estas posturas, coinciden en la necesidad de alejar a la mujer de los mandatos establecidos por sistemas que atentan contra su libertad y su individualidad. Pero por otro lado, también presentan algunos puntos de divergencia entre ellas. La autora sostiene, que las posturas que deconstruyen la maternidad consideran a las posturas que promueven el empoderamiento del cuerpo a través de la función materna, como funcionales al sistema patriarcal. Desde la otra parte, sostienen que las posturas que deconstruyen esta función, menosprecian la maternidad como elemento constitutivo de poder y liberación. Considera que ambas líneas de pensamiento son de vital importancia para lograr que la mujer recupere su cuerpo y autonomía. Para ello, sostiene Magnone (2010) que se debería “apostar a un proyecto feminista que siga deconstruyendo los mandatos patriarcales hacia la maternidad, a la vez que apueste a la construcción de maternidades elegidas, respetadas y gozadas” (p.10).

4. Acompañamiento en el parto: un camino para la humanización de la atención obstétrica.

Según lo mencionado anteriormente, a partir de diferentes sucesos que se fueron desarrollando a lo largo de la historia, la atención al parto se fue tornando como un proceso atravesado por la medicalización, el cual se encuentra centrado en el médico perdiendo de vista el rol activo que tiene la mujer en este acontecimiento.

Las prácticas asistenciales desarrolladas en un primer momento histórico referente al parto, donde las mujeres daban a luz a sus hijos en el seno de su hogar y se encontraban acompañadas por otras mujeres que oficiaban como sostén y apoyo emocional para ellas, se fueron abandonando en pos de prácticas que someten a la mujer a rutinas institucionales, configurando una atención obstétrica desde una perspectiva que va deshumanizando esta experiencia y que la aleja del saber de las mujeres.

Al hablar de apoyo, lo hacemos en el sentido de sostén hacia el otro, de poder contemplarlo como un ser bio-psico-social que tiene sus necesidades y a partir de ello brindar un respaldo configurado a través de la empatía, la confianza y el respeto. El parto, particularmente, es un momento muy significativo en la vida de una mujer, en el cual se producen diversos cambios a nivel físico y psicológico, y los cuidados que reciban van a ejercer una influencia positiva o negativa en su vida y en la del bebé.

En la actualidad se va haciendo cada vez más necesario la implementación de un nuevo modelo de atención donde el control del proceso del parto lo tenga la mujer, debiendo ella ser el foco sobre la cual esté dirigida la atención y donde se contemplen sus necesidades y expectativas (Muñoz, Kaempfer, Castro y Valenzuela, 2001).

Muñoz et al. (2001), sostienen que actualmente se encuentra en continuo crecimiento a nivel mundial un movimiento por la humanización del parto y del nacimiento, el cual surge como una reacción crítica al modelo tecnocrático que se estaba instaurando en la atención sanitaria.

En el año 1985, en la reunión de la OMS en Fortaleza (Brasil), se realizó un llamado de alerta en relación a la medicalización de la atención en el parto, donde fue propuesto un cambio en el modelo de atención que se estaba dando con el fin de que el nacimiento no fuera tratado como una enfermedad; pero es a partir de la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en el año 2000 en Brasil, la cual fue llevada adelante por integrantes del Movimiento Brasileño para la Humanización, donde comienza a delinearse el concepto que da nombre a este Movimiento (Biurrún – Garrido y Goberna -Ticas, 2013; Martínez – Galiano y Delgado, 2013). Al hablar de humanización, se está hablando de la responsabilidad que tienen tanto los servicios de salud como la comunidad, frente al nacimiento, desarrollar “una asistencia que recibe, escucha y trae respuesta positiva” (Longo, Andraus, y Barbosa, 2010, p.386).

En este sentido, Behruzi (2011), citado por Biurrún – Garrido y Goberna -Ticas (2013), manifiesta que el parto humanizado no puede definirse como algo específico o en base a un criterio concreto, ya que lo que se promueve es que a partir del empoderamiento de la mujer de sus derechos como usuaria mediante el respeto de sus decisiones y sentimientos, pueda vivir la experiencia de una forma positiva.

Este nuevo modelo implica entender a que las maternidades se encuentren dirigidas a una atención primaria cuya base es la comunidad y no los hospitales que se basan en cuidados terciarios a través de sus profesionales. Por otra parte, las personas que realizan asistencia en los partos (médicos, enfermeras y parteras) y que solamente tienen experiencia en partos llevados a cabo en los hospitales, no son capaces de ver el efecto que desencadenan cuando se encuentran desarrollando su labor, debido a la medicalización y el elevado intervencionismo por las cuales estas instituciones se encuentran atravesadas. Se desconoce la fisiología del parto y esto les impide acercarse al conocimiento de lo que conlleva un parto basado en la humanización. (Wagner, 2006).

Para Wagner (2006) este carácter deshumanizador que se le atribuye al parto medicalizado, está dado porque el control está puesto en el médico y no en la mujer controlando este acontecimiento, ya que si bien se le puede llegar a brindar la posibilidad de elección frente a determinados procedimientos para llevarlo adelante, son los mismos médicos quienes determinan las opciones que les van a ofrecer y van

a ser los que decidan en última instancia si toman en cuenta la elección de la mujer o no.

Con el fin de indagar acerca de las características y consecuencias de esta práctica, creemos pertinente comenzar por los motivos que dieron lugar a la regulación del acompañamiento durante el momento del parto y nacimiento en nuestro país a través de la Ley nº 17.386, tratando de analizar los argumentos presentados en virtud de los beneficios que conlleva. Al mismo tiempo, buscaremos identificar como en algunos discursos manifestados durante su discusión parlamentaria, se encuentran arraigadas perspectivas vinculadas a modelos hegemónicos y patriarcales en torno a la salud, la mujer y la maternidad.

4.1. Ley de Acompañamiento (Ley Nº17.386)

En el año 2000, varios senadores pertenecientes al Frente Amplio, partido político de nuestro país, a través de la Comisión de Salud Pública del Senado, presentan un proyecto de Ley referente al derecho que tiene la mujer embarazada a estar acompañada por una persona de su confianza durante el tiempo que dura el trabajo de parto y nacimiento

Este proyecto está fundamentado en la necesidad de consideración de un derecho establecido en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el cual refiere a la importancia que revisten los cuidados hacia la maternidad y la infancia. A su vez, se expresa la necesidad de que haya una legislación en torno a este derecho que tienen las mujeres en relación a su salud reproductiva, ya que al no existir una Ley respecto al acompañamiento en el parto, su consideración podría quedar determinada en función de las condiciones que presenten las instituciones sanitarias y su predisposición para habilitar este tipo de prácticas (Discusión parlamentaria Ley 17.386, antecedentes Sesión 44, 2000).

Otorgando este marco regulatorio, según la Comisión de Salud, se busca que las instituciones capaciten a sus profesionales para brindar apoyo emocional a la mujer que se encuentra transitando este proceso, así como también que se destinen los recursos necesarios para que esto se cumpla (discusión parlamentaria Ley 17.386, 2000).

El proyecto de Ley fundamenta su presentación a partir del informe publicado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). Este informe al que se hace referencia, es el resultado de diversas investigaciones realizadas por este Centro. A partir de las mismas, se demuestra la importancia que tiene el apoyo emocional hacia la madre y el niño, el cual va a ejercer influencia en el vínculo que se desarrolle entre ambos, así como también en el mundo de relaciones que el niño pueda establecer en el futuro. Según los resultados obtenidos a partir de estas investigaciones, la presencia de una persona que pueda brindar una adecuada contención emocional a la madre, parece evidenciar una reducción en la realización de cesáreas, el uso de analgésicos y la depresión respiratoria del bebé (exposición de motivos Ley 17.386, 2000).

Estos resultados, pretenden demostrar la relevancia que adquiere el apoyo emocional que una mujer recibe durante el parto y nacimiento, donde los componentes afectivos adquieren vital importancia. La posibilidad de poder llevar adelante un parto respetado, donde la mujer se sienta contemplada, escuchada, donde sus decisiones sean tomadas en cuenta, ayudará a aumentar su seguridad lo cual va a contribuir en el desarrollo de una figura de sostén de su hijo para adaptarse y enfrentar al mundo (discusión parlamentaria Ley 17.386, 2000).

Realizando un análisis más profundo en relación a la discusión parlamentaria sobre esta Ley, encontramos que uno de los principales puntos de discusión se encuentra ligado al rol que se le otorga al médico en el momento del parto. Según algunos integrantes de la Cámara de Senadores, consideran que el hecho de que la mujer tenga la libertad de poder elegir una persona que la acompañe durante este proceso, dificultaría que el trabajo del médico se desarrolle en las condiciones que ellos crean convenientes. Esto le quitaría autoridad frente a circunstancias que se puedan suscitar en determinados casos, como por ejemplo los partos que presentan un cierto grado de riesgo tanto para la madre como para el bebé (discusión parlamentaria Ley 17.386, 2000).

Si nos detenemos a analizar algunos de los argumentos vertidos en torno a este proyecto de Ley, a nuestro entender se observan elementos claros de corporativismo médico, encontrando discursos que están atravesados por lógicas de poder que se fueron desarrollando históricamente, y que guardan relación también con la formación recibida por parte de los profesionales.

Este proyecto de ley ha sido excelentemente expuesto (...) Sin embargo, no dejo de reconocer que tiene ciertos riesgos porque contiene algunas palabras que podrían quitar autoridad o molestar al responsable de la atención médica de la paciente, es decir, el médico o el obstetra. Sin entrar en disquisiciones de tipo filosófico, voy a proponer una redacción un poco diferente. Estamos de acuerdo con el concepto de que la parturienta pueda optar por estar con una persona que le dé apoyo afectivo y emocional. En ese sentido, propongo que el artículo 1º se redacte en forma diferente y se establezca que toda mujer, durante el trabajo de parto, incluyendo el acto del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona capaz de darle apoyo afectivo o emocional, siempre que no existan fundadas razones médicas o quirúrgicas que no lo hagan aconsejable o aun lo contraindiquen. (...) Ella tiene el derecho, pero el médico también debe tener el derecho de realizar su trabajo en las mejores condiciones y con la mayor seguridad (...). (Dip. Dicranco, discusión parlamentaria Ley 17386, 2000). (El subrayado es mío).

A partir de estos planteamientos desarrollados por el diputado Dicranco, donde el derecho de las mujeres a estar acompañadas durante el parto está sujeto a la habilitación por parte del profesional médico, se desprende una noción de poder que va a establecerse en la base de la relación médico-paciente.

Según Foucault (1978b), los discursos de verdad en el campo institucional forman parte del control social y constitución de los individuos. Para este autor “el poder no es una institución, no es una estructura, no es una potencia de lo que algunos estarían dotados, sino que se trata de una situación estratégica compleja en una sociedad dada” (Foucault, 1976, p.63). Considera que en todo lugar donde hay poder, el poder se ejerce y busca producir un determinado efecto. En relación al discurso científico, observamos como diversas afirmaciones adquieren validez al estar inscriptos en éste, a partir de la adopción de las formas y herramientas que este discurso requiere, quedando por fuera de toda crítica e irrefutabilidad posible.

A lo largo de la historia, cada sociedad fue construyendo su realidad a partir de las verdades establecidas por el conocimiento científico, las cuales estaban basadas a través de las evidencias logradas y producidas por múltiples relaciones y luchas de poder. Estas verdades van procurar transformarse en un discurso del saber que deja al margen la experiencia individual.

Observamos como en varios pasajes de este discurso realizado por el diputado Dicranco, queda evidenciado la desvalorización que adquiere el protagonismo de las mujeres, incluso su visión como sujetas de derecho y por tanto su capacidad de

autodeterminación de su corporalidad y vida afectiva. En este sentido, su relevancia queda reducida frente a procedimientos que encuentran justificación en torno a la seguridad de la paciente. Este pensamiento reproduce los ideales patriarcales a partir de una perspectiva misógina, que despoja a la mujer del dominio de su cuerpo y la ubican en un lugar de sometimiento frente al varón. Afirmaciones como que una persona “solamente esté dando un apoyo emocional” le quita importancia a la afectividad que atraviesa el parto y a la salud psíquica de la mujer en general. Se produce a su vez, una infantilización de la mujer, considerándola carente de poder tomar decisiones lógicas.

Al no contemplar y desvalorizar el derecho que tienen las mujeres a recibir apoyo en este acontecimiento, permite convertir su cuerpo en un objeto de manipulación donde se despliegan sus saberes, normalizando conductas y avasallando derechos. Siguiendo en este discurso, se hace hincapié en el derecho que tienen los médicos para llevar adelante su trabajo, pero en ningún momento se contempla a la mujer. Ésta, queda a merced de un saber profesional que se fue construyendo en el devenir histórico bajo un determinado modelo de atención, el cual alineado a postulados patriarcales, atenta contra su libertad y autonomía.

Al analizar los estereotipos relacionados con la masculinidad, mencionamos anteriormente algunas características atribuidas a la figura del varón por una cultura establecida bajo determinados mandatos sociales. De esta manera, observamos que sobre el varón se adjudicaban funciones relacionadas con el acceso al trabajo y el conocimiento. Esto lo ubicaban en una posición jerárquica frente a la mujer, cuya participación social se circunscribe solamente a ejercer la función materna. Esta jerarquía se mantiene cuando se traslada al seno del hogar, donde el varón va a ser quien tenga la función de proveedor del hogar y va a ejercer la autoridad como padre de familia, a la cual debe brindar protección. Por otra parte, siguiendo este modelo, la mujer va a estar encargada de los cuidados y crianza del niño.

En este sentido, se configura la maternidad como una función inherente a la mujer, que se sostiene en base a una predisposición biológica y natural que le permite obtener ayuda para encontrar significaciones frente a determinadas circunstancias, ya que la construcción de la femineidad se basa en esta función.

Osherson (1994), citado por Cabello y Hernández (1997), sostiene que el varón en el desarrollo histórico, no fue preparado para la adopción del rol paterno. Las exigencias sociales sobre lo masculino, que atañen al estímulo de la libertad, a brindar seguridad a su familia y a no dejarse llevar por sus emociones, no contemplan ninguna preparación ni educación para el ejercicio de este nuevo rol.

Siguiendo a Cabello y Hernández (1997), la paternidad, como función a la cual el varón tiene que adaptarse y brindar respuesta, puede constituirse en una oportunidad de crecimiento personal. A su vez, puede considerarse como una forma de poder profundizar el vínculo con su mujer, donde a través de una participación activa y comprometida afectivamente puede oficiar de sostén para ella en momentos significativos de su vida, como es el parto. La figura paterna reviste particular importancia, ya que constituye el primer modelo de varón que van a tener sus hijos y conjuntamente con su mujer van a influir en sus primeras experiencias con el mundo.

A lo largo de la discusión sobre el proyecto de la Ley de acompañamiento en el parto, observamos algunos posicionamientos que reafirman la importancia de la presencia del padre en el nacimiento de su hijo. Estas posturas sostienen que su presencia influye en el desarrollo del vínculo de apego con el niño, y también constituye en una fuente de seguridad para la mujer durante el parto. Por otro lado, nos encontramos también con discursos que reivindican el derecho que tiene el padre de estar presente en el momento del nacimiento de su hijo, el cual muchas veces no se toma en cuenta. Si bien esto puede ser así, no debe implicar que nuevamente sean los derechos de las mujeres los que queden relegados. Este proyecto de Ley está centrado en otorgar el derecho a la mujer a estar acompañada durante el parto y no al padre. Sin embargo, el diputado Da Silva sostiene lo siguiente:

Sensible es la madre cuando está gestando a su hijo, y sensible es el padre que está viviendo con la misma preocupación y temor que el embarazo transcurra por los carriles normales que la naturaleza ha determinado para estas cosas. Este no es solamente un tema de mujeres; el padre tiene derecho de asistir al parto, porque ver nacer a su hijo es un acto único. Muchas veces ese derecho no es del todo nombrado en esta Cámara. El próximo 10 de setiembre voy a asistir al parto de mi hija porque quiero verla nacer, y no me gustaría que nadie, ningún ginecólogo -aunque por naturaleza soy temeroso para esas circunstancias-, me impidiera presenciar ese momento único e irrepetible. Hay que tratar el tema con la altura que tiene, tal como lo han impulsado, y soy consciente de eso; también soy consciente de que muchas de estas cosas comienzan a raíz de una iniciativa, pero no engloban solamente a las mujeres. (Dip. Da Silva, discusión parlamentaria Ley 17386, 2000).

En relación a este planteamiento realizado por el diputado Da Silva, que reivindica el derecho que tiene el padre de asistir al nacimiento de su hijo, de alguna manera deja en segundo plano el derecho a la mujer de estar acompañada durante ese momento. A pesar de que este proyecto se centra en la mujer, observamos cómo se siguen reproduciendo discursos que establecen una jerarquización de los derechos del varón sobre ella.

En este sentido, sigue sin tomarse en cuenta que la protagonista del parto es la mujer, la cual necesita de una contención, de un sostén frente a la variabilidad emocional y psíquica que experimenta en este momento. No quiere decir que el padre no pueda ejercer un rol comprometido con su mujer y con el niño, sino que se trata de respetar la decisión de la mujer en función de lo que ella considere conveniente para sentirse segura y apoyada. Significa que sea la mujer quien tenga la libertad de elección frente a sus necesidades y derechos, que sea ella quien se apropie de su cuerpo y se contemple su voluntad.

Prevalecer el derecho del padre en el parto, es seguir intensificando la visión paternalista que se fue construyendo históricamente en torno a la mujer, donde su cuerpo se ve sometido a saberes impuestos por una cultura que no valida su opinión. En el campo de la atención obstétrica, este paternalismo continúa adquiriendo total vigencia.

Muchas veces, en los centros de salud, continúan desarrollándose prácticas por parte de los médicos que lejos están de otorgarle seguridad a la mujer, sino que las mismas se desarrollan para mayor comodidad del profesional. Largas esperas de tiempo innecesarias que soportan las mujeres en los centros de salud, aplicación de cesáreas de forma innecesaria, indicaciones médicas referentes a posturas que debe adoptar la madre para parir, son ejemplo de ello. De esta manera, no se toma en cuenta lo que la mujer puede sentir ni necesitar, configurando su cuerpo como un mero objeto de intervención médica (discusión parlamentaria Ley 17.386, 2000; Farías, 2014; Magnone, 2010).

Este proyecto, que busca que las mujeres recuperen el dominio de su cuerpo el cual fue despojado en virtud de un saber tecnocrático, encuentra su aprobación el 15 de Agosto del 2001, quedando el texto de la Ley con la siguiente redacción:

Artículo 1º.- Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección, de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional.

Artículo 2º.- Todo centro asistencial deberá informar en detalle a la embarazada del derecho que le asiste en virtud de lo dispuesto por el artículo 1º y estimulará la práctica a que este hace referencia.

Artículo 3º.- Las disposiciones de la presente ley serán aplicadas por los profesionales, así como por las instituciones asistenciales del área de la salud, sean públicas o privadas

(Publicado. Diario Oficial, 15 de agosto de 2001)

Al asumir este proyecto el carácter de Ley, se busca dejar de lado los atravesamientos vinculados a discursos hegemónicos que se han desarrollado en torno al parto, restaurando en las mujeres la posibilidad de autodeterminación y autonomía frente a este acontecimiento.

Por otra parte, el Observatorio Nacional en Género y Salud Reproductiva (MYSU, 2009), ha llevado adelante un estudio que da cuenta del alto número de mujeres que no estuvieron acompañadas durante el parto. Para dicho estudio, fueron consultadas aquellas mujeres que tuvieron un parto después del año 2001 y las mujeres que habían parido recientemente. Los profesionales de las instituciones también brindaron su perspectiva, la cual es muy diferente a la de las mujeres consultadas. Según el Observatorio, seis de cada diez mujeres que desarrollaron un parto luego del año 2001, no estuvieron acompañadas durante el mismo (56%), mientras que en el caso de las mujeres puérperas el porcentaje es de un 47.8%. En relación a la perspectiva de los profesionales, el 53% sostiene que la mayoría de las mujeres estuvo acompañada durante el parto, mientras que el 45% manifiesta que en los casos que las mujeres no estuvieron acompañadas, fue exclusivamente por decisión de ellas.

Estos datos nos dan la pauta, de que si bien la otorgación de este marco regulatorio del acompañamiento en el parto a nivel jurídico y legislativo es un paso sumamente importante, observamos que en la práctica todavía falta mucho por realizar.

Reflexiones finales

Observamos a lo largo de este trabajo, como la atención sanitaria y sus prácticas han estado delimitadas por los lineamientos culturales establecidos en cada época. Si nos remontamos a los tiempos anteriores a los siglos XV y XVI, nos encontramos con una atención al parto que se desarrollaba en el ámbito privado, constituyendo el hogar de las mujeres embarazadas el lugar donde van a dar a luz.

En este contexto, generalmente se encontraban acompañadas por sus familiares y por otra figura que adquirió una gran relevancia en lo referente a la atención obstétrica de ese momento histórico: la matrona. La función principal de las matronas era prestar asistencia a la mujer a partir del embarazo, extendiendo sus cuidados hasta el nacimiento del bebé. Basando sus conocimientos a través de la experiencia, desarrollaban diferentes estrategias para asistir a las mujeres durante ese momento. Mediante la utilización de hierbas y pociones que ayudaran a las mujeres parturientas a reducir el dolor en el parto o brindándole consejos para otorgarles tranquilidad durante el mismo, se constituyeron en una figura importante para otorgar sostén emocional y apoyo hacia dichas mujeres.

En esta época el parto se centraba en la mujer embarazada, donde se contemplaban sus necesidades y tenían el poder de decisión sobre su propio cuerpo. La posibilidad de estar acompañadas por las matronas y por la presencia de otros actores que la mujer embarazada considerara necesario, de alguna manera permitía una visión más integradora y por sobre todo más humana de este proceso

A partir de la Edad Media, en los siglos XVI Y XVII, las prácticas que se venían llevando adelante en relación a la obstetricia, van a confrontarse con los postulados hegemónicos que atravesaban la sociedad medieval. Durante este período, la Iglesia amparada por el Estado, va a ejercer una fuerte influencia en relación al establecimiento de diferentes postulados que van a regir la sociedad. Para dicha institución, la atención sanitaria debía estar centrada en el varón, ya que su figura era considerada como una representación de la imagen de Dios. En este sentido, al ser equiparada la imagen de Dios con el varón, la atención sanitaria se va a ir alejando del dominio que hasta este momento estaba en manos de las matronas.

Los postulados de la Iglesia, que promulgaban que el dolor en el parto era un castigo divino por considerar culpables a las mujeres del pecado original, se vieron

amenazados por las prácticas que desarrollaban las matronas. Las estrategias desarrolladas por estas mujeres, relacionadas con aliviar el dolor durante el parto, fue uno de los elementos principales por los cuales se empezó a realizar una persecución a su figura, cuyo desenlace fue su erradicación del campo de la atención obstétrica y de la medicina. Al excluir a las mujeres del campo de la medicina, el varón empieza a ocupar el lugar central en lo referente a la atención sanitaria de la población, empezando a construirse la figura del profesional médico para llevar adelante las intervenciones en este terreno.

En el transcurso de los siglos XVII y XVIII, nos encontramos en pleno auge del período moderno, época caracterizada por un gran desarrollo tecnológico que permitió un cambio de perspectiva en torno a la ciencia. A partir del surgimiento de diversos instrumentos, fue que el hombre empieza a encontrar en la ciencia una forma de comprender diferentes fenómenos universales, comenzando a lograr autonomía en relación al conocimiento de lo que anteriormente se encontraba fuera de sus posibilidades. De esta manera la ciencia comienza a configurarse como el principal impulsor del paradigma dominante en esta época, el Positivismo, donde a través de sus postulados establece que la única forma de poder comprender la naturaleza de los hechos es a través del conocimiento científico (Gay, 2008; Barbosa et al., 2015; Seguel-Palma et al., 2012).

La llegada de la revolución industrial a fines del SXVIII, significó un proceso de grandes transformaciones económicas, sociales y políticas que repercutieron en todos los ámbitos de la sociedad. Los nuevos conocimientos desarrollados a partir del avance tecnológico produjeron un cambio en esta sociedad, la cual va a estar determinada en base a los procesos de producción. El cuerpo como fuerza productiva va a convertirse en un elemento central en el período moderno, atravesando la vida cotidiana de las personas en términos de productividad, estableciendo una nueva forma de interpretar el mundo.

En esta sociedad industrializada, la atención sanitaria se empieza a desarrollar en función de una mirada biologicista, a partir de la cual se comienzan a abordar diferentes problemáticas desde el campo de la medicina las cuales anteriormente estaban relacionadas con aspectos inherentes a la vida de las personas. La singularidad, la individualidad van quedando sometidas a relaciones de dependencia y

poder, consolidando al médico como el agente principal para poner en marcha un proceso medicalizador sobre el cual se va a delimitar la atención sanitaria.

Es así que la medicina empieza a extenderse hacia otros ámbitos de la sociedad más allá de su campo de intervención, el cual hasta este momento estaba abocado a la atención de los procesos de salud y enfermedad. El profesional médico se constituye en una figura investida de autoridad frente al resto de la población, operando a través de elementos que buscan modelar sus cuerpos en relación a los parámetros establecidos en esta época. A partir de este proceso de medicalización de la vida de las personas, se va cercenando su libertad, donde van perdiendo el dominio de sus cuerpos a través de diferentes procesos de control y mecanismos de poder (Molina, 2004; Foucault, 1976)

Con el surgimiento del hospital, se empieza a configurar un espacio favorable para que el médico pueda poner en marcha todo ese poder que le fuera atribuido frente al resto de la población. Su autoridad empieza a manifestarse y a adquirir visibilidad, sometiendo a las personas a un saber que solo él podía acceder, despojándolas de su libertad y autonomía. En consecuencia, las prácticas desarrolladas en el campo de la salud se vieron afectadas por este intervencionismo médico, las cuales van a empezar a desarrollarse en el hospital bajo sus lineamientos y su estricta vigilancia. La atención al parto no estuvo ajena a dicho intervencionismo, consolidando a mediados del siglo XX su atención en este centro, la cual anteriormente se desarrollaba en el hogar de las mujeres.

El parto empieza a desarrollarse bajo los dictámenes profesionales, donde las mujeres se van a encontrar posicionadas en un lugar de subordinación frente al médico. Ya no van a ocupar el lugar central que tenían en relación a este acontecimiento. Sus opiniones, su libertad de decisión que anteriormente estaban bajo su dominio, ahora van a estar sujetas a un saber profesional que las despersonaliza y vulnera sus derechos. En este sentido, la atención sanitaria al parto va a estar determinada por postulados médicos hegemónicos y también por conceptualizaciones de género e identidad que se fueron repitiendo a lo largo de la historia.

Desde una perspectiva de género, se han ido elaborando históricamente construcciones sociales que asignaban diferentes roles y conductas esperables en función del sexo de las personas. Siguiendo a Lamas (1996) al añadir el elemento

biológico como algo que por sí solo permite construir una identidad en relación a lo masculino y femenino, se fueron estableciendo estereotipos que asignan a varones y mujeres determinados roles y conductas específicas. Sobre esta base, surgieron sistemas patriarcales que toman en cuenta esta clasificación en función de los sexos, los cuales establecieron una relación jerárquica del varón sobre la mujer.

En virtud de lo mencionado, estos sistemas van a consolidar en la figura del varón lo concerniente al ejercicio de la autoridad y el acceso del conocimiento, instaurando una ideología que lo posiciona como regulador de la vida de las personas. Por otra parte, bajo estos postulados patriarcales se va a construir la identidad de la mujer en torno a la maternidad, centrando su participación en la sociedad solamente a través de dicha función.

El patriarcado no reconoce otra posibilidad de desarrollo para la mujer que no sea a través de la función materna, cuyo sustento está dado en relación a esa capacidad determinada por la biología para ser madres. Ahora bien, cabe preguntarnos por ejemplo, ¿qué sucede con esas mujeres que no tienen el deseo de serlo?, ¿cómo pueden construir su identidad frente a estas imposiciones que limitan su desarrollo individual? O por el contrario, ¿qué sucede con aquellas mujeres que llevan adelante su maternidad y no tienen injerencia sobre su propio cuerpo?, ¿cómo se podría restituir el dominio sobre su corporalidad el cual fue arrebatado por un poder médico funcional a ideales patriarcales?

El desarrollo del Movimiento Feminista, significó un punto de partida para realizar el intento de dar respuesta a alguna de estas interrogantes señaladas. Observamos como a partir de este Movimiento, surgieron diferentes posturas en torno al rol de mujer y la maternidad. Están aquellas que procuran deconstruir el rol de la mujer en torno a esta función, como es el caso de Badinter (1981) y De Beauvoir (1969). Dichas autoras planteaban que la función materna es una construcción cultural que ha sido utilizada como un mecanismo de dominación del varón hacia la mujer. En este sentido, critican esa concepción naturalista, que establece en el instinto materno, (el cual estaría determinado biológicamente y es inherente a la mujer) el factor a través del cual se construye su identidad. Sostienen a su vez, que al romper con esos estereotipos, las mujeres podrán recuperar su libertad y el dominio de su cuerpo, determinando su identidad alejada de esta función atribuida.

Por otra parte, surgieron otras posiciones, como es el caso de Rich (1976), citada por Saletti (2008), quien plantea la necesidad de que la mujer asuma como propia esa condición para lograr empoderarse nuevamente de su cuerpo. Se busca que sean las mujeres quienes transmitan conocimientos a sus hijos, lo cual les va a permitir alejarse de sistemas patriarcales que las someten a un rol de subordinación frente a la figura masculina y que anula su individualidad (Saletti, 2008).

A partir de estas posturas que se contraponen entre sí, se puede desprender la necesidad de derribar esas barreras impuestas culturalmente a las mujeres, buscando trascender los postulados hegemónicos que determinan estereotipos basados en funciones naturales y esperables para cada sexo. Romper estos estereotipos significaría brindarle nuevamente la posibilidad de elección a la mujer, y en el caso de que decida llevar adelante la función materna, la misma se podrá desarrollar a partir del respeto de sus necesidades y derechos.

Respecto a la maternidad, consideramos que se vuelve necesario devolver a las mujeres el rol protagónico que deben tener en torno al parto, como sucedía antes del medioevo. No queremos decir que se debe volver atrás en el tiempo, ni reconocer los avances tecnológicos que se han logrado en pos de mejorar la atención obstétrica. Nos referimos específicamente a que el enfoque de la asistencia debe estar centrado en la mujer, donde el desarrollo tecnológico alcanzado debe estar puesto al servicio y beneficio de ella, no del médico.

Si tomamos en cuenta todas las características que conlleva el parto, en relación a los cambios físicos y psicológicos que se suscitan en las mujeres durante el mismo y el estado de vulnerabilidad en que se encuentran, el sostén emocional que se le pueda brindar a la mujer se convierte un elemento de vital importancia. Para ello, la posibilidad de que la mujer esté acompañada por una persona que ella considere pertinente y necesaria durante el parto, otorgaría a la mujer una contención que la podría ayudar a transitar de forma positiva dicha experiencia. A su vez, desarrollar una asistencia que habilite el acompañamiento, donde los profesionales médicos brinden una atención desde la empatía, el respeto hacia las mujeres, permitiría lograr una atención más humana de este proceso.

Basándose en la importancia que reviste el acompañamiento en el parto, se desarrollaron diversos planteamientos que proclamaban un cambio en el modelo de

atención que se venía desarrollando hasta ese momento en torno a la atención obstétrica. En nuestro país, a partir de la aprobación de la Ley 17.386 el 15 de agosto del 2001, se consagra este derecho a la mujer a estar acompañada durante el parto y nacimiento. A partir de este marco regulatorio que adquiere el acompañamiento, se restablece un derecho a la mujer que había perdido en cuanto a su autonomía y libertad. A su vez, esta Ley promulga que las instituciones deberán capacitar a sus profesionales y habilitar el desarrollo de esta práctica.

Durante la discusión parlamentaria de la cual fue objeto esta Ley para su aprobación, se evidenciaron discursos influenciados por postulados hegemónicos y de corporativismo médico. Esto de alguna manera, nos muestra como hasta el día de hoy dichos lineamientos construidos históricamente en torno a la atención obstétrica, siguen manteniendo total vigencia. Finalmente, a pesar de su discusión y de los obstáculos que se presentaron, primó la consideración de los beneficios que aporta a la mujer la habilitación del desarrollo de esta práctica. De esta manera, el acompañamiento en el parto y nacimiento adquiere un carácter de Ley, que le va a permitir a la mujer aumentar sus sentimientos de confianza y seguridad a partir de tener la posibilidad de llevar adelante un parto respetado.

Consideramos que el momento de parir es un momento trascendente, tanto para la mujer como para el bebé, dejando huellas en ambos protagonistas. Reducir el estrés en la mujer en ese momento es implementar una política de prevención, es reducir el riesgo de que partos seguros puedan volverse inseguros, pero también es a su vez respetar el derecho a la intimidad y libertad de elección de la madre. Es, en otras palabras “humanizar el parto”.

A partir de un estudio realizado por el Observatorio Nacional en Género y Salud Reproductiva (MYSU, 2009), se ha señalado que el 56% de las mujeres que tuvieron un parto luego del 2001, no estuvieron acompañadas durante este acontecimiento. A su vez, en el caso de las mujeres que llevaron adelante un parto en el año en que se realizó este estudio, el porcentaje asciende al 47.8%. Estos datos recabados causaron preocupación en el Observatorio. Debido a esto, creemos pertinente proponer una línea de investigación respecto a este tema, la cual estaría relacionada con actualizar estos datos obtenidos por el Observatorio en el año 2009, y saber si en la actualidad, a 15 años de su aprobación, esta Ley se cumple.

Referencias bibliográficas

- Badinter, E. (1981). *¿Existe el amor maternal?: historia del amor maternal, siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós.
- Barbosa, L. B. A., Motta, A. L. C. y Resck, Z. M. R. (2015). Los paradigmas de la modernidad y posmodernidad y el proceso de cuidar en enfermería. *Enfermería Global*, 14(37), 335-341.
- Beauvoir, S. D. (1969). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo Veinte.
- Biurrun-Garrido, A., y Goberna-Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*, 2013, vol. 14, num. 2, p. 62-66.
- Cabello, A. M., y Hernández, L. (1997). *El padre en la crianza y el desarrollo infantil*. Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación.
- Ehrenreich, B., y English, D. (1981). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras (edición española)*. Barcelona: La Sal.
- Erviti, J. (2010). Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarios de servicios ginecológicos (pp 101-122). En López, A; Castro, R. *Poder Médico y Ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Farias, C. (2014). *Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia*. Tesis de Maestría no publicada. Maestría en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Uruguay.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad, tomo I*. Madrid: Siglo XXI Editores

- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1), 3-25.
- Foucault, M. (1978a). Incorporación del hospital en la tecnología moderna. *Educación médica y salud*, 12(1), 20-35.
- Foucault, M. (1978b). *Microfísica del poder* (trad. Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría). Madrid: La Piqueta.
- Gay, A. (2008). Tecnología y sociedad. *Latin American and Caribbean Journal of Engineering Education*, 2 (2).
- Hutter Epstein, R. (2010). *¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto*. Madrid: Editorial Turner Noema.
- Lamas, M. (1996). La perspectiva de género. *La tarea*, 8.
- Longo, C. S. M., Andraus, L. M. S., y Barbosa, M. A. (2010). Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. *Revista eletrônica de Enfermagem*, 12(2), 386-91.
- Lugones Botell, M., y Ramírez Bermúdez, M. (2008). Lo social y lo cultural: Su importancia en la mujer de edad mediana. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*, 34(1).
- Magnone, N. (2010). *Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización*. Tesis de Maestría no publicada. Maestría en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Uruguay.
- Martínez-Galiano, J. M., y Delgado-Rodríguez, M. (2013). Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos. *Ginecología y Obstetricia de México*, 81(12), 706-710.

- Menéndez, E. (1988, 30 de abril-7 de mayo). Modelo médico hegemónico y atención primaria. En *Segundas jornadas de atención primaria de la salud* (pp.451-464), Buenos Aires, Argentina: UBA.
- Menéndez, E. L. (2014). El Modelo Médico Hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, (3), 84-119.
- Molina, T. R. (2004). Modernidad Terapeutizada y postmodernidad Higienista: entre la obligación y la obsesión. *Salud de los Trabajadores*, 12(1), 55-59.
- Muñoz, C., Kaempfer, A. M., Castro, R., & Valenzuela, S. (2001). Nacer en el siglo XXI: De vuelta a lo Humano. *Universidad de Chile, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile*.
- MYSU (2009). Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2009, Montevideo, MYSU.
- Saletti Cuesta, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra*, (Revista de Estudios de Género y Teoría Feminista) N°7:169-183. Disponible en <http://hdl.handle.net/10481/14802>. Recuperado en 15/3/12.
- Seguel-Palma, F. A., Valenzuela-Suazo, S., y Sanhueza-Alvarado, O. (2012). Corriente epistemológica positivista y su influencia en la generación del conocimiento en enfermería. *Aquichán*, 12(2), 160-168.
- Uruguay, Poder Legislativo (2001). Ley N° 17386, Dispónese que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional. Publicado en el Diario Oficial el 30 de agosto de 2001. Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=17386yAncho r=>
- Varela, N. (2013). *Feminismo para principiantes*. Barcelona: Ediciones B.

- Wagner, M. (2006). El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto. *Medicina naturista*, (10), 120-132.



ACOMPañAMIENTO EN EL PARTO

Un recorrido histórico

TRABAJO FINAL DE GRADO

Licenciatura en Psicología

Monografía

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Álvaro Javier García Haidú

CI: 3.109.294-7

Docente tutora: Asist. Mag. Carolina Farías

Octubre 2015

Índice

Resumen	2
Introducción	3
1. Influencia del proceso de medicalización en el campo de la salud.....	5
2. Desarrollo histórico de la atención sanitaria al parto	9
3. Posicionamientos en torno a la salud reproductiva desde una perspectiva de género	12
3.1 La construcción de la maternidad desde una perspectiva de género.....	14
4. Acompañamiento en el parto: un camino para la humanización de la atención obstétrica.	18
4.1. Ley de Acompañamiento (Ley N°17.386)	20
Reflexiones finales.....	27
Referencias bibliográficas.....	33

Resumen

A través de este trabajo, indagaremos acerca de la temática del acompañamiento hacia la mujer en el momento del parto. En una primera instancia, creemos necesario observar, los cambios que ha sufrido la atención al parto a partir de los diferentes modelos de atención desarrollados históricamente.

Sus prácticas asistenciales, las cuales en un principio se llevaban adelante en el interior del hogar para luego trasladarse hacia al hospital, han evidenciado diversas transformaciones. El lugar central que ocupaba la mujer en este acontecimiento, donde se encontraba en su hogar acompañada y contenida emocionalmente, queda de lado en función de procesos medicalizadores que limitan su libertad y la despojan del dominio de su cuerpo.

En consecuencia, nos parece oportuno analizar las relaciones de poder que atraviesan al parto, cuyas prácticas a partir de su institucionalización quedan sometidas a lineamientos médicos, alejando a la mujer del protagonismo que ejercía anteriormente. A su vez, desde una perspectiva de género, intentaremos dar cuenta de las relaciones jerárquicas que se establecieron debido a las construcciones sociales realizadas en torno a los sexos.

Como conclusión, trataremos de plasmar la importancia que reviste el acompañamiento para desarrollar una atención obstétrica desde una perspectiva más humana. Compartimos la idea de que habilitar el acompañamiento durante el parto, tomando en cuenta los componentes psicoafectivos que se ponen en juego en la mujer, permitirá aumentar sus sentimientos de confianza y seguridad, así como también, devolverle su libertad y poder de decisión frente a esta experiencia.

Palabras clave: acompañamiento, parto, medicalización, género.

Introducción

El objetivo de este trabajo es presentar la temática del acompañamiento a las mujeres durante el parto y nacimiento a través de una revisión de textos, investigaciones y publicaciones en torno a la maternidad, la medicalización del embarazo y nacimiento y específicamente sobre el acompañamiento a lo largo de la historia.

Entendemos que este trabajo puede servir como aporte a la psicología, en relación a la consideración de los procesos psicológicos que se ponen en juego en la mujer durante el parto. Creemos que dichos procesos generan diversos cambios en ella, por lo cual el sostén emocional que pueda recibir durante ese momento se convierte en un elemento que reviste suma importancia. Esto permitirá que la mujer se sienta contenida afectivamente y logre dar respuesta a sus necesidades mediante el respeto de sus decisiones y derechos.

En este sentido, intentaremos dar cuenta de las características que la atención al parto fue adquiriendo a lo largo de la historia en los diferentes contextos socio-culturales, las cuales se han ido configurando a partir de las prácticas asistenciales desarrolladas en cada época.

En el primer capítulo, se realizará una introducción a la influencia que tiene y ha tenido el proceso de medicalización en el campo de la salud, analizando el cambio en el enfoque que se fue dando en relación al proceso de salud – enfermedad. Al tiempo que se profundizará sobre determinados aspectos que permiten su construcción como mecanismo de poder (disciplinante) para ejercer el control social de los individuos.

En el segundo capítulo realizaremos un recorrido por las prácticas asistenciales en relación al parto, las características que adquirió la atención sanitaria en las distintas épocas, sus efectos y consecuencias. A partir de esto, realizaremos un análisis acerca de como se pasa de un modelo de atención centrado en las mujeres, a otro en el cual el centro estaría configurado en la figura profesional médico.

En el tercer capítulo, abordaremos la temática de la maternidad y la salud reproductiva desde la perspectiva de género, para observar las relaciones de poder que se evidencian bajo esta categoría. Con este análisis, se busca comprender también como

el modelo médico hegemónico se va a encontrar relacionado a situaciones de vulneración de los derechos de las mujeres embarazadas.

En el cuarto capítulo se abordará específicamente la temática del acompañamiento que reciben las mujeres durante el trabajo de parto y nacimiento. Buscaremos dejar en evidencia como en función del desarrollo científico y tecnológico, queda de lado el rol protagónico de la mujer en este proceso. Si bien se han logrado importantes avances en relación al desarrollo señalado, brindando herramientas que contribuyen en mejorar la atención obstétrica, en ocasiones quedan fuera de consideración los componentes psicoafectivos que conlleva la maternidad. Al no tomarse en cuenta dichos componentes, se puede abrir un campo para una excesiva tecnologización del parto. En este mismo capítulo, se abordará la particularidad de la normativa nacional vigente, a través del análisis de la Ley N° 17386 "Ley de Acompañamiento en el parto y nacimiento" aprobada en el año 2001. El análisis no solo del texto de la Ley, sino de la discusión parlamentaria previo a su promulgación, permitirá observar como los discursos de los/as legisladores/as se encuentran atravesados por procesos de medicalización y corporativismo médico, que de alguna manera buscan lograr el control de los individuos a través del ejercicio del poder.

Por último, se presenta una reflexión final articulando todas las temáticas presentadas.

1. Influencia del proceso de medicalización en el campo de la salud.

Para realizar el abordaje de la temática planteada, consideramos necesario empezar realizando un análisis acerca de la influencia que ha tenido el proceso de medicalización en las transformaciones que se han ido desarrollando dentro del campo de la salud.

En este sentido, intentaremos dar cuenta como en torno a este proceso se fue elaborando un modelo de atención hacia las problemáticas de salud y enfermedad en función de una perspectiva mecanicista, y donde veremos también, como este modelo se va a ir constituyendo en una herramienta de poder para ejercer el control social.

El advenimiento de la modernidad trajo aparejado una serie de cambios frente a la concepción de los procesos de salud y enfermedad que estaban establecidos en la sociedad hasta ese momento. Este período histórico, el cual transcurre desde mediados del siglo XV a finales del siglo XVIII, estuvo atravesado por un gran desarrollo a nivel cultural y científico. A partir del siglo XIV surge el período renacentista, que se constituyó en la pieza fundamental para las transformaciones vislumbradas en la Modernidad, en lo concerniente al ámbito cultural, político y del conocimiento (Gay, 2008).

Según Gay (2008), el desarrollo técnico alcanzado en la Modernidad fue uno de los elementos que propiciaron el surgimiento de esta corriente y permitieron a su vez un cambio en el enfoque otorgado a la ciencia. Es a partir de la aparición de determinados instrumentos técnicos que la ciencia moderna comenzó a establecerse, cuyas bases están fundadas en relación a la observación y experimentación. Debido a este progreso tecnológico, el hombre comienza a darse cuenta de la capacidad que tiene para ejercer el dominio de las fuerzas de la naturaleza a través de la instrumentalización. A partir de esto, fue abandonando el lugar ocupado durante la época medieval, donde todos los acontecimientos que se suscitaban en la vida estaban atribuidos a una explicación divina centrada en la figura de Dios.

De esta manera, el hombre moderno empieza a encontrar en la ciencia la forma de comprender y de acceder a lo que hasta entonces para él estaba fuera de su alcance.

Se empieza a establecer en esta época la necesidad de comprender las leyes universales que rigen al mundo, convirtiéndose el conocimiento científico en el único medio para alcanzarlo.

Estas características que fue adquiriendo el conocimiento científico en relación a la observación y la experimentación como metodología de investigación, van a convertirse en una de las principales impulsoras del paradigma dominante de la ciencia en esta época: el Positivismo (Barbosa, Motta y Resck, 2015). A su vez, también los postulados de este nuevo paradigma se encuentran atravesados por los sucesos desencadenados a partir de la Revolución Francesa, la cual trajo consigo una serie de transformaciones a nivel social, donde las instituciones se encontraban en un estado crítico. Debido a esto, el Positivismo emerge a partir del Siglo XVIII como modo de dar respuesta a los problemas que estaba atravesando la sociedad en ese momento (Seguel-Palma, Valenzuela-Suazo y Sanhueza-Alvarado, 2012).

El positivismo consolidó al método científico como la única forma válida para acceder a comprensión de los fenómenos universales, basando sus postulados en una metodología que atañe a la racionalidad, objetividad y previsibilidad asumiendo una postura reduccionista y mecanicista para lograr el conocimiento de los hechos. Este paradigma se nutrió de otras disciplinas (la fisiología, la química y la microbiología) para buscar su legitimidad (Barbosa et al., 2015).

En este contexto y a partir de que el modelo biomédico se convierte en objeto de especial interés para el positivismo, en el SXVIII aparece el hospital como un centro destinado por primera vez a la curación (Barbosa et al., 2015). Según Foucault (1978a), durante épocas anteriores el hospital era un espacio que estaba destinado solamente a la asistencia de las personas más pobres, y en él operaban determinadas lógicas de separación y exclusión. En este sentido, esta población necesitada de asistencia médica, era a su vez portadora de una enfermedad, y consecuentemente, se convertían en un peligro en relación a la propagación de la misma. Debido a esto se los excluía de los ámbitos sociales, convirtiéndose el hospital en el lugar indicado para que esto ocurra. Las funciones del hospital no estaban centradas en la curación, sino que las mismas estaban delimitadas en brindar asistencia espiritual para los últimos momentos de la vida de estas personas. Se procuraba entonces la salvación del espíritu, cuando al mismo tiempo se los excluía de los ámbitos sociales por considerarlos peligrosos.

A fines del SXVIII, el hospital pasa a convertirse en el lugar donde la práctica médica comienza a desarrollarse, constituyéndose esta institución como un centro e instrumento de cura para la enfermedad. En este contexto, la figura del profesional médico adquiere un carácter relevante en relación a su ubicación jerárquica en torno al poder y el conocimiento (Foucault, 1978a; Barbosa et al., 2015).

Con el avance del capitalismo se empieza a desarrollar un modelo de atención centrado en el médico, el cual va a tratar de establecerse mediante la transformación o apropiación de los discursos referentes a la medicina instaurados en la sociedad. Este modelo, a su vez, se va a extender hacia otros terrenos mas allá del campo de la medicina, operando en ámbitos inherentes a la vida cotidiana de las personas. A partir de su injerencia en la cotidianeidad de la población, procurará moldear los cuerpos de los individuos en función de los postulados que proclama (Menéndez, 2014).

Según Eduardo Menéndez (1988), el Modelo Médico Hegemónico (MMH) se construye a partir del conjunto de prácticas, saberes y teorías desarrollados por la medicina científica, las cuales se han logrado constituir como complementarias a aquellas que se encontraban establecidas como dominantes dentro de la sociedad. De esta manera, buscará convertirse en la única forma de atender a la enfermedad, la cual va a estar legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.

Este nuevo modelo emergente, caracterizado por una estructura biologicista e individualista, no persigue solamente desarrollar las funciones curativas y preventivas en lo concerniente a la atención sanitaria de la sociedad, sino que también este modelo de alguna manera va a estar muy ligado al ejercicio del control y de la normalización de la población (Menéndez, 1988).

Para Foucault (1977), lo que se produce a partir de su instauración es una socialización del cuerpo, considerando el mismo como una realidad biopolítica a través del cual se ejerce el control social. En esta sociedad capitalista, donde lo biológico se constituye en un elemento central para los fines que persigue relacionados a la productividad de los individuos, la medicina se convierte en un saber al servicio del Estado. Esta disciplina, entonces, empieza a trascender sus postulados en base a la curación de la población, asumiendo una postura normativa hacia la vida de las personas buscando reproducir los ideales establecidos por el Estado a través del

disciplinamiento de sus individualidades, afectando desde su mundo de relaciones hasta su autonomía para poder tomar decisiones sobre aspectos que hasta este momento eran inherentes al sujeto (Foucault, 1977; Molina, 2004).

De esta manera, la medicina empieza a operar en la sociedad mediante la construcción de diferentes marcos normativos a través de la estigmatización o promoción de determinadas prácticas, produciendo cuerpos dóciles en pos de sus intereses, pudiendo encontrar en el día de hoy algunos efectos reflejados en la atención sanitaria de nuestra época.

2. Desarrollo histórico de la atención sanitaria al parto

Al comenzar un recorrido histórico en torno a esta temática, nos encontramos que previo a los siglos XV y XVI el parto se desarrollaba en el ámbito privado y era llevado adelante por las matronas/parteras/comadronas, quienes se ocupaban principalmente de la atención a las mujeres en trabajo de parto/parto y los recién nacidos. Se consideraban un personaje importante en la población y sus competencias tenían que ver con una función asistencial en el embarazo, parto y puerperio, así como también prestar cuidados al recién nacido y a la madre.

En esa época el parto se consideraba como un acontecimiento social. Las mujeres parturientas, que recibían asistencia por parte de las matronas en el seno de su hogar, se encontraban también acompañadas por familiares que oficiaban como sostén de ésta durante y después del parto. Este carácter social atribuido al parto estaba dado en relación, a que si bien la atención estaba centralizada en la figura de la mujer, su entorno era parte de su cotidianeidad. De esta manera, dicho acontecimiento no estaba sesgado a la presencia de otros actores, cuya participación pudiera resultar beneficiosa según la consideración de las mujeres parturientas que transitaban ese proceso (Hutter, 2010).

En relación a las prácticas asistenciales que desarrollaban las matronas, las mismas estaban delimitadas en torno a la empiria (experiencia). Sus “saberes” se basaban principalmente en la creencia que tenían acerca de sus intuiciones y en los conocimientos que les fueron transmitidos por generaciones anteriores, así como la práctica permanente de atención al nacimiento. En este sentido, la atención obstétrica estaba atravesada por la espiritualidad (Hutter, 2010; Ehrenreich y English, 1981).

Durante la época medieval, más específicamente durante los siglos XV y XVII, estas mujeres en las cuales se centraba la obstetricia hasta este momento empiezan a convertirse en objeto de persecución por parte de la Iglesia (Inquisición)¹, institución que en esa época ejercía un papel preponderante en todos los ámbitos de la sociedad. Algunos elementos que justificaban la persecución de las matronas, tenían que ver

¹ La Inquisición corresponde a las prácticas llevadas adelante por la Iglesia durante la época medieval, con el fin de acabar con la brujería y con todo aquello estuviera opuesto a la religión católica.

con el incumplimiento de los mandatos establecidos por la Iglesia, por ejemplo el de “parir con dolor”. Las matronas utilizaban estrategias de alivio para la mujer parturienta, las cuales estaban relacionadas con la utilización de hierbas, pociones para ayudar a mitigar su dolor en el parto. Para la Iglesia, el dolor en el parto era considerado un castigo divino, convirtiéndose las matronas en una amenaza para esta institución. En este momento histórico, no se concebía otra forma de atención que no tuviera su base en una medicina centrada en la figura del varón, ya que se consideraba que Dios actuaba a través de éste. En consecuencia, la atención obstétrica desarrollada en base a prácticas centradas a partir de la experiencia, como es el caso de las realizadas por las matronas, queda de lado en pos de prácticas asistenciales avaladas por la Iglesia (Hutter, 2010; Ehrenreich y English, 1981).

En este sentido, los varones empiezan a ocupar paulatinamente un lugar central en lo referente a la atención médica en esta época. Observamos como la Iglesia, a través de la persecución realizada hacia las matronas, construye un terreno fértil para su erradicación del ejercicio de la medicina. Es a través de diversos mecanismos amparados por marcos legales impuestos por la Iglesia y el Estado, que empieza a surgir la figura del profesional médico, como la única forma que adquiere validez para la atención sanitaria de la población.

Uno de estos mecanismos que sirvió como método de exclusión de las mujeres del campo de la medicina, guarda relación con el requisito de la formación universitaria para poder desarrollar intervenciones en este terreno, formación a la cual la mayoría de las mujeres tenían el acceso restringido o nulo. En el mejor de los casos su inclusión en este ámbito estaba dada a través de la formación en enfermería. La figura de la enfermera emerge como una persona cuya función es, prácticamente, de asistente del profesional médico, configurando un rol de subordinación y obediencia frente a éste. Su labor consiste en dar respuesta a las indicaciones realizadas por el médico, quien posicionado desde un lugar de poseedor de un saber y del prestigio atribuido a su profesión, va a determinar los lineamientos que deban seguir (Ehrenreich y English, 1981).

De esta forma, se fue instaurando un determinado modelo de atención sanitaria para abordar las problemáticas referentes a la salud y a la enfermedad, afectando, entre otras, las prácticas relacionadas a la atención al parto. A fines del siglo XIX, las mujeres parturientas comienzan a ser atendidas en hospitales dejando paulatinamente

la atención en su domicilio. En este orden, las primeras en ser atendidas eran aquellas mujeres que estaban transitando un parto complicado, estableciéndose a partir de mediados del S.XX el traslado definitivo del ámbito privado al público; del hogar al hospital (Biurrun - Garrido y Goberna -Ticas, 2013).

El médico, encuentra en el hospital un espacio para ejercer el poder que le fuera otorgado a través de las valoraciones desarrolladas en torno a su figura. Debido a que el acceso al conocimiento está centrado en él, su palabra va a ser la única que adquiere validez en el campo de la salud. Esto le va a permitir desplegar diferentes mecanismos para hacer valer su autoridad, estableciendo relaciones de subordinación frente a sus saberes. Dichas relaciones, que suponen obediencia al profesional médico, se van a manifestar tanto en la interacción con sus asistentes (enfermeras) y en su vínculo con las personas a las cuales brinda atención. En la actualidad, en el campo de la atención obstétrica se pueden observar algunos elementos que permiten ver de forma mas clara lo señalado anteriormente.

En la sociedad actual, en lo que a la atención al parto refiere, muchas veces se produce una suerte de despersonalización de las mujeres, donde sus opiniones no son tomadas en cuenta y se encuentran sometidas al saber del profesional médico, en este caso el ginecobstetra. En este sentido, el parto va a estar determinado por los lineamientos de los profesionales quienes, amparados bajo un sistema de salud que legitima su accionar, ubican a las mujeres en un rol pasivo frente a este acontecimiento. Al estar el parto sujeto a las consideraciones médicas, donde los parámetros de seguridad y de un desenlace positivo se establecen en virtud de sus decisiones, observamos como muchas veces se encuentra atravesado por una alta mecanización. De esta manera, se producen un gran número de cesáreas (algunas sin motivo aparente), cortes vaginales, y la utilización de diferentes instrumentos que solo facilitan y benefician la intervención del profesional (Varela, 2013; Hutter, 2010).

Según Varela (2013), la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que la cesárea debe practicarse en la medida que este acontecimiento no pueda llevarse adelante de manera normal, lo cual sucedería en el 15% de los casos, considerándola innecesaria por encima de ese porcentaje. A su vez, esta autora señala, a través de un informe elaborado por UNICEF, que en América Latina durante los años 2006 y 2010, las cesáreas realizadas ascienden a más del doble (38%) de lo establecido por la OMS, lo cual nos daría una pauta del abuso por parte de los médicos en su aplicación

3. Posicionamientos en torno a la salud reproductiva desde una perspectiva de género

Para continuar, creemos fundamental realizar un análisis respecto a la incidencia que tiene el género en relación a las prácticas que se han ido desarrollando a través de modelos hegemónicos, vinculados a la salud reproductiva. Observaremos a su vez, como lógicas de poder determinadas en base a sistemas patriarcales van a operar dentro de este campo.

Siguiendo a Varela (2013), cuando hablamos de sistemas patriarcales lo hacemos en el sentido de considerar al patriarcado como un sistema político donde la figura del varón se constituye en la figura de autoridad y liderazgo a través del cual gira toda forma de organización social. En este sentido, el varón encuentra un terreno propicio para el despliegue de diferentes mecanismos de poder, a partir de los cuales va a ejercer el control y normalización de la población.

Respecto al concepto de género, el mismo está vinculado a las construcciones sociales realizadas en torno a los sexos, en relación a lo masculino y femenino. Este concepto no implica una distinción en base al sexo de las personas, ya que el sexo está relacionado con los fenómenos biológicos que se producen en los varones y mujeres. El género refiere a los roles, normas y conductas asignadas a cada uno de ellos (Varela, 2013; Lamas, 1996).

Según Lamas (1996), hablar desde una perspectiva de género no es sinónimo de hablar desde una perspectiva que alude a la distinción de los sexos. Sostiene que se tratan de categorías diferentes, donde la primera se desarrolla en torno a construcciones sociales, mientras que el sexo es algo que está determinado biológicamente. Esta autora manifiesta que muchas veces, los roles atribuidos dentro de un determinado contexto sociocultural, se encuentran otorgados en función de los sexos, lo cual posibilita que se generalice el uso de la categoría de género para incluir el componente biológico. A su vez señala que esta inclusión, permite que se produzcan estereotipos en relación a los papeles adjudicados a hombres y mujeres, determinando aspectos que se convierten en propios para cada uno de ellos.

Sobre esta base, donde los roles del varón y la mujer pueden constituirse desde un carácter biológico, se fueron desarrollando a lo largo de la historia sistemas políticos que establecen determinadas conductas en función de los sexos, jerarquizando a su vez uno sobre el otro. A partir de ello, se fue construyendo una forma de interpretar al mundo, donde el varón se va ir ubicando en un lugar de superioridad frente a la mujer, En consecuencia, el varón se va a convertir en la figura que va a determinar lo correcto o incorrecto dentro de la sociedad (Varela,2013; Lamas,1996).

En este sentido, el cuerpo de las mujeres queda sometido bajo un sistema patriarcal, que va a buscar normalizar sus conductas mediante mecanismos de poder. Observamos cómo sus postulados se fueron manteniendo a lo largo del tiempo, donde hasta el día de hoy se encuentran establecidas determinadas posturas en torno a los ámbitos que deben ser específicos para las mujeres y los roles que deben cumplir. Dichos roles generalmente están alejados de lugares relacionados con el poder y se encuentran bajo la subordinación de la figura masculina (Varela, 2013).

De esta manera, este sistema (el patriarcado) se fue instaurando como una ideología que, a partir de mecanismos normalizadores atravesados por un discurso sexista, coloca en un plano de inferioridad a la mujer sobre el varón recortando su libertad y provocando inequidades que persisten hasta el día de hoy.

Siguiendo esta línea, observamos como en el campo de la salud reproductiva la mujer fue perdiendo el dominio en torno a su cuerpo y sus libertades, quedando posicionadas en un rol de subordinación frente al médico, quién como representante del modelo de varón hegemónico, se convierte en una figura centralizadora de poder y condicionante de las conductas de las personas. Debido a esto, el cuerpo de las mujeres queda sometido al saber médico que las ubica en un lugar de infantilización y desvalorización de sus conocimientos (Erviti, 2010).

El médico entonces, cuya figura se desarrolla bajo un modelo atravesado por procesos de medicalización ligado a ideologías patriarcales, se constituye en el centro de todas las decisiones que se toman en el ámbito reproductivo, ejerciendo el dominio de los cuerpos de las mujeres. Ejemplo de ello son los lineamientos y normas que configuran la atención frente al embarazo, parto y nacimiento. Al estar en sintonía con los valores dominantes dentro de la sociedad, la medicina va a procurar normalizar las conductas

de las mujeres, reproduciendo estereotipos y asignando roles que son esperables según los postulados hegemónicos imperantes (Lamas, 1996; Erviti, 2010).

Al decir de Erviti (2010), en las interacciones médico-paciente desarrolladas en los servicios de salud, esta asignación de roles mediante lógicas de poder se vuelven cada vez más visibles. El poder que ejerce el médico sobre la mujer, provoca a través de sus efectos, la vulneración de los derechos de éstas, donde su opinión no tiene consideración ni es respetada (Lamas, 1996).

3.1 La construcción de la maternidad desde una perspectiva de género

Históricamente el rol de la mujer se ha construido en torno a la maternidad, suceso que posee un importante significado social y que conlleva un compromiso por parte de la mujer ante los valores hegemónicos que atraviesan a la sociedad. A las mujeres se les adjudica la responsabilidad de ser madres para cumplir con ese compromiso impuesto socialmente, convirtiéndose los centros de salud en espacios que procuran educarlas y controlarlas. De esta forma, se fueron alejando a las mujeres de la toma de decisiones, configurando una relación desigual con el profesional médico. (Lamas, 1996; Erviti, 2010).

A partir del SXIX, con el surgimiento del Movimiento Feminista, se comienza a teorizar acerca de la autoridad otorgada hacia el varón, partiendo de la idea de que fue lograda a través de una toma de poder por parte de éste hacia la vida de las mujeres. Es así, que se empezaron a cuestionar los postulados del patriarcado que hacían referencia a la construcción de la identidad femenina, la cual estaba centrada en la función materna (Varela, 2013).

En este sentido, se han ido desarrollando diferentes posicionamientos en relación a este tema. Autoras como De Beauvoir (1969) y Badinter (1981), plantean la necesidad de realizar una deconstrucción de la maternidad, la cual se consideraba una función inherente a la mujer y que estaba determinada biológicamente. Otras posturas promueven que la mujer debe reconocer esa función que le ha sido atribuida, con el fin de recuperar el dominio de su cuerpo que estaba sujeto a la subordinación del varón. Dentro de esta línea, encontramos a Rich (1976), quien citada por Saletti (2008), manifiesta que la mujer, a través de la maternidad tiene la posibilidad de alejarse de la

cultura patriarcal que las somete. Considera que las mujeres al apropiarse de esa función, pueden convertir su cuerpo en un elemento de poder y de esta forma ser las encargadas de transmitir los conocimientos de esta experiencia a sus hijos/as. Según Saletti (2008), lo que se busca desde esta postura, es que las mujeres recobren la autoridad que habían perdido en este terreno frente al varón. Esto supone, reconocer a la mujer como la primera figura de autoridad en torno a la función materna, asumiendo un rol protagónico en este campo.

El modelo patriarcal establece un principio de autoridad del varón sobre la mujer, elaborando determinados roles específicos en torno a la masculinidad y femineidad. De esta manera, se produce una construcción de la identidad masculina y femenina, configurando estereotipos en base a valoraciones atribuidas en torno a los sexos. En este sentido, se asocia al varón con las funciones concernientes al ejercicio del poder y del trabajo. La centralización del trabajo como función inherente del varón, va a constituirse en el medio a través del cual se va a dar cumplimiento a uno de los postulados tradicionales de la masculinidad, el cual lo considera como la figura encargada de proveer su hogar y ser el sustento económico de su familia (Badinter, 1981; Lugones Botell y Ramírez Bermúdez, 2008).

Por otra parte, la figura de la mujer queda relegada a un papel de subordinación frente al hombre, cuya participación, según los mandatos establecidos, queda restringida a las labores domésticas y a cumplir una función materna sobre la cual va a construir su identidad. En relación a lo mencionado, la mujer se encuentra limitada respecto a su participación en la construcción del mundo por los valores dominantes de esta sociedad, que encuentran en la maternidad la función "natural" que tienen las mujeres. Al convertirse el mandato de mujer = madre en el único destino posible, el cual está determinado biológicamente, la capacidad de desarrollo y potencialidad se va a ver limitada (De Beauvoir, 1969; Badinter, 1981).

Esta jerarquización del rol del varón frente a la mujer se va a trasladar al seno de los hogares, donde el varón va a constituirse en una figura de autoridad frente a su esposa y sus hijo/s. Siguiendo lo planteado por Badinter (1981), este desarrollo de la autoridad paterna y marital dentro del hogar, encuentra su sustento a partir de la articulación de tres discursos: el aristotélico, teológico y político. En relación al discurso aristotélico, el mismo promulgaba que la autoridad del hombre sobre la mujer está dada en virtud de la naturaleza, la cual se sostiene a partir de la desigualdad

natural que existe entre los seres humanos. Justifica a su vez la subordinación de la mujer a partir de una perspectiva metafísica, ubicándola en un lugar secundario frente al varón, a quien considera el portador del saber y la inteligencia. El discurso teológico, proclama la autoridad del hombre sobre la mujer en base a un mandato divino, ya que los poderes de Dios se encuentran representados a través de la figura masculina. Por último, el discurso político sostenía que la función natural de la mujer era la maternidad, e insistía en que la vida de las mujeres tenía que ser restringida al ámbito familiar, ya que si su participación se extendiera hacia otros ámbitos se produciría el desorden social.

Los posicionamientos establecidos en torno a la masculinidad y femineidad a nivel social y familiar, apuntalados por estos discursos señalados anteriormente por Badinter (1981), van a sufrir una serie de transformaciones a partir del SXVIII con el desarrollo del mercantilismo y la sociedad industrializada. En este momento histórico, con la separación del hogar y del lugar de trabajo, como consecuencia de la Revolución Industrial, y del interés del poder hegemónico de la época por el crecimiento de la población, las responsabilidades “maternales” comienzan a adquirir una fuerte relevancia en el ámbito familiar. La mujer empieza a desarrollar un liderazgo dentro del seno del hogar que anteriormente estaba centrado en el varón, lo cual es estimulado y avalado por el Estado. Si bien esto podría suponer un cambio de perspectiva en torno a la construcción histórica de la femineidad, en realidad va a operar como un elemento que va intensificar aún más las desigualdades desarrolladas a lo largo de la historia entre varones y mujeres (Saletti, 2008; Badinter, 1981).

El rol que asume la mujer dentro de su hogar, de alguna manera constituye una reproducción de los ideales e intereses del Estado, cuya preocupación primordial está abocada a la preservación de la vida. En este sentido, el Estado refuerza los estereotipos fijados hacia la mujer en torno a su función “natural” de la maternidad, elevando su responsabilidad frente a los cuidados del niño en el ámbito familiar. Se produce de esta forma una división de roles entre la mujer y el varón, donde la primera, va a ser la encargada de velar por la salud y protección del niño, mientras que el varón se va a ocupar de proporcionar el sustento familiar (Saletti, 2008; Badinter, 1981)

Esta perspectiva que identifica a la mujer con la función materna, la cual se encuentra establecida a partir de un carácter natural e inherente a su figura, determina la

construcción de su identidad en torno a este rol. En consecuencia, su participación en otros ámbitos queda sesgada, limitando así su ejercicio del poder y desarrollo individual. Se va despojando a la mujer del dominio de su cuerpo, donde no se contemplan las necesidades que puedan presentar vinculadas, por ejemplo, a su realización personal; convirtiéndose la maternidad en el centro de sus vidas (Saletti, 2008; Badinter, 1981, De Beauvoir; 1969).

Según Magnone (2010), estas posturas, coinciden en la necesidad de alejar a la mujer de los mandatos establecidos por sistemas que atentan contra su libertad y su individualidad. Pero por otro lado, también presentan algunos puntos de divergencia entre ellas. La autora sostiene, que las posturas que deconstruyen la maternidad consideran a las posturas que promueven el empoderamiento del cuerpo a través de la función materna, como funcionales al sistema patriarcal. Desde la otra parte, sostienen que las posturas que deconstruyen esta función, menosprecian la maternidad como elemento constitutivo de poder y liberación. Considera que ambas líneas de pensamiento son de vital importancia para lograr que la mujer recupere su cuerpo y autonomía. Para ello, sostiene Magnone (2010) que se debería “apostar a un proyecto feminista que siga deconstruyendo los mandatos patriarcales hacia la maternidad, a la vez que apueste a la construcción de maternidades elegidas, respetadas y gozadas” (p.10).

4. Acompañamiento en el parto: un camino para la humanización de la atención obstétrica.

Según lo mencionado anteriormente, a partir de diferentes sucesos que se fueron desarrollando a lo largo de la historia, la atención al parto se fue tornando como un proceso atravesado por la medicalización, el cual se encuentra centrado en el médico perdiendo de vista el rol activo que tiene la mujer en este acontecimiento.

Las prácticas asistenciales desarrolladas en un primer momento histórico referente al parto, donde las mujeres daban a luz a sus hijos en el seno de su hogar y se encontraban acompañadas por otras mujeres que oficiaban como sostén y apoyo emocional para ellas, se fueron abandonando en pos de prácticas que someten a la mujer a rutinas institucionales, configurando una atención obstétrica desde una perspectiva que va deshumanizando esta experiencia y que la aleja del saber de las mujeres.

Al hablar de apoyo, lo hacemos en el sentido de sostén hacia el otro, de poder contemplarlo como un ser bio-psico-social que tiene sus necesidades y a partir de ello brindar un respaldo configurado a través de la empatía, la confianza y el respeto. El parto, particularmente, es un momento muy significativo en la vida de una mujer, en el cual se producen diversos cambios a nivel físico y psicológico, y los cuidados que reciban van a ejercer una influencia positiva o negativa en su vida y en la del bebé.

En la actualidad se va haciendo cada vez más necesario la implementación de un nuevo modelo de atención donde el control del proceso del parto lo tenga la mujer, debiendo ella ser el foco sobre la cual esté dirigida la atención y donde se contemplen sus necesidades y expectativas (Muñoz, Kaempfer, Castro y Valenzuela, 2001).

Muñoz et al. (2001), sostienen que actualmente se encuentra en continuo crecimiento a nivel mundial un movimiento por la humanización del parto y del nacimiento, el cual surge como una reacción crítica al modelo tecnocrático que se estaba instaurando en la atención sanitaria.

En el año 1985, en la reunión de la OMS en Fortaleza (Brasil), se realizó un llamado de alerta en relación a la medicalización de la atención en el parto, donde fue propuesto un cambio en el modelo de atención que se estaba dando con el fin de que el nacimiento no fuera tratado como una enfermedad; pero es a partir de la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, celebrada en el año 2000 en Brasil, la cual fue llevada adelante por integrantes del Movimiento Brasileño para la Humanización, donde comienza a delinearse el concepto que da nombre a este Movimiento (Biurrún – Garrido y Goberna -Ticas, 2013; Martínez – Galiano y Delgado, 2013). Al hablar de humanización, se está hablando de la responsabilidad que tienen tanto los servicios de salud como la comunidad, frente al nacimiento, desarrollar “una asistencia que recibe, escucha y trae respuesta positiva” (Longo, Andraus, y Barbosa, 2010, p.386).

En este sentido, Behruzi (2011), citado por Biurrún – Garrido y Goberna -Ticas (2013), manifiesta que el parto humanizado no puede definirse como algo específico o en base a un criterio concreto, ya que lo que se promueve es que a partir del empoderamiento de la mujer de sus derechos como usuaria mediante el respeto de sus decisiones y sentimientos, pueda vivir la experiencia de una forma positiva.

Este nuevo modelo implica entender a que las maternidades se encuentren dirigidas a una atención primaria cuya base es la comunidad y no los hospitales que se basan en cuidados terciarios a través de sus profesionales. Por otra parte, las personas que realizan asistencia en los partos (médicos, enfermeras y parteras) y que solamente tienen experiencia en partos llevados a cabo en los hospitales, no son capaces de ver el efecto que desencadenan cuando se encuentran desarrollando su labor, debido a la medicalización y el elevado intervencionismo por las cuales estas instituciones se encuentran atravesadas. Se desconoce la fisiología del parto y esto les impide acercarse al conocimiento de lo que conlleva un parto basado en la humanización. (Wagner, 2006).

Para Wagner (2006) este carácter deshumanizador que se le atribuye al parto medicalizado, está dado porque el control está puesto en el médico y no en la mujer controlando este acontecimiento, ya que si bien se le puede llegar a brindar la posibilidad de elección frente a determinados procedimientos para llevarlo adelante, son los mismos médicos quienes determinan las opciones que les van a ofrecer y van

a ser los que decidan en última instancia si toman en cuenta la elección de la mujer o no.

Con el fin de indagar acerca de las características y consecuencias de esta práctica, creemos pertinente comenzar por los motivos que dieron lugar a la regulación del acompañamiento durante el momento del parto y nacimiento en nuestro país a través de la Ley nº 17.386, tratando de analizar los argumentos presentados en virtud de los beneficios que conlleva. Al mismo tiempo, buscaremos identificar como en algunos discursos manifestados durante su discusión parlamentaria, se encuentran arraigadas perspectivas vinculadas a modelos hegemónicos y patriarcales en torno a la salud, la mujer y la maternidad.

4.1. Ley de Acompañamiento (Ley N°17.386)

En el año 2000, varios senadores pertenecientes al Frente Amplio, partido político de nuestro país, a través de la Comisión de Salud Pública del Senado, presentan un proyecto de Ley referente al derecho que tiene la mujer embarazada a estar acompañada por una persona de su confianza durante el tiempo que dura el trabajo de parto y nacimiento

Este proyecto está fundamentado en la necesidad de consideración de un derecho establecido en el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el cual refiere a la importancia que revisten los cuidados hacia la maternidad y la infancia. A su vez, se expresa la necesidad de que haya una legislación en torno a este derecho que tienen las mujeres en relación a su salud reproductiva, ya que al no existir una Ley respecto al acompañamiento en el parto, su consideración podría quedar determinada en función de las condiciones que presenten las instituciones sanitarias y su predisposición para habilitar este tipo de prácticas (Discusión parlamentaria Ley 17.386, antecedentes Sesión 44, 2000).

Otorgando este marco regulatorio, según la Comisión de Salud, se busca que las instituciones capaciten a sus profesionales para brindar apoyo emocional a la mujer que se encuentra transitando este proceso, así como también que se destinen los recursos necesarios para que esto se cumpla (discusión parlamentaria Ley 17.386, 2000).

El proyecto de Ley fundamenta su presentación a partir del informe publicado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP). Este informe al que se hace referencia, es el resultado de diversas investigaciones realizadas por este Centro. A partir de las mismas, se demuestra la importancia que tiene el apoyo emocional hacia la madre y el niño, el cual va a ejercer influencia en el vínculo que se desarrolle entre ambos, así como también en el mundo de relaciones que el niño pueda establecer en el futuro. Según los resultados obtenidos a partir de estas investigaciones, la presencia de una persona que pueda brindar una adecuada contención emocional a la madre, parece evidenciar una reducción en la realización de cesáreas, el uso de analgésicos y la depresión respiratoria del bebé (exposición de motivos Ley 17.386, 2000).

Estos resultados, pretenden demostrar la relevancia que adquiere el apoyo emocional que una mujer recibe durante el parto y nacimiento, donde los componentes afectivos adquieren vital importancia. La posibilidad de poder llevar adelante un parto respetado, donde la mujer se sienta contemplada, escuchada, donde sus decisiones sean tomadas en cuenta, ayudará a aumentar su seguridad lo cual va a contribuir en el desarrollo de una figura de sostén de su hijo para adaptarse y enfrentar al mundo (discusión parlamentaria Ley 17.386, 2000).

Realizando un análisis más profundo en relación a la discusión parlamentaria sobre esta Ley, encontramos que uno de los principales puntos de discusión se encuentra ligado al rol que se le otorga al médico en el momento del parto. Según algunos integrantes de la Cámara de Senadores, consideran que el hecho de que la mujer tenga la libertad de poder elegir una persona que la acompañe durante este proceso, dificultaría que el trabajo del médico se desarrolle en las condiciones que ellos crean convenientes. Esto le quitaría autoridad frente a circunstancias que se puedan suscitar en determinados casos, como por ejemplo los partos que presentan un cierto grado de riesgo tanto para la madre como para el bebé (discusión parlamentaria Ley 17.386, 2000).

Si nos detenemos a analizar algunos de los argumentos vertidos en torno a este proyecto de Ley, a nuestro entender se observan elementos claros de corporativismo médico, encontrando discursos que están atravesados por lógicas de poder que se fueron desarrollando históricamente, y que guardan relación también con la formación recibida por parte de los profesionales.

Este proyecto de ley ha sido excelentemente expuesto (...) Sin embargo, no dejo de reconocer que tiene ciertos riesgos porque contiene algunas palabras que podrían quitar autoridad o molestar al responsable de la atención médica de la paciente, es decir, el médico o el obstetra. Sin entrar en disquisiciones de tipo filosófico, voy a proponer una redacción un poco diferente. Estamos de acuerdo con el concepto de que la parturienta pueda optar por estar con una persona que le dé apoyo afectivo y emocional. En ese sentido, propongo que el artículo 1º se redacte en forma diferente y se establezca que toda mujer, durante el trabajo de parto, incluyendo el acto del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona capaz de darle apoyo afectivo o emocional, siempre que no existan fundadas razones médicas o quirúrgicas que no lo hagan aconsejable o aun lo contraindiquen. (...) Ella tiene el derecho, pero el médico también debe tener el derecho de realizar su trabajo en las mejores condiciones y con la mayor seguridad (...). (Dip. Dicranco, discusión parlamentaria Ley 17386, 2000). (El subrayado es mío).

A partir de estos planteamientos desarrollados por el diputado Dicranco, donde el derecho de las mujeres a estar acompañadas durante el parto está sujeto a la habilitación por parte del profesional médico, se desprende una noción de poder que va a establecerse en la base de la relación médico-paciente.

Según Foucault (1978b), los discursos de verdad en el campo institucional forman parte del control social y constitución de los individuos. Para este autor “el poder no es una institución, no es una estructura, no es una potencia de lo que algunos estarían dotados, sino que se trata de una situación estratégica compleja en una sociedad dada” (Foucault, 1976, p.63). Considera que en todo lugar donde hay poder, el poder se ejerce y busca producir un determinado efecto. En relación al discurso científico, observamos como diversas afirmaciones adquieren validez al estar inscriptos en éste, a partir de la adopción de las formas y herramientas que este discurso requiere, quedando por fuera de toda crítica e irrefutabilidad posible.

A lo largo de la historia, cada sociedad fue construyendo su realidad a partir de las verdades establecidas por el conocimiento científico, las cuales estaban basadas a través de las evidencias logradas y producidas por múltiples relaciones y luchas de poder. Estas verdades van procurar transformarse en un discurso del saber que deja al margen la experiencia individual.

Observamos como en varios pasajes de este discurso realizado por el diputado Dicranco, queda evidenciado la desvalorización que adquiere el protagonismo de las mujeres, incluso su visión como sujetas de derecho y por tanto su capacidad de

autodeterminación de su corporalidad y vida afectiva. En este sentido, su relevancia queda reducida frente a procedimientos que encuentran justificación en torno a la seguridad de la paciente. Este pensamiento reproduce los ideales patriarcales a partir de una perspectiva misógina, que despoja a la mujer del dominio de su cuerpo y la ubican en un lugar de sometimiento frente al varón. Afirmaciones como que una persona “solamente esté dando un apoyo emocional” le quita importancia a la afectividad que atraviesa el parto y a la salud psíquica de la mujer en general. Se produce a su vez, una infantilización de la mujer, considerándola carente de poder tomar decisiones lógicas.

Al no contemplar y desvalorizar el derecho que tienen las mujeres a recibir apoyo en este acontecimiento, permite convertir su cuerpo en un objeto de manipulación donde se despliegan sus saberes, normalizando conductas y avasallando derechos. Siguiendo en este discurso, se hace hincapié en el derecho que tienen los médicos para llevar adelante su trabajo, pero en ningún momento se contempla a la mujer. Ésta, queda a merced de un saber profesional que se fue construyendo en el devenir histórico bajo un determinado modelo de atención, el cual alineado a postulados patriarcales, atenta contra su libertad y autonomía.

Al analizar los estereotipos relacionados con la masculinidad, mencionamos anteriormente algunas características atribuidas a la figura del varón por una cultura establecida bajo determinados mandatos sociales. De esta manera, observamos que sobre el varón se adjudicaban funciones relacionadas con el acceso al trabajo y el conocimiento. Esto lo ubicaban en una posición jerárquica frente a la mujer, cuya participación social se circunscribe solamente a ejercer la función materna. Esta jerarquía se mantiene cuando se traslada al seno del hogar, donde el varón va a ser quien tenga la función de proveedor del hogar y va a ejercer la autoridad como padre de familia, a la cual debe brindar protección. Por otra parte, siguiendo este modelo, la mujer va a estar encargada de los cuidados y crianza del niño.

En este sentido, se configura la maternidad como una función inherente a la mujer, que se sostiene en base a una predisposición biológica y natural que le permite obtener ayuda para encontrar significaciones frente a determinadas circunstancias, ya que la construcción de la femineidad se basa en esta función.

Osherson (1994), citado por Cabello y Hernández (1997), sostiene que el varón en el desarrollo histórico, no fue preparado para la adopción del rol paterno. Las exigencias sociales sobre lo masculino, que atañen al estímulo de la libertad, a brindar seguridad a su familia y a no dejarse llevar por sus emociones, no contemplan ninguna preparación ni educación para el ejercicio de este nuevo rol.

Siguiendo a Cabello y Hernández (1997), la paternidad, como función a la cual el varón tiene que adaptarse y brindar respuesta, puede constituirse en una oportunidad de crecimiento personal. A su vez, puede considerarse como una forma de poder profundizar el vínculo con su mujer, donde a través de una participación activa y comprometida afectivamente puede oficiar de sostén para ella en momentos significativos de su vida, como es el parto. La figura paterna reviste particular importancia, ya que constituye el primer modelo de varón que van a tener sus hijos y conjuntamente con su mujer van a influir en sus primeras experiencias con el mundo.

A lo largo de la discusión sobre el proyecto de la Ley de acompañamiento en el parto, observamos algunos posicionamientos que reafirman la importancia de la presencia del padre en el nacimiento de su hijo. Estas posturas sostienen que su presencia influye en el desarrollo del vínculo de apego con el niño, y también constituye en una fuente de seguridad para la mujer durante el parto. Por otro lado, nos encontramos también con discursos que reivindican el derecho que tiene el padre de estar presente en el momento del nacimiento de su hijo, el cual muchas veces no se toma en cuenta. Si bien esto puede ser así, no debe implicar que nuevamente sean los derechos de las mujeres los que queden relegados. Este proyecto de Ley está centrado en otorgar el derecho a la mujer a estar acompañada durante el parto y no al padre. Sin embargo, el diputado Da Silva sostiene lo siguiente:

Sensible es la madre cuando está gestando a su hijo, y sensible es el padre que está viviendo con la misma preocupación y temor que el embarazo transcurra por los carriles normales que la naturaleza ha determinado para estas cosas. Este no es solamente un tema de mujeres; el padre tiene derecho de asistir al parto, porque ver nacer a su hijo es un acto único. Muchas veces ese derecho no es del todo nombrado en esta Cámara. El próximo 10 de setiembre voy a asistir al parto de mi hija porque quiero verla nacer, y no me gustaría que nadie, ningún ginecólogo -aunque por naturaleza soy temeroso para esas circunstancias-, me impidiera presenciar ese momento único e irreplicable. Hay que tratar el tema con la altura que tiene, tal como lo han impulsado, y soy consciente de eso; también soy consciente de que muchas de estas cosas comienzan a raíz de una iniciativa, pero no engloban solamente a las mujeres. (Dip. Da Silva, discusión parlamentaria Ley 17386, 2000).

En relación a este planteamiento realizado por el diputado Da Silva, que reivindica el derecho que tiene el padre de asistir al nacimiento de su hijo, de alguna manera deja en segundo plano el derecho a la mujer de estar acompañada durante ese momento. A pesar de que este proyecto se centra en la mujer, observamos cómo se siguen reproduciendo discursos que establecen una jerarquización de los derechos del varón sobre ella.

En este sentido, sigue sin tomarse en cuenta que la protagonista del parto es la mujer, la cual necesita de una contención, de un sostén frente a la variabilidad emocional y psíquica que experimenta en este momento. No quiere decir que el padre no pueda ejercer un rol comprometido con su mujer y con el niño, sino que se trata de respetar la decisión de la mujer en función de lo que ella considere conveniente para sentirse segura y apoyada. Significa que sea la mujer quien tenga la libertad de elección frente a sus necesidades y derechos, que sea ella quien se apropie de su cuerpo y se contemple su voluntad.

Prevalecer el derecho del padre en el parto, es seguir intensificando la visión paternalista que se fue construyendo históricamente en torno a la mujer, donde su cuerpo se ve sometido a saberes impuestos por una cultura que no valida su opinión. En el campo de la atención obstétrica, este paternalismo continúa adquiriendo total vigencia.

Muchas veces, en los centros de salud, continúan desarrollándose prácticas por parte de los médicos que lejos están de otorgarle seguridad a la mujer, sino que las mismas se desarrollan para mayor comodidad del profesional. Largas esperas de tiempo innecesarias que soportan las mujeres en los centros de salud, aplicación de cesáreas de forma innecesaria, indicaciones médicas referentes a posturas que debe adoptar la madre para parir, son ejemplo de ello. De esta manera, no se toma en cuenta lo que la mujer puede sentir ni necesitar, configurando su cuerpo como un mero objeto de intervención médica (discusión parlamentaria Ley 17.386, 2000; Farías, 2014; Magnone, 2010).

Este proyecto, que busca que las mujeres recuperen el dominio de su cuerpo el cual fue despojado en virtud de un saber tecnocrático, encuentra su aprobación el 15 de Agosto del 2001, quedando el texto de la Ley con la siguiente redacción:

Artículo 1º.- Toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento mismo del nacimiento, tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección, de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional.

Artículo 2º.- Todo centro asistencial deberá informar en detalle a la embarazada del derecho que le asiste en virtud de lo dispuesto por el artículo 1º y estimulará la práctica a que este hace referencia.

Artículo 3º.- Las disposiciones de la presente ley serán aplicadas por los profesionales, así como por las instituciones asistenciales del área de la salud, sean públicas o privadas

(Publicado. Diario Oficial, 15 de agosto de 2001)

Al asumir este proyecto el carácter de Ley, se busca dejar de lado los atravesamientos vinculados a discursos hegemónicos que se han desarrollado en torno al parto, restaurando en las mujeres la posibilidad de autodeterminación y autonomía frente a este acontecimiento.

Por otra parte, el Observatorio Nacional en Género y Salud Reproductiva (MYSU, 2009), ha llevado adelante un estudio que da cuenta del alto número de mujeres que no estuvieron acompañadas durante el parto. Para dicho estudio, fueron consultadas aquellas mujeres que tuvieron un parto después del año 2001 y las mujeres que habían parido recientemente. Los profesionales de las instituciones también brindaron su perspectiva, la cual es muy diferente a la de las mujeres consultadas. Según el Observatorio, seis de cada diez mujeres que desarrollaron un parto luego del año 2001, no estuvieron acompañadas durante el mismo (56%), mientras que en el caso de las mujeres puérperas el porcentaje es de un 47.8%. En relación a la perspectiva de los profesionales, el 53% sostiene que la mayoría de las mujeres estuvo acompañada durante el parto, mientras que el 45% manifiesta que en los casos que las mujeres no estuvieron acompañadas, fue exclusivamente por decisión de ellas.

Estos datos nos dan la pauta, de que si bien la otorgación de este marco regulatorio del acompañamiento en el parto a nivel jurídico y legislativo es un paso sumamente importante, observamos que en la práctica todavía falta mucho por realizar.

Reflexiones finales

Observamos a lo largo de este trabajo, como la atención sanitaria y sus prácticas han estado delimitadas por los lineamientos culturales establecidos en cada época. Si nos remontamos a los tiempos anteriores a los siglos XV y XVI, nos encontramos con una atención al parto que se desarrollaba en el ámbito privado, constituyendo el hogar de las mujeres embarazadas el lugar donde van a dar a luz.

En este contexto, generalmente se encontraban acompañadas por sus familiares y por otra figura que adquirió una gran relevancia en lo referente a la atención obstétrica de ese momento histórico: la matrona. La función principal de las matronas era prestar asistencia a la mujer a partir del embarazo, extendiendo sus cuidados hasta el nacimiento del bebé. Basando sus conocimientos a través de la experiencia, desarrollaban diferentes estrategias para asistir a las mujeres durante ese momento. Mediante la utilización de hierbas y pociones que ayudaran a las mujeres parturientas a reducir el dolor en el parto o brindándole consejos para otorgarles tranquilidad durante el mismo, se constituyeron en una figura importante para otorgar sostén emocional y apoyo hacia dichas mujeres.

En esta época el parto se centraba en la mujer embarazada, donde se contemplaban sus necesidades y tenían el poder de decisión sobre su propio cuerpo. La posibilidad de estar acompañadas por las matronas y por la presencia de otros actores que la mujer embarazada considerara necesario, de alguna manera permitía una visión más integradora y por sobre todo más humana de este proceso

A partir de la Edad Media, en los siglos XVI Y XVII, las prácticas que se venían llevando adelante en relación a la obstetricia, van a confrontarse con los postulados hegemónicos que atravesaban la sociedad medieval. Durante este período, la Iglesia amparada por el Estado, va a ejercer una fuerte influencia en relación al establecimiento de diferentes postulados que van a regir la sociedad. Para dicha institución, la atención sanitaria debía estar centrada en el varón, ya que su figura era considerada como una representación de la imagen de Dios. En este sentido, al ser equiparada la imagen de Dios con el varón, la atención sanitaria se va a ir alejando del dominio que hasta este momento estaba en manos de las matronas.

Los postulados de la Iglesia, que promulgaban que el dolor en el parto era un castigo divino por considerar culpables a las mujeres del pecado original, se vieron

amenazados por las prácticas que desarrollaban las matronas. Las estrategias desarrolladas por estas mujeres, relacionadas con aliviar el dolor durante el parto, fue uno de los elementos principales por los cuales se empezó a realizar una persecución a su figura, cuyo desenlace fue su erradicación del campo de la atención obstétrica y de la medicina. Al excluir a las mujeres del campo de la medicina, el varón empieza a ocupar el lugar central en lo referente a la atención sanitaria de la población, empezando a construirse la figura del profesional médico para llevar adelante las intervenciones en este terreno.

En el transcurso de los siglos XVII y XVIII, nos encontramos en pleno auge del período moderno, época caracterizada por un gran desarrollo tecnológico que permitió un cambio de perspectiva en torno a la ciencia. A partir del surgimiento de diversos instrumentos, fue que el hombre empieza a encontrar en la ciencia una forma de comprender diferentes fenómenos universales, comenzando a lograr autonomía en relación al conocimiento de lo que anteriormente se encontraba fuera de sus posibilidades. De esta manera la ciencia comienza a configurarse como el principal impulsor del paradigma dominante en esta época, el Positivismo, donde a través de sus postulados establece que la única forma de poder comprender la naturaleza de los hechos es a través del conocimiento científico (Gay, 2008; Barbosa et al., 2015; Seguel-Palma et al., 2012).

La llegada de la revolución industrial a fines del SXVIII, significó un proceso de grandes transformaciones económicas, sociales y políticas que repercutieron en todos los ámbitos de la sociedad. Los nuevos conocimientos desarrollados a partir del avance tecnológico produjeron un cambio en esta sociedad, la cual va a estar determinada en base a los procesos de producción. El cuerpo como fuerza productiva va a convertirse en un elemento central en el período moderno, atravesando la vida cotidiana de las personas en términos de productividad, estableciendo una nueva forma de interpretar el mundo.

En esta sociedad industrializada, la atención sanitaria se empieza a desarrollar en función de una mirada biologicista, a partir de la cual se comienzan a abordar diferentes problemáticas desde el campo de la medicina las cuales anteriormente estaban relacionadas con aspectos inherentes a la vida de las personas. La singularidad, la individualidad van quedando sometidas a relaciones de dependencia y

poder, consolidando al médico como el agente principal para poner en marcha un proceso medicalizador sobre el cual se va a delimitar la atención sanitaria.

Es así que la medicina empieza a extenderse hacia otros ámbitos de la sociedad más allá de su campo de intervención, el cual hasta este momento estaba abocado a la atención de los procesos de salud y enfermedad. El profesional médico se constituye en una figura investida de autoridad frente al resto de la población, operando a través de elementos que buscan modelar sus cuerpos en relación a los parámetros establecidos en esta época. A partir de este proceso de medicalización de la vida de las personas, se va cercenando su libertad, donde van perdiendo el dominio de sus cuerpos a través de diferentes procesos de control y mecanismos de poder (Molina, 2004; Foucault, 1976)

Con el surgimiento del hospital, se empieza a configurar un espacio favorable para que el médico pueda poner en marcha todo ese poder que le fuera atribuido frente al resto de la población. Su autoridad empieza a manifestarse y a adquirir visibilidad, sometiendo a las personas a un saber que solo él podía acceder, despojándolas de su libertad y autonomía. En consecuencia, las prácticas desarrolladas en el campo de la salud se vieron afectadas por este intervencionismo médico, las cuales van a empezar a desarrollarse en el hospital bajo sus lineamientos y su estricta vigilancia. La atención al parto no estuvo ajena a dicho intervencionismo, consolidando a mediados del siglo XX su atención en este centro, la cual anteriormente se desarrollaba en el hogar de las mujeres.

El parto empieza a desarrollarse bajo los dictámenes profesionales, donde las mujeres se van a encontrar posicionadas en un lugar de subordinación frente al médico. Ya no van a ocupar el lugar central que tenían en relación a este acontecimiento. Sus opiniones, su libertad de decisión que anteriormente estaban bajo su dominio, ahora van a estar sujetas a un saber profesional que las despersonaliza y vulnera sus derechos. En este sentido, la atención sanitaria al parto va a estar determinada por postulados médicos hegemónicos y también por conceptualizaciones de género e identidad que se fueron repitiendo a lo largo de la historia.

Desde una perspectiva de género, se han ido elaborando históricamente construcciones sociales que asignaban diferentes roles y conductas esperables en función del sexo de las personas. Siguiendo a Lamas (1996) al añadir el elemento

biológico como algo que por sí solo permite construir una identidad en relación a lo masculino y femenino, se fueron estableciendo estereotipos que asignan a varones y mujeres determinados roles y conductas específicas. Sobre esta base, surgieron sistemas patriarcales que toman en cuenta esta clasificación en función de los sexos, los cuales establecieron una relación jerárquica del varón sobre la mujer.

En virtud de lo mencionado, estos sistemas van a consolidar en la figura del varón lo concerniente al ejercicio de la autoridad y el acceso del conocimiento, instaurando una ideología que lo posiciona como regulador de la vida de las personas. Por otra parte, bajo estos postulados patriarcales se va a construir la identidad de la mujer en torno a la maternidad, centrando su participación en la sociedad solamente a través de dicha función.

El patriarcado no reconoce otra posibilidad de desarrollo para la mujer que no sea a través de la función materna, cuyo sustento está dado en relación a esa capacidad determinada por la biología para ser madres. Ahora bien, cabe preguntarnos por ejemplo, ¿qué sucede con esas mujeres que no tienen el deseo de serlo?, ¿cómo pueden construir su identidad frente a estas imposiciones que limitan su desarrollo individual? O por el contrario, ¿qué sucede con aquellas mujeres que llevan adelante su maternidad y no tienen injerencia sobre su propio cuerpo?, ¿cómo se podría restituir el dominio sobre su corporalidad el cual fue arrebatado por un poder médico funcional a ideales patriarcales?

El desarrollo del Movimiento Feminista, significó un punto de partida para realizar el intento de dar respuesta a alguna de estas interrogantes señaladas. Observamos como a partir de este Movimiento, surgieron diferentes posturas en torno al rol de mujer y la maternidad. Están aquellas que procuran deconstruir el rol de la mujer en torno a esta función, como es el caso de Badinter (1981) y De Beauvoir (1969). Dichas autoras planteaban que la función materna es una construcción cultural que ha sido utilizada como un mecanismo de dominación del varón hacia la mujer. En este sentido, critican esa concepción naturalista, que establece en el instinto materno, (el cual estaría determinado biológicamente y es inherente a la mujer) el factor a través del cual se construye su identidad. Sostienen a su vez, que al romper con esos estereotipos, las mujeres podrán recuperar su libertad y el dominio de su cuerpo, determinando su identidad alejada de esta función atribuida.

Por otra parte, surgieron otras posiciones, como es el caso de Rich (1976), citada por Saletti (2008), quien plantea la necesidad de que la mujer asuma como propia esa condición para lograr empoderarse nuevamente de su cuerpo. Se busca que sean las mujeres quienes transmitan conocimientos a sus hijos, lo cual les va a permitir alejarse de sistemas patriarcales que las someten a un rol de subordinación frente a la figura masculina y que anula su individualidad (Saletti, 2008).

A partir de estas posturas que se contraponen entre sí, se puede desprender la necesidad de derribar esas barreras impuestas culturalmente a las mujeres, buscando trascender los postulados hegemónicos que determinan estereotipos basados en funciones naturales y esperables para cada sexo. Romper estos estereotipos significaría brindarle nuevamente la posibilidad de elección a la mujer, y en el caso de que decida llevar adelante la función materna, la misma se podrá desarrollar a partir del respeto de sus necesidades y derechos.

Respecto a la maternidad, consideramos que se vuelve necesario devolver a las mujeres el rol protagónico que deben tener en torno al parto, como sucedía antes del medioevo. No queremos decir que se debe volver atrás en el tiempo, ni reconocer los avances tecnológicos que se han logrado en pos de mejorar la atención obstétrica. Nos referimos específicamente a que el enfoque de la asistencia debe estar centrado en la mujer, donde el desarrollo tecnológico alcanzado debe estar puesto al servicio y beneficio de ella, no del médico.

Si tomamos en cuenta todas las características que conlleva el parto, en relación a los cambios físicos y psicológicos que se suscitan en las mujeres durante el mismo y el estado de vulnerabilidad en que se encuentran, el sostén emocional que se le pueda brindar a la mujer se convierte un elemento de vital importancia. Para ello, la posibilidad de que la mujer esté acompañada por una persona que ella considere pertinente y necesaria durante el parto, otorgaría a la mujer una contención que la podría ayudar a transitar de forma positiva dicha experiencia. A su vez, desarrollar una asistencia que habilite el acompañamiento, donde los profesionales médicos brinden una atención desde la empatía, el respeto hacia las mujeres, permitiría lograr una atención más humana de este proceso.

Basándose en la importancia que reviste el acompañamiento en el parto, se desarrollaron diversos planteamientos que proclamaban un cambio en el modelo de

atención que se venía desarrollando hasta ese momento en torno a la atención obstétrica. En nuestro país, a partir de la aprobación de la Ley 17.386 el 15 de agosto del 2001, se consagra este derecho a la mujer a estar acompañada durante el parto y nacimiento. A partir de este marco regulatorio que adquiere el acompañamiento, se restablece un derecho a la mujer que había perdido en cuanto a su autonomía y libertad. A su vez, esta Ley promulga que las instituciones deberán capacitar a sus profesionales y habilitar el desarrollo de esta práctica.

Durante la discusión parlamentaria de la cual fue objeto esta Ley para su aprobación, se evidenciaron discursos influenciados por postulados hegemónicos y de corporativismo médico. Esto de alguna manera, nos muestra como hasta el día de hoy dichos lineamientos construidos históricamente en torno a la atención obstétrica, siguen manteniendo total vigencia. Finalmente, a pesar de su discusión y de los obstáculos que se presentaron, primó la consideración de los beneficios que aporta a la mujer la habilitación del desarrollo de esta práctica. De esta manera, el acompañamiento en el parto y nacimiento adquiere un carácter de Ley, que le va a permitir a la mujer aumentar sus sentimientos de confianza y seguridad a partir de tener la posibilidad de llevar adelante un parto respetado.

Consideramos que el momento de parir es un momento trascendente, tanto para la mujer como para el bebé, dejando huellas en ambos protagonistas. Reducir el estrés en la mujer en ese momento es implementar una política de prevención, es reducir el riesgo de que partos seguros puedan volverse inseguros, pero también es a su vez respetar el derecho a la intimidad y libertad de elección de la madre. Es, en otras palabras “humanizar el parto”.

A partir de un estudio realizado por el Observatorio Nacional en Género y Salud Reproductiva (MYSU, 2009), se ha señalado que el 56% de las mujeres que tuvieron un parto luego del 2001, no estuvieron acompañadas durante este acontecimiento. A su vez, en el caso de las mujeres que llevaron adelante un parto en el año en que se realizó este estudio, el porcentaje asciende al 47.8%. Estos datos recabados causaron preocupación en el Observatorio. Debido a esto, creemos pertinente proponer una línea de investigación respecto a este tema, la cual estaría relacionada con actualizar estos datos obtenidos por el Observatorio en el año 2009, y saber si en la actualidad, a 15 años de su aprobación, esta Ley se cumple.

Referencias bibliográficas

- Badinter, E. (1981). *¿Existe el amor maternal?: historia del amor maternal, siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós.
- Barbosa, L. B. A., Motta, A. L. C. y Resck, Z. M. R. (2015). Los paradigmas de la modernidad y posmodernidad y el proceso de cuidar en enfermería. *Enfermería Global*, 14(37), 335-341.
- Beauvoir, S. D. (1969). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo Veinte.
- Biurrun-Garrido, A., y Goberna-Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*, 2013, vol. 14, num. 2, p. 62-66.
- Cabello, A. M., y Hernández, L. (1997). *El padre en la crianza y el desarrollo infantil*. Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación.
- Ehrenreich, B., y English, D. (1981). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras (edición española)*. Barcelona: La Sal.
- Erviti, J. (2010). Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarios de servicios ginecológicos (pp 101-122). En López, A; Castro, R. *Poder Médico y Ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Farias, C. (2014). *Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia*. Tesis de Maestría no publicada. Maestría en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Uruguay.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad, tomo I*. Madrid: Siglo XXI Editores

- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1), 3-25.
- Foucault, M. (1978a). Incorporación del hospital en la tecnología moderna. *Educación médica y salud*, 12(1), 20-35.
- Foucault, M. (1978b). *Microfísica del poder* (trad. Julia Varela y Fernando Álvarez-Uría). Madrid: La Piqueta.
- Gay, A. (2008). Tecnología y sociedad. *Latin American and Caribbean Journal of Engineering Education*, 2 (2).
- Hutter Epstein, R. (2010). *¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto*. Madrid: Editorial Turner Noema.
- Lamas, M. (1996). La perspectiva de género. *La tarea*, 8.
- Longo, C. S. M., Andraus, L. M. S., y Barbosa, M. A. (2010). Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. *Revista eletrônica de Enfermagem*, 12(2), 386-91.
- Lugones Botell, M., y Ramírez Bermúdez, M. (2008). Lo social y lo cultural: Su importancia en la mujer de edad mediana. *Revista cubana de Obstetricia y Ginecología*, 34(1).
- Magnone, N. (2010). *Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización*. Tesis de Maestría no publicada. Maestría en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Uruguay.
- Martínez-Galiano, J. M., y Delgado-Rodríguez, M. (2013). Modelo asistencial centrado en la humanización: resultados obstétricos. *Ginecología y Obstetricia de México*, 81(12), 706-710.

- Menéndez, E. (1988, 30 de abril-7 de mayo). Modelo médico hegemónico y atención primaria. En *Segundas jornadas de atención primaria de la salud* (pp.451-464), Buenos Aires, Argentina: UBA.
- Menéndez, E. L. (2014). El Modelo Médico Hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, (3), 84-119.
- Molina, T. R. (2004). Modernidad Terapeutizada y postmodernidad Higienista: entre la obligación y la obsesión. *Salud de los Trabajadores*, 12(1), 55-59.
- Muñoz, C., Kaempfer, A. M., Castro, R., & Valenzuela, S. (2001). Nacer en el siglo XXI: De vuelta a lo Humano. *Universidad de Chile, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile*.
- MYSU (2009). Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva. Informe 2009, Montevideo, MYSU.
- Saletti Cuesta, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra*, (Revista de Estudios de Género y Teoría Feminista) N°7:169-183. Disponible en <http://hdl.handle.net/10481/14802>. Recuperado en 15/3/12.
- Seguel-Palma, F. A., Valenzuela-Suazo, S., y Sanhueza-Alvarado, O. (2012). Corriente epistemológica positivista y su influencia en la generación del conocimiento en enfermería. *Aquichán*, 12(2), 160-168.
- Uruguay, Poder Legislativo (2001). Ley N° 17386, Dispónese que toda mujer durante el tiempo que dura el trabajo de parto, incluyendo el momento del nacimiento tendrá derecho a estar acompañada de una persona de su confianza o en su defecto, a su libre elección de una especialmente entrenada para darle apoyo emocional. Publicado en el Diario Oficial el 30 de agosto de 2001. Recuperado de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ AccesoTextoLey.asp?Ley=17386yAncho r=>
- Varela, N. (2013). *Feminismo para principiantes*. Barcelona: Ediciones B.

- Wagner, M. (2006). El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto. *Medicina naturista*, (10), 120-132.