



Universidad de la República
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Sociología

Tesis de la Maestría en Sociología

Edición 2006

**Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde
la perspectiva de Humanización**

Licenciada en Trabajo Social: Natalia Magnone Alemán

Tutora: Socióloga Rosario Aguirre Cuns

Profesora Titular del Departamento de Sociología

de la Universidad de la República

Montevideo – Uruguay

Diciembre 2010

PÁGINA DE APROBACIÓN

Tutora:

Socióloga Rosario Aguirre

Tribunal:

Politóloga Niki Johnson

Historiadora Graciela Sapriza

Fecha:

10 de Mayo de 2011

Calificación:

Autora: Natalia Magnone

“La intervención biotecnológica está ofreciendo una redefinición de lo maternal, de la diferencia sexual, antes de que las mujeres hayamos tenido la oportunidad de reformular nosotras mismas esta compleja cuestión: siempre hay algo que se nos adelanta a decirnos qué es lo que estamos buscando...” (Braidotti, 2000)

Agradecimientos

A mi amor, a Juana y a Lorenzo, es por y junto a ellos que surge mi inquietud vital e intelectual de zambullirme en las formas de parir.

A mis amigas Patricia y Mariana por ser compañeras de ruta en la reflexión feminista sobre la reproducción libertaria y gozada.

A todas las personas que accedieron en las entrevistas a compartir conmigo sus experiencias, opiniones, dolores, sueños y desafíos. Especialmente a las parteras de Nacer Mejor y del Centro de Salud del Cerro quienes me conectaron con mujeres recién paridas.

A la Comisión Académica de Posgrados de la Universidad de la República quien me apoyó con una beca de finalización de posgrado.

A mi partera Silvia.

A Rosario quien se animó a acompañarme en este tema.

A Mariela que me ayudó a ingresar al mundo del Atlas-ti.

A mis padres por el apoyo y a mi madre por ser un ejemplo de paridora.

PALABRAS CLAVE:

Derechos Sexuales y Reproductivos, Género, Parto, Perspectiva de Humanización

RESUMEN:

Esta tesis caracteriza y analiza el modelo actual de concebir y atender el Parto en Montevideo desde las perspectivas de Humanización y Derechos Sexuales y Reproductivos.

Busca conocer en qué medida se respetan los derechos de las mujeres de vivir plena y autónomamente el proceso reproductivo. A la vez explora cuáles son las propuestas de las personas que trabajan desde la perspectiva de Humanización del Parto y Nacimiento para mejorar la calidad de atención.

Se utilizan metodologías cualitativas de producción y análisis de datos, las técnicas utilizadas son la entrevista en profundidad y los grupos de discusión. La muestra se compone por tres sectores poblacionales relacionados con el Parto: a) decisores/as de política pública, referentes de la academia y de los movimientos sociales; b) integrantes de los equipos de salud; y c) mujeres de los subsectores público y privado que hubieran parido recientemente. Para el procesamiento de los datos se utiliza el software Atlas-ti.

Las principales conclusiones son:

- El modelo hegemónico actual de atención al Parto y Nacimiento institucional en Montevideo puede ser catalogado como tecnocrático. En donde se concibe al parto como un evento patológico y de este modo se restringen los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de gozar plena y autónomamente ese proceso, configurando una de las formas de violencia estructural de género.

- Existe en Uruguay un modelo incipiente que propone una alternativa al parto tecnocrático: el de parto humanizado, en donde el centro está colocado en las mujeres que paren propiciando mejores condiciones para el respeto de sus derechos. Desde esta perspectiva existen una serie de propuestas que mejorarían la calidad de atención actual.

ABSTRACT:

This thesis characterizes and analyzes the current model to conceive and attend the

delivery of a baby in Montevideo from the perspectives of Humanization and Sexual and Reproductive Rights.

It seeks to know the extent to which the rights of women to fully and autonomously live the reproductive processes are respected. At the same time explores what are the proposals of the people who work from the perspective of the Humanization of Delivery and Childbirth to improve the quality of care.

Qualitative methodologies are used for production and analysis of data, the techniques used are in-depth interviews and discussion groups. The sample consists of three sectors of the population related to Childbirth: a) decision makers of public policy, referents from the academy and from the social movements; b) members of health teams, and c) women who had recently given birth in the public and private sectors. For data processing the Atlas-ti software is used.

The main conclusions are:

- The current dominant model of attention to institutional Delivery and Childbirth in Montevideo can be classified as a technocrat. Where delivery is conceived as a pathological event, and thus sexual and reproductive rights of women to enjoy the process fully and independently are restricted, forming one of the structural forms of gender violence.
- A theoretical model exists in Uruguay that proposes an alternative to technocratic childbirth: the humanized delivery model, where the focus is placed on women, promoting a better standard of respect for their rights. From this perspective there are a number of proposals to improve the quality of current care.

Introducción

“Dado que el proceso de parir forma el nexo de la naturaleza con la sociedad,
el modo como una cultura se ocupa del parto apuntará
«tan claramente como una flecha a sus valores fundamentales»”

Kitzinger, 1980: 115 en Davis Floyd 1993:16

Antecedentes y delimitación del problema de estudio:

Este trabajo se enmarca en el análisis del cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos en los procesos de embarazo y parto en la sociedad uruguaya de principios de siglo XXI.

Es desde el campo de la antropología en donde más se ha avanzado en la caracterización sobre las formas en que cada sociedad conceptualiza, ritualiza y organiza la venida al mundo de nuevos seres. Por esto tomo parte de las investigaciones de las antropólogas Margaret Mead (1961), Davis Floyd (1987-2004) y Michelle Sadler (2003).

Como problema sociológico me interesa analizar el objeto de investigación desde el campo de la medicalización de la sociedad, en donde integro aportes de: Barrán (1993,1999), Mitjavila (1998), Foucault (1993, 1995, 2003) y Ortega (2008). Así como de la acumulación de las teorías y estudios de género, específicamente aquello que aporte al conocimiento sobre el lugar que las sociedades occidentales le han dado a la maternidad, a los cuerpos y sexualidad de las mujeres, y más específicamente una mirada crítica sobre el papel de la medicina occidental en estos asuntos. Para esto me apoyo en: Simone de Beauvoir (1981), Badinter (1991), Ana María Fernández (1994, 2006), Eva Giberti (1992), Yvonne Knibiehler (1993,2001), Mary Nash (2000), Casilda Rodríguez (2007), Ehrenreich y English (1981), Marisa Germain (2005), Lozano (2001), Saletti (2009) y Sapriza (2001).

En el Uruguay es la antropología feminista quien se ha dedicado a estudiar las relaciones de poder en el campo de la salud reproductiva. Incorporo los aportes de: Rostagnol y Viera (2006), Mesa y Viera (2008). Así como aportes del campo del género y la salud fundamentalmente a partir de: López (2003, 2009), Standing (2000) y Mysu (2009).

Dentro de los caminos plausibles de seguir elegí tomar el punto de vista de mujeres y profesionales de la salud que tuvieran una visión crítica en relación al modo hegemónico de atención al parto y nacimiento. Por esto integro insumos de las investigaciones de médicos/as, parteras y psicólogas que aportaron desde la perspectiva de humanización, jerarquizo los aportes de: Caldeyro-Barcia (1979), Publicaciones del CLAP (2001), Chalmers, et al (2001), Colomar, *et al* (2001), Merelo Barberá (1980), Michelle Odent (2003).

El Uruguay goza, comparativamente en la región, de una muy buena posición en términos de cobertura y accesibilidad al sistema de salud así como de indicadores de morbimortalidad materno e infantil. Sin embargo se constata en paralelo el crecimiento en la frecuencia de diversas prácticas en el campo obstétrico consideradas ineficientes o dañinas para las mujeres y los/as bebés. Por ejemplo, mientras la OMS (1985) afirma que en promedio las maternidades deberían tener entre un 10 % y un 15% de cesáreas, en el total de partos del Uruguay en el 2008 se registró un promedio nacional del 34,4¹% , en donde si se discrimina por tipo de prestadora de servicios se obtiene: en las mutualistas se realizaron 44% de cesáreas sobre el total de nacimientos mientras que en el MSP se realizaron el 21%.

Esta tesis se pregunta por qué si tenemos las condiciones materiales para garantizar una buena calidad de atención en salud seguimos produciendo problemas sanitarios y de derechos humanos como la epidemias de cesáreas innecesarias o el abuso de episiotomías. Desde la perspectiva de género y de humanización del parto cuestiono el modelo de atención hegemónico al embarazo y parto pues configura expresiones obstétricas de la violencia estructural de género.

¹ Estadísticas vitales 2008, Dirección General de la Salud, www.msp.gub.uy

Defino las preguntas y objetivos de investigación del siguiente modo:

Preguntas de investigación:

- ¿Cómo se configura el actual modelo médico de atención al parto y el nacimiento en Montevideo teniendo en cuenta las perspectivas de género y de derechos sexuales y reproductivos?. ¿Cuáles han sido y son los procesos sociales que favorecen su desarrollo?

- ¿Cuáles son los elementos facilitadores para el cambio en la atención que propone el modelo de humanización del parto y nacimiento y cuáles son los principales obstáculos detectados para lograrlo?

Objetivo general:

Aportar conocimiento en las áreas de salud y derechos sexuales y reproductivos para promover la reflexión sobre las formas actuales de parir y de nacer desde una perspectiva de género y derechos humanos.

Objetivos específicos:

- Reconstruir el proceso por el cual se ha venido construyendo como tema de agenda y de política de salud el derecho a un parto con derechos propuesto por la perspectiva de Humanización del Parto y el Nacimiento.

- Caracterizar el modelo de atención al parto y nacimiento en el sub-sector público y privado de Montevideo desde un marco de derechos sexuales y reproductivos, detectando las diferencias entre sub-sector.

- Analizar las causas de las cesáreas innecesarias.

- Identificar cuáles son las propuestas para la mejora de la atención del modelo de humanización del parto. Explorar las resistencias y las potencialidades institucionales y culturales existentes para ponerlas en práctica.

Relevancia de la investigación y motivación para la elección del tema:

Desde un marco feminista y de ampliación de ciudadanía entiendo relevante la reflexión sobre uno de los procesos que aún no está legitimado como problema social ni como asunto de las ciencias sociales y humanas: las formas de parir y de nacer.

Pretendo contribuir a la toma de conciencia sobre las violencias de género registradas en el campo obstétrico de modo de aportar insumos para mejorar el cumplimiento de los derechos de las mujeres en sus procesos reproductivos.

Por otra parte quiero alentar la discusión sobre maternidades dentro del marco feminista. Los feminismos en su lucha necesaria por el reconocimiento de las mujeres como sujetos históricos, independientes de la categoría de madres, han dejado de lado algunos problemas concernientes a la Maternidad. Me interesa pensar cómo seguir reivindicando el derecho a negarnos a la condición de maternidades obligatorias a la vez que mejorar las estrategias para proteger a las maternidades de los dispositivos patriarcales (apropiación de la medicina y la tecnología de los cuerpos y el poder de decisión de las mujeres, contextos sociales y legales que desprotegen a las mujeres madres, etc). En síntesis, ampliar la plataforma feminista para integrar la posibilidad de vivir la experiencia maternal desde un paradigma de libertad, respeto y alegría.

Entiendo que este trabajo es un aporte específico al campo de la sociología de género uruguayo.

En la exposición de la tesis organizo cinco capítulos.

El primero, el marco teórico, presenta una síntesis de puntos de vista conceptuales que muestran desde donde me posiciono para analizar el problema: ciudadanía, género y derechos sexuales y reproductivos; las teorías feministas y su relación con la maternidad; las teorías sociológicas sobre la medicalización de las sociedades; y los distintos modelos posibles de cuidado a la salud humana.

En el segundo capítulo desarrollo un marco contextual necesario para ubicar el tema:

planteo un recorrido histórico sobre cómo algunas de las sociedades occidentales y sus medicinas hegemónicas se han relacionado con los cuerpos y los procesos reproductivos de las mujeres; luego expongo los procesos de medicalización del parto así como el proceso uruguayo en el marco de su medicalización social específica; por último planteo una síntesis de las políticas sobre salud sexual y reproductiva en Uruguay.

El tercer capítulo se ocupa de explicar el marco metodológico desde donde trabajé: la epistemología feminista y el paradigma cualitativo de investigación social. También explica la pertinencia de utilizar paquetes de software específicos para el análisis de datos.

El cuarto capítulo muestra el análisis realizado. Se organiza en seis subcapítulos: caracterización sintética del modelo de atención al parto y nacimiento en Uruguay; la producción del parto tecnocrático en Montevideo; violencia de género y violencia institucional en la atención del parto; causas de las cesáreas innecesarias; procesos de permeabilidades y vulnerabilidades de las mujeres en el momento de parir; propuestas para la mejora de la atención desde la perspectiva de humanización.

El último capítulo presenta las reflexiones finales.

Marco teórico

1.1 La Ciudadanía en tensión: cuestionamientos desde los derechos sexuales y reproductivos y la perspectiva de género

El concepto de género no ha sido definido de una vez y para siempre, su significado se ha ido transformando desde el elocuente descubrimiento de los investigadores Stoller y Money (Montecino y Rebolledo, 1996). Quienes abocados al estudio de las disfunciones sexuales se preguntaron por qué habiendo las mismas disfunciones (por ejemplo, hermafroditismo) en los sujetos, cada uno definía su identidad sexual de manera diferente. Descubren así que la asunción de las identidades de mujer u hombre dependía más de la socialización de los individuos estudiados (identidad asignada por los padres) que de datos biológicos u hormonales. Aparece así una distinción conceptual entre sexo y género.

Scott (1996) plantea que es entre las feministas americanas, que se difunde el término de "género" para señalar el carácter social de las distinciones basadas en el sexo. Su surgimiento estuvo alentado por la confianza en que la investigación sistemática de las mujeres transformaría los paradigmas de la investigación social. El logro de este objetivo dependería de la amplitud que obtuviese el género como categoría analítica. Sin embargo, su uso ha incluido un conjunto heterogéneo de posiciones teóricas así como también laxas referencias descriptivas a las relaciones entre los sexos (Scott, 1996:3)

De todos modos desde las últimas décadas del siglo pasado han venido creciendo las investigaciones, tanto de la academia como de los movimientos sociales, que tratan de rescatar el punto de vista de las mujeres y sus aportes en los procesos históricos, así como de demostrar, con datos estadísticos, estudios históricos, sociológicos y antropológicos, las desigualdades de género presentes en las sociedades actuales. Esta tesis se nutre básicamente de este tipo de estudios, los que intentan mostrar y deconstruir el fundamento patriarcal y misógino principalmente en el campo de ciencia médica occidental y en la construcción social de la maternidad.

Como referencia teórica de la definición de género tomo la conceptualización de Scott (1996) pues trasciende las miradas culturalistas y jerarquiza al poder como elemento constitutivo de las relaciones entre los géneros. La misma trata de desmarcarse de calidades fijas y oposiciones binarias, así como intenta una deconstrucción genuina de los términos de la diferencia sexual. (Scott, 1996:20)

Su definición integra dos proposiciones: " ... el género es un elemento constitutivo de las relaciones

sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder ..." (Scott, 1996:23). Dentro de la primera proposición el género comprende cuatro elementos interrelacionados: símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples; conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos; nociones políticas y referencias a las instituciones y organizaciones sociales; y la identidad subjetiva. Luego la segunda proposición plantea al género como el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder. "No es el género el único campo, pero parece haber sido una forma persistente y recurrente de facilitar la significación del poder en las tradiciones occidental, judeo-cristiana e islámica " (Scott, 1996:23-28).

La perspectiva de género devenida de la teoría feminista ha puesto en evidencia algunas debilidades de la construcción occidental del concepto de ciudadanía. En principio puso de manifiesto la gran brecha que existe entre el reconocimiento formal de derechos y el ejercicio real de los mismos, especialmente en el colectivo de las mujeres. La relación entre los derechos y las mujeres se organizó tomando como base la tutela, generando desigualdades genéricas en términos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

Por otra parte, el punto de vista de género cuestionó el universalismo del esquema tradicional de ciudadanía, demostrando cómo políticas consolidadas como bases de los Estados de Bienestar reproducían las hegemonías de género patriarcales. Showstack (1998) señala que si se continúa con la ceguera de género en las instituciones - las normas que gobiernan sus prácticas, el lenguaje, sus conceptos y la justicia - se está contribuyendo a la reproducción de la subordinación de las mujeres. Su planteo para deconstruir este universalismo es trabajar desde la perspectiva histórica estudiando los procesos que beneficiaron a los hombres en relación a las mujeres.

Astelarra (2002) entiende que existen dos tipos de derechos humanos olvidados que deben ser incorporados urgentemente al ámbito público y garantizados en su sustancialidad: el derecho a que la ciudadanía reciba los cuidados necesarios para su supervivencia por parte de los estados y la sociedad (y que no recaiga solo en el trabajo no remunerado de las mujeres) y los derechos sexuales y reproductivos. Para la incorporación de estos últimos en el campo de la ciudadanía es indispensable incorporar la dimensión del cuerpo como ámbito político de discusión y concretamente el cuerpo de las mujeres como entidad sobre la cual tienen repercusión las libertades fundamentales adquiridas o negadas. (Gainza, *et*

al, 2010)

Las convenciones internacionales sobre derechos humanos, derechos de las mujeres y derechos económicos, sociales y culturales no tienen afirmaciones específicas sobre los derechos sexuales y reproductivos de las poblaciones². Por esto estamos recién en un proceso de conceptualización de los derechos sexuales donde la actual iniciativa de Propuesta de Convención Interamericana de los derechos sexuales y los derechos reproductivos³ aparece como estrategia fundamental. A la hora de hacer cumplir el derecho a decidir, y el derecho a decidir sobre el cuerpo por parte de las mujeres, ya sea para interrumpir un embarazo o para ejercer la maternidad libremente⁴, no existe normativa internacional que obligue a los estados a garantizarlos. (Gainza, *et al*, 2010)

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

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

En términos de ciudadanía, Bojórquez (2002) tomando a Bustelo (1999) plantea dos formas de conceptualizar las políticas ciudadanas: la ciudadanía asistida y la ciudadanía emancipada. La primera surge desde el modelo hegemónico, donde el mercado regula los mecanismos y la presencia del Estado es mínima. En esta tendencia, la ciudadanía es de naturaleza civil y la ciudadanía política se expresa como el derecho a elegir y ser elegido, pero lo más importante, los derechos sociales no son demandables, no implica la distribución de la riqueza y las políticas sociales se limitan a focalizarse en la pobreza. De este modo parte de las políticas sociales contribuyen, más que a erradicar, a mantener la pobreza. Por su parte, la ‘ciudadanía emancipada’ es una propuesta socialmente inclusiva.

² Se revisó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), la observación general N.14 al PIDESC <http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm> , y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm>

³ Campaña por una Convención Interamericana de los derechos sexuales y los derechos reproductivos (mayo, 2010). Disponible en: http://www.convencion.org.uy/01campana/Documentos/Convencion_2010/prop2010-lima-esp.pdf

⁴ Por ejemplo en Uruguay el Sistema de Nacional de Salud no garantiza la cobertura de las mujeres que quieren parir en sus casas.

Implica la conformación de una comunidad de argumentos, que como proceso en sí mismo construye acuerdos e inclusión, con acceso a un empleo productivo y a la educación de calidad, así como a los códigos socialmente relevantes que impliquen la ampliación y participación de los derechos y responsabilidades de los hombres y las mujeres. (Bojórquez, 2002:4)

La efectivización de los derechos sexuales y reproductivos y la capacidad de tomar decisiones sobre el propio cuerpo pone en juego la calidad de la ciudadanía. Entiendo que la reflexión sobre este asunto es una instancia válida para dar cuenta de la concepción que la sociedad tiene sobre la sexualidad y la reproducción, pero también sobre la autonomía y libre determinación que las personas y concretamente las mujeres tienen, o deberían tener sobre el propio cuerpo.

1.2 Encuentros y desencuentros entre maternidades y feminismos

La gran tarea de los feminismos a través de la historia ha sido denunciar y poner en tela de juicio los discursos y dispositivos que sostienen las relaciones desiguales de poder entre el colectivo de hombres y el colectivo de mujeres. Siguiendo a Lozano entiendo que concebir el feminismo como una teoría crítica implica:

“... cuestionar tanto la versión modernista de la razón totalizadora, esencialista y políticamente represiva, como el rechazo posmoderno de todo contexto relacional amplio... -en donde la tarea consiste en- la creación, tanto simbólica como real, de nuevos espacios, relaciones e identidades que permitan afrontar la diferencia y la alteridad como parte de un discurso de justicia, compromiso social y lucha democrática.” (Lozano, 2001:30)

Uno de los principales intereses del movimiento feminista ha sido poner en cuestión las concepciones y discursos sobre la maternidad en las sociedades occidentales y su función en la sujeción de las mujeres como sujeto político.

Saletti (2009) al analizar los discursos del feminismo sobre la maternidad distingue dos posturas: las que deconstruyen el modelo maternal patriarcal y las que reconstruyen la maternidad, entendiéndola como fuente de placer, conocimiento y poder específicamente femeninos.

Si bien estas posturas tienen puntos de conflicto⁵, creo en la validez de un proyecto feminista que siga deconstruyendo los mandatos patriarcales⁶ hacia la maternidad, a la vez que apueste a la construcción de maternidades elegidas, respetadas y gozadas.

En lo que sigue señalaré los aspectos centrales de cada una de estas posturas y una crítica final desde la perspectiva deconstructivista.

1.2.1. Feminismos que deconstruyen el modelo maternal patriarcal

A partir de las investigaciones de Simone de Beauvoir en *El Segundo Sexo* (Beauvoir, 1981), el feminismo de segunda ola, se ocupará de analizar la función hegemónica de la maternidad como punto clave dentro del sistema patriarcal, y específicamente para la opresión y dominación de las mujeres.

En el capítulo dedicado a "La madre", De Beauvoir (1981) se centra en la denuncia del mandato maternal que no permite, en la gran mayoría de los países en la década de los '40, que las mujeres puedan interrumpir legalmente sus embarazos. En contra de los discursos médicos de la época, que junto a la Iglesia, sostienen que el aborto es un crimen, dirá: "... cuando esos mismos médicos <<bien pensados>> exaltan la maternidad, afirman que el feto forma parte del cuerpo materno, que no es un parásito que se alimente a sus expensas." (De Beauvoir, 1981:557).

De Beauvoir a la vez que aporta argumentos para la libertad de decisión de las mujeres sobre su cuerpo reproductivo, muestra una concepción sobre gestar y parir como pertenecientes al mundo de la intrascendencia, en donde la acción reproductiva es una repetición no creativa para la supervivencia de la especie:

"Lo que de singular hay en la mujer encinta es que, en el momento mismo en que su cuerpo se trasciende, es captado como inmanente;... La trascendencia del artesano, del hombre de acción, está ocupada por una subjetividad; pero en la futura madre la oposición entre sujeto y objeto queda abolida; ella forma con ese niño de que está henchida una pareja equívoca a quien la vida sumerge; prendida en las redes de la Naturaleza, es

⁵Por ejemplo, desde el feminismo que deconstruye el modelo maternal patriarcal se entiende que los feminismos que enaltecen la maternidad son esencialistas y funcionales al patriarcado porque siguen idealizando la primer causa de opresión hacia las mujeres. Desde el feminismo que reconstruye la maternidad se cree que la mayoría de las posturas feministas al buscar la igualdad con los hombres menosprecian la experiencia maternal y se pierden de reconstruirla como fuente de poder y placer para el colectivo de mujeres.

⁶El Patriarcado ha sido ampliamente adoptado como categoría de análisis a partir de los años setenta del siglo pasado. Se puede definir como "Un sistema de relaciones intersubjetivas y sociales, en el sentido de su entramado institucional, marcado por asimetrías de género, clase, etnia, taxonomías religiosas y culturales y otras formaciones históricas de dominación, cuyas características y consecuencias se manifiestan tanto en la producción simbólica como en los niveles materiales y en las acciones económicas y políticas" (Lozano, 2001:77).

planta y bestia, una reserva de coloides, una incubadora, un huevo;... Porque ella no hace verdaderamente al niño: éste se hace en ella; ... las creaciones que emanan de la libertad plantean el objeto como valor y lo revisten de una necesidad: en el seno materno, el niño está injustificado, no es todavía más que una proliferación gratuita, un hecho bruto, cuya contingencia es simétrica a la de la muerte” (De Beauvoir, 1981:573-575)

Varias feministas han criticado la dicotomía existencialista, asumida por De Beauvoir, que propone por un lado a lo masculino como producción y trascendencia, mientras que asume a lo femenino como reproducción inmanente (Boulous (1998), Le Doeuff (1989), en Lozano, 2001:90). Por su parte Zerilli (1996) plantea que la dramatización del cuerpo materno realizado por De Beauvoir es una suerte de ‘retórica del horror’ que plantea al embarazo como la prisión de las mujeres, tratando de desestabilizar la idea masculinista de la madre y cuestionar la visión monolítica del deseo maternal femenino (en Lozano, 2001:91).

La obra de De Beauvoir (1981) tuvo amplia influencia en la argumentación y creación de plataformas de acción para los feminismos de posguerras. Creo que en ese momento histórico de fuertes luchas por la emancipación de las mujeres y desmarcación del destino patriarcal, se tornó necesaria la dramatización del cuerpo materno que plantea Zerelli. Me pregunto si en la actualidad ya podremos dar un paso en el camino de deconstrucción de los mandatos patriarcales hacia la construcción de un proyecto feminista que incluya la maternidad elegida.

De Beauvoir (1981), Mead (1961), luego Knibiehler (1991) y Badinter (1991) entre otras, sumaron argumentos para demostrar que el “instinto materno” no existe como tal, sino que es una construcción cultural.

Estudiando cómo las distintas culturas, en diversas épocas, concebían a la maternidad y sus prácticas, llegaron a la conclusión de que:

“... no existe el <<instinto maternal>>: en ningún caso es aplicable ese vocablo a la especie humana. La actitud de la madre es definida por el conjunto de su situación y por el modo en que la asume.” (De Beauvoir, 1981:592)

La exaltación del amor maternal como valor simultáneamente natural y social correspondió históricamente con las necesidades del sistema de producción en desarrollo. En los albores

de la sociedad industrial, a partir de la necesidad de varones libres y listos para el trabajo en las fábricas, fue prioritario convencer a las mujeres de las bondades de asumir un rol doméstico de cuidado, en el marco de la creciente 'familia nuclear'. Varios procesos fueron confluyendo para lograr la asunción de las mujeres de su nuevo rol.

Uno fue la utilización de la familia como segmento privilegiado para gobernar a la población, ésta debía convertirse en algo denso, estable, que garantizara la buena crianza de los niños/as y un cuerpo sano de trabajadores necesarios para abastecer la incipiente sociedad industrial. Para esto el poder médico impuso una serie de cambios en la alimentación, en la higiene y en la forma de cuidados, utilizando a las mujeres como nexo para llegar al resto de la población. Éstas fueron las garantes del cumplimiento de las nuevas tendencias de la forma de vida, inaugurando para sí el rol de responsabilidad afectiva y de cuidado de la familia. (Foucault, 1979)

Por otro lado, en paralelo a la aparición del nuevo concepto de infancia se comenzó a incitar a "las madres" a ocuparse personalmente de los hijos/as y se les impuso la lactancia como forma de disminuir la mortalidad infantil. Montesquieu, Voltaire y Rousseau influyeron fuertemente en la transformación de la función materna. (Badinter, 1991:121-131)

Mary Nash (2000) plantea que los médicos difundieron un discurso sobre la maternidad entendida como el mandato biológico ineludible para las mujeres en donde se desborda lo biológico para abarcar una maternidad social. Por otra parte la autora imputa a la maternología (la nueva ciencia que "enseñaba" a las madres a ser madres) de representar la pérdida de validez de la experiencia biológica maternal y su asignación a conocimientos científicos ajenos procedentes de profesionales de la medicina, en su vasta mayoría, varones. "De forma paradójica, pues, junto con la sublimación de la maternidad, eje vertebrador del prototipo de mujer de la época, a lo largo del siglo XX, asistimos de manera paralela a una creciente desvalorización social de la figura de la madre presentada en muchas ocasiones como persona incapaz por sí misma de cumplir con los requisitos de la maternidad biológica" (Nash, 2000:696).

Por su parte el feminismo radical y las teóricas del patriarcado ven en la función maternal el origen de todas las subordinaciones para las mujeres. Plantean que la necesidad de los varones de dominarlas está basada en su alienación con respecto de los medios de

producción de la especie (Scott, 1996:9). Como meta para la liberación Firestone (1970) apuesta a la reproducción artificial para terminar con la tiranía que impera en la familia biológica (Lozano, 2001:86).

Ya De Beauvoir (1981) creía en las bondades del adelanto científico-médico los caminos para liberar a las mujeres de su sufrimiento:

“Los métodos de la anestesia están en vías de desmentir la afirmación bíblica: <<Parirás con dolor>>; corrientemente utilizados en Norteamérica, empiezan a extenderse en Francia; en marzo de 1949, un decreto acaba de hacerlos obligatorios en Inglaterra” (De Beauvoir, 1981:585).

Pero este adelanto científico médico no significará *per se* la panacea de la libertad de las mujeres. Como veremos en el siguiente subcapítulo, durante el siglo XX continuará la mirada patologizante del cuerpo y funciones femeninas, así como la violencia sobre la salud y las subjetividades de las mujeres. (Giberti, 1992; Fernández, 1994; Barrán, 1991)

En el marco de los estudios de género la maternidad comienza a ser definida como una categoría que si bien tiene una función biológica como trasfondo, elabora un conjunto de asignaciones simbólicas con la que mujeres y hombres deben enfrentarse individual y colectivamente (Lozano, 2001:13). En donde las representaciones dominantes de la maternidad se construyen en función de las necesidades del contexto político y social, y en estricta relación con el sistema de relaciones de género que las subyace.

En la actualidad, cuando los discursos conservadores y de algunas corrientes de la Iglesia reivindican su oposición a la autonomía de las mujeres sobre su cuerpo, entiendo que sigue siendo una necesidad deconstruir la igualdad patriarcal: mujer=madre. Mujica (2007) plantea que los grupos conservadores están creciendo en el mundo y que éstos se apropiaron del discurso sobre el derecho a la vida, pero ¿qué tipo de vida?:

“ No se trata de la vida como derecho de elección. Tampoco de la vida responsable y autónoma del liberalismo. Se trata, más bien, de un mandato de constricción de la vida, un mandato que desde el período clásico ha puesto la mira en el sistema de reproducción (naturalizado). La vida que los conservadores defienden encierra sustancialmente un discurso reproductivo: la reproducción biológica a través de la familia monogámica heterosexual; la reproducción de la moral católica a través de la educación y la Iglesia; la reproducción de las divisiones sociales de clase, económicas, desde la política.” (Mujica, 2007:78)

1.2.2 Feminismos que reconstruyen a la maternidad

Estas posturas plantean asumir la capacidad generadora del cuerpo de las mujeres, considerándola como fuente de placer, conocimiento y poder específicamente femeninos. Saletti (2009) siguiendo a Rich (1976), diferencia la experiencia maternal (la relación potencial de las mujeres con la reproducción) de la institución maternal (cuyo objetivo es asegurar que este potencial y las mujeres permanezcan bajo el control patriarcal); desde estas visiones se intenta desligar la maternidad de las representaciones hegemónicas que aseguran la permanencia de las mujeres bajo el control masculino (Saletti, 2009: 6).

En general autodefinidas como ecofeministas, son mujeres que se movilizan a través de luchas locales de carácter ecologista, feminista, pacifista y espiritual (Blázquez, 2004:1). Una de sus representantes, Shiva (1988) propone:

“... reivindicar el principio femenino como respeto por la vida de la naturaleza y la sociedad parecen ser el único camino para avanzar tanto hombres como mujeres, tanto el Norte como el Sur” (en Lozano, 2001:98).

Lozano (2001) entiende que el “principio femenino” del que habla Shiva es imposible de sostener si no se recurre a categorías esencialistas de la feminidad.

Dos autoras, Rodríguez y Cachafeiro (2007) retomando la distinción entre maternidad como institución y como experiencia, desarrollan una compleja red conceptual para explicar cómo la imposición de la Madre Patriarcal (institucionalizada) tiene el objetivo de crear seres humanos fáciles de someter al sistema hegemónico para alimentar sociedades inequitativas y jerárquicas⁷. Plantean que se trata de matar el deseo materno e infantil a partir de la represión de la sexualidad de las mujeres y los niño/as.

“La ecuación que se establece en este libro: represión del deseo materno = sumisión inconsciente, decíamos que no es ninguna novedad porque en la misma Biblia se afirma que la obediencia del infante depende de que no se le mime, que el tallo hay que enderezarle cuando es tierno, que la rebelión se produce cuando no se reprime desde el principio, etc.etc.” (Rodríguez y Cachafeiro, 2007:34)

Según estas autoras, las madres patriarcales obedecen los mandatos: de separarse prontamente de sus bebés, de no satisfacer sus necesidades a demanda por miedo a criar niños/as mal-enseñados, de enseñar desde el nacimiento que hay que reprimir los deseos. A partir de la represión de la sexualidad ‘básica’ se impediría la creación de seres humanos autorregulados socialmente a partir de la ayuda mutua.

⁷Asunto que se complementa muy bien con la descripción de Barrán (1999) de las funcionalidades del rol maternal exigido a las mujeres por los médicos en el siglo XX en Uruguay, (desarrollado en el marco contextual)

“La ordenación patriarcal de las cosas se mantiene reduciendo la sexualidad a la genitalidad, puesto que una de sus principales premisas es la de atajar toda la sexualidad espontánea que no sea falocéntrica, coital y adulta. Así es cómo se sustrae la maternidad de la vida sexual de la mujer, dejando en manos de la medicina las manipulaciones necesarias para hacer funcionar su fisiología sin libido; es decir, institucionalizando una maternidad robotizada, que afirma a la madre patriarcal...” (Rodrigáñez y Cachafeiro, 2007:18)

Desde este punto de vista también hay un rechazo a la utilización del llamado ‘instinto maternal’, pues se entiende que este reduce a las mujeres a la categoría animal, en vez de darle el lugar humano y conceptualizarlo como ‘deseo materno.’

En estas corrientes aparece una crítica a las formas de lucha de la mayoría de los movimientos feministas; entienden que los grupos que luchan por la emancipación de las mujeres deberían tener en cuenta que la maternidad = a esclavitud siempre y cuando se cumpla que la maternidad sea funcional al proyecto patriarcal. (Rodrigáñez y Cachafeiro, 2007:22;207)

Por eso plantean, desde el feminismo de la diferencia, que es equivocado luchar por la igualdad de géneros aboliendo las diferencias sexuales:

“Pretender una homologación o una igualdad con el sexo masculino -el Uno significante- conduce a la deformación falocéntrica de la sexualidad femenina que hemos tratado de desmitificar aquí, a la existencia de un único sexo,... expertas en la organización social patriarcal...adoptando el arquetipo masculino patriarcal como el arquetipo humano único posible, en definitiva, asumiendo en aras de la igualdad, los intereses y valores patriarcales ” (Rodrigáñez y Cachafeiro, 2007:219-221)

1.2.3 Una mirada feminista y deconstructivista

Encontramos desde aquí una crítica generalizada hacia la relación entre sexo, género y cuerpo mantenidas por la mayoría de las posturas feministas que comparten el paradigma moderno. Josefina Fernández (2003), a riesgo de reduccionismos, coloca dentro del paradigma moderno a: feministas como De Beauvoir, Firestone, Wollstonecraft, a feministas liberales, humanistas, ecofeministas y constructivistas; en donde todas comparten la visión moderna de que el cuerpo es una unidad orgánica autónomamente integrada y es así por designio de la naturaleza.

“Congruente con este supuesto, la sexualidad, el género y también la raza, son a menudo considerados atributos de un cuerpo que se presenta a sí mismo como una superficie pasiva, como un objeto prediscursivo con una estructura orgánica y jerárquica de funciones. La diferencia sexual constituye la base sobre la cual se

imprimen significados culturales y éstos son diferentes según se trate de “machos” o “hembras”. Lo sexual se mantiene en el orden de lo natural, como categoría biológica prediscursiva.” (Fernández, 2003:141)

La crítica de Fernández (2003) refiere a que tanto tomando al cuerpo desde versiones negativas (el cuerpo como limitación para el logro de la igualdad y la trascendencia) o positivas (el cuerpo femenino como medio de conocimiento y poder), se comparte una noción de cuerpo determinado biológicamente, ahistórico y ajeno a las transformaciones culturales (Fernández, 2003: 142)

La propuesta deconstructivista abandona al cuerpo sexuado fijo. Se lo conceptualiza como un campo abierto a diversas interpretaciones, entretejiendo y constituyendo sistemas de significación y representación: “El cuerpo es objeto político, social y cultural, no una naturaleza pasiva gobernada por la cultura” (Fernández, 2003: 146-147). Fernández (2003), siguiendo a Butler (1991) plantea que las relaciones entre sexo y género en los discursos feministas se encuentran demasiado enmarcadas en el par naturaleza/cultura:

“Si el sexo es un producto cultural en la misma medida en que lo es el género, o el sexo siempre es un sexo generizado, la distinción entre uno y otro resulta no ser una distinción en absoluto. No tiene sentido definir al género como interpretación cultural del sexo si el sexo mismo es una categoría ya generizada” (Fernández, 2003:148).

Esta mirada nos enfrenta a nuevos desafíos conceptuales. Podríamos pensar en las nuevas tecnologías sobre el campo reproductivo, no ya desde una mirada en donde la cultura manipula a un cuerpo sexuado sino, deconstruyendo y transformando al cuerpo-sexo-generizado.

Preocupada por la función sobre las mujeres de estas nuevas tecnologías Braidotti (2000) emite una alerta:

“En realidad, me temo que la deslocalización de las diferencias sexuales, el nuevo hiato que se abre entre la reproducción y la sexualidad y la apropiación biotecnológica de la procreación, se den precisamente en el momento histórico en que las mujeres han reivindicado explícitamente el control político sobre su cuerpo y su sexualidad. ... la situación del biopoder podría significar que las mujeres corran el riesgo de involucionar desde la heterosexualidad compulsiva impuesta por el vínculo homosocial masculino hacia la alta tecnología reproductiva. Pasaríamos del período neolítico a la era postindustrial, saltando por encima de la etapa más importante: el proceso de devenir sujeto llevado a cabo por las mujeres... La intervención biotecnológica está ofreciendo una redefinición de lo maternal, de la diferencia sexual, antes de que las mujeres hayamos tenido la oportunidad de reformular nosotras mismas esta compleja cuestión: siempre hay algo que se nos adelanta a

decirnos qué es lo que estamos buscando...” (Braidotti, 2000:106)

1.3 Medicalización de la vida social

1.3.1 El concepto de medicalización en Ciencias Sociales

La medicalización de la vida social, aspecto central de la modernidad, refiere al proceso por el cual los valores y parámetros técnicos emanados de la medicina se expanden en la sociedad y comienzan a intervenir en espacios en donde anteriormente no lo hacían. Nuevos aspectos de la vida van tornándose del ámbito médico tales como la concepción, el embarazo, el nacimiento, el crecimiento, el climaterio, la vejez y la propia muerte. Con ello es posible codificarlos en términos de riesgo y salud/enfermedad generando una intervención creciente en las relaciones sociales en nombre de la salud. Este proceso no se ha quedado sólo en el ámbito biológico individual, desbordándolo, ha logrado ser una pieza fundamental en el diseño y ejecución de distintas componentes de la política pública en nuestras sociedades. Los valores de la medicina se infiltraron en la mentalidad y sensibilidad de los constructores y reformadores del Estado, configurándose como dispositivos de poder en el cuerpo individual y social. (Barrán, 1993; Germain, 2005; Mitjavila, 1998; Ortega, 2008)

Para Marisa Germain (2005) las condiciones necesarias pero no suficientes para que se den estos procesos son: que la sociedad sea mercantil (en donde cualquier cosa que pueda ser realizada en el marco de la cultura –bienes, servicios, usos, etc.–, esté determinada a convertirse en mercancía); y que exista un campo de prácticas al que aplicarse bajo el denominador común de perpetuar la vida (individual o de la especie).

Según Mitjavila (1998), las tesis de Iván Illich son las más difundidas y de mayor influencia sobre el problema de la medicalización de las sociedades modernas, estas son:

a) La medicalización de la vida es socialmente iatrogénica: o sea, produce efectos única o predominantemente negativos, a nivel de las condiciones de salud de los individuos. Esta iatrogenia posee tres dimensiones: clínica, manifestada en la sustitución de las capacidades naturales u orgánicas por la administración heterónoma de la salud; social - involucrando la pérdida de control, por parte de los sujetos individuales y colectivos, tanto

de sus condiciones internas como de aquellas referidas al medio ambiente; y finalmente, cultural – registrándose cuando la medicina socava en los individuos la capacidad para aceptar el sufrimiento como parte de la vida.

b) La medicalización impide el ejercicio directo del autocuidado: como resultado del establecimiento del monopolio del arte de curar por parte de los médicos, inhabilitando a los individuos para practicar el autoconocimiento y la autointervención terapéutica.

c) La medicalización se expande y penetra uniformemente en la totalidad del tejido social: mediante la estandarización del conocimiento y de la intervención sanitaria. De acuerdo con las tesis más aceptadas, se trataría de un fenómeno lo suficientemente abarcador como para tornar universal y prácticamente inevitable la exposición de los sujetos sociales a los procesos colonizadores de la medicina. (Illich, 1987: 13-17;171 en Mitjavila, 1998:10-11)

1.3.2 La perpetuación de la vida como fundamento del creciente control individual y social

En el correr del Novecientos se comenzó a percibir una tendencia que hoy se ve consolidada, la idea de que la higiene y la preservación de la salud son casi que la única fuente "...de una nueva ética que en 1919 el psiquiatra uruguayo Santín Carlos Rossi comenzó a llamar "moral fisiológica" (Barrán, 1999:19).

La extensión de la vida individual y de la especie se comenzó a concebir como recurso productivo esencial para el desarrollo de las sociedades. Pero no daba igual cualquier tipo de individuo, era necesario alimentar al sistema capitalista en desarrollo con personas capaces de asegurar su continuidad. Es así que las sociedades comienzan a ejercer un control, al decir de Foucault (2002), en el cuerpo y con el cuerpo de los individuos. Este autor plantea que el poder sobre la vida se desarrolló bajo la forma de dos ideas principales: 'el cuerpo como máquina', en donde se lo pretendió educar, aumentar sus aptitudes, domesticar, integrarlo a sistemas de control, lo que llamó anatomopolítica del cuerpo humano; y el 'cuerpo como especie', el control de la proliferación, la natalidad, la mortalidad, el nivel de salud y la duración de la vida, llamada biopolítica de la población.

'El establecimiento durante la edad clásica, de esa gran tecnología de doble faz -anatómica y biológica, individualizante y especificante, vuelta hacia las realizaciones del cuerpo y atenta a los procesos de la vida –

caracteriza un poder cuya más alta función (es) ... invadir la vida enteramente" (Foucault, 2002:168-169).

Marisa Germain (2005) plantea que el proceso de medicalización de la vida social es posible y hace posible a la vez, la existencia de ciertos bienes en función de cuya defensa el individuo adulto puede ser, no sólo orientado, sino incluso forzado a actuar más allá o contra su voluntad.

"Esto es, un proceso de usurpación progresiva por parte del Estado (y sus agencias) de la capacidad de disposición autónoma del individuo sobre su propia existencia. ... la biolegitimidad. Es decir una justificación del ejercicio del poder en la aspiración de hacer persistir la vida biológica." (Germain, 2005) .

1.3.3 Influencia de los valores médicos en otros campos sociales y políticos

En menos de 100 años, la medicina técnico-científica logró obtener una preeminencia notoria basada fundamentalmente en su carácter de autoridad experta. Análogamente a las religiones de Estado en el pasado, la medicina: posee un monopolio que goza de aprobación oficial, consistente en el derecho a definir y tratar la salud y la enfermedad en los seres humanos (Mitjavila, 1998:3). Cuenta con tres capacidades importantes para mantenerse como fuente de poder: la de influenciar y vincular a otras prácticas poderosas como por ejemplo el derecho penal (en situaciones de aborto, eutanasia, pericias penales, etc); la facultad de distinguir lo normal de lo patológico, o lo que puede determinarse en riesgo de devenir anormal; y la plasticidad para tomar tecnologías provenientes de otros campos (Germain, 2005).

Varios autores (Canguilhem, 1986; Freidson, 1978) entienden que el criterio de normalidad que utiliza la medicina, es más axiológico que estadístico. A semejanza de la Religión y el Derecho, la práctica médica, constituye una realidad social que muchas veces es distinta e independiente de la realidad física (Mitjavila, 1998:5). Por otro lado Freidson (1978) encuentra que lo que antes era calificado como criminal y pecaminoso, ahora es concebido en términos de enfermedad:

"Lo que en el pasado era llamado crimen, locura, degeneración, pecado y aún pobreza, en nuestros días es llamado enfermedad, y la política social pasó a adoptar una perspectiva adecuada a la imputación de enfermedad." (Freidson 1978: 252 citado en Mitjavila 1998:7)

Por ejemplo, a través de la teoría de la Eugenesia (que se proponía combatir la "degeneración de la raza" supuestamente amenazada por las enfermedades y los vicios

populares) los médicos del Novecientos ayudaron a dar forma a la utopía de la sociedad gobernada por principios biológicos. De esta forma la preservación de "la calidad de la raza", la cual condenaba lo anormal, lo marginal y lo enfermo, servía de principio para la política estatal siendo los regímenes nazi-fascistas quienes llevaron el modelo hasta sus últimas consecuencias. (Barrán, 1999: 206)

Nuevos aspectos se convirtieron en acción y vigilancia médica: la decadencia del ser vivo se tornó insoportable y por lo tanto combatible; el embarazo, el parto adquirieron nuevos valores sociales; y el dolor, absolutamente diabolizado, comenzó a ser atendido ahora en todas sus manifestaciones. De hecho la medicina:

"... no se devoró a sí misma, devoró a la cultura. La "higiene", nombre modesto que asumió la medicina preventiva en el siglo XIX y buena parte del Novecientos presuponía medicalizar por entero a la sociedad." (Barrán, 1999:227).

1.3.4 La salud desde la perspectiva de género

Desde el feminismo, Ehrenreich y English (1981) realizan una crítica a cómo el movimiento de mujeres se ha relacionado con la medicina. Plantean que si bien se ha tomado cierta conciencia de la opresión específica que ejerce la medicina sobre las mujeres no se ha llegado a desafiar realmente el poder de la misma como un poder de tipo patriarcal. Entienden que en muchos casos lejos de destruir el poder de la medicina, los movimientos de mujeres lo han fortalecido. Por ejemplo, ante la falta de asistencia sanitaria básica hacia la salud de las mujeres, producto de regímenes clasistas y patriarcales, el movimiento de mujeres ha asumido como suyas reivindicaciones de tipo más generales. "Obligadas a suplir ausencias graves, la mayoría de las veces no han podido cuestionarse si esta asistencia es o no un avance real, o en qué medida, para la autonomía de las vidas y cuerpos de las mujeres". (Ehrenreich y English, 1981:2-3)

Un ejemplo claro es la bienvenida acrítica a todas las nuevas propuestas tecnológicas para la atención del parto y nacimiento.

Recientemente comenzaron a realizarse diagnósticos e investigaciones que analizan la salud desde la mirada de género. Esta perspectiva, sin excluir las diferencias biológicas, estudia cómo los roles sociales, relaciones de poder y estereotipos que configuran las relaciones jerárquicas entre los géneros, son factores fundamentales en la promoción, protección o impedimentos para el goce de la salud. (Observatorio en salud, género y

derechos humanos, 2007). Este tipo de estudios abarcan: análisis por sexo y status del personal de la salud, tipos de problemas jerarquizados en la investigación y tratamiento médicos (por ejemplo se constata la no inclusión de las mujeres en los grandes estudios clínicos, o la desatención de ciertas enfermedades que las afectan); impactos diferenciales de las Reformas de la Salud.

Hilary Standing (2000) plantea que no se puede hablar de un mismo tipo de Reformas de la Salud en el mundo ya que este concepto tiene significados muy distintos en los diversos contextos nacionales y regionales. De todas formas las grandes tendencias a partir de los años '90 han sido enmarcadas en las políticas de ajuste estructural, con su conocida reducción del gasto público. Esto ha traído graves consecuencias en la atención de la salud de las mujeres debido a que, como son las reproductoras biológicas, cualquier deterioro en la provisión de servicios de salud reproductiva las impacta de forma desproporcionada, y porque en general las mujeres son las que llevan el peso de la reproducción social (Standing, 2000:7). Por otra parte, esta autora encuentra dos problemas en las últimas tendencias de las reformas en salud (Enfoques Sectoriales Amplios); el primero refiere a que se sigue sin tener en cuenta el trabajo no remunerado de las mujeres en la economía de la atención en salud; y el segundo que los monitoreos se hacen en base a indicadores cuantitativos de rendimiento institucional y no en base a indicadores cualitativos que evalúen la calidad de la atención. (Standing, 2000:19) Más específicamente en la Salud Reproductiva, la autora señala que existe una gran incomunicación entre ésta y las reformas de la salud; por ejemplo, mientras las reformas privilegian los aspectos gerenciales y técnicos, la Salud Reproductiva jerarquiza la mirada de los derechos humanos y empoderamiento femenino. Por otra parte, Standing afirma que si bien el movimiento por la salud de las mujeres ha realizado un buen trabajo de lobby internacional no ha tenido el diálogo suficiente con las agencias que nacional e internacionalmente están dirigiendo las Reformas de la Salud.

Un avance, desde el punto de vista de género, en salud, lo constituye el cambio conceptual que pasa del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Con esto se intenta trascender las visiones que privilegian "el binomio madre-bebé" y considerar los derechos de las mujeres en la atención sanitaria. Según López *et al* (2003) visto desde la

perspectiva de las necesidades prácticas y estratégicas de género⁸, el enfoque materno infantil no tiene en cuenta la función de los hombres en el cuidado y responsabiliza a las mujeres de los cuidados del hogar e integrantes. Sin embargo, desde la perspectiva de salud reproductiva:

“... se entiende que el cuerpo de las mujeres es el campo donde se anuda y donde anida el ejercicio de poder de género. La sexualidad y las decisiones reproductivas serán un *locus* privilegiado de análisis de las relaciones de poder entre los géneros. ... -se intenta- identificar y modificar las causas que estructuran las relaciones de poder, y que colocan a las mujeres en una posición de subordinación, incidiendo en el acceso y control de los recursos de la salud para su propio beneficio.” (López *et al*, 2003:26)

Se trata entonces de revertir las inequidades existentes e identificar las necesidades diferenciadas de mujeres y varones en relación con su salud, el acceso y uso de los servicios. (López *et al*, 2003:31)

1. 4 Modelos de atención a la salud humana⁹

Davis Floyd (2001) distingue tres modelos de atención de los cuidados sanitarios que afectan particularmente a las sociedades occidentales: el tecnocrático, el humanista y el holístico. Ellos difieren fundamentalmente en sus concepciones sobre el cuerpo y su relación con la mente:

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

Estos tres modelos afectan a la atención del parto contemporáneo. Davis Floyd (2001) señala que las personas que se dedican a la obstetricia y que combinan elementos de los tres modelos tienen la oportunidad de crear el mejor sistema obstétrico conocido hasta ahora. Afirma también que la perspectiva humanista como modelo de cambio se plantea como la oportunidad en esta época en que la tecnología ha penetrado profundamente dentro de las prácticas obstétricas. Tal como fue definido en el Congreso Internacional

⁸ Las necesidades prácticas de género son necesidades que las mujeres identifican en sus roles socialmente aceptados en la sociedad; Las necesidades estratégicas de género son aquellas que las mujeres identifican por su posición subordinada en la sociedad. Cubrir éstas últimas ayuda a las mujeres a lograr una mayor igualdad y a cambiar los roles existentes. (Moser, 1995: 326)

⁹ El presente subcapítulo sigue parte de la obra de la estadounidense Robbie Davis Floyd (1987, 1993, 2001, 2004), doctora en Antropología Cultural se ha especializado en estudiar la antropología de la reproducción. Ha escrito varios libros y diversos artículos sobre el modo como las sociedades occidentales organizan y ritualizan su reproducción. Es investigadora en el Departamento de Antropología de la Universidad de Texas, Austin. Para saber más de ella visitar: www.davis-floyd.com.

sobre Humanización de los Partos realizado en Fortaleza, Brasil en el año 2000: en donde el lema fue <<Humanizar el parto>>. (Davis Floyd, 2001:2)

De acuerdo a los objetivos definidos en este trabajo se profundizará en dos de estos modelos: el tecnocrático y el humanista.

1.4.1 El modelo tecnocrático y su expresión en la atención a los partos

Este modelo de atención a la salud humana deriva del paradigma mecanicista de la realidad jerarquizado en la revolución científica en Europa, en donde la sociedad occidental en expansión comercial tomaba a la máquina como metáfora para la organización del universo humano. En el transcurso del siglo XVII, aplicando la metáfora mecanicista al cuerpo humano, comenzó el proceso de traslado del cuerpo del ámbito de la religión y de la filosofía hacia el ámbito de la ciencia. La concepción del cuerpo como una máquina implicó entregarlo a la investigación científica dejando de lado fenómenos como los sentimientos, el contexto social, la espiritualidad y las diferencias de personalidad. (Davis Floyd, 2004: 27)

Según Davis Floyd (2004) el modelo tecnocrático puede ser sintetizado en doce principios básicos:

1) Separación mente - cuerpo: se asume que para conocer mejor algo es preciso aislarlo de su contexto. La tecnomedicina divide al individuo en partes que lo componen, pero antes que nada asume que la mente no reside en el cuerpo, sino que separada de él, lo trasciende. De esta forma se supone que la esencia cultural superior de la especie (su mente) puede permanecer inmutable mientras que el cuerpo, como parte de la naturaleza mecánica, se puede dividir, estudiar y reparar.

2) Vinculado al anterior está el principio de considerar el cuerpo como máquina: el modelo cartesiano opera para hacer del médico un técnico o un mecánico. Se cree que el cuerpo se rompe y para curarlo es necesario recurrir al hospital así como el auto es reparado en el taller mecánico. (Davis Floyd, 2004: 29)

Esta metáfora hace distinción de género, mientras el cuerpo masculino es tomado como la máquina ideal, el cuerpo femenino se veía como inminentemente defectuoso al alejarse

“del modelo”.

“En consecuencia, a pesar de la creciente aceptación del parto como algo mecánico como todos los demás procesos corporales, pasó a ser visto como un proceso mecánico inherentemente imperfecto y poco fiable, y la metáfora del cuerpo femenino como una máquina defectuosa finalmente formó la base filosófica de la obstetricia moderna”(Davis Floyd, 2001:2)

De este modo el hospital se convirtió en la fábrica, el cuerpo materno en la máquina y el bebé en el producto de fabricación industrial. (Davis Floyd, 2001:3)

3) Ver al paciente como un objeto y 4) Distanciamiento del médico: si el paciente es un objeto no importa su opinión y sentimientos; se desecha la posibilidad de que esté intelectualmente incluido en la conversación y decisiones, a pesar de ser la persona protagonista del proceso de salud-enfermedad. El médico realiza una especie de alienación con respecto de su paciente, elige conversaciones cortas y en donde no se comprometa afectivamente. Como su modelo de curación no incluye la función de las emociones en las afecciones, es lógico concluir que no haya ninguna necesidad de lidiar con las emociones del paciente. En el parto, aunque se sabe que el contacto físico y afectivo del equipo de salud son factores influyentes en su desenlace, es raro ver a un/a ginecólogo dar la mano o tocar afectivamente a las mujeres. (Davis Floyd, 2004; 2001)

5) Diagnóstico y tratamiento desde afuera hacia adentro (reparando disfunciones): el impulso racionalista promovió un abordaje mecanicista, materialista e intervencionista en la medicina, basado en el principio de causa-efecto de la ciencia newtoniana. En el parto esto se traduce en el uso de tecnologías de diagnóstico y tratamiento que tratan de <<regularizar>> los procesos que el sistema médico entiende no se están produciendo en tiempo y forma. Concretamente cuando se cree que el trabajo de parto está algo lento se perfora el saco amniótico y se le inyecta oxitocina a la mujer para acelerar el proceso. Del mismo modo, anteponiéndose a posibles atascamientos en el canal de parto se realiza la episiotomía de rutina para agrandar la apertura del periné. (Davis Floyd, 2001: 3)

6) Organización jerárquica y estandarización del cuidado: la forma más básica es la subordinación del individuo a la institución. La organización del sistema necesita que los/as pacientes respeten las rutinas hospitalarias, cuando muchas veces quizás no es lo mejor para ellos/as. Luego está la jerarquización

dentro del equipo de salud, en donde los médicos son los más poderosos frente a otras disciplinas como enfermería, partería, etc. Finalmente existe el sistema de especializaciones médicas que se coloca por encima de la atención primaria e instaura a la interna médica jerarquías dentro de las especialidades. En un sistema donde la desviación de una norma puede resultar en una demanda o en una acción por daños, se trata de estandarizar al máximo el cuidado. La norma genera protección legal y moral para la práctica médica. (Davis Floyd, 2004:38)

En los partos la estandarización es evidente en la mayoría de hospitales modernos:

“Al ingresar en el hospital, a la parturienta se la llevan en una silla de ruedas a la sala de dilatación. Allí le quitan la ropa, le piden que se ponga una bata y se le practica una exploración vaginal. Se le limita o prohíbe el acceso a la comida y le insertan una aguja intravenosa en la mano o en el brazo. El monitor fetal externo se conecta a la mujer para monitorizar la fuerza de sus contracciones y el latido del corazón del bebé. Se le practican exploraciones vaginales periódicas para comprobar el grado de dilatación. En la mayoría de hospitales modernos todas estas prácticas se realizan de forma rutinaria sin ninguna justificación científica” (Enkin et al., 2000; Goer, 1995, 1999; Rooks, 1997 en Davis Floyd, 2001:4).

Davis Floyd (2004) plantea que estos procedimientos son rituales que tienen la función de hacer creer a las mujeres que sus cuerpos son defectuosos y que necesitan de la intervención y alta tecnología para parir.

7) Autoridad y responsabilidad inherente al médico, no al paciente: cuando el médico tiene la autoridad el paciente carece de responsabilidad. Muchos médicos creen que solo a ellos les corresponde el curso de un tratamiento y que los pacientes deben obedecer. Los capacitan para presentar una opción como la única y la mejor; resistiéndose, en general, a considerar alternativas fuera de su paradigma. (Davis Floyd, 2004:43). Elementos como títulos y batas blancas indican su autoridad, que puede ser reforzada al no compartir información con pacientes y utilizar un lenguaje técnico incomprensible para los mismos. En el parto la mayor muestra de este poder está en la obligación de parir acostadas y abajo, mientras los médicos pueden estar parados en una perspectiva superior. Aún a sabiendas de que la posición horizontal complica el parto, es elegida por el sistema por la comodidad y conveniencia del médico/a. (Davis Floyd, 2001:5)

8) Sobrevaloración de la ciencia y de la tecnología: este modelo expresado en la obstetricia utiliza rutinariamente alta tecnología respondiendo a un propósito más profundo que el de producir bebés sanos, tiene que ver con uno de los aspectos de fuerte arraigo cultural que

constantemente surge a lo largo del proceso de embarazo y parto: el miedo frente a lo incontrolable de un proceso natural liderado por los cuerpos de las mujeres. Este profundo temor genera la ilusión de que se puede controlar su inminente incertidumbre. Entonces por un lado se genera la creencia social de que es posible controlar la vida y la muerte; mientras por otro lado el colectivo médico confirma y asume ese poder. Un ejemplo de uso abusivo de la tecnología en la actualidad lo constituye el Monitor Electrónico Fetal, máquina que cuenta los latidos del bebé y estima la fuerza de las contracciones maternas, si bien fue creada para prevenir intervenciones innecesarias brindando información certera sobre las condiciones del bebé y del progreso del trabajo de parto, ha traído consecuencias contrarias: índice mayor de cesáreas y aumento de los costos sanitarios.

“La rápida aceptación y difusión de la nueva tecnología con frecuencia tiene más que ver con su valor simbólico que con su real eficacia”. (Davis Floyd, 2004: 47)

9) Intervenciones agresivas con énfasis en resultados a corto plazo: en un modelo que cree en la cura desde afuera hacia adentro en general las enfermedades crónicas no pueden ser curadas, lo que se trata es de aliviar los síntomas. Y ésto se hace a través del uso de tácticas agresivas con alto nivel de efectos secundarios. Por otro lado, las sociedades occidentales, en su afán por controlar la naturaleza, creen que todo proceso natural puede ser mejorado por la intervención humana. Esta creencia lleva muchas veces a crear desastres naturales. (Davis Floyd, 2001, 2004)

10) La muerte como derrota: la muerte es interpretada como la derrota de las capacidades humanas frente al poder de la naturaleza. No se la contempla como parte de la misma vida.

En el parto se expresan las dos tendencias mencionadas. Como el parir se interpreta como algo incontrolable y peligroso se trata de mejorar con intervención constante. Pero esta intervención se caracteriza por ser agresiva y pretender resultados inmediatos.

Por otra parte, cuánto más creemos controlar la naturaleza más miedo nos da lo incontrolable, como por ejemplo sucede con la muerte. Por lo tanto ésta se constituye en el gran fracaso, “... la demostración de que efectivamente no hemos conseguido trascender las limitaciones de la naturaleza...” (Davis Floyd, 2001:7)

Con base en enfrentar la muerte a cualquier costo, a veces se llegan a salvar fetos muy

inmaduros que luego sufrirán las consecuencias toda su vida.

11) Sistema guiado por las ganancias: como en casi todas las dimensiones de la sociedad en un contexto capitalista, el cuidado humano se guía por la mercantilización y la acumulación de ganancias para el sistema médico. Davis Floyd (2004) estudiando la situación en Estados Unidos se pregunta: Cómo la idea de salud se perdió en los sistemas de salud?.

12) La intolerancia hacia otras modalidades de curación humana: cuando existen sistemas hegemónicos, como en salud el tecnomédico, los demás sistemas son devaluados a "alternativos". Muchos/as pacientes deben ocultar al médico/a que realizan algún otro tipo de terapéutica, pues esto se toma como un ataque a la autoridad médica y al sistema todo.

En este contexto tecnocrático, el parto es definido como un proceso estandarizado en donde se obtiene el producto de la gestación. Siempre plausible de complicarse hacia el desarrollo de patologías, se impone el enfoque de riesgos y la intervención médico-tecnológica continua para introducir las correcciones necesarias a un fenómeno inherentemente "defectuoso". Solo tiene cabida el parto institucional en Hospitales.

Davis Floyd (2004) luego de entrevistar, en Estados Unidos, a más de cien mujeres que habían parido identificó tres rituales que transfieren los valores centrales de la sociedad tecnocrática norteamericana a la parturienta y su familia: el monitoreo fetal electrónico, la oxitocina y la episiotomía; los considera emergentes del paradigma que denominó: modelo tecnocrático de nacimiento (Davis Floyd, 2004:15). Según la antropóloga buena parte del sentido de identidad nacional de Estados Unidos está basado en el valor de la tecnología. El modelo tecnocrático del parto forma parte del modelo tecnocrático más amplio de la realidad, y "...a su vez constituye una piedra angular conceptual de la sociedad americana" (Davis Floyd, 1993).

Si bien no puedo afirmar en qué medida la identidad nacional uruguaya está o no construida sobre el valor de la tecnología, sí es importante en su constitución el proceso histórico de medicalización de la vida social. Y la medicalización occidental creció de la mano de la inclusión de alta tecnología. De este modo es pertinente examinar los modos de parir y nacer en Montevideo teniendo en cuenta este modelo.

1.4.2 El modelo humanista de atención al parto:

Esta perspectiva busca mejorar la vivencia del parto y la forma de nacer favoreciendo desde antes del embarazo, los derechos y el rol protagónico de las mujeres que paren y del/la bebé que nace, ofreciéndoles un ambiente de seguridad, confianza y respeto, además de habilidades técnicas de quienes acompañen esta etapa.

El modelo humanista, surgido como reacción a los excesos del modelo tecnocrático, se encuadra en la línea de la tecnomedicina pero trata de humanizarla. La premisa es utilizar los resultados de la medicina basada en evidencias, que refleja la ciencia verdadera, y no la tradición y conveniencia médica. (Davis Floyd, 2001:12)

“ Claramente menos radical que el holismo, claramente más tierno que la tecnomedicina, este paradigma humanista tiene el mayor potencial para abrir el sistema tecnocrático, desde dentro, a la posibilidad de una reforma de amplio alcance.” (Davis Floyd, 2001:8)

Es a partir de la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto que se celebró el 2000 en Fortaleza, Brasil que se define con mayor precisión el concepto de humanización, elemento central para la construcción de una sociedad sustentable. La humanización es aplicable a diversos aspectos del desempeño humano, tales como el parto y nacimiento, los enfermos en etapa terminal, los “envejecientes”, entre otros.

La humanización de este proceso pone el centro de atención en la mujer parturienta y no en el personal de la salud (parteras/os, médicas/os, enfermeras/os y asistentes) pero a su vez reivindica el papel fundamental de estos equipos a la hora de restablecer los lazos de la mujer embarazada con su propia vivencia y fuerza interna. Para que esto sea posible se debe brindar información y alternativas prácticas para que las mujeres puedan vivenciar el parto como un hecho transformador, con confianza, fuerza y alegría. Una mujer embarazada que se siente apoyada, contenida, respetada y capacitada para tomar la mejor decisión para ella y su hijo/a muy probablemente obtendrá una experiencia de parto satisfactoria. En este enfoque se respetan las opciones de las mujeres en cuanto a dónde tener a sus bebés, pues el humanismo es compatible con el parto en hospitales, en casas de parto y en el domicilio de las mismas.

En Uruguay existe el antecedente, hace ya varias décadas, del trabajo del ginecólogo e investigador Caldeyro-Barcia. En 1979 publicaba y dictaba conferencias sobre "Bases fisiológicas y psicológicas del parto normal" (Caldeyro-Barcia, 1979), sus investigaciones prueban la urgencia de abolir la iatrogenia en el manejo del trabajo de parto y la importancia de la posición vertical y la libertad de movimientos para el trabajo de parto y parto:

"La forma actual de conducir el parto incluye maniobras y administración de drogas que se aplican dogmáticamente en forma rutinaria desde hace años, sin haber realizado un análisis científico y objetivo de sus ventajas en inconvenientes. Muchas de ellas se han introducido contemplando la conveniencia del obstetra. Un claro ejemplo es la adopción de la posición horizontal durante todo el trabajo de parto. Esta posición fue introducida por el partero francés François Mauriceau en el siglo XVII y tiene como única finalidad el tornar más cómodas las maniobras que permitan conocer la dilatación cervical y la variedad de posición, así como también la aplicación del fórceps." (Caldeyro Barcia, 1979:1)

Según Davis Floyd (2001), mientras que el principio fundamental del modelo tecnocrático es la separación, y el del holístico la integración, en el modelo humanista es la conexión; conexión mente cuerpo, conexión de las personas con su ambiente social y con las personas que le están prodigando cuidados.

Se concibe al cuerpo como un organismo, capaz de sentir dolor y responder emocionalmente a interacciones con otros y a cambios en su medio. En relación al modo de concebir el diagnóstico y la curación se practica una mixtura del "afuera hacia adentro" y del "adentro hacia afuera"(típico del modelo holista) en donde se tiende a compartir las decisiones y responsabilidades entre las/os médicos y los pacientes. A su vez en la medicina humanista no se registran prejuicios hacia la integración de otras modalidades terapéuticas diferentes a la tecnomédica. Se trata de lograr un equilibrio entre las necesidades y condiciones del centro hospitalario y las de la persona asistida. (Davis Floyd, 2001:8-11)

Los alcances de este enfoque en el parto son muy importantes. Trata de ocuparse verdaderamente de la prevención de la morbimortalidad de los fetos y las mujeres. Pero en vez de identificar las causas de las complicaciones en las hemorragias, anemias, presión, etc, (mirada del modelo tecnocrático) se entiende que las causas esenciales de estos síntomas tienen que ver con la pobreza, la malnutrición, las inequidades de género, y la

sobrecarga de trabajo en mujeres embarazadas. (Davis Floyd, 2001:13)

De este modo, el parto es considerado como un fenómeno fisiológico, en donde en la gran mayoría de los casos no se necesita de intervención externa para lograr un buen desenlace. Se consideran aspectos bio-psico-sociales de las mujeres y sus entornos y se trata de apoyar a las mismas para que logren parir con la mínima intervención. En caso de que fuera necesario o que exista una voluntad expresa de las mujeres se recurre a toda la gama de intervenciones y tecnología de la tecnomedicina.

2. Marco contextual

2.1 Una mirada histórica a la medicina occidental situada desde el cuerpo y la vida de las mujeres

Es a partir de la acumulación de la investigación histórica feminista que hoy podemos pincelar una mirada diferente al discurso patriarcal hegemónico sobre las representaciones, el cuerpo y la vida de las mujeres. En este subcapítulo revisaremos brevemente las concepciones sobre las mujeres de la medicina desde el antiguo Egipto, pasando por Grecia, Roma, la Edad Media, hasta la Modernidad.

La práctica y el discurso médico ha sido siempre muy influyente en el devenir del desarrollo humano; muy relacionado a la filosofía, a veces hermanado y a veces en contradicción con la religión, ha sido fundamental para conformar el lugar que las distintas sociedades le han dado a sus mujeres y a sus hombres. Fernández¹⁰ (2003) retomando a Foucault plantea que hay "... una relación indisoluble entre la medicina y la constitución de las ciencias del hombre de sugestivas implicancias ontológicas, en la medida en que se toca el ser del hombre como objeto de un saber positivo" (Fernández, 2003:61)

En la antigüedad Egipto aparece como meca en estudios sobre medicina. Se han encontrado varios papiros que expresan sus investigaciones y conocimientos, en particular el papiro de Kahun revela, entre otros asuntos, observaciones médicas y tratamientos en temas de obstetricia y ginecología. En aquel momento la gran mayoría de las enfermedades de las mujeres eran explicadas a partir de sus úteros, específicamente se creía que éstas enfermaban porque sus matrices se movían de su lugar habitual. Para su reposicionamiento proponían una serie de medios "técnicos" (fumigaciones) que devolverían la salud a las mujeres. El útero al desplazarse por el interior del cuerpo, presionaría algún órgano produciendo determinados malestares. Estos desplazamientos eran atribuidos a la presencia de un ser misterioso, agazapado en el cuerpo femenino (Fernández, 1994: 62). Pero como la medicina egipcia abarca un extenso período de tiempo es difícil contemplarla como un

¹⁰ Ana María Fernández es doctora en psicología, profesora e investigadora de la Universidad de Buenos Aires. Dirige el Programa de Actualización en el Campo de problemas de la Subjetividad, posgrado interdisciplinario de la Universidad de Buenos Aires. En esta tesis se toma en cuenta su producción en el campo de las violencias de género, la producción social de la discriminación y la historia sobre el tratamiento médico de los cuerpos femeninos.

proceso homogéneo. Existen indicios de que algunas mujeres egipcias participaban en el ejercicio médico; en particular en la escuela de medicina de Sais, en donde las ‘Madres Divinas’, especie de sacerdotisas, impartían enseñanza fundamentalmente sobre problemas ginecológicos a estudiantes mujeres (Giberti, 1992:2).

La medicina griega, con el *corpus hipocrático* al centro, mantuvo la creencia en la migración uterina como fuente de males de las mujeres. Para que este órgano tuviera “paz” aconsejaban el matrimonio y el embarazo en las jovencitas. Instauraron así, un sistema de alianzas matrimoniales en donde obligaban a las muchachas a casarse apenas comenzaban a menstruar. Se suponía que el sistema debía servir para “mejorar” la salud de las mujeres, pero en realidad estaba fundamentado en la defensa de los intereses económicos de sus respectivas familias. (Fernández, 1994:66). Se puede observar como el discurso médico, junto con los demás discursos que defendían el *statu-quo*, se imponían sobre los cuerpos y la vida de las mujeres. El disciplinamiento que desarrollaron los sectores de mayor poder de la sociedad en relación al género femenino no fue patrimonio solamente de los griegos, es un mecanismo (que varía según las culturas, los tiempos históricos y las coyunturas) que acompaña a la historia de la humanidad. Estos mecanismos o dispositivos de disciplinamiento se apoyan en creencias, en mitos que definen los lugares de cada género en la organización jerárquica.

Es de destacar que si bien los textos griegos ofrecen una imagen bastante completa del cuerpo femenino, ésta no deviene de la observación directa pues los médicos no tocaban a las mujeres. Los tratamientos y la representación del cuerpo se basaban en lo que ellas contaban de sus dolencias y en el modelo del cuerpo del hombre. Mantenían la idea de la mujer como un hombre al revés, como un hombre mutilado o que no ha alcanzado su desarrollo completo. Encontramos la recurrencia explícita de “...lo masculino como modelo y lo femenino como su réplica imperfecta” (Fernández, 1994: 71). Es importante subrayar el carácter puramente ideológico de los discursos, dado que ninguno de estos filósofos se basó en descubrimientos científicos.

Platón, concibe al hombre con un alma inmortal y racional compuesta de dos partes, una alojada en el pecho (fuente de valor) y la otra alojada en el vientre (fuente del deseo y la concupiscencia). Al decir de Giberti (1992) se introduce así una geografía jerarquizada del cuerpo: lo alto como superior a lo bajo, en donde poca cosa toca a las mujeres ya que se

creía estaban definidas por su útero, ubicado en lo bajo. (Giberti, 1992:2).

Por último cabe señalar que tanto Platón como Aristóteles refutaron una parte de la teoría hipocrática: la que sostenía que tanto hombres como mujeres son importantes en partes iguales en la concepción y que es necesaria la producción de placer femenino para concebir. Si ya no es necesario el placer de las mujeres éstas quedan convertidas en receptáculos de semen.

Los romanos incorporan las líneas principales de la medicina griega, Galeno, máxima autoridad en el tema, reproduce los esquemas platónicos y aristotélicos en cuanto a que los hombres serán secos y calientes y las mujeres frías y húmedas. Frialdad que será la causante de su ser incompleto ya que entendían que por falta de calor sus genitales no habían podido descender. Es interesante que éstos aceptan la presencia de mujeres médicas, pertenecientes a las clases altas, quienes podían practicar la medicina dentro de sus familias. (Giberti, 1992:3)

Otra cuestión de importante repercusión en las relaciones genéricas romanas tuvo que ver con la transformación de la concepción de las relaciones conyugales, la sexualidad y la moral sexual en general. Se pasó de una bisexualidad de dominación¹¹ a una heterosexualidad de reproducción, al mismo tiempo que se estableció el matrimonio como institución natural. Se sustituyó el acuerdo instituido, de la bisexualidad de la dominación, que asociaba el dominador en la escala social con el activo en lo sexual y al dominado con el pasivo sexualmente, por la nueva asociación que vincula al varón con lo activo y a la mujer con el rol pasivo en el contexto matrimonial. Asociación que se sostendrá durante dos mil años fomentando los rasgos constitutivos de la “pasividad” femenina y la “actividad” masculina.

La situación en la Edad Media merece un apartado especial por evidenciar el mayor ataque misógino a la sexualidad y vida de las mujeres y en particular a las mujeres sabias que curaban a los sectores campesinos y pobres de la sociedad.

¹¹“La palabra clave de esta sexualidad sería <hacerse servir>; los hombres adultos libres se hacen servir por jóvenes, mujeres y esclavos/as; en este período se consideran relaciones sexuales naturales, por ejemplo, a las relaciones del amo con su favorita o con el esclavo o con el joven en el gimnasio, pero se considerará antinatural que el esclavo posea al amo.”En Fernández, 1994:196.

2.1.1 Una de las condiciones históricas previas para el posterior monopolio médico sobre la salud: La caza de brujas

El asesinato a mujeres acusadas de brujas se dio mucho antes de que apareciera la ciencia médica moderna (entre el siglo XIV y el siglo XVII). Pero según Bárbara Ehrenreich y Deirdre English (1981) en la inquisición comenzaron las primeras acciones organizadas de las instituciones masculinas y misóginas para eliminar a las mujeres de la práctica de la medicina; la mayor parte de ellas eran condenadas simplemente por ser sanadoras no profesionales al servicio de la población campesina.

En general "las brujas" eran mujeres pobres, provenientes del medio rural, por fuera del sistema de alianzas matrimoniales. Su comportamiento difería del de las "buenas mujeres" en que tenían una cierta inserción productiva y que practicaban sexo por fuera del matrimonio. Eran magas, parteras, sanadoras, tenían a su cargo la medicina de los sectores populares. Sabían realizar abortos, actuaban como enfermeras y consejeras y sabían de las propiedades de las hierbas. Durante siglos estas mujeres sabias fueron médicas sin título; excluidas de los libros y la ciencia oficial, aprendían unas de otras y se transmitían sus experiencias entre vecinas o de madres a hijas. Sin embargo, desde el medioevo a la actualidad la hegemonía médica ha sido intolerante con otros tipos de conocimientos autoproclamándose como la única fuente para curar. De esta forma no ha perseguido solo las prácticas de las mujeres, se ha ocupado de desprestigiar y prohibir todo tipo de medicinas tradicionales o medicinas alternativas. Fueron perseguidos también moros y judíos, a partir de que la Iglesia comienza a hegemonizar para sus hombres de clase alta el ejercicio de la medicina.

Esta práctica de monopolizar por la fuerza el campo de la salud ha seguido en el tiempo, un ejemplo de principios del siglo pasado es la lucha en Estados Unidos para aniquilar el Movimiento Popular para la salud y las escuelas de medicina alternativas a las "regulares"¹².

¹² Este Movimiento (con su apogeo a mediados del siglo XIX) representó una insurrección social impulsada por el movimiento feminista y el movimiento obrero. Se insistía sobre todo en la medicina preventiva, con su lema "cada cual es su propio médico" desafiaba la medicina de elite y una reafirmación de la medicina popular. Hasta ese momento existían diversas escuelas de medicina. A fines de ese siglo y principio del S XX, conforme Estados Unidos se convertía en potencia mundial (por explotación de riquezas naturales y de la clase obrera) fueron creciendo las fundaciones Rockefeller y Carnegie, quienes destinaron su filantropía para la <<reforma médica>>, la creación de una profesión médica y respetable en Estados Unidos. La filantropía sólo financió a las Escuelas que desarrollaban el plan de estudios del modelo de la Johns Hopkins Medical School. Matando a aquellas que no lo hicieron (medicinas naturales, homeopáticas,

En la inquisición se sientan las bases para la separación de las dos medicinas: una de cristianos cultos, "masculina", en estrecha alianza con la ley y con Dios, antecesora de nuestra medicina occidental; y la otra, considerada perteneciente a "la magia", "la hechicería" y la "superstición femeninas" (Fernández, 1994: 76)

Este proceso, en donde se calcula que se asesinaron varios millones de mujeres, coincide geográfica y temporalmente con períodos de gran agitación social, de insurrecciones campesinas y conspiraciones populares en donde se sacudieron las bases del feudalismo. Existen indicios de que en algunas regiones "la brujería" fue la expresión de una rebelión campesina encabezada por mujeres (Ehrenreich y English, 1981:12). Marvin Harris plantea que la voluntad de la inquisición de hacer creer en la existencia y pululación de las brujas tuvo la función de hacer creer que las causas de la crisis tardía del medioevo se originaban en alianzas de demonios con brujas. El principado y el clero corruptos buscaban quedar eximidos de pagar sus culpas ante el campesinado inventando enemigos del más allá y haciendo crecer en la población la manía persecutoria de encontrar la causa de su mal en alguna bruja cercana. Lograron así aparecer ante las masas como los protectores de la humanidad, al no escatimar esfuerzos en quemar a las brujas (Harris, 1998).

Para hacer eficaz la persecución y el exterminio se organizaron procedimientos bien regulados y respaldados por la ley, financiadas y ejecutadas por la Iglesia (Católica y Protestante) y el Estado. El libro guía para todo el procedimiento fue el *Malleus Maleficarum* escrito en 1484 por Heinrich Kramer y Jacobus Sprenger, dos monjes dominicos.

2.1.2 La estrategia de la inquisición: asesinato en masa, misoginia y explotación económica

En esa época fatal, prácticamente, si una mujer era acusada de brujería ya significaba que

etc). (Ehrenreich y English, 1981:28)

lo era. Una vez procesada, si no confesaba libremente, se empleaba la tortura para demostrar la validez de la acusación. La "bruja" no tenía derechos ni podía enfrentarse a los que la habían acusado.

El abuso de poder se torna más explícito si se tiene en cuenta que los costos de la "investigación inquisidora", el juicio y ejecución tenían que ser solventados por las acusadas o sus familias, pues el proceso precisaba de varios inquisidores instalados en un pueblo o ciudad por varios días. Si luego de cubrir todos los gastos todavía existían propiedades pertenecientes a "la bruja", éstas se dividían entre la Iglesia y el Estado. Cada miembro del tribunal obtenía una gratificación por mujer quemada, factores que hicieron que aparecieran muchos inquisidores por toda Europa. Los miembros del tribunal no eran los únicos que cobraban por "pieza", en Gran Bretaña se contrató a buscadores de brujas o <<punzadores>> que recibían una buena gratificación por cada mujer que entregaban para su ejecución. Las pruebas necesarias no eran nada difíciles ya que buscaban "marcas del diablo" que podían ser cualquier tipo de cicatrices y manchas de nacimiento. Si no existían marcas visibles argumentaban que existían marcas invisibles.

2.1.3 Endemonización y devastación de la sexualidad de las mujeres

La Edad Media valorizó la castidad de los hombres, por tanto la sexualidad femenina representaba una permanente amenaza del desvío del camino hacia Dios. Producto de la necesidad de mantención del sistema hegemónico nace el *Malleus Maleficarum*, libro misógino, aterrador y obsesionado con la sexualidad femenina. Capítulos enteros tratan sobre el sexo de las mujeres y en particular sobre los intercambios sexuales de éstas con fuerzas diabólicas, cuestiones tales como: de las formas de copulación entre las brujas y los demonios, de la frecuencia de inyección de semen, de los métodos de embrujamiento para copular con un hombre inocente, de las capacidades de las brujas para despojar al hombre de su miembro viril, de sus capacidades para producir abortos. En donde las mujeres aparecen siempre como potenciales aliadas del diablo, con intenciones de engañar a los hombres para someterlos o mutilarlos. ¿Con cuál instrumento? Con la fuerza de su sexualidad. De este modo la Iglesia asociaba la mujer al sexo y condenaba todo placer sexual, considerando que éste sólo podía proceder del demonio, como se ve en la siguiente cita:

"Qué tipos de mujeres son supersticiosas y brujas antes que ninguna: en las que predomina la infidelidad, la

ambición y la lujuria se sigue que entre las mujeres ambiciosas resultan más profundamente infectadas quienes tienen un temperamento más ardoroso para satisfacer sus repugnantes apetitos; y esas son las adúlteras, las fornicadoras y las concubinas del Grande" (*Malleus Maleficarum*, Primera Parte: 54)

El libro *Malleus Maleficarum* define a 'la mujer' como: 'enemiga de la amistad', 'un castigo inevitable', 'un mal necesario', 'una tentación natural', 'una calamidad deseable', 'un peligro doméstico', 'un deleitable detrimento', 'un mal de la naturaleza pintado con alegres colores', 'una tortura necesaria'. Afirmaban que las mujeres eran débiles y encontraban una manera fácil y secreta de reivindicarse por medio de la brujería. Se basaron en varios escritores anteriores y en el mito de la génesis para sostener todo este arsenal misógino:

"... hubo un defecto en la formación de la primera mujer, ya que fue formada de una costilla curva, es decir, la costilla del pecho, que se encuentra encorvada, por decirlo así, en dirección contraria a la de un hombre. Y como debido a este defecto es un animal imperfecto, siempre engaña" (*Malleus Maleficarum*, Primera Parte, 49-50).

2.1.4 Las peores: las brujas comadronas y aborteras

Existen tres acusaciones principales que se repiten a lo largo de la Inquisición. En principio se acusaba a "las brujas" de todos los crímenes sexuales concebibles en contra de los hombres. Como vimos se las acusaba de poseer una 'sexualidad femenina'. Luego se las denunciaba por estar organizadas. Y por último se las acusaba de tener poderes mágicos sobre la salud, podían provocar el mal, pero también podían hacer el bien pues tenían la capacidad de curar.

Hay "...tres tipos de brujas, a saber: las que dañan pero no pueden curar; las que curan, pero, por algún extraño pacto con el diablo, no pueden dañar; y las que dañan y curan" (*Malleus Maleficarum*, Parte Segunda: 13).

Las brujas que ayudaban a parir eran consideradas las más peligrosas:

"Las brujas que son comadronas matan de distintas maneras a los niños concebidos en el útero, y procuran un aborto; o si no hacen eso, ofrecen a los demonios los niños recién nacidos... nadie hace más daño a la fe católica que las comadronas" (*Malleus Maleficarum*, Primera Parte: 68-69).

Es de destacar la lucha histórica entre la Iglesia y la hegemonía médica por un lado y las mujeres por el otro por el poder de decisión sobre el destino de las concepciones. En los dos tomos del *Malleus Maleficarum* el aborto se presenta como uno de los escenarios de

lucha de poder sobre los cuerpos de las mujeres y es parte fundamental de la Inquisición asegurar que toda mujer que quedara embarazada no abortara pues esa futura vida era concebida como propiedad de Dios y la Iglesia; y más aún, cuando las comadronas ayudaban a abortar significaba que ofrecían esos fetos al diablo, por lo cual se establece una clara relación entre la voluntad de las mujeres de interrumpir su embarazo y la demonización de este acto.

2.1.5 La medicina en la Inquisición y el fin del valor de la experiencia de las mujeres como sanadoras

El Estado, la Iglesia y la profesión médica expresaron su máxima alianza con motivo de los procesos de brujería, en los que

“... el médico desempeñaba el papel de <<experto>>, encargado de prestar una apariencia científica a todo el procedimiento. Se pedía su asesoramiento para determinar si ciertas mujeres podían ser acusadas de practicar la brujería y si determinados males tenían su origen en prácticas mágicas” (Ehrenreich y English, 1981:20).

Si bien la caza de brujas no eliminó a las sanadoras de extracción popular las marcó para siempre con el estigma de charlatanas y posibles perversas. Llegaron a estar tan desacreditadas entre los siglos XVII y XVIII, que los médicos invadieron el último bastión de las sanadoras: la obstetricia. Practicantes no profesionales varones -barberos cirujanos- iniciaron el ataque en Inglaterra, alegando una supuesta superioridad técnica basada en el uso del fórceps obstétrico. Una vez en sus manos la práctica de la obstetricia entre las clases medias perdió rápidamente su carácter de servicio entre vecinas para convertirse en una actividad lucrativa, de la que finalmente se apropiaron los médicos propiamente dichos en el siglo XVIII (Ehrenreich y English, 1981:20).

Luego la implantación de la medicina como profesión para cuyo ejercicio se exigía una formación universitaria facilitó la exclusión legal de las mujeres de su práctica. Con escasas excepciones, el acceso de las universidades estaba vetado a las mujeres (incluso a las mujeres de clase alta que habrían podido pagarse los estudios) y se promulgaron leyes que prohibían el ejercicio de la medicina a las personas sin formación universitaria (Ehrenreich y English, 1981:19).

2.1.6 Hacia la Modernidad: la nueva relación entre los médicos y las mujeres. Reciclando

el patriarcado.

Con el advenimiento de la Modernidad, se realiza el pasaje desde el reino de lo divino, al de los mortales. Los filósofos comienzan a buscar sus certezas no ya, en un orden religioso, sino en la interioridad. Comienza el tiempo de filosofías del sujeto, nace la problemática de la subjetividad y se construye la noción de individuo. Este individuo es pensado como indiviso, y la sociedad como un conjunto de individuos iguales. Iguales tanto portadores del mismo sistema de categorías para interpretar la realidad: las subjetividades se ordenan bajo la ley de la razón. (Fernández, 1994:32)

El paradigma que legitima el nuevo tipo de sociedad será el concepto de naturaleza; ésta se estudiará y problematizará a través de la observación directa de la realidad. El criterio de verdad se desplaza desde la autoridad tradicional hacia el valor de la razón del individuo en el conocimiento del mundo. El ser humano no es sólo un animal creyente sino, fundamentalmente un animal racional. Se construyen leyes generales que explican el funcionamiento del mundo (ley de gravedad, ley de inercia, etc). Ahora bien, esta búsqueda de lo general no se limita a lo que podríamos llamar las ciencias fácticas, sino que se buscan también leyes generales del comportamiento humano. En el momento de constituirse el pensamiento moderno se busca homologar las diferencias entre los individuos, para encontrar, igual que con el resto de la naturaleza, las identidades y generalidades de lo humano. (Fernández, 1994:33-34)

“Con la modernidad, el Hombre, “medida de todas las cosas”, funda en sí un lugar excepcional, pero en ese “todas las cosas” sigue estando él, sólo él; no tiene otra medida que él mismo; no ya una reflexión del orden de las identidades y diferencias entre todos los seres humanos, sino un pensamiento hacia el develamiento de lo mismo”. (Fernández, 1994:35)

Se constituyen los discursos sobre lo humano desde el apriori de lo mismo. Esto es, que las categorías del saber humano abrirán identidades y no diferencias. Si se abren identidades, el lugar de lo otro, de lo distinto será la exclusión, la segregación. Se da así lo que Fernández llama la ‘jerarquización inferiorizante de la alteridad’.

“Lo mismo será siempre eje de medida, positividad. Lo otro será siempre margen, negatividad, doble, sombra, reverso, complemento. *Lo mismo*, al no poder pensarse nunca como *lo otro*, se ha transformado en lo único. ... en el mismo acto conceptual de advenimiento de sentido se produce una verdad y se legitima un poder.” (Fernández, 1994:36)

El capitalismo industrial del siglo XIX no modifica la posición social de las mujeres, ahora flamantes encargadas del hogar, de los hijos y de los trabajadores a tiempo completo. El discurso médico aparece revalorizando la función materna y continúa patologizando los procesos de las mujeres. (Giberti, 1992:9)

En el contexto de la nueva moral que busca la economía de los cuerpos (para su maximización en la industria) se medicaliza la maternidad. Esto organizará una particular relación entre las mujeres y los médicos, naciendo en el SXIX el 'médico de familia'. De esta forma con la llegada de la medicina moderna se marca el comienzo de su hegemonía médica para ocuparse de los procesos reproductivos de las mujeres. (Sadler, 2003 :32)

En el transcurso de los siglos XIX y XX la medicina fue construyendo dos modelos distintos en relación a la salud física y psíquica de las mujeres. A las clases medias y altas le correspondió la debilidad necesaria para soportar una vida ociosa e indolente, mientras que a las obreras se las confinó al trabajo en fábricas durante 14 horas diarias desde la niñez. Las primeras condenadas a la quietud desarrollaron 'un culto a la hipocondría' que las llevó a depender cada vez más de los tratamientos médicos. (Ehrenreich y English, 1981:45:61)

"... los tratamientos médicos que se aplicaban a las mujeres en el siglo XIX tenían muy poco sentido desde el punto de vista médico, pero sin duda eran muy eficaces para mantener subyugadas a ciertas mujeres,..." (Ehrenreich y English, 1981:53).

Por otra parte por muy enfermas o cansadas que estuvieran las mujeres obreras, no tenían tiempo ni dinero para cultivar la invalidez. Los médicos tampoco se ocupaban de ellas, a no ser para tratar de que no contagiaran las enfermedades de época. (Ehrenreich y English, 1981:65)

En el siglo XXI todavía subsisten profundas diferencias de clase en las relaciones de las mujeres con el sistema médico, mientras que las mujeres de clase alta y media consumen servicios en una extrema medicalización, la mayoría de las mujeres pobres del planeta no pueden costearse ni los servicios más esenciales.

2. 2 La medicalización del parto: una puesta a punto en Uruguay

2.2.1 La medicalización de los partos: ¿condición necesaria y suficiente de la reducción de la morbimortalidad materna e infantil?

El control médico del Parto, comienza en Europa en el siglo XVIII, las causas fueron una combinación entre la racionalidad científica incipiente y una suerte de esnobismo:

“...como el médico cobraba dos o tres veces más caro que la comadrona, el hecho mismo de llamarlo era un signo de buena posición económica. Las parturientas más modestas siguen fieles a las comadronas, mientras que las muy pobres van al hospital...ya en 1820, en Boston, toda la obstetricia, o casi toda, está en manos de hombres”. (Knibiehler, 1993)

En Francia, en 1738, el médico Mauriceau introduce la posición horizontal para todo el trabajo de parto y parto con el objetivo de facilitar al médico la ejecución del diagnóstico y la asistencia. A pesar de la amplia investigación¹³ que prueba que las posiciones inclinadas y verticales mejoran la calidad del proceso, la horizontalidad se extiende primero hacia Europa y luego hacia las Américas. (Gallo, 1980:29)

En aquél momento existían dos estilos de parteras: las matronas, sin diplomas, quienes trabajaban en áreas rurales, y eran consideradas sospechosas por la Iglesia por sus supuestos conocimientos ocultos. Y las *sages-femmes*, algo parecido a obstétricas diplomadas, quienes trabajaban solo bajo la dirección del médico. Existen varios casos documentados¹⁴ que muestran cómo el colectivo médico atacó el trabajo de las matronas, tratando de desacreditar sus prácticas.(Giberti, 1992)

En los hospitales de Europa hacia 1850, todavía la mortalidad materna se mantenía elevada, siendo el factor principal la fiebre puerperal que transmitía el obstetra mismo y sus estudiantes (Knibiehler, 1993:348). En el Hospital General de Viena, el Dr. Semmelweiss observó que la tasa de mortalidad de mujeres atendidas por matronas era cinco o seis veces menor que las atendidas por estudiantes de medicina que hacían su práctica simultánea en anatomía. Por eso se dio cuenta que eran las manos de los médicos quienes transferían la enfermedad, desde los cuerpos recientemente disectados hacia las mujeres parturientas. Propuso el uso de guardapolvos y el lavado de manos con una

¹³Desde Engelman, que en 1882 recorre el mundo estudiando las distintas posiciones obstétricas, fundamentalmente en los pueblos “primitivos”; luego Verrier; Naroll; Paciornik (Gallo, 1980:28-32)

¹⁴Fue famoso el caso de la matrona Mme. Blanchard, quien fue citada a la justicia por el colectivo médico en Rouen. Luego de 7 años de juicio (en donde perdió credibilidad y clientela) fue descargada de la causa iniciada contra ella. Para profundizar en el caso ver: Giberti, 1992.

solución de cloruro de cal y la mortalidad bajó considerablemente. (Sadler, 2003:34)

A pesar del resultado positivo de estas acciones los médicos vieneses generaron una reacción en masa pues entendieron que su prestigio fue puesto en juego, de este modo lograron expulsar del Hospital al Dr. Semmelweiss. Luego de esto, casi 30 años más, las mujeres siguieron muriéndose por esta causa, hasta que Pasteur formalizó el descubrimiento de la función de los microbios en la transmisión de infecciones y enfermedades. Entre 1870 y 1890 todos los hospitales de Occidente se convierten a las nuevas reglas de la asepsia cayendo la mortalidad materna alrededor del 20 por 100.(Giberti, 1992)

La asociación lineal entre la medicalización de los partos y la reducción de morbilidad perinatal no parece ser tan evidente. Isabel F. del Castillo (2006) plantea que la variable más importante de la mejora es la higiene, no la medicalización. Las mejoras en el campo obstétrico están relacionadas a un cúmulo de factores. Además de las nuevas pautas de higiene, influyó la mejora de la calidad de salud de las mujeres, la posibilidad de controlar los embarazos con las nuevas tecnologías (ecografías, exámenes de orina, sangre, etc), y la posibilidad de contar con intervenciones quirúrgicas seguras; no se puede afirmar necesariamente que se deba sólo a la atención hospitalaria del parto.

Con el correr del tiempo se ganó en tecnología aplicada al cuerpo físico pero se perdió todo un saber que integraba aspectos espirituales, además de físicos, con procedimientos basados en fitoterapia y homeopatía. Hubieron excepciones. Países como Inglaterra y Alemania pusieron al alcance de las comadronas las nuevas técnicas preventivas; de este modo llegaron a convertirse en profesionales competentes, reconocidas e independientes ((Ehrenreich y English, 1981:30)

Es un deber de esta tesis la investigación de cuál fue el proceso en América, de qué forma combinaron o no las tradiciones del nacimiento de los pueblos originarios con la conquista europea. Tampoco se exploraron las actuales formas de parir de los pueblos indígenas, asunto interesante para futuras investigaciones.

De todos modos, traigo las apreciaciones de Sadler (2003) quien se refiere al proceso de la conquista y plantea que la visión etnocéntrica de los conquistadores despreció el

conocimiento indígena en general, y en particular también el que tenían en obstetricia. La estrategia fue capacitar al personal de las nascentes ciencias médicas para la atención de los partos, sin la integración del saber indígena. En México, en 1519, llega el primer médico europeo junto a las expedición de Hernán Cortés. (Sadler, 2003:34).

En la mayoría de los países de América Latina la partería se divide en dos: las nuevas parteras profesionales y las comadronas tradicionales, llamadas internacionalmente como Auxiliares del Parto Tradicional (TBN, por sus siglas en Inglés).

Las investigaciones de fines del siglo XX de Davis Floyd (2000) documentan que los antropólogos del parto, desde Tanzania a Nueva Guinea, encuentran que las mujeres son generalmente maltratadas por las parteras profesionales; y éstas a su vez son maltratadas en los Hospitales por los médicos, además de ser mal remuneradas por su trabajo. El maltrato de las profesionales hace que muchas mujeres continúen eligiendo a parteras tradicionales (TBN). El sistema médico occidental irrumpe en las economías de los países en vías de desarrollo, desde su ideología colonizadora, priorizando gastos que suelen ir en desmedro de la calidad de vida de la población en general. Por ejemplo, se destinan grandes cantidades de dinero a la construcción de centros hospitalarios antes que garantizar el acceso de la población a servicios básicos como el agua potable. Este tipo de políticas de salud no logran bajar los altos índices de mortalidad. (Davis-Floyd, 2000)

Pero no siempre se trabaja de forma colonizadora, hay ejemplos en donde se ha podido combinar los saberes del sistema tradicional con los saberes del sistema occidental, son los llamados modelos de adaptación, en donde se obtienen resultados muy positivos para la atención. (Davis-Floyd, 2000)

En los siguientes subcapítulos se trabajarán tres procesos que coadyuvaron a la instauración de la medicalización del parto en Uruguay: Medicalización de la sociedad uruguaya y sus rasgos misóginos; secularización-medicalización de la sexualidad; la función social de la distinción entre normal y patológico.

2.2.2. Impregnación social de los valores de la medicina en Uruguay

El proceso de infiltración de los valores, la mentalidad y la sensibilidad dominantes del

saber científico ocurrió en Uruguay básicamente en el transcurso del 'Novecientos'. A principios del siglo XIX la clase médica aún no tenía el monopolio del saber sobre la salud. Las personas recurrían a curanderas y curanderos ya que el poder popular de curar no hizo distinciones de género como sí lo hizo a partir de mediados del siglo XIX, en donde la capacidad científica de curar se consolidó como masculina. (Barrán,1993:33) La forma popular de curar necesitaba una importante participación del enfermo/a e incluso de su familia y vecinos, cuestión que se transformó totalmente en el siglo XX; el encuentro paciente – médico debía ser absolutamente íntimo, al menos íntimo desde el punto de vista del poder, es decir, sin que otros poderes intervinieran y sobre todo "el perturbador por excelencia: la familia". (Barrán,1993:207)

Desde principios del siglo XX la medicalización de la sociedad uruguaya se encuentra asociada al proyecto político del batllismo. En el marco del surgimiento del Estado Moderno, el discurso médico desempeñó una función disciplinante para la construcción del 'nuevo hombre' que el orden naciente requería. Un Estado expandido que 'coloniza' casi todo el espacio social, con un fuerte modelo higienista que necesita, además de medicalizar al individuo, medicalizar al gobierno y la sociedad toda. La salud como la educación (con la reforma vareliana como pilar fundamental) fueron ámbitos de desarrollo fundamentales en la generación de estrategias de control y disciplinamiento de la población. (Ortega, 2008; Barrán, 1993)

A principios de siglo, Uruguay recibe la influencia de los nuevos modelos etiológicos de naturaleza exógena que, gracias al descubrimiento y desarrollo de la bacteriología, atribuyen un importante papel al medio como causa de las condiciones de salud. (Ortega, 2008:42) De este modo, en el período se instauran acciones que tratan de cuidar al cuerpo social del riesgo de contaminarse con enfermedades que vienen desde el exterior, como por ejemplo: las leyes de la asepsia y la medicina preventiva; ley de vacunación obligatoria (1911); la penalización del acto de escupir; el aislamiento del tuberculoso; el delito de contagio con prisión para el enfermo venéreo responsable; la internación de alcohólicos y enfermos mentales (Barrán, 1999: 235-240).

En 1934 un decreto de Salud Pública avanza en las capacidades de control y disposición del Estado sobre los individuos estableciendo que:

"... todo habitante del país tiene la obligación de someterse a las medidas profilácticas o de asistencia que se

le impongan cuando su estado de salud, a juicio del Ministerio de Salud Pública, pueda constituir un peligro público.” (Barrán, 1999:251)

El poder sanitario de la época, influenciado por el eugenismo, se alió a la derecha política e inspiró varios artículos de las leyes de restricción de la inmigración de la década del '30. Preocupados por la 'decadencia de la raza y la familia', con temores frente al crecimiento del alcoholismo, la tuberculosis y la sífilis y "enfermedades de las masas miserables, tendieron a subordinar todos los derechos del individuo a un Estado que ellos, como sabios, se creían con el derecho de administrar". (Barrán, 1999: 253)

El higienismo del novecientos localizó los peligros para la salud en situaciones concretas que consideradas como totalidades en sí mismas fueron integradas a grandes generalizaciones y estrategias discursivas que dieron pie para la implementación de fuertes políticas públicas (Mitjavila, 1999:134, en Ortega, 2008)

Luego en el período neobatllista (1940-1960) se vive un cambio en relación a la explicación de la procedencia de las enfermedades. Se pasa de un modelo que privilegiaba el medio externo como fuente de enfermedad hacia un modelo caracterizado por la endogenización progresiva de los modelos etiológicos, cuestión que impacta tanto en la clínica, como en la epidemiología y en la salud pública. (Ortega, 2008:77)

"En este marco se asiste a una fuerte individualización y <<familiarización>> de los riesgos sanitarios a través de la asignación de un papel preponderante a los factores (conductuales, motivacionales, cognitivos, morales, etc) provenientes del individuo y del medio familiar en la producción de la salud y la enfermedad". (Ortega, 2008:77)

Esta nueva forma de explicar y abordar lo sanitario llevó a fuertes cambios en la institucionalidad; surgieron nuevos espacios organizacionales de atención a la salud así como nuevos agentes sanitarios. Destaca también la influencia de los organismos internacionales¹⁵ en los modelos de gestión de la salud. (Ortega, 2008:126)

En este proceso de medicalización de la sociedad uruguaya me interesa señalar dos asuntos que influyen profundamente en la forma de atención a los partos: la distinción entre lo normal y lo patológico, y las nuevas acepciones del dolor y la muerte.

¹⁵ En 1945 nace la ONU, y a partir de ésta la OMS y la OPS (Organización Panamericana de la Salud), consolidándose el movimiento de internacionalización del sanitarismo, con una franca hegemonía política de Estados Unidos y de su ideología racional tecno pragmatista. (Ayres, 1995 en Ortega, 2008: 71)

Como se esbozó en el marco teórico, la modernidad otorga a la distinción entre normal y patológico el poder de delimitar lo desviado, lo irregular y hasta lo criminal. Es así que el conjunto de dicotomías que fundan nuestra cultura distribuyen a un lado y al otro las conformidades y las desviaciones, otorgando a la sociedad la apariencia de un fundamento sólido. (Foucault, 1990:14 en Ortega, 2008:27)

El novecientos no quiso admitir transiciones entre lo patológico y lo sano, lo masculino y lo femenino. Pensar en términos dicotómicos otorgaba seguridad a una sociedad que comenzaba a experimentar confusiones y matices (nuevo rol de las mujeres, aportes freudianos sobre sexualidad y los escabrosos límites entre la cordura y la locura). La moral cristiano-burguesa que dominaba en la clase médica afirmó que las conductas desviadas e inmorales derivaban de la enfermedad y cultivando los valores éticos dominantes devendría la salud (pues si se daba rienda suelta a la satisfacción del placer el cuerpo se debilitaría y se convertiría en terreno fácil de la invasión de los microbios). La espiritual preocupación por la salvación del alma fue sustituida por la preocupación del cuidado del cuerpo. (Barrán, 1999:15;31:35;177)

Por otra parte, la sociedad le comenzó a exigir a la medicina una vida larga y sin dolor. A su vez la medicina transformó el dolor y la muerte en meros síntomas clasificables y hasta evitables (cuando antes eran interpretados en términos diversos fundamentalmente ligados a la espiritualidad, sacrificio y esencia de lo humano). El dolor, curable y evitable, perdió casi todo sentido en nuestra cultura, sin sustento moral solo cabía eliminarlo o estudiarlo para guiar el conocimiento de una enfermedad (Barrán, 1999:195;288-289)

“Pero el proyecto de eliminar lo misterioso y lo maravilloso - ¿un sueño monstruoso de la razón? - no pudo prosperar. Lo misterioso y lo maravilloso reaparecieron bajo infinitas formas en la cultura hiperracionalista e incluso se hicieron un lugar en la utopía médica. Acaso no era ya esencialmente maravillosa la idea del vencimiento de la misma muerte?” (Barrán, 1999:312)

2.2.3 Secularización de la sexualidad: de la iglesia a la ciencia, la vigencia de la represión misógina

Durante el Novecientos la sociedad seculariza el discurso educativo sobre la sexualidad, pasando del confesionario a las instituciones de enseñanza y la prensa; en donde los nuevos

generadores de discurso son los médicos. El contenido de su mensaje fue claramente puritano, se trató de convencer a toda la población, pero principalmente a las mujeres y los/as jóvenes de la importancia de controlar el deseo. (Barrán, 1999:29-35) Comenzaron a circular folletos del tipo:

“Conservad celosamente, como los más preciosos de vuestros bienes, el respeto de vosotros mismos, el respeto por vuestros padres a quienes todo lo debéis, la castidad y la salud de vuestro cuerpo. Ahorráos las manchas indelebles y degradantes del libertinaje”(Folleto de educación sexual para jóvenes editado por el Instituto Profiláctico de la Sífilis del Uruguay en 1922, Barrán, 1999: 30)

En estricta relación con las necesidades del orden burgués imperante, el saber médico sostuvo que el estado biológico ideal era el matrimonio. Tratando de reducir la sexualidad a la pura expresión natural desligada de todas las complejidades culturales con que las personas la vivían; con clara tendencia a definirla dentro del margen heterosexual con fines procreativos, quisieron despojarla, a través de la razón, del misterio y la seducción que la acompaña. (Barrán, 1999: 48;287;288)

Mirando este proceso desde el punto de vista de género, nos encontramos con una fuerte tendencia médica a seguir concibiendo el cuerpo de las mujeres como aparato reproductor. Cuestión que Barrán (1999) relaciona con la eminente revuelta femenina que negaba este destino y los comienzos de los temblores del orden patriarcal (ocasionado por la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo y la visibilidad creciente de las feministas). (Barrán, 1999:11;82)

“La insistencia del saber médico en la *“natural”* servidumbre del cuerpo femenino a la maternidad, el temor ante el mayor poder orgásmico que se atribuía a la mujer en la cópula y la esperanza en su menor capacidad de deseo, dio fundamentos científicos al rol femenino tradicional y sirvió de base para la (re)construcción, desde el saber médico, de las tres imágenes de la mujer ya presentes en la cultura del Novecientos: la madre, la araña devoradora y la esposa candorosa”. (Barrán, 1999: 82)

En relación a cómo lo científico hegemónico ha estado siempre en relación con la ideología imperante, se puede observar los violentos esfuerzos del hacer médico por lograr del cuerpo femenino lo que dictaba el patriarcado del momento: menor deseo sexual para la mujer, glorificación de la esposa recatada y enaltecimiento de la madre ante todo. Existen documentos de época que registran: casos en donde los médicos eligieron no extirpar quistes hidáticos a mujeres porque si lo hacían las dejaban estériles; prohibición de relaciones sexuales durante el embarazo (para evitar el aborto) y la lactancia (para

conservar una buena leche); inclinación por salvar la vida del feto a la de la madre (eligiendo la sinfisiotomía, operación quirúrgica con riesgo y sufrimiento materno, frente a la basiotripsia, sin riesgo para las mujeres pero con peligros para el feto), más si la mujer ejercía la prostitución; la clitoridectomía para aplacar el deseo sexual femenino, en clara oposición a las técnicas de fricción para el agrandamiento del pene. (Barrán, 1999:82; 95;98-99;116)

2.2.4 La misoginia de la medicalización uruguaya

El poder de la medicina de curar, desde el monopolio del saber, exigía como contrapartida obediencia y sometimiento por parte de los pacientes,

“... sanos y enfermos, por endiosar la salud, pidieron ser dominados. Uno de los resultados habituales fue la infantilización del enfermo y hasta la legitimación del uso del terror por el médico”. (Barrán,1993:194)

En el caso de las mujeres el sometimiento exigido fue mayor,

“...la sugestión más descarada, los placebos más obvios, las órdenes más arbitrarias y raras, tuvieron sus efectos “benéficos” en ese sector de pacientes. El sadismo erotizado del poder del macho científico se combinó con la entrega también erotizada al poder absoluto de este nuevo padre, mayor como él, seguro como él, arbitrario como él, y a veces con gestos de aproximación física equívocos, como los de él”. (Barrán,1993:228)

Los médicos fueron los principales responsables de instaurar el culto a la invalidez femenina, describieron a la mujer como un enfermo en estado natural: la gestación, la menstruación, ‘las enfermedades propias’. Más adelante ayudaron a construir el estereotipo de ‘madre’, la única función verdaderamente ‘natural’ de la mujer (Barrán,1993:77; Sapriza,2001:63). Promovieron también, la misoginia en la sociedad a través de sus discursos y su forma de concebir la salud de las mujeres, esto se hizo explícito a través de las palabras del médico Mateo Legnani a propósito de la elección de los maridos:

“... el criterio único de la mujer menos inteligente y menos ecuánime que el hombre, es el de la posición social y la riqueza, ... la educación de la mujer es tal, que (...) el criterio seleccionador no sabe apreciarlo, es incapaz de sentenciar en bien propio y del futuro étnico” (Legnani, 1917, citado en: Sapriza, 2001:66)

Lo anterior dado en un contexto eugenista que, a nivel de la región y también en Uruguay, fue caldo de cultivo para instaurar un orden en donde había que enseñar a la mujer a ser

madre para mejorar la raza y por lo tanto al país, "... se propusieron educar el instinto de la mujer, valga la contradicción, para obtener a la madre responsable de su prole". (Sapriza, 2001: 67)

Las naciones querían crecer y con 'buenos ciudadanos', la reproducción y la maternidad pasan a tener un nuevo valor. Esta última fue sometida a la institucionalización que implicó la medicalización y hospitalización del parto.

2.2.5 La partería y la Medicalización del parto en Uruguay¹⁶

La medicina del Novecientos convirtió el embarazo, parto y puerperio en enfermedades o casi enfermedades, cuestión que derivó en su reclutamiento hacia el campo médico:

"En 1918, el médico de Flores, Salvador M. Pintos, en plena lucha contra las "comadronas" que atendían partos, afirmó que *"toda mujer entra en la categoría de enferma, una vez que comienza el trabajo preparatorio del parto y dura esa clasificación de enferma una vez terminado el puerperio, por lo general 10 o 15 días después"*. (Barrán, 1999: 90)

De este modo, la clase médica en conjunto con el Estado se dedicaron a reducir la capacidad de acción de las parteras, en principio por estar legalmente autorizadas para competir con los médicos en el parto, y además porque:

"... eran mujeres atrevidas casi siempre... y el poder médico estaba en manos de hombres. Su estricta vigilancia comienza en el siglo XIX, ya en diciembre de 1864, el Consejo de Higiene Pública había determinado que las parteras solo podían ejercer su profesión en el caso de parto natural, que les estaba absolutamente prohibido todo parto artificial por maniobra o instrumento y que no podían administrar ninguna especie de sustancia a sus pacientes, ni aún en el caso de complicación". (Barrán, 1993:184)

La partería profesional comienza sus cursos en la flamante Facultad de Medicina en el año 1877. Cuatro años más tarde se recibe la primer partera Adela Peretti, quien detentó el primer título otorgado por dicha facultad. Concomitante con este proceso de legitimación de la profesión, se da que la reglamentación de la acción profesional de la partería comienza a ser cada vez más restrictiva. En 1934, en plena dictadura de Gabriel Terra, se aprueba una reglamentación de la profesión en donde aparecen prohibiciones de corte discriminatorio y misógino, al punto que se exige la presentación de un certificado de 'vida y costumbres honestas' firmado por dos personas de responsabilidad del MSP. En su artículo 4º se habilita a la partera solo a vigilar y asistir el embarazo, parto y puerperio

¹⁶Dada la dificultad de encontrar material histórico sobre este punto se integra material obtenido de la entrevista a una partera estudiosa de la partería en Uruguay: Elvira Lutz

normales y a la difusión de preceptos de higiene obstétrica y puericultura. (Entrevista a partera Elvira Lutz, mayo 2009)

En el año 1979 se revisa el reglamento de 1934, pero se mantiene el espíritu original; incluso se restringe aún más el ejercicio: ARTÍCULO 3º: El título de partera habilita para la atención prenatal de embarazos normales (embarazos sin riesgo) y en ausencia o a petición de otro profesional capacitado para la vigilancia y asistencia de partos, puerperios normales y del recién nacido. (Decreto No 15.055, MSP, 1979) En donde se expresa una limitada acción profesional en clara posición subalterna con respecto a la ginecología. De todos modos, hacia el 1950 era todavía común que mujeres parieran en sus casas con parteras¹⁷. Pero la gran mayoría comienza a hospitalizarse.

El Decreto 351 del 16 de setiembre de 1986 exime la exigencia de la partera si se cuenta con médico ginecotocólogo de guardia interno y servicio de neonatología con médicos y enfermeras universitarias. Esta modificación deprimió el cuerpo profesional de la partería, pues desconoció la formación específica que tiene la partera y la importancia insustituible que en su función presta. Luego en octubre de 2002 se aprueba una ley 17.565 que dispone que todo establecimiento que asista partos debe contar con partera interna de guardia¹⁸.

La medicalización del parto se dio en un contexto de gran incidencia de la puericultura, en donde primaba el enseñar a las madres a domesticar <<los caprichos de sus bebés>>. Con las lactadas estrictamente reguladas se trató de reprimir el deseo de mamar y el placer de la succión, se insistió en la corrección temprana de mimar (ya no se podía dormir en brazos a los bebés) y auparlos mucho no estaba bien visto.

“El objetivo final de todas estas disciplinas era formar desde niño al hombre metódico, virtuoso, trabajador y sano. ... buscaban crear hábitos de obediencia a las órdenes “lógicas” de la salud que luego se convertirían en hábitos de obediencia a las órdenes “lógicas” de la sociedad y el orden establecido. Lo esencial era someter al “capricho”; combinación peligrosa del deseo con la voluntad rebelde”. (Barrán, 1999: 57-60)

2. 3 Los Derechos Sexuales y Reproductivos en el contexto sanitario: Las políticas hacia el embarazo, parto y puerperio

¹⁷ Una de mis dos abuelas parió en esa década sus tres hijos en la casa. La otra prefirió el Hospital. Las dos vinieron del interior del país, desde sectores muy empobrecidos.

¹⁸ Hasta el año 2009 (cuando se realizaron las entrevistas) todavía habían instituciones que violaban esta ley.

Luego de que Uruguay participara de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), realizada en el Cairo en 1994, se produjo un cambio de paradigma en la forma de concebir las políticas de población y desarrollo. Concretamente en el tema de salud sexual y reproductiva: se implementaron servicios nuevos, se crearon normativas y guías clínicas, y se votó la Ley 18.426¹⁹ de Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Por primera vez en el año 1996 el Estado uruguayo comenzó a brindar prestaciones que incluyeron el acceso a métodos anticonceptivos de calidad en el marco de la atención sanitaria de los servicios públicos. Otro hito importante es la elaboración en el 2004 de las 'Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo', reconocida como norma sanitaria por el MSP. (López, et al, 2009:47)

Luego con el advenimiento del primer gobierno progresista se creó el Sistema Nacional Integrado de Salud con el objetivo de universalizar el acceso a la salud, con justicia y equidad en el gasto, calidad de atención y sustentabilidad financiera. El mismo se propone cambiar el paradigma anterior basado en la asistencia y la rehabilitación, por un modelo que privilegie la atención integral y jerarquice la promoción y la prevención. En donde se jerarquiza el Primer Nivel de Atención fortaleciendo los servicios de la red del primer nivel (puestos de salud, policlínicas y centros de salud), en cuanto a recursos humanos, financieros e infraestructura. También se transforma el modelo de financiamiento, se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que asegura la cobertura universal y equitativa. El sistema prevé el pago a los efectores en base a cápitas en función del número y perfil de usuarios/as y del cumplimiento de las metas prestacionales de observancia obligatoria (que pretenden medir el esfuerzo institucional en el cambio del modelo de atención y generar estímulos económicos que promuevan mejoras en la calidad de la asistencia a la población)²⁰. El proceso de definición del nuevo sistema así como los documentos resultantes, no incorporaron originalmente la perspectiva de género (cuestión que respalda las afirmaciones de Standing (2000) sobre el género y las reformas de salud en la región). Por otra parte en las metas prestacionales no se ha incorporado la salud sexual y reproductiva (más allá de las relacionadas al embarazo). (López, et al, 2009:26)

Balances a nivel global, que se verifican también en Uruguay, muestran que si bien los

¹⁹ Que fue recortada en su amplitud luego que el Ex Presidente Tabaré Vázquez vetara el artículo que despenalizaba el aborto.

²⁰ En el anexo E se muestran las metas prestacionales concernientes al embarazo y parto.

recursos movilizados han aumentado, los fondos continúan siendo muy inferiores a lo necesario para implementar las metas y objetivos del CIPD. (López, et al, 2009:47)

En el marco de la Reforma de la Salud y en la consolidación del Sistema Nacional Integrado de salud se torna imprescindible el desarrollo de servicios universales, accesibles e integrales en salud sexual y reproductiva con enfoque de derechos, género y generaciones. (López, et al, 2009:47) Esto todavía es un desafío²¹.

2.3.1 Las políticas hacia el embarazo, parto y puerperio

Luego de la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto en Fortaleza – Brasil, los países de la región comienzan a fundar redes de organizaciones civiles para trabajar el tema y para incidir en sus respectivos gobiernos sobre la importancia de incluir en la agenda de salud la atención a estos asuntos.

En Uruguay, en el 2005 se crea el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género, con una coordinadora devenida del movimiento feminista, quien entiende necesario incluir en sus líneas de trabajo los derechos al parto respetado. Este programa logró realizar las Normas de Atención a la Mujer Embarazada y las Normas de Atención a la Mujer en el proceso de Parto y Puerperio, que si bien son un gran avance todavía no se cuenta con mecanismos de control que garanticen su cumplimiento.

Por otra parte estableció el Premio Dr. Juan José Crottogini de Humanización al Parto y Nacimiento, el cual realiza un reconocimiento a las maternidades que brindan calidad en la atención a las mujeres en el proceso de embarazo, parto, puerperio y amamantamiento. Si bien es interesante que propone un estímulo positivo para el cambio (y no punitivo) el monto del premio no ha sido lo suficientemente atractivo como para que las Maternidades impulsen un cambio profundo en sus formas de atención.

A partir del año 2010, ante un nuevo gobierno del Frente Amplio, el MSP reformó su organigrama. El Programa Mujer y Género finaliza y se crea un Área en Salud Sexual y Reproductiva, quien cuenta con tres sub-áreas: Salud de la Mujer, Violencia y Salud e ITS-SIDA. A su vez se crea un nuevo cargo de jerarquía mayor para la tarea de transversalizar la

²¹ En el anexo D se presenta una síntesis de las políticas en salud sexual y reproductiva en el país, extraída de López, Alejandra *et al* (2009)

perspectiva de género en todo el MSP. Los cambios recientes todavía están en etapa de consolidación, por lo que no está claro aún de qué modo se retomará la agenda de trabajo en políticas hacia el embarazo y parto humanizado.

A nivel parlamentario destacan la promulgación de tres leyes: la Ley No 17386, del año 2001, que dispone que toda mujer durante el trabajo de parto y el parto tiene derecho a estar acompañada de una persona de su confianza; la Ley No 17565, del año 2002, que dispone que en todo establecimiento que se asistan partos debe haber una partera interna de guardia; y la ya mencionada Ley No 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva aprobada en el 2009. Ésta última en el inciso c, del artículo 3o plantea la necesidad de 'promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados'. Por otro lado en el artículo 4o advierte sobre la necesidad de 'dictar normas que incluyan el enfoque de derechos sexuales y reproductivos para el seguimiento del embarazo, parto, puerperio y etapa neonatal'.

En relación a las metas prestacionales enfocadas al embarazo no se incluye ninguna relativa a la calidad de la atención, ni hacia el impulso del embarazo y parto humanizado. Hay un énfasis importante en garantizar el control del embarazo y su captación precoz, pero sólo en términos cuantitativos (cantidad de mujeres captadas por el sistema, cantidad de controles). Se enfatiza en el control odontológico durante el embarazo y en el puerperio. Luego se propone la promoción de la lactancia, el control del VDRL y HIV, y el llenado completo de la historia clínica perinatal básica. (Instructivo de Metas Asistenciales, MSP)

3. Diseño de investigación y fundamentos metodológicos

3.1 Fundamentación metodológica

3.1.1. El punto de vista de la epistemología feminista en la investigación social

Sadler (2003), siguiendo a Harding (1995), plantea que la ciencia tradicional ha generalizado sobre las relaciones humanas basadas en investigaciones de hombres, sobre experiencias de hombres, y así se han erigido los conocimientos básicos de las ciencias sociales; esto ha llevado a:

“... dudar sobre el poder del método científico para alcanzar la máxima objetividad, que es su meta. O dicho de otro modo, la objetividad ha sido conceptualizada de manera equivocada y con unas miras excesivamente estrechas.” (Harding 1995: 19, citado en Sadler, 2003: 43).

A partir del trabajo de investigadoras y pensadoras feministas en las últimas décadas, se ha venido construyendo un campo epistemológico que pretende develar los constructos androcéntricos de la ciencia y de sus formas de acercarse a la realidad. Según González y Pérez (2002) el término “epistemología feminista” si bien se puede aplicar a un conjunto heterogéneo de posturas, todas ellas apuestan a poner en tela de juicio ciertas suposiciones básicas de la epistemología tradicional, y “... se podría resumir en la defensa de que no es posible una teoría general del conocimiento que ignore el contexto social del sujeto cognoscente” (González y Pérez, 2002), así como se derroca la creencia en su supuesta facultad “universal” e “incorruptible”.

Mabel Campagnoli (2009), siguiendo a Helen Longino (1997) plantea que lo que existe es un modo de hacer ciencia que sigue pautas tratando de minimizar los sesgos androcéntricos y la intención de crear conocimiento con aplicaciones más igualitarias y democráticas. Dentro de este campo epistemológico son varios los conceptos existentes con el objetivo

de construir una figura teórica que permita resignificar el ser mujeres como sujeto de conocimientos. Los más utilizados son la "situación" y las "experiencias de mujeres".

Helen Longino (1997) propone valores alternativos para guiar la investigación científica, los llama "virtudes feministas", entre ellos plantea: la "heterogeneidad o diversidad ontológica" en donde se respetan las particularidades y se evita la transformación de las diferencias en jerarquías. La "interacción mutua" en vez de la unidireccionalidad de los procesos. La "aplicabilidad a las necesidades humanas" que intenta contrarrestar el progreso de la tecnociencia separado del bienestar social. Y el criterio de la "descentralización del poder" en donde se da prioridad a las investigaciones que incorporan relaciones mutuas, no de dominador / dominado y que propicien el control democrático de la investigación. (Campagnoli, 2009:2 en Longino, 1997).

Desde el feminismo se plantea un sujeto de conocimiento como:

"un individuo histórico particular cuyo cuerpo, intereses, emociones y razón están constituidos por su contexto histórico concreto, y son especialmente relevantes para la epistemología y donde el compromiso político con el cambio social es uno de los principales rasgos constitutivos de las epistemologías feministas" (González y Pérez, 2002).

Tomando lo anterior, asumo que la investigación social está ligada a valores y que como investigadora estoy inmersa en el entramado social que enmarca al tema abordado. Esto si bien me convoca permanentemente a revisar la distancia investigadora-problema de investigación, está en consonancia con mi forma de concebir el proceso y las consecuencias de hacer ciencia social: desde el compromiso de vivir en este mundo trato de que lo que hago sirva para generar mayor criticidad con lo dado y mayor capacidad para el ejercicio de la autonomía y la vida gozada. Quiero aportar conocimiento para fortalecer la acción social necesaria para mejorar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de este modo profundizar la democratización de la sociedad.

3.1.2 Campo Cualitativo de Investigación Social

En la tesis se utilizan metodologías cualitativas pues se necesita producir información que proviene de la dimensión subjetiva de la vida de los individuos, se necesita comprender la

visión y la experiencia de las personas en relación a la reproducción humana, tanto sea de las mujeres como del personal de los equipos de salud. Tomando como base el marco teórico planteado por Floyd, que plantea la existencia de distintos modos de concebir y organizar el cuidado de la salud, me centro en los discursos de mujeres, médicos, estudiantes y profesionales de la partería todos/as dentro de lo que puede llamarse el paradigma humanista. Pretendo rescatar este discurso para caracterizar críticamente el actual modelo y señalar los caminos hacia un modelo más humanista.

Siguiendo a Ana María Rusque (1999) se podría caracterizar el paradigma cualitativo como un conjunto de enfoques cuyo interés central es el significado dado por los sujetos participantes a las acciones y sucesos que constituyen la trama de su vida cotidiana (Rusque, 1999: 87). En este paradigma se entiende que la realidad es subjetiva, intersubjetiva y múltiple, y que los/as investigadores/as están inmersos en el contexto de interacción que se desea investigar. En donde cobra importancia ocuparse de lo que Sautu (2005) llama la reflexividad: el supuesto axiológico por el cual el investigador asume que sus valores forman parte del proceso de conocimiento y reflexiona acerca de ello. En este contexto la rigurosidad se construye por la objetivación permanente de las condiciones sociales y subjetivas de producción de conocimiento; no se sostiene el presupuesto de sujeto y objeto de investigación neutros y externos, sino sujetos/as que van construyendo el relato en la interacción. (Sautu, 2005:40)

Implica una perspectiva desde adentro, es decir el uso de métodos comprensivos y fenomenológicos, que permita que el objeto se nos revele en la conciencia. Esta perspectiva tiene carácter exploratorio y expansionista, porque sigue un modelo que no está establecido paso a paso sino que se adapta a los hechos que conoce (Rusque, 1999: 93).

En síntesis, el objeto científico del paradigma cualitativo está orientado al mundo subjetivo de la acción social, en donde se busca interpretar lo singular, el sentido que el actor le da a la acción social y comprender los sistemas compartidos de símbolos que permiten que se desarrolle (Rusque, 1999: 99).

En la investigación cualitativa interesa construir una "especie de representatividad sustantiva, sociológica, que se decide sobre la base no ya de fórmulas matemáticas, sino

del juicio del investigador mismo. Él elegirá los casos en los que se debe profundizar no por su tipicidad o difusión en la población, sino por el interés que según él presentan... ” (Corbetta, 2003: 51). Según Callejo (2002) en este tipo de diseño no importa tanto el número de informantes sino las diferentes posiciones sociales ocupadas con relación al fenómeno observado.

“Se trata de obtener el suficiente material para la comparación y la mutua corroboración de lo confesado, que tenderá a ser fragmentaria, sobre algunos aspectos. Se consigue así lo que desde distintas escuelas se ha denominado saturación” (Callejo, 2002:11).

De este modo se tomó la decisión de producir el conocimiento, fundamentalmente, a partir de la mirada de personas que en su vida cotidiana son críticas con respecto al modelo de atención hegemónico y adhieren al nuevo paradigma Humanista de la atención al Parto y Nacimiento. De esta manera se pretende profundizar en la comprensión de cuáles son los obstáculos y las posibilidades que el actual sistema tiene para incluir las necesidades y las opciones de mujeres, familias y profesionales que quieren producir nuevas condiciones para el Parto y el Nacimiento. Se incluyeron algunas entrevistas a personas que no son críticas del modelo hegemónico, de forma de confrontar las opiniones y complejizar la problematización del tema de estudio.

3. 2 Técnicas de producción²² de datos

La información producida en esta investigación surge del relevamiento de datos secundarios (estadísticas y artículos de varias bibliotecas virtuales y sitios especializados), de la realización de entrevistas en profundidad y de un grupo de discusión, y de la participación en eventos públicos relacionados al tema (presentaciones sobre Mortalidad Materna del MSP, entrega de premios a las maternidades amigas de las mujeres en el contexto del Premio Crottogini y mesas redondas sobre la temática). El diseño original planteaba desarrollar entrevistas en profundidad con los/as integrantes de los equipos de salud y con los/as decisores de políticas, y grupos de discusión con las mujeres que vivieron la experiencia de parto. Durante el desarrollo del trabajo de campo resultó imposible concretar el grupo de discusión de uno de los perfiles sociales de mujeres, lo que llevó a realizar entrevistas con este sector.

²²Se plantea producción y no recolección porque recolectar sugiere que la observación es mero reflejo de algo que le es anterior y exterior, “cuando es una intervención que modifica lo observado y produce como resultado de esa modificación un fenómeno, que no es siguiera <<el dato>>, pues <<dato es el registro escritural de ese fenómeno...” (Ibáñez,2005: 38).

3.2.1 Entrevista en profundidad

El objetivo de esta técnica es dejar que la entrevistada/do nos lleve hacia los asuntos que le interesan, hacia los sentidos que le da a las cosas y a la reconstrucción de su realidad. Se busca obtener información profunda y contextualizada de los significados de los informantes, a través de una conversación planificada. No hay que perder de vista que la entrevista "es un habla para ser observada", lejos de una conversación común, refiere a un artefacto para la producción de datos de la investigación, en donde objeto e instrumento de observación son del mismo material: sociales. Se la podría pensar como una confesión desde la desigualdad, pues la demanda de confesión parte del entrevistador al entrevistado, el entrevistado confesará lo que socialmente crea conveniente, situándose aquí el principal juego analítico de la entrevista. Además esta confesión debe ser aceptada por el observador de aquí la necesidad de que el entrevistador desarrolle una actitud abierta, empática y dispuesta a aceptar toda manifestación de la persona entrevistada (Callejo, 2002:1-10).

Con respecto a las pautas de entrevista, si bien existían una serie de puntos en común a relevar, éstas fueron cambiando y adaptándose a las características de las personas entrevistadas²³.

Cada investigador/a realiza una entrevista diferente según su cultura, sensibilidad y conocimiento acerca del tema, y sobre todo, según sea el contexto espacio-temporal en el que se desarrolla la misma. En este sentido se enfrentaron algunos aspectos éticos y técnicos propios del fenómeno a estudiar:

Durante el desarrollo de las entrevistas con las mujeres costó indagar en ciertas dimensiones importantes para el problema de investigación, pues para ellas, el parto a la vez que es creación de vida las enfrenta también a intervenciones quirúrgicas, a grandes dolores y en cierta manera a la propia muerte. El sistema médico y los mandatos patriarcales en torno a la maternidad hacen que la mayoría de las mujeres se convenzan de que todas las prácticas e intervenciones que les realizaron eran necesarias para su vida y la de las/os bebés. En estas circunstancias el preguntar cuestiones como: te parece que tu

²³En el anexo A se muestran las pautas de entrevista y grupos de discusión.

cesárea se podría haber evitado? o necesariamente te tendrían que haber practicado la episiotomía? Puede ser agresivo y muy removedor. El desafío fue generar un espacio para que las entrevistadas pudieran trascender las primeras impresiones, el *statu quo*, las explicaciones médicas y animarse a reflexionar más libremente.

Con la población de los equipos de salud el riesgo es producir discurso desde lo legitimado, desde las normas discursivamente aceptadas y perdernos de lo que sucede en la realidad. La manera de reducir este problema fue entrevistar a personas comprometidas en la visión humanista, un supuesto de esta investigación es que estas personas contarán lo más fielmente posible cómo se desarrolla el modelo hegemónico de atención.

3.2.2. Grupos de discusión

El fundamento por el cual se optó por desarrollar esta técnica con las mujeres tuvo que ver con varias cuestiones. En primer lugar los grupos de discusión permiten producir discurso social sobre un determinado tema de un grupo de personas que comparten características estructurales. En este sentido pareció oportuno contrastar los discursos sociales provenientes de mujeres atendidas en lo público y en lo mutuo así como mujeres que se prepararon para el parto desde la perspectiva de la Humanización y mujeres que no lo hicieron.

Otra de las cuestiones es que los grupos de discusión permiten una dinámica más espontánea que la entrevista (donde es más evidente la relación entrevistada entrevistadora); en el grupo se da una circulación más difusa del discurso disponiendo de tiempo para que las integrantes puedan expresar vivencias a partir de resonancias o discrepancias con lo dicho por las demás. Se potencia no sólo la capacidad de recordar sino " la construcción de un clima de confianza para hablar de temas silenciados por dolorosos, y por lo considerado como íntimo y personal" (Vivanco,2005:2). Por último los grupos de discusión han sido ampliamente utilizados en investigaciones sobre la salud.

Las técnicas de conversación grupales se han desarrollado básicamente en dos visiones, una la norteamericana utilizada en estudios de mercadotecnia y en estudios de opinión pública (grupos focales), y la otra de origen europeo utilizadas para investigaciones sociológicas (grupos de discusión). En esta investigación desarrollaremos la visión europea

en donde "el <<grupo de discusión>> se inscribe en un campo de producción de discursos. La actuación del grupo produce un discurso -discurso del grupo- que servirá de materia prima para el análisis" (Ibáñez, 2005: 135). Según este autor el lenguaje, a la vez que es instrumento también es objeto de la investigación. Los elementos del lenguaje nos permiten acercarnos a los mapas perceptuales e ideológicos que los sujetos construyen sobre su entorno y el conjunto de la sociedad.

La justificación ontológica y metodológica deriva de que el grupo puesto a discutir sobre una determinada temática produce un discurso que se puede concebir como unidad mínima de interacción social en donde se ve reproducido el orden social. Es así que se puede ordenar y dar sentido al discurso social en torno a un determinado tema. Cada grupo reproducirá un discurso social común. Se trata de avanzar en la búsqueda de significados compartidos por los miembros del grupo, quienes se reconocen en esquemas interpretativos en la misma elaboración de significados. (Arboleda, 2008:4-5)

Técnicamente el grupo de discusión lo que hace es reunir a un grupo de cinco a diez personas, previamente seleccionadas, que son una muestra estructural con características propias. Lo que se busca es representar en los grupos de discusión determinadas relaciones sociales que se plantean explorar en la investigación. Antes de comenzar a elegir participantes hay que plantearse cuántas variantes discursivas son necesarias recoger para tener una visión completa del fenómeno al que se quiere aproximar y conocer. (Cano, 2008:2).

En esta investigación se pretendió recoger el discurso social de dos grupos: un grupo de mujeres que hubieran parido en el sub-sector privado o en sus casas y realizado cursos de preparación con base en la Humanización (MUJHUM) por un lado y un grupo de mujeres que hubieran parido en el sub-sector público y que no hubieran realizado cursos de preparación con base en la Humanización (MUJPUB). La estrategia para la realización de los grupos consistió en localizar y generar alianzas con dos escenarios nucleadores de cada grupo de mujeres. Para el primero se contó con el apoyo de Nacer Mejor (grupo de parteras que se dedica a desarrollar cursos para embarazadas desde la mirada de la Humanización, a acompañar partos institucionales y a realizar partos en la casa). Se logró acceder a la base de datos de mujeres que habían realizado dicho curso y se realizó el mismo acorde a los requerimientos de la técnica.

Para el segundo grupo se realizó una alianza con dos parteras del Centro de Salud del Cerro. Se accedió a los datos de algunas de las mujeres y se las invitó por teléfono, se diseñaron y colocaron afiches en el barrio y en el Centro de Salud para convocar a la actividad. El grupo falló, no fue ninguna mujer a brindar su experiencia. Por lo tanto se pasó a entrevistar individualmente a usuarias del Centro de Salud mientras estaban en la sala de espera de ginecología.

La diferencia de interés entre ambos grupos se puede comprender por distintos factores: con el primer grupo existió la posibilidad de coordinación vía email entre todas, con el segundo grupo no, la fecha les llegó impuesta. Muchas mujeres contactadas a partir del grupo de Nacer Mejor estaban deseosas de dar su experiencia y de "aportar" para que otras mujeres mejoren su experiencias en los partos, existía un interés como grupo en el tema de tesis. Esto no se percibió así en las mujeres contactadas a partir del Centro de Salud del Cerro.

3.3 Criterios para la construcción de la muestra

El criterio de selección de los casos es una cuestión teórica. Teniendo en cuenta el tipo de problema y población que se estudia se procede a seleccionar casos construyendo muestras que respondan a esos criterios (Sautu *et al*, 2005). Es por esto que se privilegió en la muestra la mirada de personas críticas con el modelo médico tecnocrático de atención al parto y nacimiento y que adhieren a la perspectiva de Humanización del mismo. Los tres sectores poblacionales son: decisores/as de política pública, referentes de la academia y de los movimientos sociales; integrantes de los equipos de salud y estudiantes que se relacionan con el fenómeno (ginecólogos/as, parteras, psicólogas, estudiantes de partería); mujeres que recientemente habían parido. Todas las parteras y estudiantes de partería se consideran dentro del paradigma humanista. Dos de los médicos también y uno no. Para la población de profesionales se utilizó la estrategia de contacto por bola de nieve. Para las mujeres ya fue explicitado.

Entre las entrevistas y el grupo de discusión se contó con la opinión de 35 personas, la distribución de entrevistadas/os se puede ver en el anexo B. El trabajo de campo se realizó entre fines del 2008 y todo el 2009.

3. 4 Fundamentación de la estrategia de análisis

En el transcurso del trabajo de campo se desarrolla la producción de los datos de la investigación, cuerpos textuales obtenidos por las distintas técnicas conversacionales, fenómenos lingüísticos que no podemos tomar como la cosa misma, sino que precisa de un proceso particular de análisis para convertirlo en conocimiento científico. Lo producido no es linealmente extrapolable al resultado de la investigación, por esto es muy importante el proceso de análisis, en donde se sale del campo de la especulación acerca de la realidad social y se formaliza una manera de comprender científicamente esa realidad.

Para desarrollar este proceso analítico nos situaremos en el campo de los análisis de datos textuales, consiste básicamente en seleccionar, codificar y relacionar datos de las transcripciones para interpretar los resultados de la investigación. De cara al análisis, se cuenta con cuerpos de textos provenientes de entrevistas y uno proveniente de un grupo de discusión, lo cual amerita una decisión metodológica para definir cómo utilizar la información para que sea compatible.

Baeza (2002) plantea que el uso de informaciones obtenidas mediante grupos de discusión depende directamente del trabajo efectuado durante las sesiones mismas. Pues es allí donde deben quedar registrados los diferentes argumentos que han sido utilizados y consensuados y que, por lo tanto, han dado lugar al discurso social. Los enunciados detectados como discurso social, son directamente transferibles a la investigación, teniendo en cuenta que es el grupo propiamente tal quien ha otorgado las condiciones de validez al trabajo efectuado (Baeza: 2002: 171-172).

Existen distintos tipos de análisis textuales, entre otros: semántico, semiótico, hermenéutico; se define trabajar a partir del análisis hermenéutico.

3.4.1 La perspectiva hermenéutica

La palabra Hermenéutica deviene de *Hermes* que en la mitología griega, era un dios que transmitía los mensajes divinos. Desde aquí se puede observar la relación que guarda esta

palabra con la idea de transmitir fielmente un mensaje.

“Hermes no solo transmitía los mensajes de los dioses, sino que al transmitirlos los volvía inteligibles” (Trias, 1994:43 en Baeza, 2005:154). La hermenéutica en ciencias sociales está referida a la interpretación y comprensión profunda de los textos, pues asume que la experiencia en el mundo es posibilitada y mediada lingüísticamente, pero a la vez no se agota en el lenguaje. Esto sumado a la polisemia evidente del lenguaje hace que continuamente se produzcan confusiones, de allí que la hermenéutica pueda ser pensada también como el arte de evitar malentendidos. (Baeza, 2005: 154-156)

En este tipo de análisis es muy importante tener en cuenta el tiempo, el espacio y la cultura que estructura una cierta significación, se estudian los discursos como productos culturales de su época. De allí que parte importante del marco contextual esté centrado en el proceso cultural de la medicalización de la sociedad y la concepción de la medicina y la iglesia del cuerpo femenino, coordenadas que hacen a la ubicación específica del tema de estudio. Otra cuestión por la cual se optó por este tipo de análisis es su concepción del proceso continuo y múltiple del conocimiento:

“Jamás el método hermenéutico propondrá lecturas- y, por consiguiente, interpretaciones, -exclusivas, excluyentes y definitivas;” (Baeza, 2005:159).

Yendo hacia aspectos más concretos, se puede hacer análisis vertical, que corresponde al análisis de entrevista por entrevista en donde se valora la singularidad discursiva de cada sujeto; o se puede hacer análisis transversal o temático, con unificación por significación de aspectos provenientes de discursos de distintos sujetos.

En este caso nos basamos fundamentalmente en la perspectiva transversal pues interesa captar posicionamientos posibles a propósito de un tema indagado. La unicidad del discurso individual es suplantada por otro tipo de unicidad (no individual), otorgada por la coherencia de sentidos analíticamente constatada en una serie de entrevistados/as. Se pierde el sujeto individual real y es reemplazado por un sujeto empíricamente inexistente, referenciado a sentidos subjetivos compartidos, a posicionamientos comunes en el tratamiento de los temas y subtemas conversados con los entrevistados/as. (Baeza, 2002: 109-121).

3.4.2 Del uso del Atlas-ti

Existe discusión en torno a la utilización de paquetes de software específicos para el análisis cualitativo. Si bien se da una aceptación cada vez más generalizada, hay ciertos planteamientos que alertan sobre la posible pérdida de la visión de conjunto o el riesgo de quedarse atrapado por la seducción de la herramienta (Salgado, 2007).

Con esto en vista, utilizamos un paquete de software: Atlas-ti de forma de facilitar la realización de tareas como el marcado y codificación del texto, la relación entre categorías y la elaboración de tipologías o perfiles, quedando la tarea de interpretación en manos humanas. Puesto que el foco de atención es el análisis cualitativo (el software):

“... no pretende automatizar el proceso de análisis, sino simplemente ayudar al intérprete humano agilizando considerablemente muchas de las actividades implicadas en el análisis cualitativo ... es decir, todas aquellas actividades que, de no disponer del programa, realizaríamos ayudándonos de otras herramientas como papel, lápices de colores, tijeras, fichas, fotocopias...” (Muñoz, 2003:10).

Los pasos seguidos en el análisis fueron los siguientes:

1. Creación de la malla temática. La misma deviene de tener en cuenta los objetivos de la investigación y la primer lectura de las entrevistas. La precisión que logre permitirá evitar que se pierda información contenida en los textos²⁴.
2. Códigos y etiquetamiento: se marcan fragmentos del discurso (citas) y se les asigna un código. Teniendo en cuenta la malla temática.
3. Creación de redes explicativas: teniendo en cuenta los objetivos de la investigación y las características de los códigos creados (frecuencias y capacidad explicativa) se construyen redes en donde se vinculan los códigos de forma de mostrar las relaciones entre los asuntos esenciales de la investigación. En este caso se crearon 5 redes²⁵: **Modelo de atención**, diferenciando lo público y lo privado; **Vulnerabilidades**; **Producción del Parto Tecnocrático**; **Causas de cesáreas innecesarias**; **Violencia de Género y Violencia Institucional**.
4. Elaboración de informe de análisis a partir de las redes, los contenidos de las citas

²⁴La misma se muestra en anexo C

²⁵Que se pueden ver en el anexo F

contenidas en las mismas y el marco teórico.

4. Análisis

En este capítulo se realiza el análisis de los principales asuntos aparecidos en las entrevistas y grupo de discusión poniéndolos en relación con las hipótesis y las preguntas de la investigación. Para eso divido la exposición en seis subcapítulos. Los cinco primeros contienen al final un esquema conceptual que relaciona los elementos centrales de cada uno.

1. **Modelo de atención al Parto y Nacimiento:** enuncia sintéticamente los principales rasgos del modelo de atención en Uruguay. Luego desarrollados en los otros subcapítulos.

2. **Producción del Parto Tecnocrático:** analiza los procesos socioculturales que producen y mantienen el actual modelo hegemónico de atención.
3. **Violencia de Género y Violencia Institucional:** Da cuenta y analiza la interrelación entre estos tipo de violencias en el sistema de salud.
4. **Causas de Cesáreas Innecearias:** explica por qué se produce un porcentaje de cesáreas mayor al indicado como necesario por la OMS.
5. **Permeabilidades y Vulnerabilidades:** trabaja las condiciones físicas y psicológicas de las mujeres al momento de parir y las pone en relación con algunos elementos del sistema social y médico.
6. **Cambios del modelo desde la perspectiva de Humanización:** desarrolla las propuestas desde esta perspectiva, para lograr un mejor modelo de atención.

4.1 Modelo de atención del Parto y Nacimiento

A diferencia de otros países de América Latina, la cobertura de salud en Uruguay alcanza el 100% del territorio, generando mayores condiciones para definir un único modelo de atención al parto y nacimiento. Aún así, registra rasgos diferentes según sea: Montevideo - resto del país o Público – Privado.

Si bien el alcance de este trabajo incluye solo a la capital, a partir del material devenido de las entrevistas, se pueden enunciar algunas diferencias con el resto del país. En Montevideo se concentra casi $\frac{3}{4}$ de la cantidad total de médicos, esto hace que en el resto del país haya menos ginecólogos/as²⁶ por habitantes, lo cual genera que el parto de bajo riesgo sea atendido frecuentemente por parteras, en donde el pediatra y el ginecólogo/a están de guardia, pero no necesariamente en la prestadora del servicio.

En Montevideo, en ambos sub-sectores, en general, los partos son atendidos por

²⁶En el año 2005 sobre el total de médicos se registraba: que un 72% trabajaba en Montevideo (9743) mientras que en el resto del país trabajaba un 28% (3752). En la profesión de parteras se invierte la relación: en Montevideo trabajaba el 46% (266) y en el interior el 54% (313), (OPS-OMS, 2007).

ginecólogos/as²⁷. El subsector público se caracteriza por asistir población de sectores socioculturales bajos y prestar el escenario para la realización de prácticas de estudiantes de partería y ginecología. En el sub-sector privado hay una mayor incidencia de la medicina defensiva y el intervencionismo. Atiende población de sectores socioeconómicos medios y altos con mayor predisposición a consumir salud y posibilidades de exigirlo; escenario en donde se producen los mayores porcentajes de cesáreas. En ambos subsectores se registran rasgos de violencia institucional y de género.

4.2 Producción del parto tecnocrático

En este apartado se explicarán las características del modelo de atención al parto y nacimiento tecnocrático poniéndolo en relación con lo planteado por Davis Floyd

4.2.1 Profundización del proceso de Medicalización de la Sociedad

Los cambios socioculturales de los últimos siglos han llevado a las sociedades y a los sistemas de salud a compartir el endiosamiento de la medicina y su pretensión de controlar la vida y la muerte. La siguiente cita da cuenta del proceso iatrogénico social, cultural y clínico planteado en las tesis de Iván Illich. (Illich, 1987: 13-17;171 en Mitjavila, 1998:10-11)

"... nos cuesta asumir que no tenemos el control de ese evento, y se lo damos al sistema de salud. Yo no estudié para esto entonces entro a una institución y hago la transferencia del control al sistema de salud, dígase médico, partera, enfermera, sentimos que entramos a una institución médica y creemos que nos pueden solucionar todo." (E. 12, psicóloga y *doula*)

En el marco contextual de esta tesis se plantea claramente la voluntad, que comienza en la Edad Media, de crear un determinado sistema médico aliado con la Iglesia y el Estado que pretende ser la hegemonía en la atención en salud. Hoy en día a partir de las entrevistas realizadas, tanto a médicos como a parteras, se puede ver cómo este proceso logró sus cometidos y es la sociedad toda la que exige el lugar de omnipotencia para la medicina. A su vez, ésta asume ese lugar y se maneja en consecuencia.

"Si yo creo que vos tenés la capacidad de salvar o matar, te voy a reclamar si salvás o matás, te puedo venerar porque salvaste, sos mi ídolo, o te voy a odiar y matar porque tenías que haber salvado a mi hijo, hija, mi

²⁷ Entre los años 2004 y 2008 en el Pereira Rossell, un 33% de los partos con vía de terminación espontánea fueron atendidos por parteras. Informe de gestión Maternidad 2008. Centro Hospitalario Pereira Rossell

mujer. Ahora el mismo médico forma esto. Esto sí es económico, este viaje de potencial hacia lo místico, mágico, endiosar la medicina es económico.” (E. 9, ginecólogo humanista)

Se construyó una imagen de la medicina como poseedora de un saber reconocido socialmente, y el consultorio, en esta lógica, es el territorio que la medicina ha construido para sí, para su práctica, en donde las reglas son impuestas a priori por el médico y su disciplina (Nievas, 1998 citado en Mesa y Viera, 2008:4)

Un asunto que transversaliza todos los problemas analizados, es que si se mira específicamente por colectivo profesional, las parteras tienden a responsabilizar al colectivo médico de lo que consideran negativo en la atención. En las entrevistas con médicos éstos realizan un análisis más global de la situación, en donde si bien reconocen sus responsabilidades como colectivo, plantean los problemas a nivel de sistema de salud y de contexto sociocultural. Los tres médicos, con formación humanista entrevistados, ponen en relación los actos de todo el sistema médico con las exigencias sociales hacia la medicina. Como se puede ver en la siguiente cita:

“En esto hay mucha culpa de los médicos. Esa imagen de omnipotencia. A mí me pasa muchas veces que veo a una paciente que está lo más bien y le digo bueno señora le voy a dar el alta. Y ella me pregunta: ud. me asegura que mi feto va a estar bien? No, no puedo asegurarle. Pero uno se maneja por criterios estadísticos, la probabilidad de que el feto se muera cuando yo le doy el alta es una en diez mil. Pero si justo atendés a esa mujer a la cual se le muere el feto... te quieren matar, agarrar a piñazos. Entonces como médico agarrás y decís: bueno le voy a hacer un examen más para que la probabilidad sea una en cincuenta mil, y si con eso no alcanza pido otra más y más ...” (E.14, ginecólogo humanista)

4.2.2. Perfil profesional y asistencia al parto

La medicina occidental a través de una fuerte formación en patologías tiene como objetivo ‘curar y calmar el dolor’. Desde esta concepción está legitimado socialmente que atienda a todos los partos. “Ese es el tema, formado con el libro de patología atiendo todo...” (E.3, ginecólogo humanista)

Actualmente hay acuerdo que los partos de riesgo deberían ser atendidos por obstetras ginecólogos/as en unidades con el nivel de especialización necesario para practicar las intervenciones que se requieran. De hecho son los únicos capacitados para realizar la cirugía obstétrica. (OMS,1996) La discusión está en la atención del resto de partos,

calificados de bajo riesgo o partos normales. La OMS (1996) reconoce varios perfiles profesionales para su atención: obstétricas ginecólogas/as, médicos de cabecera, matronas (se define como tal si su programa educacional está reconocido por el gobierno, en Uruguay son las obstetras parteras), y las enfermeras, matronas de área rural y comadronas tradicionales. (OMS, 1996) El mismo documento agrega que la matrona es la profesional más apropiada y económica, para ser asignada al cuidado de un embarazo y de un parto normal, incluyendo entre sus funciones el establecimiento de los distintos riesgos y el reconocimiento de complicaciones. En donde:

- Para hacer los cuidados obstétricos más accesibles a la mujer gestante, estos deberían acontecer al nivel más periférico posible que sea seguro y viable.
- Para mejorar el uso de los recursos humanos disponibles, cada función del cuidado materno debería ser llevado a cabo por la persona de menor preparación capaz de proveer el cuidado de una forma segura y efectiva. (OMS, 1996:8)

En algunos países europeos, las matronas son totalmente responsables del cuidado de la gestante y de su parto, ya sea en el hospital o en casa. (OMS, 1996:9)

“ Sin embargo, en muchos países desarrollados y en vías de desarrollo, las matronas o no existen o simplemente trabajan en grandes hospitales donde sirven de meras ayudantes a los obstetras”. (OMS, 1996:9)

Situación que se da mayoritariamente en Montevideo. Dada la gran concentración de médicos/as son ellos quienes atienden la gran mayoría de partos de bajo riesgo.

"El medico es médico, está formado para curar, no está formado para asistir un proceso normal. Entonces el médico desde que está asistiendo, está en una actitud curativa, si la señora no evacuó el intestino hoy le voy a poner un enemol porque la va a pasar mejor. Voy a rasurar porque voy a hacer una episiotomía, en una buena visión médica, está preparado para curar." (E. 4, partera)

Un médico entrevistado plantea que hay toda una biblioteca que se ocupa de la atención del parto normal que combina perfectamente con las bibliotecas sobre las patologías del parto . Cada vez que un trabajo de parto se complica comenzarían a regir las bibliotecas sobre patologías. Todos los partos de bajo riesgo podrían empezar y desarrollarse tratando de realizar las menores intervenciones, bajo los lineamientos de las bibliotecas sobre el parto normal. (E.3 ginecólogo humanista)

Si el Uruguay quisiera cambiar el modelo de atención la discusión debería centrarse en:

“Cuáles son las condiciones de asistencia en un parto de bajo riesgo y cuál es el personal capacitado para eso? Y cuáles son las condiciones para un parto de alto riesgo y cual es el personal capacitado para eso?” (E. 9, ginecólogo humanista)

4.2.3 Autoridad y responsabilidad inherente al médico no al paciente

Cuando el médico/a es la autoridad, el paciente carece de responsabilidad. Los médicos/as son instruidos para presentar una opción como la única respuesta; en este escenario la única autonomía posible para el que consulta es la elección del médico (Floyd, 2004:43).

Como plantea una estudiante de partería:

"El que sabe del proceso, el top top, es el médico, entonces si me lo dice el médico está bien, es necesario y tengo que dejar que suceda cualquier proceso sobre mi cuerpo, más allá de lo que a mí me parezca".(E. 22, estudiante de partería)

Otra de las consecuencias de la medicalización de la vida social planteada por Iván Illich, es la pérdida de control, por parte de los sujetos individuales y colectivos, tanto de sus condiciones internas como de aquellas referidas al medio ambiente. (Illich, 1987: 13-17;171 en Mitjavila, 1998:10-11)

En consonancia con esto la mayoría de profesionales entrevistadas/os son críticas con respecto a la extrema medicalización de la sociedad, colocando la autonomía como uno de los ejes para pensar el mejor relacionamiento entre los sistemas médicos y las usuarias:

"... nadie se plantea, ni las mujeres, ni los técnicos, que la mujer tiene un derecho soberano a decidir si se va a controlar su embarazo o no, si va a tomar una medicación o no, si se va a cuidar o no. Yo le puedo decir a una señora, tu deberías hacer reposo o dejar de fumar, le puedo hacer sugerencias pero en realidad el cuerpo es de la señora, ni de su compañero, ni de su mamá, es de ella, tenga la edad que tenga." (E.24, partera)

Como vimos con los aportes de Barrán, el crecimiento del poder médico no se explica solo por el lado de los sistemas de salud, buena parte de la sociedad así lo espera y así lo exige:

"Qué esperamos las mujeres del parto? Esperamos lo mismo que esperamos del sistema médico. Que me vengán a curar, que me vengán a decir lo que tengo que hacer, actitud más sumisa que activa, que me aseguren que todo va a estar bien. " (E. 10, estudiante de partería).

Todo este proceso se da en un ambiente cultural signado por el stress y la inmediatez de que todo se resuelva ya. Se pretende un tratamiento de afuera hacia adentro que rápidamente cure. Lejos de los enfoques holísticos que proponen una sanación basada en

fortalecer las habilidades del cuerpo para sanarse a sí mismo a través de la nutrición, el aseo y una vida correcta (Floyd, 2004:35).

"Tenemos gente que te dice: mirá nosotros queremos tener el parto tal día, la inmediatez de la actualidad, la gente quiere parir y seguir con su vida igual que antes. O por ejemplo te dicen: - quiero adelgazar, pero comiendo igual que siempre, dame algo, alguna pastillita" (E. 14, ginecólogo humanista)

Los avances tecnológicos en materia médica han logrado traspasar límites no imaginados anteriormente. Hoy en día se logra salvar a fetos de apenas 650-700 grs y parejas que naturalmente no lograrían reproducirse consiguen engendrar, ayudadas por baterías tecnológicas. Paralelo a estos avances el desarrollo de las `sociedades de riesgo` ya no soportan un resultado obstétrico negativo. Nadie se embaraza pensando que probablemente el feto o el bebé recién nacido muera, como sí era habitual hace poco más de 100 años. Concretamente esto se traduce en el paradigma de atención al parto basado en el enfoque de riesgos, se trata de adelantar a cualquier complicación realizando intervenciones preventivas, cuestión que en la mayoría de las situaciones es la causa del `intervencionismo obstétrico`. En donde una intervención crea una necesidad de otra intervención y así sucesivamente; lo cual transforma un parto que podría haber sido liderado por los tiempos y requerimientos de la que pare, en un parto intervenido o una cesárea, protagonizado por la institución de salud.

4.2.4 El enfoque de riesgo reproductivo

Este representa uno de los vectores que hacen al modelo de atención en obstetricia, implica la aplicación de técnicas y procedimientos que permitan identificar aquellas situaciones que puedan ser anormales en el proceso de gestación. "Es la probabilidad de presentar complicaciones, tanto en la madre como en el producto." (Jiménez *et al*, 2005) Para tales fines se diseña un sistema de clasificación que permite distinguir a las mujeres con mayor o menor riesgo de presentar complicaciones que ocasionan morbimortalidad materna o fetal.

Estos sistemas están basados en la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), quien realiza una búsqueda sistemática, evaluación y uso de los hallazgos de la investigación biomédica como base para la toma de decisiones en la práctica clínica. La tendencia actual que sólo considera la MBE para el diagnóstico y la terapéutica, está siendo criticada, pues deja de

prestar la debida atención a las características particulares y singulares de las personas o los colectivos poblacionales. (Corona y Fonseca, 2006). El enfoque de riesgo, como todo sistema basado en la estadística, debería de tener en cuenta que lo que es válido para la población puede no ser válido para un individuo singular.

La mayoría de entrevistados/as fueron críticos con las consecuencias intervencionistas de exagerar la aplicación del enfoque de riesgos:

"...en general los médicos ven al embarazo como potencialmente riesgoso. Por ejemplo cuando ingresa una señora y le hacen una historia clínica, la hacen suponiendo o buscando una patología que de repente no existe, si ingresó con una presión de 120 -mmHg- ya le piden toda una serie de exámenes (que además aumenta los costos en salud, porque esta presión es normal), pudiendo realizar solo un examen de orina, dejar a la señora en reposo y a las seis horas hacerle otro control, ahí verían si está en estado hipertensivo, y si está bien no hay que hacer toda esa batería de exámenes, que en general pone nerviosa a la gente, Qué puede pensar esa mujer? Le dicen que tiene presión alta, le hacen un montón de exámenes, cómo vive esa mujer ese trabajo de parto? Es una sobre protección que no es buena, y a veces genera que aparezcan signos producidos por eso mismo, como una cadena de intervención, se hace una cosa y esa cosa genera otra." (E. 7 partera)

"Una cosa es la patología verdadera y otra lo que le podés encontrar, si le vas a buscar factores de riesgo tenemos todos, el stress, el sector socioeconómico bajo, el analfabetismo, la violencia en su casa. Ningún embarazo sería sano, si lo querés volver patológico lo hacés" (E. 17, psicóloga, enfermera y estudiante de partería)

Hay una extensa trayectoria dentro de las teorías sociológicas que estudian los significados del Riesgo, en donde se analizan entre otras cosas, su sentido biopolítico y su capacidad de generar tecnologías políticas. Las corrientes constructivistas más radicales plantean que nada es un riesgo en sí mismo, pues no tiene carácter ontológico propio, son construcciones del pensamiento que pueden cambiar su significado si cambian las condiciones geo-temporales. Entonces toma sentido preguntarse cómo operan los discursos y las prácticas sobre el riesgo en la construcción y control de la vida social? qué impactos tiene esto en la atención obstétrica? Cuál tipo de riesgos son ignorados y cuál exagerados?. En este contexto se torna sugerente considerar el riesgo como dispositivo biopolítico de dominación. Las formas como una sociedad produce y enfrenta los riesgos siempre dependen de los mecanismos de poder hegemónicos. (Mitjavila, 2008)

En las entrevistas con las parteras se señala una relación entre la creciente utilización del enfoque de riesgos y la necesidad de transformar el proceso en algo patológico con

necesidad del recurso médico. Si bien entiendo que mirando los procesos históricos, desde el punto de vista mercantil, sí hay una tendencia a medicalizar para aumentar el poder del colectivo médico; también sucede que toda la sociedad está inmersa en la 'sociedad del riesgo' que pretende disminuir los riesgos a cero para garantizarse 'eterna salud'.

La sociología del riesgo plantea que se ha tomado conciencia de la interrelación globalizada entre la naturaleza y las acciones humanas. La sociedad de riesgo no tiene la posibilidad de que los esquemas institucionales de la modernidad puedan contener los riesgos, la vida moderna genera amenazas que sus instituciones no pueden controlar. Ya no cabe pensar en la exterioridad de la relación entre naturaleza y sociedad, en donde la primera representa un riesgo del cual hay que protegerse. Todo está relacionado con todo y los riesgos asociados a una acción localizada pueden repercutir en el futuro en cualquier lugar del globo (Robles, 2005).

Varios investigadores/as comienzan a alertar sobre las consecuencias no esperadas de este modo de parto y nacimiento, acuñado por Michelle Odent como " el nacimiento industrializado ". En su banco de datos reúne investigaciones que muestran las relaciones entre la calidad de la vida uterina y el desarrollo de enfermedades en la adolescencia y adultez. Específicamente plantea:

"... se puede observar cómo las consecuencias de la manera en que nacemos se trasladan -a largo plazo- al campo de la sociabilidad, la agresividad o, dicho de otra manera, a la capacidad de amar." (Odent, 2003:56)

En consonancia con uno de los rasgos del modelo tecnocrático (el paciente como objeto) se privilegian los aspectos físicos sobre los emocionales, bajo el lema de hacer 'cualquier' cosa por que el bebé esté bien no se miden las consecuencias psíquicas y afectivas de determinadas intervenciones.

La preservación de la vida del feto, no importa a qué costo, es lo que prima. Me pregunto hasta dónde la pulsión por preservar la vida está generando consecuencias no deseadas para la vida misma. Por ejemplo cuando se salvan fetos muy prematuros que luego quedan con secuelas para toda su vida. Y hasta dónde esta pulsión compartida por sistema de salud y sociedad toda no genera mayores condiciones para la extrema medicalización de los cuerpos y los procesos reproductivos. Como vimos para Marisa Germain una de las condiciones necesarias para los procesos de medicalización de las sociedades es que exista

un campo de prácticas al que aplicarse bajo el denominador común de perpetuar la vida (individual o de la especie). Y en donde la biolegitimidad, la usurpación por parte del Estado de la capacidad de disposición del individuo sobre su existencia, justifica su ejercicio del poder en la aspiración de hacer persistir la vida biológica. (Germain, 2005)

4.2.5 La influencia de la Medicina Defensiva

Las consecuencias de malas relaciones médico-paciente son la causa principal de las disconformidades de los usuarios y de las denuncias y reclamos contra los médicos. Rodríguez (2006) plantea que cuando se ejerce guiado por la defensa, las decisiones médicas no se sustentan en la evidencia científica o en la experiencia del médico, el objetivo principal es la protección ante un eventual futuro reclamo del paciente. Tanto desde el punto de vista ético, como de salud pública, no es admisible pues no tiene como centro al paciente y agrega costos innecesarios al sistema de salud. Además, la medicina defensiva, se demuestra completamente ineficaz como estrategia de prevención de los reclamos de los pacientes. De hecho, no contribuye en absoluto a lograr una relación clínica adecuada y agrega nuevos riesgos profesionales, dados los actos médicos innecesarios (Rodríguez, 2006:1)

Sin embargo el alto número de demandas realizadas a los ginecólogos genera que en la mayoría de las actuaciones este vector sea preponderante²⁸.

La medicina defensiva, en asociación con el enfoque de riesgos, busca adelantarse a cualquier complicación, realizando intervenciones muchas veces innecesarias y tratando de dejar constancia con pruebas "objetivas" de la actuación del profesional.

"... el monitor electrónico tiene un respaldo objetivo desde el punto de vista médico legal, porque si yo no te estoy registrando y vos tenés un mal resultado después yo te tengo que decir mirá yo te auscultaba y estaba bien. Y la mujer te puede decir: no ud me controlaba una vez cada media hora y es palabra contra palabra, si vos lo tenés registrado en el papel, no hay duda." (E. 14, ginecólogo humanista)

Las desventajas de utilizar el monitor electrónico de forma permanente, es que las mujeres no se pueden mover de la posición horizontal, están atentas a lo que expresa la máquina y no a las necesidades de su cuerpo, en estas condiciones es más difícil sobrellevar el dolor y lograr la concentración necesaria para el dilatamiento del cuello del útero.

²⁸En Uruguay las demandas judiciales de pacientes contra ginecólogos por mala praxis está en aumento sostenido desde hace al menos dos años. Publicado en el diario El País, 1/8/2010.

4.2.6 Un sistema guiado por las ganancias

Este modo de atención no es ajeno al contexto mundial en donde cada vez más crece la corriente que hegemoniza la comercialización y mercantilización de la vida, la salud y la naturaleza. Michelle Odent (2003) plantea que el parto también se industrializó y mercantilizó. En su libro *el Granjero y el Obstetra* hace una comparación entre la industrialización y mercantilización del agro y la ganadería, y lo mismo en el parto y nacimiento. Señala que una de las preocupaciones más importantes para los que se interesen por el futuro de la humanidad debería ser mejorar las condiciones del nacimiento.

Davis Floyd (2004) plantea que en todos los sistemas sociales las personas que trabajan para beneficiar a otros esperan un pago en forma de mercancías o dinero. Con el crecimiento de la farmacología y la tecnología, la medicina actual requiere de elaborados sistemas de financiación para asegurar su disponibilidad. En EEUU la mitad de la investigación médica es motivada por el posible beneficio económico de los productos y técnicas descubiertas (los posgrados y publicaciones son fuertemente subvencionadas por laboratorios y corporaciones de tecnología médica). Ella plantea que sería mucho más efectivo destinar dinero para prácticas preventivas en vez de sofisticadas baterías de salvataje una vez que las enfermedades se han presentado (Davis Floyd, 2004:56)

Relacionado a esto, surgió en las entrevistas una crítica a la calidad de la actualización de la medicina en Uruguay, un médico (integrante de OPS) planteó que muchas veces las fuentes de información para los médicos son los visitantes de los laboratorios. Lo cual genera que las terapéuticas aplicadas a los pacientes respondan también a las necesidades mercantiles de las industrias farmacológicas.

Desde una mirada micro, centrada en las motivaciones personales en el ejercicio de la medicina, los médicos entrevistados entienden que el intervencionismo en obstetricia no se origina en la voluntad de ampliar las ganancias:

"Hoy en día el 90% - 99% de las intervenciones en los embarazos y partos están vinculadas a la seguridad y no a plata. Lo hacen porque tienen miedo, y la cesárea es un acto heroico, y es muy raro que haya una demanda, vamos a salvar a esta criatura que capaz que se está por morir." (E. 9, ginecólogo humanista)

En este punto son las parteras las que realizan una mirada macrosocial. Plantean que las jerarquías de poder generalmente establecidas entre el paciente y el médico, sugieren la posibilidad de que los médicos pueden utilizar su posición de conocimientos superiores en pro de su beneficio económico, induciendo la demanda de servicios médicos. Concretamente ponen sobre la mesa las consecuencias del proceso creciente de ampliación del acto médico (que plantea retribuciones específicas y diferenciadas por asistencia al parto y realización de cesárea).

"... al haber un pago de acto médico, el médico absorbió todo lo que podía cobrarse como acto médico...Y empieza en la sociedad: y quién te asistió a vos? Y a mí me asistió un médico, y parecía que asistirse en mutualista y con médico daba una garantía, o elegancia distinta a atenderse con hospitales y parteras." (E. 4, partera)

En Uruguay, en 1992, se firmó un convenio entre la Mesa de Sociedades Anestésico-Quirúrgicas y las Cámaras Mutuales de Montevideo, en donde se estableció el pago por cada intervención médica. Este acuerdo fue el resultado de un conflicto (a través de una huelga) que cirujanos y anestesistas sostuvieron durante 100 días. El único estudio²⁹ existente que intenta estudiar la hipótesis de demanda inducida en actos médicos es el realizado por Fleis y Urrestarazu (2000). Los autores destacan el cambio en el esquema de remuneraciones médicas del año 1993 en Uruguay en donde se prioriza el pago del acto médico y quirúrgico, encontrándose un aumento del ingreso real mensual promedio de los médicos en toda la década de los 90's. A la vez que un aumento en la cantidad de procedimientos quirúrgicos, especialmente los de baja complejidad. (Muinelo *et al*, 2004:10). En la década de los '90, el 60% de los gastos operativos de las prestadoras de salud correspondieron al pago de remuneraciones. En el subsector público la modalidad de pago a los médicos es fundamentalmente a través del salario fijo. En el subsector privado se distingue si es Montevideo o resto del país, en el primero pasan a ser remunerados en torno al acto médico y quirúrgico, reduciéndose el peso del sueldo base en el total, mientras que en el resto del país la modalidad de pago continúa siendo principalmente en base al salario fijo (Fleis y Urrestarazu, 2000 citado en Muinelo *et al*, 2004:17).

En el año 1999, el Ministerio de Economía y Finanzas dejó de manifiesto que los orígenes de la crisis del sector mutual se encontraban en el Convenio Anestésico Quirúrgico y la mala gestión del mutualismo.

²⁹ Según Muinelo *et al*, 2004.

“En el Uruguay en donde existe una superpoblación de médicos, con un esquema que privilegia el pago por acto frente a un salario fijo, en donde quien paga es un tercero (no el/la paciente) se dan las condiciones ideales para la existencia de la demanda inducida por el profesional” (Domínguez, s/d:3)

Existe una amplia literatura mundial sobre las distintas modalidades de pago a los médicos/as con los pro y los contra de cada una. El estudio realizado por Leal (2002) concluye que la tendencia de pago por tiempo es la “ideal” con mecanismos de incentivo a la producción y calidad de los servicios (Leal, 2002). Cuestión que incita a revisar la forma actual de remuneración del sector mutual.

El Convenio Anestésico Quirúrgico tuvo al menos dos incidencias sobre el tema que nos convoca, una ya expresada por la entrevistada: se fortaleció la tendencia a que los/as médicos asumieran la asistencia al parto, porque sea parto o cesárea se cobra un acto médico. Y la segunda es el aumento del uso de las cesáreas. Si se mira la evolución de la cifra tasa anual promedio de cesáreas fue del 16,8% entre el 1985 y 1989 y pasa a ubicarse en el 23,8%³⁰ en el año 1995.

Otro asunto que implica la transacción de dinero, pero esta vez entre usuarias y médicos, es la figura del pago al médico por elección para la atención del parto³¹:

"Esta figura es muy importante, ..., permite que el médico obstetra, cuando la mujer quiere le pague al médico y este la atiende. Ahora es una entidad que los propios obstetras han ido desprestigiando, debería incluir la atención desde que ingresás al sanatorio y hasta que te vas. Qué es lo que pasa? hasta que la mujer está tipo con ocho centímetros -de dilatación- estuvo sola y los obstetras van a atajar al bebé. El parto integra el período de dilatación, el expulsivo, el alumbramiento, vos tenés que estar en todo el parto." (E. 3, ginecólogo humanista)

4.2.7 Intervencionismo Obstétrico

El sistema social y el sistema médico han evolucionado hacia una forma de atención al parto y nacimiento, que más que orientada a tener en cuenta las necesidades de cada mujer singular, garantizan protocolos de atención que aseguran un nivel adecuado de morbimortalidad, a la vez que defiende al profesional (que no se sale de los modos legitimados de atención). Como señala las siguientes entrevistadas:

³⁰ Ver sub-capítulo causas de cesáreas innecesarias en esta misma tesis.

³¹ No encontré estadísticas sobre el uso de este recurso.

"-El parto-... es un proceso tan incontrolable y misterioso que todo el mundo quiere meterle regulaciones, nos da miedo a todos los que pasamos por ahí si estará todo bien." (E. 22, estudiante partería)

En el hacer de la práctica obstétrica se continúan desarrollando intervenciones que han demostrado ser inefectivas e incluso perjudiciales para las mujeres y los bebés (OMS, 2001; Colomar *et al*, 2004). Dentro de éste tipo de prácticas se encuentran (entre otras): No permitir a las mujeres que tomen decisiones acerca de su cuidado; Participar a los médicos en la atención de todas las mujeres; Insistir en el confinamiento institucional universal; Rasurado de rutina; Enema rutinario; Monitoreo fetal electrónico rutinario; Restricción de la posición materna durante el trabajo de parto; Episiotomía rutinaria; Repetir la cesárea en forma rutinaria luego de cesárea anterior; Inducción del parto en forma rutinaria antes de las 42 semanas; Separar a las madres de sus hijos cuando estos se encuentran en buen estado de salud. (OMS, 2001)

Un estudio³² realizado en el 2004 en 12 hospitales públicos del Uruguay (en donde se revisaron los registros hospitalarios, se realizó observación y se aplicó una encuesta a mujeres puérperas sobre las prácticas estudiadas) revela que la episiotomía se aplicó en primíparas a más del 80% y en todas las mujeres a más del 50%. El rasurado perineal demostró tasas de utilización superiores al 50%. En la mitad de los hospitales encuestados el uso de enema fue mayor del 30% y alcanzó 80% en algunas instituciones. Entre sus conclusiones finales plantea que ningún hospital destaca por tener baja frecuencia de utilización en todas las prácticas perjudiciales; y que las preferencias de las mujeres sobre las prácticas suelen coincidir con las que les han indicado o administrado,

"... lo que denota que tienden a estar de acuerdo con las indicaciones médicas. La lectura que puede darse a esta satisfacción expresada con los cuidados recibidos es quizá la falta de información y de sus derechos" (Chalmers, *et al*, 2004)

Por ejemplo en relación al rasurado uno de los ginecólogos entrevistados opinó:

"... en cuanto al rasurado y todo eso, la medicina basada en evidencias marca unas pautas, pero a veces a mí, yo qué sé, a veces vos estás en la sutura y aparece un pelito... no es tan sencillo, yo prefiero que la paciente esté bien rasurada, yo trabajo mejor ." (E. 8, ginecólogo dentro de la perspectiva hegemónica)

En la actualidad, el nivel de intervencionismo no varía necesariamente por profesión que

³² Colomar, Mercedes *et al*, (2004) "Prácticas en la atención materna y perinatal realizadas en los hospitales públicos de Uruguay" en: Revista Ginecología y Obstetricia de México, Volumen 72, Núm. 9.

asiste el parto. Enfermeras, parteras, médicos/s comparten el mismo sistema. Como comenta la Directora de la Escuela de Parteras:

"Tenemos que trabajar más con las egresadas nuestras porque a veces por comodidad muchas colegas trabajan a la par del médico y son tan intervencionistas como los médicos. A veces es mas cómodo, porque sino la partera necesita mucha energía para estar al lado de las mujeres conteniendo a las mujeres y sus familias." (E. 7, partera)

En lo que sigue se plantean los elementos concretos más nombrados en las entrevistas que hacen a la construcción de la asistencia intervencionista.

4.2.8 Uso abusivo de la tecnología

Davis Floyd (2004) plantea que "La manera como la sociedad concibe y utiliza la tecnología refleja y perpetúa el sistema de valores y de creencias que la sustenta.... El sistema de valores fundamentales de la sociedad occidental está fuertemente orientado hacia la ciencia, la alta tecnología, el beneficio económico y las instituciones dirigidas patriarcalmente (Davis-Floyd, 2001:1). La misma autora plantea que la máquina misma, en vez de ser tomada como un medio para un fin es frecuentemente percibida como el elemento que define en un diagnóstico o terapéutica. (Davis Floyd: 2004:46)

En la mayoría de las entrevistas realizadas se señala que tanto el sistema de salud como los usuarios/as tienden a creer que cuanto más tecnología implicada en la atención del parto mejor resultados se obtendrán. Por ejemplo, casi no existen mujeres que se resistan a la colocación de un monitor electrónico y prefieran la auscultación tradicional (método fiable y que permite la movilidad de las mujeres).

En nuestro país, la Reforma de la Salud, apunta a privilegiar la prevención y promoción, y la Atención Primaria a la Salud (APS). El desafío para lograrlo refiere a si tanto el sistema de salud como la sociedad toda, estarán preparadas para modificar la creencia que a mayor tecnología mejor diagnóstico y tratamiento. Como plantea uno de los médicos entrevistados:

"Cómo hacés vos para promover la APS? Es viable que el médico vaya a tu casa, que llegue con un maletín, con un estetoscopio, te controle, etc y te diga: estás bien. Y se vaya sin dejarte un examen? Un remedio? Estamos en condiciones de hacer esto? O ante la mínima duda te transportan hasta el hospital y te hacen examen de orina de sangre, etc, te pasan por la máquina de picar carne." (E.9, ginecólogo humanista)

4.2.9 Apurar y apurar

En el discurso de las parteras aparece la opinión de que la mayor parte de los médicos no están formados para esperar los tiempos de la naturaleza. Esto lo ven tanto en lo público como en lo privado. Plantean que hay una tendencia institucional a desocupar camas, y a tratar de acelerar los procesos para que puedan ingresar otros pacientes.

La directora de la Escuela de Parteras plantea "En el Pereira hay tanto trabajo, y hay una creencia entre los médicos que si intervienen aceleran los procesos... . No es muy lógico, pero bueno es lo que ellos creen. Hay estudios que muestran que los trabajos de parto duran lo mismo si se les rompe membrana o no, y romper las membranas trae complicaciones (posibles infecciones, la membrana protege la cabeza del bebé, etc), no hay motivo para hacerlo, de repente hacen una ronda y les rompen las membranas a todas las mujeres, son intervenciones innecesarias. De repente ponen una inducción en una mujer que no tiene el cuello maduro. Y se sabe que es muy difícil que prenda, y muchas veces termina en cesárea". (E. 7, partera)

Otro factor que interviene en el aceleramiento es tratar de no dejar 'la guardia sucia' (se intenta que al terminar el turno no queden procesos en curso). Si bien la existencia de este fenómeno es reconocido por parteras y médicos, las causas por las que ocurre son distintas según los discursos de cada profesión. Para las primeras el apuro deviene del interés de los médicos de cobrar la mayor cantidad de actos médicos dentro de las guardias correspondientes. Sin embargo, los médicos plantean que esto sucede por no dejar responsabilidades a los que entran en la próxima guardia:

"... si ya entrás y sabés que vas a tener equis cantidad de nacimientos y la guardia de atrás te dejó 4 o 5 para atrás, todo suma, y no hago referencia a que la gente no quiera trabajar, suma en responsabilidad y eso es lo que hay que entender. Cuantas más cosas para hacer mayor posibilidades que salgan mal y eso es el potencial que hay en obstetricia hoy. No hay atención personalizada, lo que hay es suma de responsabilidades y eso genera un funcionamiento muy técnico. Muy técnico, todo tiene que ir de esta manera, el suero, el monitor, la cesárea, yo controlo papeles, en el CTI se controlan papeles, números, potasio, sodio. En cierto sentido en la obstetricia hoy se controlan papeles, cantidad de contracciones, respuesta cardíaca." (E. 9, ginecólogo humanista)

De todas formas tanto sea por una u otra causa, o combinación de las dos, el apurar los procesos para 'limpiar la guardia' es un defecto del sistema de salud que afecta los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y trastorna el proceso de nacimiento de

los bebés.

4.2.10 Tiempos límites de un embarazo normal

Las normas vigentes en el Uruguay sobre la Atención en el proceso de Parto y Puerperio plantean que la vigilancia de la salud fetal a partir de las 41 semanas de amenorrea es controversial (MSP, 2008: 24). La OMS (1996) afirma que un embarazo puede durar normalmente de 37 a 42 semanas y no se recomienda más que un 10 por ciento de índice de inducción.(OMS, 1996).

La Coalición para Mejorar los Servicios Maternos (CIMS)³³ señala que el índice estadounidense de inducciones ha doblado desde 1989, aumentando desde una de cada diez mujeres a una de cada cinco en 2001. Sus investigaciones afirman que la inducción del parto implica un riesgo considerable comparado con el comienzo natural, y muchas, si no la mayoría de las inducciones se realizan por razones que no están apoyadas por una sólida investigación médica. Entre los efectos de la inducción señalados por la CIMS se encuentran: en las mujeres primíparas se aumenta aproximadamente el doble de posibilidades de sufrir una cesárea; la hiperestimulación uterina puede causar sufrimiento fetal; la inducción genera la necesidad de otras intervenciones; y los partos son normalmente más dolorosos. (CIMS,s/d)

De las entrevistas surge que en la mayoría de los casos a partir de la semana 40 y hasta la 41 se le suele plantear a las mujeres la interrupción del embarazo a través de la inducción. Cuestión que muchas veces no funciona, como recién planteaba una partera, porque el cuello del útero puede no estar preparado para el nacimiento. Otra vez el riesgo asociado a muertes por apoxia o envejecimiento de placenta es lo que rige, y sociedad y sistema médico prefieren apurar el parto. De las entrevistas surge que pueden haber soluciones intermedias que combinan un buen uso de la tecnología respetando los tiempos de la naturaleza. Para lograrlas la sociedad debería de cambiar el enfoque actual, bajar la ansiedad colectiva y plantear un seguimiento más profundo a partir de la semana 41. Esto

³³Coalition for Improving Maternity Services, United States, web: www.motherfriendly.org

conllevaría a costos que el sistema debería destinar si es que jerarquiza esperar que sea el proceso feto-mujer quien lidere los procesos.

Otro asunto encontrado es la extrema confianza de la sociedad en las ecografías. La precisión de las mismas depende de las técnicas empleadas y de la semana de gestación, cuánto más avanzado el embarazo hay mayor probabilidad de error para estimar la fecha de parto.³⁴

"Tienen que tener en cuenta si tenés ciclos regulares y si la fecha es confiable, no deberían ser tan estrictos con la fecha de la menstruación... se cree en las fechas de las ecografías pero tienen mucho margen de error."
(E.1 estudiante de partería)

Es frecuente encontrar testimonios de mujeres que le hicieron una cesárea porque según las ecografías el bebé ya pasaba las 40 semanas, o era muy chico, o muy grande y luego se comprueba que el bebé estaba dentro de los parámetros normales, falsas alarmas ecográficas.

4.2.11 Sobre el uso de la Analgesia o Epidural

La Analgesia se emplea para causar la pérdida momentánea de la sensibilidad en la parte inferior del cuerpo y consiste en la inyección de medicamentos a través de un catéter insertado en el espacio que rodea la médula espinal en la parte baja de la espalda. En los países desarrollados se utiliza en el 50% de los partos (Domínguez, *et al*, 2005). En la actualidad existen discusiones sobre los pro y los contra del uso de la analgesia de forma rutinaria. Si bien hay investigaciones³⁵ que prueban la asociación entre la administración de analgesia epidural y el aumento de cesáreas y partos instrumentales, es claro que es un efectivo calmante para el dolor.

Tanto de la mayor parte del personal de salud entrevistado y de las MUJHUM³⁶ se señala rechazo hacia la utilización de epidural de rutina. Si bien existe un discurso de derechos en donde plantean que se tiene que respetar la voluntad de las mujeres, en general opinan que

³⁴ Fuente: www.gonzalodiaz.net/ultrasonido

³⁵ En su tesis doctoral, la médica anestesista Montserrat García Castaño comprobó que la aplicación de analgesia epidural aumentaba el porcentaje de cesáreas del 18 al 24% y el porcentaje de partos instrumentales de 4,2% al 15,7%. Hospital de Virgen de la Concha. Publicado el 8 de octubre de 2007 en: www.laopiniondezamora.es

³⁶ Mujeres que parieron en el sub-sector privado o en sus casas y que realizaron cursos de preparación para el parto con perspectiva de Humanización.

si las condiciones de la atención fueran más contenedoras y respetuosas de las necesidades de las personas no se precisaría la utilización de analgesias. Así como que la utilización de las mismas lleva a no sentir el parto.

"Al anesthesiarte cedés tu poder al otro, al que está ahí, que viene y te dice madre porque ni siquiera sabe tu nombre y que es lo más impersonal del mundo. Y bueno todo el tema de poder cambiar de postura, el trabajo de parto te obliga a cambiar de pose, todo eso la anestesia no te lo permite." (E. 23, MUJHUM)

"Algo característico en EEUU es la demanda de la epidural, hay mujeres que no tienen suficiente preparación para el parto, más el consumo de la medicina, hacen que quiera consumir anestesia, y no quieran sentir el parto Si bien es cierto que se les quita el dolor... Hay quienes dicen que sí pueden sentir el pujo, hay epidurales leves que a veces dejan sentir el pujo, pero en general no sienten el parto, no sienten el pujo, entonces no pueden participar activamente... Pero supongamos que asumimos un rol secundario, ... lo que sucede es que el médico se da cuenta que la panza se pone dura o con monitor fetal, es un control externo, le tienen que decir a las mujeres cuándo le están viniendo las contracciones. ... la mayoría de la gente decimos que -el parto- tiene un componente de dolor, pero que se mitiga con el acompañamiento, con hidroterapia, con posturas." (E. 12, psicóloga y *doula*)

Por otra parte en Uruguay acceder a la analgesia en el parto cuesta aproximadamente 600 dólares, lo cual la hace inaccesible para los sectores sociales más empobrecidos. Visto desde una concepción de derechos esto configura una dimensión de injusticia social, pues la posibilidad de no sentir dolor en el parto, no está vinculado a la necesidad clínica o al derecho de las mujeres, sino al hecho de pertenecer a sectores sociales medios y altos.

4.2.12 Occitocina y amniotomía

La colocación de occitocina y la amniotomía (rotura de membranas) realizadas de forma rutinaria para acortar el trabajo de parto espontáneo, son dos prácticas también puestas en discusión. De acuerdo a los resultados de un estudio³⁷ no se recomienda la introducción de la amniotomía como parte del tratamiento y el cuidado estándar durante el trabajo de parto. En el mismo estudio no se encontraron asociaciones significativas en relación a la disminución del tiempo del período expulsivo y si se encontró un aumento del riesgo de cesárea en las mujeres sometidas a amniotomía.

En relación a la colocación de occitocina sintética para acelerar el trabajo de parto, una entrevistada señala:

³⁷ Smyth, *et al* (2008), "Amniotomía para acortar el trabajo de parto espontáneo" en: La Biblioteca Cochrane Plus, Número 2.

"-la occitocina- Es una droga natural que tenemos, ..., la inducción es la hormona oxitocina sintética, genera la contracción del útero, lo sintético nunca es como lo natural. No genera el enamoramiento. El tiempo que te da la máquina, es más rápido que el tiempo que necesita tu cuerpo para generar endorfinas, se nivelan más fácil la oxitocina y endorfinas si es natural. Lo mismo pasa cuando se rompe la bolsa, las contracciones se vuelven más dolorosas, la cabecita del bebé se apoya y genera contracciones mas seguidas". (E. 12, psicóloga y *doula*).

Para terminar el apartado sobre intervencionismo presento un ejemplo que muestra la concatenación de hechos que van llevando al uso abusivo de tecnología y fármacos. En el mismo se puede observar, al decir de Rostagnol y Viera (2006), como el "tiempo individual queda sometido al de la institución; en las instituciones médicas el tiempo es el recurso por excelencia para convertir a la usuaria en paciente. La lógica institucional limita por esta vía la autonomía de la persona imponiéndole sus ritmos". (Rostagnol, Viera, 2006:7)

Ejemplo:

".. una mujer está en las habitación con su marido en el trabajo de parto, el marido llega a la enfermería y dice:

- Señorita mi señora está con mucho dolor.
- Quién es su señora?
- Cama 4, está muy dolorida, quédese tranquilo que ya llamo a la partera.

Y dónde está la partera? En el mismo cuarto que los médicos tomando café o mirando televisión. El modelo está alterado en este país . No es una cuestión de especialidades, es una cuestión de modelo y de supervisión, nadie supervisando. Tenés tres médicos jugando al truco con la partera en el cuarto médico.

Entonces el tipo vuelve y dice:

- Señorita mi señora sigue con dolor.
- Si ya avisamos a la partera, ya va a venir.

Dos vertientes espacio tiempo: el señor con la mujer, un segundo son mil horas. Mientras que para el equipo médico no es nada. La partera por teléfono, qué le pasa? Está con dolor? Ché fulano la señora del 4 está hinchando, le podemos hacer un demerol?. Comienzo de medicación innecesaria, no la fueron a ver. El médico más cómodo que la partera le alcanza con eso. Y la mujer ya es la rompebolas de la cama cuatro, y esto termina en: van le rompen membranas, le ponen la oxitocina para acelerarle las contracciones, etc, etc y en qué termina? En cesárea." (E. 3, ginecólogo humanista)

4.2.13 Consecuencias del modelo tecnocrático

Un asunto muy nombrado en las entrevistas realizadas tiene que ver con las consecuencias tanto en la relación mujer-hijo/a, como sociales del actual modo de atención.

Inmediatamente que el bebé nace se le realizan una serie de rutinas pensadas para

disminuir los riesgos de muerte, enfermedad y malformación del recién nacido/a. Existe discusión sobre si este tipo de rutinas son beneficiosas o no. Pues si bien aportan rápidamente datos clínicos, podrían obstaculizar el vínculo de la mujer con el recién nacido/a, generando consecuencias negativas para el posterior desarrollo del bebé.

Ya en la década de los '70, en Uruguay, el doctor Caldeyro Barcia planteaba que es muy importante el comienzo precoz de la unión padres-hijo/a. En la misma sala de parto, el bebé que nace con buenas condiciones de salud debe ser entregado cuanto antes a la madre para que se inicie el amamantamiento. "La precoz iniciación de la relación de la interacción madre-hijo tiene un papel primordial en la creación de un "lazo afectivo" entre ellos... el padre debe participar también en la temprana interacción con su hijo, lo que ayuda enormemente a despertar el amor paterno y el afecto sostenido por su hijo." (Caldeyro-Barcia, 1979: 17)

Entre los asuntos más investigados por Michelle Odent también se encuentra la importancia de la primer hora del nacimiento. Plantea que es la hora más crítica de la vida de un ser humano pues luego que sobrevive a las fuertes contracciones uterinas del período expulsivo, tiene que respirar repentinamente por los pulmones, se debe adaptar a un suministro discontinuo de alimentos, se tiene que enfrentar a miles de bacterias del mundo extrauterino, y por primera vez se integra a un mundo desconocido (Odent, 2003). Para favorecer la adaptación a la vida de los recién nacidos, Odent plantea que, siempre que el bebé esté bien de salud, se debe evitar todo tipo de intervenciones, sólo alcanza con dejar al bebé en brazos de su madre y observarlo. El complejo hormonal liberado por mujer y bebé en el parto continúan durante la primer hora del nacimiento, jugando un papel específico en la interacción entre los dos. La hormona occitocina tiene consecuencias conductuales (demostradas por Prange y Pedersen en 1979) en las mujeres. Presente en cualquier fase del amor, es la principal encargada de desarrollar el impulso de la mujer por cuidar a su recién nacido/a. (Odent, 2003)

El modo de atención actual no se rige por estos planteos. Apenas el bebé nace se le realizan una serie de procedimientos de rutina: corte del cordón umbilical, limpieza corporal, peso y medición de talla y cráneo, introducción de una sonda para aspirar las vías respiratorias, introducción de otra sonda en el ano para verificar su permeabilidad, aplicación de nitrato de plata en los ojos como profilaxis, extracción de una muestra de sangre del talón para realizar estudios de rutina.

Estas rutinas son interpretadas como innecesarias y violentas por la mayoría de entrevistadas/os:

"... pero lo que hacemos todo el día como si fuera normal, le metemos un caño al bebé cuando nace, le hacemos un lavaje de estómago. Y se lo estamos haciendo a las criaturas cuando nacen, las deprimimos, las hacemos sentir mal y todo porque no pueden gritar, ni defenderse. Todo porque uno cada mil puede tener una atresia -malformación congénita que consiste en la ausencia de un orificio natural (esofágico, anal, vías biliares, etc.)-... observalo al niño, si devuelve cuando toma la teta. El argumento es que si devuelve y se traga el vómito puede hacer una infección, pero no vamos a torturar a todos por eso!! " (E. 13, partera)

También aparecieron testimonios de mujeres en donde se muestra que no tuvieron la posibilidad de tener ningún contacto con la recién nacida/o en la primer hora:

"- Y la bebé, te la pusieron encima? no. La pusieron ahí para cortarle el cordón y yo la quería ver y me decían no quedes quietita. No sabía ni lo que era, porque ella no se dejó ver en la ecografía. Le dije a mama: qué es? Y me dijo es una nena. Se la llevaron a hacerle los análisis. Y como a la hora me la llevaron.

- No la viste hasta la hora? no." (E. 28, MUJPUB³⁸)

Existen investigaciones (Odent, 2003 y Mead, 1961) que plantean una relación entre el tipo de cuidados que una sociedad provee a sus recién nacidos y su posterior conducta social. Por ejemplo la antropóloga Margaret Mead, que estudió durante 14 años a siete pueblos de Oceanía, encontró que si bien " No sabemos qué huellas específicas quedan realmente en el sistema nervioso de la conmoción que se sufre al nacer, pero observando cuidadosamente las distintas maneras de tratar a los niños recién nacidos- los acunan suavemente contra el pecho, los toman por los tobillos palmoteándolos, los arropan de tal modo que la luz no los toca hasta que tienen ya varias semanas, o los sostienen con los brazos tiesos para que se las arreglen solos, como ranitas – se comprueba que estos primeros tratos coinciden con el tratamiento que se les da posteriormente y con las fantasías que tendrán luego." (Mead, 1961:59). Por ejemplo, los *Arapesh* de la montaña son un pueblo manso que habita las escarpadas montañas de Nueva Guinea, son pobres, sensibles a las necesidades ajenas y cooperadores. El mayor interés tanto de hombres como de mujeres es criar niños, animales y plantas. En este pueblo tratan a los niños/as como si fueran pequeños objetos suaves, frágiles y preciosos a los que hay que proteger, alimentar y mimar (Mead, 1961:50,59). Por su parte los *Mundugumores* son un pueblo vigoroso e inquieto que se pasan el tiempo riendo o cazando cabezas. Allí las mujeres son fuertes como los hombres y aborrecen tener hijos. Llevan a los bebés en ásperas canastas que les raspan la piel, bien lejos del pecho. Amamantan a los hijos de pie, apartándolos en cuanto están un poco

³⁸ Mujeres que parieron en el sub-sector público y que no realizaron cursos de preparación basados en la perspectiva de humanización.

satisfechos. El desarrollo del carácter subraya la avidez impaciente, irritada. En la vida adulta el sexo se hace como si fuera el primer asalto de una pelea y los mordiscos y arañazos son prominentes; cuando capturan a un enemigo primero se lo comen y luego cuentan el incidente riendo (Mead, 50, 64).

Luego Michel Odent sistematiza este tipo de observaciones y las amplía con investigaciones que estudian la calidad del nacimiento de personas suicidas, depresivas y violentas. Plantea que "las consecuencias de la manera en que nacemos se trasladan -a largo plazo- al campo de la sociabilidad, la agresividad o, dicho de otra manera, a la capacidad de amar." (Odent, 2003:56) Bertil Jacobson (en Odent, 2003) estudió los métodos utilizados para suicidarse, y encontró que las personas suicidas que tuvieron un nacimiento complicado desde el punto de vista mecánico tienden a usar medios mecánicos para suicidarse, lo mismo con los suicidas que sufrieron estados de asfixia en su nacimiento, tienden a asfixiarse cuando se autoeliminan. "Si queremos que, en el futuro, nuestro planeta sea capaz de soportar la vida humana, es necesario... -asumir... que la capacidad de amar se desarrolla a través de una larga cadena de experiencias precoces, particularmente en el período que rodea al nacimiento. La forma en que nacen los bebés es el eslabón que se perturba sistemática y ritualmente. Es también el eslabón sobre el que es posible actuar." (Odent, 2003: 115)

Este tipo de argumentos estuvo presente en el discurso del sector de mujeres entrevistadas que hicieron los cursos de humanización, cuestión esperable pues el contenido de este tipo de cursos incluye una mirada crítica de las rutinas hospitalarias. En el sector de mujeres atendidas en lo público no aparecieron críticas o cuestionamientos a las prácticas hacia los recién nacidos/as.

El sector de entrevistadas que más planteó la preocupación por el tipo de atención hacia los bebés fueron las parteras y estudiantes de partería con perspectiva de humanización.

"Son de esas cosas que la sociedad, en general, no mide el impacto que tiene sobre la vida de esos niños y sobre esas madres, esas cosas que parecen tan menores, 'le vamos a hacer todo y ahora te lo damos', así sean cinco minutos, son cinco minutos vitales y más cuando la mayoría de esas cosas que hacen pueden esperar... Por ejemplo bebés que no están mal, pero tienen un quejido: 'los dejamos en observación, en nursery un par de horas y después te lo damos' porque está con un quejido. Capaz que si el bebé podía estar con la mamá ya no tenía más quejido. Ocurre en todos los estratos, no es una cuestión ligada al estrato social..." (E. 29, partera)

"Necesitamos cambiar la forma de nacer para que realmente la sociedad sea distinta, sino podemos ser cálidos, contenedores, respetuosos, en ese momento de mayor fragilidad tanto de la mujer como del bebé,

cuanto menos vamos a poder serlo en cualquier otro momento. " (E. 22, estudiante de partería)

4.3 Violencia de género y violencia institucional

Por violencia de género se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada ³⁹.

" Implica los actos en los cuales se discrimina, ignora, somete y subordina a las mujeres en los diferentes aspectos de su existencia. Es todo ataque material y simbólico que afecta su libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física". (Velázquez, 2003)

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

En este trabajo se focaliza en la violencia realizada desde las instituciones de la salud específicamente en el campo obstétrico. La violencia obstétrica es "... toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales". (Medina, 2008)

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

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

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla

³⁹Artículo primero de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, NNUU, 1994.

inmediatamente al nacer.

4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

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

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

Fernández (2004) plantea que para que la violencia de género pueda existir es preciso que una sociedad haya previamente inferiorizado, discriminado y fragilizado al grupo social femenino. En donde la discriminación debe permanecer oculta; y los discriminados deben articularse con el resto de la sociedad de tal modo que no peligren las reglas de discriminación vigentes. (Fernández 1994,2006)

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

Por su parte, la violencia generada por las prestadoras de servicios se asienta en un sistema de salud altamente jerarquizado, en un contexto de relaciones médico-paciente caracterizadas por las asimetrías de poder y por la apropiación del sistema sobre las decisiones vitales sobre el cuerpo de sus usuarios/as. Esto crea condiciones específicas sobre la concepción sobre el cuerpo para la clínica obstétrica. "Cada cuerpo sobrevive en una

cultura para la cual ha sido construido y a su vez cada ordenamiento social funciona con cuerpos que están acordes al mismo (Nievas, 1998); existe así un cuerpo capitalista y uno precapitalista, un cuerpo construido a partir de la medicina occidental y otro para aquellas medicinas no occidentales ". (Mesa, Viera, 2008:2).

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

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

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

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

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

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

" El poder simbólico como poder de constituir lo dado por la enunciación, de hacer ver y de hacer creer, de

confirmar o de transformar la visión del mundo, por lo tanto el mundo; poder casi mágico que permite obtener el equivalente de lo que es obtenido por la fuerza (física o económica), gracias al efecto específico de movilización, no se ejerce sino él es reconocido, es decir, desconocido como arbitrario. ... se define en y por una relación determinada entre los que ejercen el poder y los que los sufren, es decir, en la estructura misma del campo donde se produce y se reproduce la creencia. (Bourdieu, 2000)

La violencia simbólica, de la mano del poder simbólico, resulta del acuerdo inmediato de las estructuras objetivas con las estructuras cognoscitivas. Se aprende como natural lo dado en el mundo objetivo. Es ejercida con el consenso y el desconocimiento de quien la padece, y esconde las relaciones de fuerza que están debajo de la relación en la que se configura. " ... esa violencia que arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales apoyándose en unas «expectativas colectivas», en unas creencias socialmente inculcadas», transforma las relaciones de dominación y de sumisión en relaciones afectivas, el poder en carisma " (Fernández, 2005:3)

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

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

4.3.1 Violencia obstétrica física y psíquica

Medina (2008) define a la violencia obstétrica física como la realización hacia las mujeres de prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico. Mientras que la violencia obstétrica psíquica incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales. (Medina, 2008)

La mayoría de las/os entrevistados responden a la pregunta sobre violencia obstétrica remitiéndose a lo que vivieron cuando estudiaron o trabajaron en el Pereira Rossell, si bien reconocen que en el sub-sector privado también existe violencia. En el Pereira Rossell destacan como productores de violencia: la práctica de los estudiantes, la radicalización de

las jerarquías, la gran demanda de asistencia y las consecuencias de atender partos de bajo riesgo en un Hospital pensado para asistir partos de riesgo.

Según la Jefa de Parteras del Pereira Rossell la calidad de la atención varía según si asiste un estudiante de medicina o de partería⁴⁰. Ella mencionó los resultados de un estudio⁴¹ que relevó el nivel de satisfacción de las usuarias con la atención, en donde el 80% de las atendidas por parteras manifestaron muy buena satisfacción con el servicio. En el sector de mujeres atendido por los/as ginecólogos esto se redujo a la mitad, sólo un 40% expresó muy buena satisfacción.

Varias entrevistas destacan que en el Pereira Rossell a veces se prioriza las necesidades de aprender de los estudiantes de ginecología en detrimento de la calidad de atención de las mujeres. Además de los numerosos tactos, existe la práctica de cesáreas, fórceps e inducciones solo para aprender.

"Ayer fuimos desde acá al Pereira con una mujer con parto detenido. Suponemos que por un parto macrosómico, le habían quedado trancado los hombros. Llegamos ... le explicamos a la mujer que sostuviera la cabeza para que no saliera, porque si salía le iba a destrozar toda la musculatura... Llegamos a la emergencia, la ve un médico interno, un médico general que no tiene la más pálida idea de donde está parado, yo le expliqué, él la tactó, no tenía sentido que él la tactara. Yo ya la venía tactando todo el camino, la tactó él, dijo: sí, sí está bien directo. Subió, llegó y el Residente⁴² la volvió a tactar. O sea, por cuántos personas pasó esa mujer, yo ya la había tactado varias veces porque el parto venía complicado, después la tacta el de abajo, después el ginecólogo, yo después me fui, pero probablemente si el ginecólogo consultó con otro profesor seguramente la haya tactado también." (E. 17, psicóloga, enfermera y estudiante de partería)

Se plantea una falla a nivel del sistema pues:

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

⁴⁰ Entre los años 2004 y 2008, casi el 70% de los partos en el Pereira Rossell fueron espontáneos (excluye cesárea y uso de fórceps). De este 70%, un promedio de 34% fueron atendidas por estudiantes de partería, el resto por estudiantes de ginecología. Informe de gestión Maternidad 2008, Centro Hospitalario Pereira Rossell, MSP.

⁴¹ Al cual no se tuvo acceso.

⁴² Se llama así a quien luego de recibirse en medicina general inicia la especialización en ginecología.

" (E. 9, ginecólogo humanista)

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

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

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

Cuando me llevaron a sala de parto ella ya estaba con la cabeza afuera. Y cuando vino, llamaron al camillero. Me dijeron no hagas fuerza, pero ya no aguantás. Y me decían: pará!! aguantá!! Me subieron para arriba de la sala y me hicieron apretar las piernas y yo no quería porque sentía la cabecita de ella. Cuando estábamos en la sala de parto vino una partera y me la apretó para arriba. Dicen que por miedo que se fuera a caer. Me dolía, hasta la costilla. al empujármela para arriba y después volver a salir salió sin líquido y me desgarró.... - Qué le cambiarías a tu primer parto? El trato, no sé si a todas las personas, el trato de las que son asquerosas, tienen que estar en ese momento de una, ellas piensan que porque te gustó ponerla ahora tenés que aguantarte. Y no es así porque es doloroso, capaz que no tienen hijos y no saben.... Otra hermana mía le pasó lo mismo, cuando nació estaba mal, ella se quejaba mucho en el trabajo de parto y le dijeron: tuviste nueve y ahora venís a hacer bulla por uno más? Cuando nació estaba mal y le dijeron: no te asustes que vamos a ver si lo reanimamos." (E. 28, MUJPUB)

La siguiente cita corresponde a una denuncia publicada en Brecha (2010) sobre la mala calidad de la atención de un médico del SMI⁴³:

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

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

"Pido con la hemoterapeuta viene, me toma los datos, sí lo tuviste en casa? Y bueno, como que algo no le

⁴³La utilización en la tesis de esta denuncia se realizó con el consentimiento de la denunciante.

cerraba, y como que no podía evitar decir cosas personales. Me decía: Ay!! para qué correr ese riesgo!! ... En eso viene la extraccionista que es una botona y me dice: no, no, tu no podés darle eso sin los exámenes de laboratorio, yo ya tenía los exámenes en un laboratorio particular, yo tenía todo porque el parto en casa abarca el parto, los exámenes de sangre del cordón y abarca la visita posterior del pediatra.... le dije mirá ya tengo todo, él es RH positivo, me la tienen que dar. Ella me dijo a no!! pero el Casmu no reconoce nada que no sea del Casmu. Ahí empezó el viaje!!! Cuando llegamos de vuelta ya había no sé cuantas cosas más... porque no hay un protocolo, cada uno decía lo que le parecía... A no!! nosotros no podemos pinchar a un niño que no es socio del Casmu ... todo esto en la sala de espera, el con dos días de nacido, yo con dos días de parto, viene la pediatra y me dice: Ay tú!! en el puerperio, y qué estás haciendo acá... y bueno le conté que lo había tenido en mi casa y dijo: Ay para qué hacen esas cosas.... Yo hacía tres horas que no comía, dando teta en la sala de espera... Y se les seguía ocurriendo cosas, entonces le iban a dar vacunas, pincharlo, todas las cosas de nuevo al bebé, a la misma vez... cómo hacerle todo esto si no es socio. A la administración, y ahí bueno traeme dos fotocopias de cédula, no se podía creer, yo llorando, seis horas, ... La de administración llamando a BPS por un código de salud, yo que sé...en un momento dijeron bueno tá, ya empezó el trámite para hacerlo socio y le empezaron a hacer de todo al bebé. Y a las seis horas me dieron la inmunoglobulina, me llegaron a hacer gestos de que estaba loca por haberlo tenido en casa. (E. 23, MUJHUM)

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

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

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

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

partera)

La violencia institucional se hace presente cuando las mujeres preguntan ´demasiado´ sobre el proceso de su parto, o plantean alternativas al modo hegemónico de atención; cuando esto sucede es frecuentemente desvalorizada y no tenida en cuenta en sus necesidades:

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

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

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

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

También aparecen resistencias institucionales cuando las mujeres pretenden tener intimidad

en la sala de parto (no compartir con otra mujer la sala), llevar elementos 'extraños' al sanatorio (como pelotas, aparatos para oír música, etc):

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

4.3.2 Jerarquías de poder en el sistema médico

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

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

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

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

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

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

"... fue una lucha toda la noche con el médico. Vos estás ahí con esa mujer, pero el médico está todo el tiempo

entrando y saliendo. Ahí está la lucha de poder, él dice que eso así no. Si se te llega a complicar el parto andá a explicar que no se complicó porque ella estaba en el tacho, sino porque siempre se puede complicar. Ahí tenés que tener mucha capacitación y fundamentación. Pasa todo el tiempo. Eso lo vas agarrando a medida que pasa el tiempo." (E. 24, partera)

Un ginecólogo relatando su experiencia en el interior del país:

"En el interior la partera está de guardia y llaman al médico cuando va a parir. Yo les digo a las parteras: mirá yo tengo esta modalidad de trabajo, me gusta la partería, me gusta que las mujeres puedan hacer lo que quieran, las dejo caminar, correr, parir en cuclillas, no uso monitor, etc. No les rompan la bolsa, que coma durante el trabajo de parto, que coma, no la pinchen, no nada. Cuando me llaman porque la mujer va a parir está en posición ginecológica, con una vía puesta, con una sonda puesta. Dejé a las parteras tranquilas y tá... Entonces yo le saco a la mujer las piernas de la camilla, la siento, le pregunto... y luego las parteras me dicen: me gustó doctor lo que hizo ... me voy, y cuando vuelvo está otra mujer acostada con las piernas para arriba... porque así es el sistema. Yo tengo problemas acá -Impasa- porque las mujeres van caminando a la sala de partos y las enfermeras me dicen que enchastran todo!!! si la mujer va en la camilla y se hace caca arriba, y caga todo no pasa nada porque forma parte del sistema. " (E. 9, ginecólogo humanista)

4.3.3 Mecanismos de dominación

El poder simbólico que detenta el campo médico en nuestra sociedad hace que tanto dominantes como dominados compartan la creencia de que en el marco de una buena atención es necesario entregarse a los mandatos médicos sin cuestionar al detentor de ese saber específico. Pero a través de las entrevistas se puede observar, que a veces el poder y la violencia simbólica no alcanzan para controlar 'los cuerpos atendidos'. Es necesario desplegar otro tipo de mecanismos de dominación explícitos.

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

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

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

O en los casos en que las mujeres y sus entornos afectivos deciden no acatar una orden médica, se les pide que firmen una declaración en donde se hacen enteramente responsables de las consecuencias de esa acción (como por ejemplo, luego de una cesárea,

en vez de que un/a recién nacido sano quede en la sala de observación, se lo quiera llevar el padre para la habitación).

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

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

Uno de los médicos entrevistados relacionó la forma de atención del parto con los mecanismos de dominación necesarios para mantener las brechas sociales. En una sociedad que se polariza socialmente cada vez más, tiene sentido el planteo de Bourdieu "Los sistemas ideológicos que los especialistas producen por y para la lucha por el monopolio de la producción ideológica legítima, reproducen bajo una forma irreconocible, por intermediación de la homología entre el campo de las ciencias sociales, la estructura del campo de las clases sociales. (Bourdieu, 2000).

Según el entrevistado habría que "... volver atrás en el proceso de las brechas sociales entre los pobres y los ricos, quiénes acceden la carrera de medicina? antes los médicos en su formación pasaban por la escuela pública... hoy en día la gente que entra a la Universidad es de clase media y alta. Si ampliás la brecha social, la visión de los que están de este lado -profesionales- es que los demás están por debajo y eso lo consagra para tomar el poder en sus manos y ya no preocuparse por el otro, si no por su propio bienestar. Entonces vos le pedís que respete la posición en el parto con la mujer parada y te dice: ahh no!! yo estoy incómodo, que ella esté en la camilla, mirá si yo voy a estar agachado para atenderla, eso está lejos de nosotros." (E. 3, ginecólogo humanista)

4.3.4 La autonomía y la concepción de derechos en la atención obstétrica

El concepto de derechos sexuales y reproductivos interpela la forma tradicional de pensar lo público y lo privado. Para lograr ciudadanías plenas es necesario garantizar también las condiciones estatales y sociales para el ejercicio de la libertad sexual y reproductiva. Las ideas de autonomía, libertad, integridad, salud y seguridad sexuales aportan una línea ética para pensar las formas como las sociedades respetan o no este tipo de derechos. Aquí se toma la autonomía como término político, "... en el caso de la autonomía de género estamos hablando del grado de libertad que una mujer tiene para poder actuar de acuerdo a su elección y no a la de los

otros. Comprende la capacidad de instituir proyectos propios y la producción de acciones deliberadas (voluntad) para lograrlos; implica un doble movimiento de subjetivarse como sujetos y objetivarse como ciudadanas. (Fernández, 2006:14).

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

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

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

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

En salud reproductiva "... la conceptualización -de derechos- no ha hecho carne en el profesional que actúa, tanto enfermera, partera, como médico. Y te vas a encontrar con un discurso políticamente correcto por parte de los prestadores de servicio de salud pero que difiere mucho de lo que es los derechos de las mujeres...La mayor parte de los residentes no conocen los derechos sexuales y reproductivos y no conocen las cumbres del Cairo y de Beijing, y las parteras tampoco." (E. 3, ginecólogo humanista)

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

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

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

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

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

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

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

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

Represión de la sexualidad:

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

"Para mí el parto es una instancia más de la sexualidad de la mujer, que se intenta poner en un lugar público. El hospital y la institución es un lugar público, que a su vez tiene que ser mediado por médico - partera (las parteras podemos llegar a ser dominantes autoritarias, no escapamos a las reglas generales). Una cuestión íntima está puesta en un lugar público donde el que regula tiene que ser objetivo, una cosa muy fuerte. Sumamos lo jerárquico, lo hegemónico, lo masculino, y el que tiene que tomar las decisiones tiene que mantenerse impoluto de esa cosa sexual, con el peso que tiene la sexualidad en nuestra historia... Para mí se

arma una olla de grillos bien difícil de desanudar, porque la mujer se reprime en sus sonidos, en sus movimientos, el otro no puede tolerar que grite, que maneje sus ritmos, sino de acuerdo a lo que uno puede medir." (E. 22, estudiante de partería)

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

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

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

El tercer ejemplo plantea la duda de un ginecólogo sobre las repercusiones del acompañamiento de las parejas sobre la vida sexual posterior:

"El que estén acompañadas es una ventaja, en eso se ha mejorado. No sé bien qué consecuencias tiene... porque muchas veces he estado con maridos al lado. Uno porque está entrenado en ver sufrir a otras personas;... Para algunos familiares ver sufrir 4 o 5 horas a sus seres queridos no es tan fácil.. y también yo que sé, la parte sexual, ver que otros la examinen...". (E. 8, ginecólogo desde la perspectiva hegemónica)

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

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

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

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

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

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

En la consulta obstétrica se evidencia diariamente la desconexión de las mujeres con su sexualidad:

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

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

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

Rodrigáñez (2009) plantea que el parto orgásmico no lo genera el roce de la cabeza del feto en la vagina, sino que es producido por el propio movimiento del útero, siempre que los músculos funcionen acompasadamente y en un contexto de parto natural. Este tipo de

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

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

4.3.6 La episiotomía: expresión de misoginia institucional

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

En la Universidad de Cuenca, entre el año 2004 y 2005 se llevó a cabo una investigación⁴⁴ experimental aleatorizada que comparó las lesiones en el canal blando del parto, atendido en posición horizontal y en mujeres primigestas, en un grupo con episiotomía y otro sin episiotomía. Los resultados expresan que los desgarros en la atención sin episiotomía fueron de primer grado y en menor frecuencia de segundo grado (con una media de 8.75 puntos para su suturación) . Mientras que en el grupo con episiotomía todos fueron de segundo grado (con una media de 16.80 puntos para su suturación). Las conclusiones del estudio plantean que:

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

La razón por la que se la practica radica en que se supone previene desgarros, sin embargo

⁴⁴Cárdenas, *et al*, 2008, "Estudio comparativo de las lesiones del canal blando del parto con episiotomía y sin ella en el Hospital Vicente Corral Moscoso, de la ciudad de Cuenca (Ecuador) y elaboración de las normas de atención del parto sin episiotomía". Publicado en Revista Colombiana Salud Libre, Volumen 3, Número 2.

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

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

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

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

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

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

En relación al discurso de las mujeres sobre el uso de las episiotomías aparecen diferencias significativas: mientras las MUJHUM estuvieron atentas a procurar que no les hicieran el corte, en las MUJPUB no surgió como problema, incluso algunas no recordaban si se las habían realizado o no. Esto se explica en buena parte, por el contenido de los cursos con perspectiva de Humanización, en donde se previene de los efectos adversos de practicar la episiotomía de rutina.

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

4.3.7 Medicina masculinizada

Varias entrevistas realizadas llevaron a reflexionar sobre la percepción de las mujeres y de los equipos de salud sobre si los profesionales hombres o mujeres son más o menos violentos. Se encontraron opiniones encontradas. Para algunas entrevistadas de los equipos de salud las mujeres han tenido que masculinizarse para 'entrar' en una profesión recientemente masculina: la obstetricia. Y en el proceso de masculinización pueden ser igual o más violentas que los hombres.

"Las mujeres han tenido que pagar precios muy altos para estar en determinados lugares. El poder médico está en manos de hombres. Cuando van a tatar,... en esa necesidad de las mujeres de adquirir determinados lugares, pueden haber sido más groseras" (E. 2, partera).

Para otras el hecho de ser mujer hace que se plantee una empatía que mejora la atención. Este tipo de opiniones estaban enmarcados en discursos que mostraban convicciones esencialistas en relación al ser mujeres, en donde se supone que la condición femenina contiene elementos favorecedores de un mejor trato hacia las mujeres.

"... pero una mujer, aunque no haya sido madre; el hecho de tener hormonas distintas, el hecho de tener útero, las sensibiliza antes tantas cosas. En ese momento te nace maternar, cuidar, mimar." (E. 5, estudiante de partería)

Una situación común, derivada de la naturalización de la violencia estructural de género, refiere a la aceptación generalizada de que un poco de violencia médica es necesaria para que algunas mujeres puedan parir. Como relata este fragmento de entrevista:

"En general los hombres ejercen más maltrato porque está toda esa cosa del hombre que ejerce más poder, el tono de voz, todo, hasta lo físico, cómo se paran, cómo les hablan. Hay mujeres que están hace horas en el trabajo de parto, y vos les decís: vamos gorda, estás horas y nada, están que van y vienen. Y si viene el médico hombre y les dice: bueno, vamos a dejarnos de pavadas que no vamos a estar todo el día acá que tenemos que atender mucha gente. Vamos a dejarnos de estupideces y vamos a pujar!! a pujar!! Así les hablan, y en media hora tienen a su hijo." (E. 17, psicóloga, enfermera y estudiante de partería)

Este tipo de situaciones son explicadas por las parteras de la siguiente forma: dado que parir representa una situación de vulnerabilidad, las mujeres tienen que confiar en algo poderoso para sentirse protegidas, y en las actuales condiciones sociales lo poderoso deviene en la figura tradicional y patriarcal del 'doctor'.

Luego, algunas entrevistadas de los equipos de salud colocaban el asunto en términos menos esencialistas y más en clave de sistemas de género, en dónde no es tan importante si es médico o médica, sino que el sistema todo es patriarcal:

"...el ejercicio de poder no es solo del sistema médico sino también del sistema patriarcal, ahí se sintetizan y se potencian negativamente. Todo lo que tiene que ver con la atención gineco-obstétrica, y reproducción de la mujer está visto desde un punto de vista médico y masculino. De hecho no se toma en cuenta la mujer. Yo lo patriarcal lo relaciono siempre con un ejercicio de poder negativo, todas las situaciones que se ejerce poder a la mujer de manera negativa, las intervenciones no son informadas, consensuadas, no se tienen en cuenta sus necesidades,..." (E. 10 estudiante de partería)

4.3.8 Los mandatos sociales hacia la maternidad

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

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

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

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

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

y grave problema de salud.

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

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

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

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

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

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

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

"Uno se queda sin herramientas para explicar por qué decidiste tener tu parto en casa, o naturalmente sin anestesia, te quedás sin herramientas ante un mundo que tiene muchas cosas justificadas así, avaladas moralmente y son así y punto, no se discute. Yo también me quedo sin herramientas, viene mi madre y en un

momento ya no puedo. Para mí es así y creo en mi poder, pero para esta sociedad eso no es válido, sentirse poderoso y saber que uno puede cosas no es válido. Tenés que apoyarte en algo, sino hay un estudio estadístico, algo científico que avale eso no es válido. Por Dios!! de qué nos estamos perdiendo..." (E. 23, MUJHUM)

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

- Apropiación de los bienes que efectivamente produce (económicos, simbólicos, sentimentales y/o eróticos)
- Apropiación de sus potencias como grupo social y/o como individuo (potencias económicas, simbólicas, sentimentales y/o eróticas) para producir bienes (Fernández, 2006:7)

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

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

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

Dentro del proceso de medicalización del parto se instaura el control médico al embarazo. En la actualidad las Normas de Atención a la Mujer Embaraza del Ministerio de Salud Pública, si bien reconocen que la evidencia científica entiende que con más de cinco consultas no se mejoran los resultados perinatales, aconseja: una consulta por mes hasta la semana 32, quincenalmente hasta la 36 y semanalmente hasta el parto. Esto representa aproximadamente 13 consultas (MSP, 2007). En la actualidad el nivel de captación de los embarazos por los sistemas de salud y los porcentajes de controles prenatales es un

indicador macro social sobre salud materna, formando parte de las metas prestacionales. Concretamente los Objetivos del Milenio (ODM) en el capítulo sobre salud materna (número 5), establece que uno de los indicadores para la reducción de las muertes maternas es el porcentaje de embarazos 'captados' en el primer trimestre. El documento plantea que en el Uruguay entre los años 1990 y 2007 ha habido un aumento sostenido de la captación de embarazos en el primer trimestre, pasando en el período de un 30 a un 58%. De todas formas persiste la preocupación debido a que hay un 10% de embarazos capturados recién en el tercer trimestre, estos son considerados de riesgo por el sistema. (ODM, 2009:67)

En todos los documentos y campañas por la captación del embarazo precoz se enuncia una relación inversamente proporcional entre la cantidad de controles prenatales y el porcentaje de nacimientos pretérminos⁴⁵ :

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

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

Dos parteras afirman que el hecho de no controlarse el embarazo no trae *per se* nacimientos prematuros, lo que sucede es que en general las mujeres que no se controlan el embarazo, son de sectores muy pobres, con vidas complicadas, con situaciones de violencia doméstica, con embarazos no deseados (en un país donde abortar es penalizado). Como se puede ver en el siguiente fragmento de entrevista a una mujer atendida en salud pública y con un embarazo de seis meses:

"Esta es la segunda vez que me vengo a controlar. Me van a relajar toda... Me van a decir por qué no me controlé. Yo no he podido, estoy cuidando a 5 gurises, dos míos y tres de mi cuñada que se fue a trabajar a

⁴⁵ Nacidos luego de la semana 23 y antes de la 37.

España". (E. 21, MUJPUB)

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

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

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

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

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

Me pregunto qué otras dimensiones debería promover y cuidar el Estado en las mujeres embarazadas para prevenir la morbimortalidad, sólo alcanzará con campañas agresivas⁴⁶ para su control?

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

⁴⁶En varios afiches de campañas en el Uruguay por el control del embarazo aparece un dedo índice de un profesional de la medicina apuntando a las mujeres con mensajes autoritarios sobre la obligación de controlarse.

Para construir la ciudadanía emancipada que hablaba Bustelo (1999) es necesario para este sujeto político femenino superar la relación paternalista y tutelar del Estado, que se ve claramente reflejado en la medición de “los controles” del embarazo como única forma de contemplar la salud de las mujeres en este proceso. Hace falta construir sociedades lo suficientemente maduras como para reconocer y respetar la capacidad de decisión de cada mujer sobre su propia vida y por tanto su cuerpo. Aquí surge la necesidad de identificar los principios de accesibilidad, justiciabilidad y exigibilidad de los derechos sociales, sexuales y reproductivos.

4. 4. Causas de cesáreas innecesarias

4.4.1 Historia y etimología de la Cesárea

La cesárea es una intervención que extrae artificialmente el feto por vía abdominal empleando procedimientos quirúrgicos.

Se cree que tomó su nombre del gobernante romano Julio César, de quien se dice vino al mundo de esta manera. Según la ley romana la cesárea debía llevarse a cabo al final del embarazo en una mujer moribunda con el fin de salvar al bebé. La ley se llamó *lex caesarea*. (Wikipedia)

Es en el SXIX cuando se la comienza a utilizar en partos obstruidos y hemorragias graves. (CLAP, s/d, 32) Generalmente el procedimiento conllevaba una alta mortalidad. En Gran Bretaña e Irlanda la mortalidad en 1865 era del 85%. Con el avance en hemoterapia, anestesiología, antibióticos, y el desarrollo de las unidades de cuidados intensivos, la mortalidad bajó drásticamente. Entre 1940 y 1950 la cesárea en Inglaterra era usada en un 4% de los nacimientos. Luego, progresivamente, fue incentivándose su uso, en paralelo a la creciente responsabilidad profesional frente a la morbimortalidad perinatal. Desde 1970 en adelante la cesárea se extiende con distinta intensidad entre los países. “Carencias en la organización de los servicios, en la formación profesional, el mayor cobro de honorarios por parte de las instituciones (privadas o no) y de los profesionales, la creencia popular de que evita el dolor, la necesidad de que existan suficientes oportunidades de práctica en ambientes universitarios, el lanzamiento de la moda de que la cesárea da “status”, constituyen factores que en forma aislada, o entremezclados o en conjunto se

consideran favorecedores de la alta frecuencia” (CLAP, s/d :34).

En la actualidad, en comparación con el parto vaginal la cesárea presenta: mayor mortalidad materna, el doble de estadía hospitalaria, mayor convalecencia y alteraciones psicoafectivas, mayores problemas respiratorios del recién nacido (CLAP, s/d:35)

4.4.2 Estadísticas

Para no llegar a conclusiones falsas, la interpretación de las tasas de cesáreas se debe hacer en relación a otros indicadores. Por ejemplo África que tiene una bajísima tasa de cesárea, del 3,4% para el período 2000-2008⁴⁷, se corresponde con la mayor tasa de mortalidad materna mundial, en donde sólo se salva un 1/3⁴⁸ de mujeres más que lo que se salvaría dejando a la mortalidad materna <<natural>>⁴⁹. En lo que sigue presentamos un cuadro que confronta los porcentajes de cesáreas por región con el porcentaje de partos atendidos por personal calificado.

REGIÓN	Partos atendidos por personal calificado (%). Años 2000-2008	Nacimientos por Cesáreas (%) Años 2000-2008
África	47	3,4
América	92	30,8
Asia Sudoriental	49	7,6
Europa	96	19
Mediterráneo Oriental	59	11,8
Pacífico Occidental	92	23,9

Fuente: Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010, OMS.

Si bien este tipo de promedios regionales esconde grandes diferencias entre países y a la interna de los mismos, se puede observar que América es una región con relativo buen

⁴⁷ Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010, OMS, disponible en: www.who.int/whosis/whostat

⁴⁸ Informe sobre la Salud en el Mundo 2005, Capítulo 4: “Atender 136 millones de partos anuales”, OMS. Disponible en: www.who.int/whr/2005

⁴⁹ La mortalidad materna <<natural>> es un cálculo que realizó la OMS, basado en estudios históricos e investigaciones en etnias existentes, que indica cuantas muertes maternas se producirían si no se hiciera nada por disminuirlas. OMS, 2005.

porcentaje de personal calificado para la atención del parto y el mayor porcentaje de cesáreas.

En relación a la mortalidad materna, de los 20 países con razones más elevadas, 19 se encuentran en el África subsahariana, en donde la razón sube a 900 muertes de mujeres por cada 100.000 nacidos vivos (OMS, 2005). En las regiones de países desarrollados existe una razón de 9 muertes cada 100.000 nacidos vivos. Mientras que en América Latina y el Caribe la misma asciende a 130 por cada 100.000. (NNUU-BM, 2008)

En Uruguay:

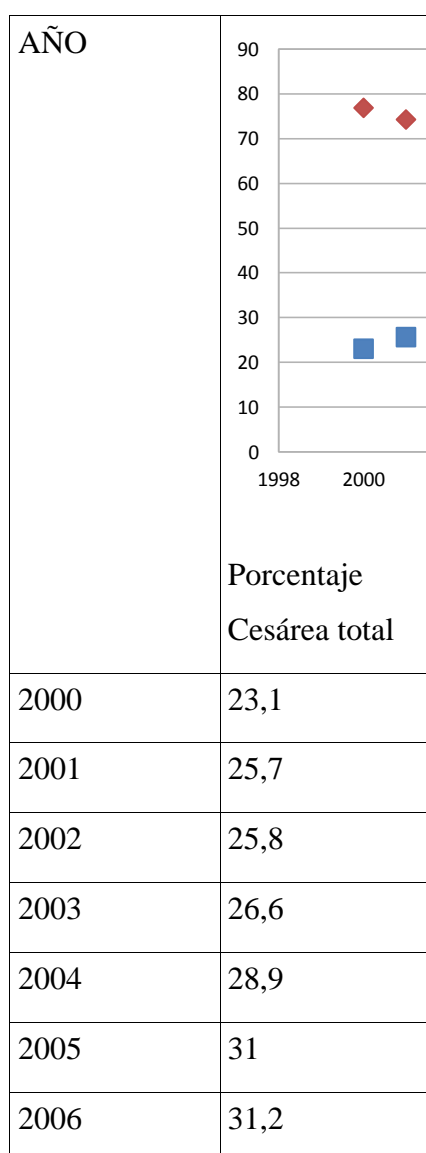
Datos construidos a partir del Sistema Informático Perinatal (SIP) afirman que entre 1985 y 1999 se registra una tendencia creciente del uso de cesáreas en todo el territorio del país. Como muestra el siguiente cuadro:

	Años 85-89 %	Años 90-94 %	Año 1995 %	Año 1996 %	Año 1997 %	Año 1998 %	Año 1999 %
Banco Previsión Social	19	21	20	20	18	22	23
Militar-Policial	15	21	24	23	25	24	26
ABC	16	17	16	15	15	16	17
Mutual -Montevideo		32	39	36	36	39	40
Mutual – Resto país		22	26	27	28	28	27
Público – Resto país	17	14	13	15	13	15	15
Total Montevideo	16,7	23,8	26,2	24,5	24,3	26,5	27,5
Total resto país	17	18,2	19,9	21,4	21	21,9	21,4

Total Público	16,8	18	18	18	17,2	19,1	19,8
Total Privado		27,4	33	31,8	32,3	33,9	34
Total Uruguay	16,8	20,8	23,8	23,1	22,6	23,8	24,7

Fuente: Clap (2001)

La tendencia continúa en aumento en los años siguientes:



2007	33,6
2008	34,4

Elaboración propia a partir de Estadísticas vitales – Digesa- MSP

Si se distingue entre subsectores para cada año se registran grandes diferencias. Por ejemplo para el año 2008 el sub-sector público mostró un porcentaje de cesárea del 21% mientras que el sub-sector privado tuvo un 44%.

4.4.3 Causas de las cesáreas

Según el estudio de Muinelo *et al* 2004, se pueden encontrar tres grandes grupos de razones que explican las cesáreas:

- 1) Indicaciones obstétricas: A) Maternas: cesáreas previas, tumores previos, rotura uterina, hipertensión crónica grave, fracaso de la inducción. B). Fetales: colocaciones anormales del feto (situación transversa, podálica, etc.), macrosomía fetal, vitalidad fetal comprometida, embarazo múltiple, sufrimiento fetal agudo. C) Maternofetales: desproporción fetopélvica, parto detenido. D). Ovulares: placenta previa, desprendimiento normoplacentario, procidencia del cordón.
- 2) Condiciones no médicas de la paciente: edad, situación socio-económica, experiencia de litigios por mala praxis por parte de la paciente, etc.
- 3) Condiciones no médicas del profesional: incentivos económicos, discrecionalidad profesional, disponibilidad de tecnología, “fascinación” tecnológica, etc. (Muinelo, *et al*, 2004:4)

Del conjunto de entrevistas realizadas surgen como causas de las cesáreas innecesarias el enfoque de riesgo aplicado de forma exagerada, la medicina defensiva, la escalada de intervencionismo (asuntos ya analizados anteriormente), inducción de demanda por parte del médico/a, demanda de mujeres, restricción de movilidad, falta de acompañamiento calificado en el trabajo de parto y parto, cesárea didáctica y disfrute en la aplicación de la técnica.

4.4.4. La inducción de demanda

Un estudio⁵⁰ realizado por el Departamento de Economía de Ciencias Sociales estimó que una mujer tiene 20% de probabilidad de tener una cesárea controlando por los principales factores de riesgo en un hospital público mientras que esta proporción sube a un 40% si se atiende en una institución privada en Montevideo. En donde los primeros pagan por salario fijo y los privados por acto médico. Según este estudio en el sub-sector público no hay ningún efecto del ingreso sobre la inducción de demanda y esta es cero, mientras que en el sub-sector privado si hay inducción de demanda, en donde el sistema de remuneraciones tiene un gran peso en las diferentes probabilidades encontradas. Las mujeres con cesárea previa tienen un 64% de probabilidad de tener una nueva cesárea en una institución pública versus un 83% en una privada. Mientras aquellas mujeres consideradas como de bajo riesgo tienen un 11% de probabilidad de tener una cesárea en un hospital público y 26% si se atienden en un hospital privado. (Muinelo *et al*, 2004)

En las entrevistas realizadas existen distintas opiniones en relación al peso de la variable de inducción de demanda por motivos económicos en las causas de las cesáreas. La mayoría de las parteras y las mujeres afirman que muchos médicos hacen cesáreas porque se cobra más que el parto vaginal.

"Se cobra un promedio de tres mil pesos por parto y seis mil pesos por cesárea, además de la plata de tu guardia, es un plus. Es una aberración, eso es lo que hace que muchas veces hagan cesáreas porque sí, ni se gasten, como les sirve económicamente. Y hace que cuando se está por terminar la guardia entren a hacer cualquier chanchada porque todas las mujeres que están en situación de tener sus partos tienen que tener sus partos antes que yo me vaya. Yo hice todo el trabajo durante la guardia no lo voy a dejar para el siguiente, ahí entran a apurar, apurar, para que la cosa concluya antes que me vaya. Hace más de 20 años que existe el acto médico por los partos. Y no hay movimiento para sacarlo, al revés se está extendiendo. Cambiar esto pondría el grito en el cielo, los médicos no lo van a permitir." (E. 29, partera)

Sin embargo los médicos y varias parteras afirman que no está estrictamente relacionado con esto pues: "... en relación a lo que gana un médico no es diferencia " (E. 2 partera).

Cuando el parto es atendido en el sub-sector privado en régimen de guardia allí el que paga es el prestador del servicio, pero cuando se utiliza el modo de contratación por médico a

⁵⁰ Muinelo, Leonel, *et al* (2004) Comportamiento médico: una aplicación a las cesáreas en el Uruguay, Departamento de Economía, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República del Uruguay.

elección la que paga es la mujer que va a parir⁵¹. Allí las ventajas económicas de las cesáreas pierden frente al parto pues

"... si te atiende el parto, te cobro 800 dólares, sea parto o cesárea, si te hago el parto estoy solo y me quedo con todo. Si te hago cesárea le tengo que pagar al anestésista, instrumentista y ayudante, gano mucho más haciendo parto que cesárea. Porque no es un factor económico lo que está definiendo parto o cesárea. Ojo hay gente que lucra, eso sin ninguna duda, pero es más excepción." (E. 14, ginecólogo humanista)

Un dato muy importante que surge de las estadísticas es que si se toma el promedio de cesáreas en 1989, antes del Convenio Anestésico Quirúrgico y luego del mismo en 1995, vemos que aumenta 7 puntos porcentuales el promedio nacional. Todo indicaría que este fenómeno si influyó en el aumento de la cesárea.

Existen otras cuestiones que explican la gran diferencia porcentual del uso de cesáreas entre los subsectores público y privado. En todas las entrevistas con las MUJPUB aparece la estrategia de que van a parir cuando el trabajo de parto ya está avanzado. Cuando pregunté por qué, la mayoría se refirió a que en su casa estaban libres para moverse y que cuando llegan al Pereira Rossell las acuestan en las camillas.

"yo ya llego para tenerlos, yo no dejo que me judeen,... cuando llegás quieren que te acuestes en una camilla... no se aguanta el dolor" (E. 30 MUJPUB)

También se refirieron a que ya tienen experiencia por tener otros hijos. Aquí hay dos asuntos que se combinan para la menor incidencia de la cesárea: como vimos para una primigesta la probabilidad de tener un parto es mayor en el subsector público; luego el tener un hijo por parto aumenta las probabilidades de seguir pariendo por vía vaginal; por último la natalidad de las mujeres que se atiende en este sub-sector es más alta que las que se atienden en el sub-sector privado.

"...las características de la demanda de la población. También la relación número de hijos. La posibilidad de que en el Pereira una mujer tenga varios hijos es mayor que en la mutualista y si el primero tuvo un parto normal el segundo, tercero etc es cada vez más corto, y todos normales. El tener un parto normal la primera vez aumenta las posibilidades de tener el resto por parto normal." (E. 9, ginecólogo humanista)

4.4.5 Demanda de mujeres 'cesárea por ruego o solicitud'

En las entrevistas con los integrantes de los equipos de salud hubo consenso en que las

⁵¹ No encontré ningún estudio que hubiera investigado las diferencias en los porcentajes de cesáreas por atención de guardia o por elección de médico/a.

mujeres de sectores medio y alto demandan mucho más la cesárea que las de sectores bajos. Esto lo asocian a la existencia de mitos en relación a las bondades de la intervención, a la creencia de que es menos dolorosa y a las consecuencias del stress, la planificación extrema y los mandatos sociales de las mujeres de estos sectores. Como se puede ver en los siguientes fragmentos de entrevista:

"Porque socialmente circula la confianza en la cesárea, y los mitos en relación a la cesárea, sobrevaloración de algunos aspectos y desconocimiento de otros... Porque hay una valoración de lo físico sobre todas las demás cosas. Se valora el bienestar físico de un recién nacido por cesárea que un niño de parto. Aunque no es así es lo que se maneja" (E. 9, ginecólogo humanista)

"Y por la parte cultural de la mujer, hay algunas que dicen yo no quiero pasar dolor, no es lo mismo una abogada que diga esto a que lo diga una pobre señora ama de casa. A la pobre le vamos a decir que es así, que parir duele, que la dilatación duele y esa mujer da crédito y va a confiar y a decir: haga lo que le parezca mejor. En cambio la otra persona que está más informada va a decir, todo lo que ud quiera pero yo no quiero pasar dolor, quiero una cesárea y el médico la tiene que hacer, porque está legalmente establecida la cesárea por ruego o solicitud, si la solicita tres veces hay obligación legal de hacerla." (E. 4, partera)

En relación a los cambios culturales que valoran la inmediatez y la supuesta seguridad:

"En cuarenta años te convencieron de que es lo mejor, borrarón lo de atrás y hay como una negación ... las mujeres pedimos cada vez más las cesáreas, vivimos en la cultura de lo rápido y de lo seguro, que no existe. Se cree que es menos doloroso y riesgoso, así te lo venden las revistas, la televisión, el cuerpo médico, muchas parteras también." (E. 24, partera)

Las/os profesionales también registran componentes importantes de los mandatos sociales y las presiones familiares que hacen que muchas mujeres consientan su maternidad desde un lugar de complacencia hacia los demás:

"... me llegaron varias parejas de status social alto en las cuales el hijo era una necesidad familiar, había que hacerlo para heredar no sé qué cuerno, pero ellos no estaban ni ahí. Entonces yo preguntaba: bueno y para qué se vienen a preparar? Por ahí luego yo logré algunas cosas, ..., pero la gran mayoría venía con la cabeza hecha para entregar ese ser humano en otras manos. Por ejemplo: me van a hacer la cesárea tal día, porque a los diez días tengo que estar en tal lado y yo decía: y la lactancia? A no, lactancia no, porque no voy a poder. Y quién lo va a cuidar? Las abuelas, no querían un nieto... bueno que se hagan cargo. Todo esto yo lo viví en un status social alto." (E. 15, partera)

Si bien esta tesis no se centró en las experiencias de mujeres "representativas" de sectores medios y altos, digo esto porque las mujeres de sectores medios entrevistadas fueron todas representantes de la perspectiva en humanización, podemos traer la palabra de la antropóloga Davis-Floyd (1993) en relación a las conclusiones que llegó en una de sus

investigaciones sobre el parto. Ella esperaba encontrar disgustos y desavenencias en relación a la opinión de las mujeres al ser atendidas desde el modelo tecnocrático. Cuál sería su sorpresa cuando descubrió:

"... que el 70% de las cien mujeres de mi estudio expresaron diversos grados de satisfacción con sus partos tecnocráticos. Al explorar las razones que justificaban estos resultados, me di cuenta de que los rituales tecnocráticos del parto hospitalario, a pesar de la filosofía que los sustenta, proporcionan el mismo sentido de orden, la seguridad y el poder tanto a las parturientas como a los médicos y a las enfermeras.... A pesar de que cuarenta y dos de estas setenta mujeres ingresaron en el hospital con la intención expresa de «tener un parto natural», este objetivo filosófico fue perdiendo importancia a medida que avanzaba, o no, el trabajo de parto."(Davis-Floyd, 1993:9)

4.4.6 Posibilidad y disfrute de hacer cirugía

La especialización en ginecología otorga la posibilidad de realizar operaciones quirúrgicas. Así como mencionó el trabajo de Muínelo *et al* (2004) en relación a la fascinación "tecnológica", un médico relató el disfrute que le otorga realizar este tipo de intervención:

"Y la cesárea tiene otra magia, no?. Es algo para mí fantástico, todo el block, lo que encierra el block, esa cosa desde vestirse, hasta todos los cuidados, y la técnica. Las cesáreas son muy pautadas, es muy reglada la cirugía, diferente a la cirugía de los cirujanos, entran y no saben a qué se van a enfrentar. Nosotros, si bien varía un poco, en diez minutos el bebé está afuera... La cirugía me fascina también. Y en la ginecología encontré todo lo que me gustaba y con la ecografía también, tá, me llené todo." (E. 8, ginecólogo dentro del paradigma hegemónico)

4.4.7 Cesárea didáctica

Se da en el medio público, en los hospitales escuela. Es una cesárea realizada por necesidad del residente de ginecología para completar su aprendizaje.

El Uruguay, que continúa la tendencia de ser uno de los países de América Latina con mayor cantidad de médicos por persona, y con las tasas de natalidad decrecientes, tiene dificultades para garantizar los requerimientos necesarios para las prácticas de los residentes en obstetricia. Cada año se siguen formando 26-28 en el Pereira Rossell y dos en el Hospital de Clínicas, lo que produce 30 nuevos ginecólogos cada año (Integrante del CLAP - OPS). Por turno en el Pereira Rossell hay 6 o 7 médicos, dos son los ginecólogos encargados y 4 o 5 los residentes en ginecología. Los cuales tienen que tener un número determinado de cesáreas, de fórceps, de episiotomías, de cantidad de inducciones, etc para

poder formarse y egresar (Jefa de Parteras Pereira Rossell)

En relación a los mecanismos de los profesionales

"... a veces en el sector público hay licencia para matar: una mujer a veces, lo he visto auditado, en un servicio público puede estar tres días poniéndose una inducción para que el parto se produzca. Esto en el mutualismo no va a pasar, en el siglo dieciocho se decía un parto no puede ver dos veces la luz del día. Esto se da porque hay gente que necesita aprender hacer inducciones, a veces en vez de hacer una cesárea hacen un fórceps, y todo esto se hace en el sector público, en los hospitales universitarios, a costa de las mujeres pobres. (E. 3, ginecólogo humanista)

Este tipo de prácticas, radicalizando el modelo tecnocrático (pues prima la necesidad del sistema poniendo en riesgo la salud de las mujeres) constituye una verdadera violencia hacia las mujeres.

4.4.8 Falta de acompañamiento especializado

Luego de que una mujer ingresa a una institución en trabajo de parto, el modelo de atención garantiza, a través de parteras o ginecólogos/as, el control de la temperatura, presión, y dilatación, todos asuntos que hacen al control del proceso físico, en donde el profesional entra a la habitación controla y se va. No existe acompañamiento constante. Por otra parte no existe la intención de contener otros aspectos que hacen al trabajo de parto, por ejemplo, cómo se está sintiendo la mujer, cuál está siendo el rol del acompañante, a qué miedos se enfrenta, qué cosas necesita. Esta función que hoy en día nadie realiza podría ser desarrollada por *doulas* y parteras.

En las entrevistas aparece una crítica a la Ley de Acompañamiento, pues establece el derecho a estar acompañadas por sólo una persona de su elección.

"... habla de una persona, pero los dos necesitan apoyo, no es solo la madre que se arregla con que la acompañe la pareja. Muchas veces esa pareja necesita de apoyo para vivirlo bien, necesitan de una partera o *doula* para darles tranquilidad. ... el caso de las adolescentes, a veces entran con su hermana, la mamá, y estamos restringiendo por ley que en realidad es el núcleo familiar que necesita el apoyo. Debería ser alguien de la familia o confianza y alguien especialmente entrenado para eso." (E. 12, psicóloga y *doula*)

Para el año 2009 los datos del Observatorio Nacional en Género⁵² indican que 6 de cada 10

⁵²La muestra para el 2009 estuvo integrada solo por el subsector público. En Montevideo 4 policlínicas de la IMM, 4 policlínicas de la Red de Atención Primaria y el Hospital Canzani. En el interior 4 hospitales departamentales.

mujeres no estuvieron acompañadas durante el trabajo de parto y parto. En Montevideo estuvieron más acompañadas que en el resto del país, y cuanto más jóvenes más acompañadas. Es llamativo que estos datos difieren notablemente de la percepción que tienen los profesionales (de esos mismos centros) sobre el cumplimiento del acompañamiento. Más de la mitad de ellos pensaban que casi la totalidad de mujeres estuvieron acompañadas. (Mysu, 2009:57)

En las entrevistas realizadas se encontraron grandes diferencias en torno al acompañamiento entre los discursos de las MUJ PUB y las MUJ HUM. En las primeras está mucho más naturalizado estar solas en su trabajo de parto y parto

"- Pudiste ir con alguien a hacer el trabajo de parto o fuiste sola? Sola. No, no tenía a nadie.

- En el trabajo de parto alguien vino a apoyarte? No, solo venían los doctores a revisarte. Y en seguida se iban porque se ve que habían unas cuantas, se ve que por eso. " (E. 21, MUJ PUB)

Cuando les pregunté por qué no entraban los maridos al parto señalan dificultades diversas, por ejemplo una dijo que le pedían determinada ropa que no tenía para entrar al parto, luego todas las demás fueron acompañadas por hermanas, madres o suegras (y algunas fueron solas). Ninguna de las MUJ PUB entrevistadas estuvo acompañada por la pareja en el parto. Cuando le preguntaba por qué, algunas no sabían, otras decían que a los maridos les daba miedo, una me dijo: "Mi marido nunca se animó a entrar, cuando fui a parir me dijo voy a comprar cigarros y desapareció" (E. 20, MUJ PUB). Una sola de ellas mencionó la importancia para ella de que el marido alguna vez se anime a acompañarla. Las demás preferían estar acompañadas por mujeres.

En contraste con lo anterior el discurso de las MUJ HUM muestra que el acompañamiento calificado (parteras o *doulas* contratadas) fue esencial para el desarrollo del parto, además de la imprescindibilidad de estar con sus parejas en todo el proceso:

"Tener a mi pareja al lado todo el tiempo, totalmente participe de todo activamente, saber que estaba mi ginecólogo ahí, mi persona de confianza, saber que no iba a permitir que nadie me invadiera, y el espacio, yo estaba sola, el ginecólogo me puso la luz bajita, un hornito con lavanda, y mucha libertad, me podía acostar, bañar."(Grupo de discusión MUJ HUM)

" No puedo creer que no exista algo que apoye a las mujeres cuando están embarazadas, en un primer hijo... pila de veces me pregunto cómo en las mutualistas y hospitales no existe un apoyo paralelo al ginecológico, el embarazo acarrea para muchas mujeres cosas psicológicas, me parece que hay que acompañar ese momento." (Grupo de discusión MUJ HUM)

4.4.9 Gasto en salud innecesario y salud de las mujeres

Estudios de costo-efectividad de la cesárea a nivel mundial han determinado que una cesárea sin complicaciones puede costar entre un 66% a un 200% más que un parto normal, según el país analizado. Las cesáreas innecesarias elevan de forma importante los costos en salud y ponen en riesgo la salud de la mujer y el bebé. (Muinelo *et al*, 2004)

Cada país realiza categorizaciones de sus gastos y los pone en relación, como indicadores, con otros países y los estándares internacionales. Lo que se gasta en cesáreas innecesarias en el sistema de salud uruguayo es considerado como un gasto por la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Lo que se gasta allí ya no se destinará a ningún otro componente de la salud hacia las mujeres.

4. 5 Permeabilidades y vulnerabilidades

Una palabra que se repitió en la mayoría de las entrevistas a estudiantes y profesionales parteras fue la de "vulnerabilidad" para describir el estado de las mujeres en el embarazo y parto. Lo cual me llevó a profundizar en los significados dados a este término. De este modo encuentro y distingo dos conjuntos de situaciones: el primer conjunto lo llamo 'permeabilidad al proceso reproductivo' es un estado particular físico y psicológico que acompaña a casi todas las embarazadas independiente del tipo de atención que reciban; el segundo la 'vulnerabilidad' propiamente es el sentimiento de indefensión experimentado por las mujeres al no recibir una atención en salud centrada en los derechos.

4.5.1 Permeabilidad de las mujeres al proceso reproductivo

Las/os entrevistados la describen como una cierta capacidad psicológica y biológica particular que acompaña el embarazo. Particularidad originada en que las mujeres tienen que compartir su cuerpo durante 9 meses con otro ser, convivir con cambios abruptos en el cuerpo, y luego abrirse para volver a ser una misma otra vez. En el embarazo se producen grandes modificaciones metabólicas, hormonales, inmunológicas y psicológicas

perceptibles por las mujeres desde el inicio de la gestación.

"... de por sí, por la etapa de la vida en que está. La mujer tiene que hacerse vulnerable para aceptar una nueva vida, tiene que ablandarse, se le aflojan las articulaciones, se estira el cuerpo, todo su cuerpo se vuelve más blandito. Biológicamente, fisiológicamente y también en los afectos. Si la mujer está preparada para la lucha, su cuerpo segrega adrenalina, y la adrenalina es un inhibidor de oxitocina y te impide el parto. Tenés que volverte vulnerable para poder parir." (E. 6, partera)

En general aparece la idea de que lo más complejo de transitar no es lo físico sino lo psíquico, pues "... a veces no dan 9 meses para encarar la convivencia con otro cuerpo, que luego salga y sea otro ser humano, muchos cambios..." (E. 17, estudiante partería)

No todas las mujeres experimentan de la misma manera estos estados. En las mujeres entrevistadas aparece un campo bien diverso en relación a cómo los vivieron. Algunas lo soportan, en un contexto de varios hijos/as y condiciones materiales de vida muy difíciles. A otras las potencia en el desarrollo de sus proyectos de vida. Otras lo sufren si es que deviene de embarazos no deseados. Condiciones materiales y afectivas, y de personalidad⁵³ se combinan para singularizar cada vivencia.

Si bien el campo psicológico del embarazo y parto están por fuera del alcance de esta tesis, respetando los límites disciplinares, se pueden enunciar algunos fenómenos que influyen en la respuesta y vivencia de las mujeres frente a estos procesos. Sin duda los imaginarios, las subjetividades y las vivencias de cada una en relación a la maternidad signarán el campo de los posibles para su experiencia.

4.5.2 Consecuencias en el parto del dualismo cartesiano

El parto, sea o no primípara, enfrenta a las mujeres a una situación de exposición a algo desconocido, vital, donde no se tiene control racional sobre el evento:

"...entonces se ponen en juego mecanismos que la mujer desconoce de sí misma. Tanto negativos como positivos. En ese momento los recursos psíquicos que se ponen en juego son nuevos porque la mujer nunca había pasado por ese momento. También podemos encontrar esto en otros eventos como enfermedad grave, accidentes, etc. La mujer vive ese estado de gran sensibilidad y su psiquis está como abierta, permeable, en donde sus mecanismos de defensa no están actuando normalmente porque su racionalidad está disminuida frente a lo instintivo. Entonces está más vulnerable frente al exterior" (E. 12, psicóloga y doula)

⁵³ Dentro del campo psicológico la variable determinante frente al embarazo y parto es la personalidad, sin embargo pocos trabajos científicos se han abocado al estudio de esta relación. (Marín, 2008)

Varias entrevistadas mencionaron que muchas de las dificultades en el parto tienen que ver con no poder dejar que el cuerpo lidere el proceso. Sin duda las consecuencias del dualismo filosófico cartesiano, en donde la racionalidad debe dominar al cuerpo, han hecho mella en este asunto. Como plantea la misma entrevistada:

“Tenemos incorporado el supercontrol de nuestras vidas, la racionalización de todo, de que nada puede ser inesperado, ni descontrolado. Y el parto implica un descontrol, en buen sentido, implica que dejemos ir el mecanismo de control racional, está demostrado que funcionan mecanismos más instintivos, ... si dejamos fluir el proceso fisiológico natural las cosas funcionan de la mejor forma... nos cuesta asumir que no tenemos el control de ese evento, y se lo damos al sistema de salud.”. (E. 12, psicóloga y *doula*).

Es interesante traer el testimonio de una mujer que parió en su casa en donde relata haberse permitido perder el control racional:

Fue como algo rarísimo, ya me habían advertido las parteras de que entrás como en otra dimensión, yo siempre les digo, llegó un momento que estuve como 4 horas con unas contracciones que para mí ese tiempo fue un vacío, como raro, no me lo acuerdo todo, es rarísimo, mientras tenés las primeras contracciones que te empieza a mover, como que ahí estás todavía en la tierra, pero llega un momento en donde empezás como con otra cosa, que no sé que es. Después me contaron y me vienen como ráfagas, de caminar por mi casa, no hablar con nadie...” (E. 23, MUJHUM que parió en su casa).

Nuestras sociedades conceptualizan a la identidad a partir de una distinción categórica y jerarquizada entre mente y cuerpo. Esta distinción se puede interpretar como un yo racional masculinizado separado de las ‘impurezas’ de la naturaleza y la vida afectiva. La visión cartesiana de la razón la separa del cuerpo y la propone como el único camino para llegar a la verdad. (Sadler, 2003:40).

En lo que sigue realizaremos un pequeño recorrido filosófico que relaciona el dualismo cartesiano con las tendencias de la atención al parto.

Los esquemas de inteligibilidad de occidente⁵⁴ conciben al mundo como una sumatoria de individuos y cosas separadas entre sí, requiriendo para su orden de sistemas trascendentes que lo formalicen y lo jerarquicen. Cuestión que propone un tipo específico de política, de orden jurídico, de moral y de ética basados en el dualismo y la jerarquía entre el mundo inteligible (razón – alma) y el mundo sensible (materia – cuerpos). En Platón y Aristóteles

⁵⁴Estas notas provienen del Seminario: “El pensamiento de Spinoza, Una contribución al pensamiento y experiencia de nuestra actualidad”, Espacio de Pensamiento, coord. Filósofa Annabel Teles, marzo-diciembre 2009.

aparece una necesidad de justificar el impulso de conocer, de ordenar el mundo, y es por eso que propusieron un sistema de determinaciones formales para conocer el mundo empírico. Fortalecen un sistema ontológico piramidal en donde el mundo sensible es copia del inteligible (pues son las ideas, como categorías formales, las que generan las condiciones de existencia para el mundo empírico). La realidad es del orden de lo inteligible, escenario de lo verdadero y permanente.

Un ejemplo en donde se puede ver concretadas estas ideas es en la relación entre familia-naturaleza y ciudad-razón: Aristóteles sostenía que la *polis* representaba el estadio más alto de desarrollo humano. Distingue en este desarrollo tres niveles. El primero correspondía a la familia, la forma más primitiva de comunidad, hija de necesidades como la habitación, el alimento y la reproducción de la especie. Luego la aldea, unión de varias familias, y por último la *polis*, unión de varias aldeas. En sus palabras:

“La familia es la comunidad, constituida por naturaleza, para satisfacción de lo cotidiano, ... La ciudad es la comunidad, procedente de varias aldeas, perfecta, ya que posee, para así decirlo de una vez, la conclusión de la autosuficiencia total, y que tiene su origen en la urgencia del vivir, pero subsiste para el vivir del bien.” (Aristóteles, 1993: 43).

Descartes cuando expone su método de duda radical enuncia: “Refutada la experiencia como fuente legítima de conocimiento pareciera quedar como residuo la otra fuente, nada menos que la razón misma” (Descartes, 2006: 21) En donde el sujeto empírico es en realidad, un sujeto racional, y en donde “... nuestra alma es de naturaleza enteramente independiente del cuerpo, y, por consiguiente, que no está sujeta a morir con él;” (Descartes, 2006:152)

Luego plantea la gran distinción jerárquica entre razón-cuerpo y la necesidad de una ontología piramidal entre materia y trascendencia :

“Pero habiendo ya conocido en mí muy claramente que la naturaleza inteligente es distinta de la corporal, y considerando que toda composición indica alguna dependencia, y que la dependencia es manifiestamente un defecto, juzgaba por eso que no podía ser una perfección en Dios el componerse de esas dos naturalezas, y que, por consiguiente, Dios no era compuesto; pero en cambio, si en el mundo había cuerpos, o bien algunas inteligencias u otras naturalezas que no fuesen del todo perfectas su ser debía depender del poder de Dios, hasta el punto de no ser capaz de subsistir sin él un solo instante” (Descartes 2006:102).

Si pensamos en la radicalización de la prevalencia de la razón sobre el cuerpo en el ámbito reproductivo, nada nos impide imaginar a futuro, el reemplazo del ideal del parto fisiológico por el ideal racional de los nacimientos a través de cesáreas previamente

acordadas. Se reemplazaría **el poder del** cuerpo por **el poder** de la ciencia y la tecnología **sobre** los cuerpos. Habrá que ver, si esto sucede, que consecuencias trae sobre el desarrollo de la humanidad.

4.5.3 El dolor

El parto representó una situación de dolor para las mujeres entrevistadas. Pero el dolor es subjetivo y cultural, su vivencia depende de las personalidades, de los imaginarios sociales, de la información, de la contención, de la libertad de movimiento, del apoyo recibido, de la tranquilidad, de la intimidad, de la concentración, de la confianza, y de la posibilidad de vivir el parto como algo propio. Según un estudio⁵⁵: es fundamental la incidencia de la predisposición hacia el parto sobre la vivencia del mismo, se ha observado que las mujeres con mayor temor al parto tienen una menor tolerancia al dolor y viceversa, si el temor disminuye se manejan mejor las contracciones y su dolor. (Marín, 2008)

"... hay gente que le empieza a doler la cabeza y ya se toma dos perifar por las dudas. Este es un dolor indicativo de un proceso normal, nos está avisando de lo que pasa en nuestro cuerpo, cuanto más nos aflojemos y colaboremos más oxitocina tenemos, la hormona del amor que se libera en las relaciones sexuales, en la lactancia, y en el trabajo de parto en forma abundante, al aumentar las oxitocina aumenta las endorfinas, que son los calmantes naturales que tiene el cuerpo, para darnos placer, esa sensación de alivio, y cuanto más relajados más oxitocina y más endorfinas. Si entra en juego la adrenalina produce dolor, tensión muscular, nervios, stress y más dolor es como un círculo vicioso que hay que romper." (E. 12, psicóloga y *doula*)

Del discurso de los/as entrevistadas surge que las mujeres tienen mucho miedo al dolor a la hora de parir, y varias parteras lo asociaron al mandato histórico de "parirás con dolor" y su función de represión hacia las mujeres. Casilda Rodrigáñez (2007), pensadora ecuatoriana, desarrolla una hipótesis en donde relaciona 'el deber de sufrir en el parto' y la represión de la sexualidad femenina en la sociedad patriarcal. Ella plantea que en el momento histórico en donde las sociedades patriarcales se consolidaron necesitaron reprimir la sexualidad de las mujeres en todos sus ámbitos y expresiones; y es en aquel presente hacia el 2000 - 2500 A. C. que comienza a circular este mandato, luego inmortalizado en la Biblia. Ella plantea que no siempre parir y nacer dolió, sino que la sociedad partriarcal exige determinado tipo de parto y nacimiento, en donde prima el dolor,

⁵⁵ Marín Morales, Dolores *et al* (2008) "Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal", Nure Investigación, no 37.

el miedo, para obstaculizar las cadenas de empoderamiento que podrían generar parir con placer. (Rodrigáñez, 2007: 57)

Como expresa esta estudiante de partería:

"...parirás con dolor, tenemos naturalizado que pasar por el parto es sufrimiento, es abnegación, es sumisión. No solo en parto, en salud sexual y reproductiva en general. Eso es histórico, cultural y construido, cuando la mujer tiene su relación sexual, cuando queda embarazada. Y en el parto también, no está bien que tomes el poder en tu parto, que te descontroles, esa palabra es muy fuerte, es muy gráfica porque muestra la pretensión de que las mujeres vivan este proceso de determinada manera, controladas, bajo la supervisión de un sistema que las domina." (E. 10, estudiante de partería)

En el espectro de mujeres entrevistadas se dieron dos situaciones diferenciadas. En las MUJHUM el dolor se colocó como un elemento importante en el parto. La mayoría opinó que el dolor experimentado fue mayor que el imaginado anteriormente, pero le asignaron una función positiva, una especie de sensor que ayuda a saber qué se precisa y un indicador de cómo va el proceso. Lo integran dentro de la experiencia pero como una opción, no como un mandato o una imposibilidad, pues en general pueden pagarse la opción de la epidural.

Ante la pregunta cómo se imaginaban su parto: "...yo quería estar en todo, hasta en el dolor porque es parte de ese pasaje, sentirlo... - Que fuera sin complicaciones, que fluyera, sin sufrimiento, el dolor como inevitable, pero distinguiendo el sufrimiento, que no hubiera sufrimiento innecesario" (Grupo de discusión de MUJHUM). Aparece una distinción entre dolor y sufrimiento, en donde las vivencias de sufrimiento están relacionadas con no contar con las condiciones sanitarias necesarias para transitar el dolor de forma positiva. El dolor adquiere significado como un indicador del protagonismo en el parto, de la certeza de que ellas y solo ellas parieron a sus hijos/as:

"Yo a veces pensaba, no seré ingenua al decir quiero pasar por el dolor?, si la tecnología en general está en favor de que si tenés un dolor te tomás algo y se te va. Por qué ante un dolor tan grande no opto porque me lo alivien? ...el dolor hace que sienta que yo lo viví, no tipo pichí que sale y no sentís,una cosa es que tu hijo nazca y otra que ayudes a nacer a tu hijo. porque me quedó separado el trabajo de parto y el nacimiento en esta cuestión de no sentir nada, después que te dan la raquidea no sentís nada." (Grupo de discusión MUJHUM)

Si bien la mayoría volvería a pasar por el mismo dolor, una integrante del grupo probaría pasar por otra experiencia, dándose la epidural. A partir de ahí se dio una discusión y un nuevo acuerdo grupal sobre la necesidad de que el sistema de salud pudiera garantizar sin

costo la epidural a la mujer que así lo quisiese. Pues si bien la mayoría del grupo no se la daría, partían de una concepción de derechos sobre la obligatoriedad de los sistemas de salud de garantizar las opciones para el parto, " Yo pelearía porque las mujeres tengamos derecho a tener esta anestesia, por ejemplo me imagino pariendo en el Pereira en condiciones espantosas... " (Grupo de discusión MUJHUM)

En general en esta población se enunció una crítica hacia algunos rasgos de la sociedad que nos enmarca, especialmente la sobrevaloración de la tecnología y los 'sistemas expertos' y la tendencia a anestesiar, rutinizar y apurar las experiencias, otorgándole a los sistemas médicos el poder de decisión sobre los cuerpos. Todas cuestiones enmarcadas en el modelo tecnocrático definido por Davis Floyd.

Sin embargo en el sector de MUJPUB, ante la misma pregunta sobre las expectativas en los partos, no apareció el tema del dolor. Este asunto puede estar relacionado con una mayor "naturalización" del parto y de su dolor, y de la limitante concreta de que para ellas es imposible pagar anestésicos.

Hay una relación entre el horror moderno al dolor y la entrega de las mujeres al sistema de salud (por entrega entiendo dejar de tener en cuenta lo que se siente o se necesita y pasar a estar a merced de lo que quiera y necesite el sistema médico). Como vimos gracias al nuevo miedo de la sociedad al dolor, el poder y saber médico fundaron su omnipotencia (Barrán, 1999), pues sus funciones básicas son: curar y calmar el dolor. Concretamente en el parto, el modelo médico (que involucra a médicos/as, parteras, y enfermeras) en general, no sabe trabajar con el dolor, en vez de aprovecharlo, manejarlo, quiere disminuir el tiempo en que la mujer "sufre" y esto lleva muchas veces a la cadena de intervenciones innecesarias. Como se ve en la entrevista a un médico: " ..., de hecho el parto es doloroso, uno hace medicina al principio para curar, después se da cuenta que no puede curar a las personas en la mayoría de los casos, pero si puede calmar el dolor, o consolarlo, o por lo menos dar un apoyo en ciertos casos. pero... siente dolor!!... Yo incentivaría más la parte de analgesia en el parto." (E. 8, ginecólogo dentro de la perspectiva hegemónica)

Lo anterior está estrechamente relacionado con una de las tesis de Ivan Illich, la que plantea que la medicalización de la sociedad socava en los individuos la capacidad para aceptar el sufrimiento como parte de la vida. (Illich, 1987: 13-17;171 en Mitjavila, 1998:10-11)

Para cerrar este apartado sobre el dolor cabe señalar, que la voz de las parteras y *doulas*, expresan que dada esta "permeabilidad" psíquica de las mujeres en el momento del parto "es muy propicio para que intervenciones positivas tengan un altísimo impacto, una mujer continuamente alentada tiene un efecto empoderante. En cambio una intervención negativa que puede ser una palabra: lo estas haciendo mal, no lo hagas así que vas a matar a tu hijo, o frases así que a veces se escuchan, puede ser terriblemente dañino para las mujeres y el vínculo con sus bebés". (E. 12, psicóloga y *doula*)

4.5.4 La regresión

Tres entrevistadas dijeron que las mujeres en el momento del parto hacen una especie de regresión a etapas de la infancia.

"... yo lo he estado observando, como que se añia. Por ejemplo las adolescentes las ves como niñas, en general van acompañadas de su mamá, se comportan como si tuvieran siete u ocho años de edad, la forma en que hablan, la forma en que le preguntan a su madre: me estoy portando bien?. Y las que no son adolescentes también pasan por una etapa regresiva... no pasa por un tema cultural ni social, le pasa a todas. Debe ser esa cosa de miedo, de indefensión. Uno cuando pasa cualquier proceso traumático a nivel psicológico el primer mecanismo de defensa es la regresión. Supongo que el parto debe ser uno de ellos." (E. 17, enfermera, psicóloga y estudiante de partería)

Las dos psicólogas entrevistadas lo relacionan con el hecho de que el parto es un proceso fisiológico normal que se desencadena en función de mecanismos biológicos y psicológicos instintivos. Esto hace que se funcione con mecanismos más primarios relacionados a la temprana infancia y que se remita psíquicamente a los estados en donde necesitamos de la protección materna.

"Esa sensibilidad que tienen los niños pequeños, a las críticas o elogios de parte de sus figuras de referencia, se remite en situaciones puntuales de la vida, una de ellas clave es el momento de parir". (E. 12, psicóloga y *doula*)

La regresión asociada al miedo y a la necesidad de ser protegidas genera mayor propensión a entregarse al equipo de salud. Por eso hay un acuerdo general entre las entrevistadas que el momento del parto no es el indicado para pelear por los derechos; se debe exigir una transformación de los modos de atención en otras instancias. Una hipótesis que sale de las entrevistas es que en las condiciones del parto actual las mujeres prefieren confiar y entregarse al poder médico para lograr reproducirse, sería muy difícil de sostener en el momento del parto una postura crítica y contestataria (entre otras cosas generaría circulación de adrenalina y obstruiría la occitocina)

4.5.5 En relación a la Vulnerabilidades

De forma similar a la que Pizarro (2001) define los componentes subjetivos y objetivos de la vulnerabilidad social, podemos definir a la vulnerabilidad de las mujeres y sus entornos afectivos en relación a las prestadoras de servicios en salud reproductiva. Subjetivamente sería el sentimiento de indefensión experimentado por las/os usuarios debido al tipo de atención que no está centrado en los derechos. Mientras el componente objetivo refiere a los rasgos del modelo discutidos a lo largo de este trabajo (tecnocrático, violento, mercantilista, intervencionista y orientado por la medicina defensiva) y las consecuencias en la salud de las inequidades sociales y de género que experimenta nuestro país.

La condición de 'permeabilidad al proceso reproductivo' hace que crezca el sentimiento de vulnerabilidad subjetiva experimentado por las mujeres. Como vimos, en estos procesos mensajes y acciones negativas generan procesos de desempoderamiento y de falta de confianza en sí mismas.

4.5.6 Pobreza y derechos en la atención obstétrica

El sub-sector público atiende, en su gran mayoría, a las mujeres de menores niveles socioculturales. Esto aumenta la distancia social con los profesionales. Según la mayoría de entrevistadas/os el sistema de salud no tiene tanto miedo a las demandas pues objetivamente las mujeres tienen menos capacidad de sostener una contienda legal y exigir sus derechos y la calidad de la prestación. Como manifiesta una entrevistada "En el Pereira no quieren molestarse, porque las mujeres son pobres, mujeres sin voz" (E. 17, psicóloga, enfermera y estudiante de partería). A su vez agrega que ha visto a los mismos profesionales comportarse distinto en el ámbito público que en el ámbito privado, en donde parecen adaptarse mejor a lo que las usuarias les piden.

La medicina defensiva actúa discriminando dos formas de atención: en el ámbito público el miedo a la demanda es débil por lo que se tiene menos en cuenta los derechos de las mujeres; en el ámbito privado hay mayor incidencia, lo que muchas veces ocasiona cascadas de intervencionismo obstétrico.

Casi todas las entrevistadas/os entienden que están mucho más desprotegidas la mujeres del sistema público, en donde se plantea una relación inversamente proporcional entre nivel educativo y desprotección. En el medio privado es más probable que una mujer pueda tener el parto que se propuso; esto es casi imposible en el ámbito público. Sin embargo algunas entrevistadas/os plantean que parir en algunas instituciones privadas puede ser peor que en lo público, si se mira desde la probabilidad de sufrir intervenciones innecesarias (por ejemplo una cesárea innecesaria).

En los dos sub-sectores existe maltrato hacia la usuaria, en lo privado " ... se da de una manera más soterrada, mas cuidada. En esto de que las mujeres en las mutualistas estamos en mayor solidaridad y equidad con los profesionales y somos colaborativas" (E. 24, partera)

Cuando las mujeres en el sub-sector público desobedecen las órdenes médicas, o se descontrolan y gritan, o no se dejan examinar tienden a ser castigadas de diversas maneras. Muchas veces se las amenaza de forma verbal sobre su responsabilidad en el riesgo de la salud de sus bebés, o se las "etiqueta" como psiquiátricas, o consumidoras de pasta base (si por ejemplo aparece en la historia clínica que consumió en el primer trimestre). Se utiliza el poder que da ser parte del sistema médico y la distancia social para castigar y hacer coerción. Las entrevistadas plantean que en la mayoría de situaciones, las razones por las cuales estas mujeres no se dejan tatar tienen que ver con abusos sexuales o experiencias dolorosas (por ejemplo si sufrieron tactos violentos). Por eso señalan que si el sistema de salud se tomara el tiempo necesario y planteara una situación de intercambio comunicativo respetuoso y empático la mayoría de las situaciones se resolverían de forma no violenta.

La puesta de límites de las usuarias en el sub-sector privado en general es tomado distinto: "Hay un castigo a la rebelión. Una cosa es rebelarse de forma: bueno mirá yo quiero esto, y me voy a hacer cargo de lo que le pase a mi bebé. Ellos ven una cierta fundamentación, madurez, parece que sabés. Pero si una mujer dice: - No, yo no quiero que me rompas la bolsa - Qué?? me importa tres pepinos. Lo más clásico es cuando no se dejan tatar. Bueno no te dejás tatar no te puedo asegurar cómo está tu bebé. Así que si le pasa algo... no sé vos sos madre, querrás que esté bien. Así nosotros no podemos saber si está bien. Poné en la historia ahí. Después no te vengas a quejar." (E.17, psicóloga, enfermera y estudiante de partería)

Las consecuencias de la inequidad social y de género dificultan las posibilidades de las mujeres más pobres para desarrollar sus ciudadanías en todos los aspectos y específicamente en lo que hace al cuidado de su salud. Por ejemplo en el campo

reproductivo, un buen conjunto de ellas se colocan en último lugar de prioridad, llevan a los bebés al control luego de nacidos, pero no se ocupan de sí mismas. En este sector parece tener mayor influencia el planteo de Marcela Lagarde (1999) en cuanto a la condición genérica patriarcal que se sintetiza en su 'ser para los otros' y en serlo bajo dominio y en servidumbre. (Lagarde, 1999:43)

Este continuo relegarse es una de las causas de morbilidad materna, por ejemplo de fiebres puerperales. Se plantea que solo acuden al sistema médico cuando el panorama de su salud está muy complicado. Buena parte de lo que explica esta situación es que la brecha en la división sexual del trabajo en este sector social es la más marcada. En Uruguay las mujeres que viven en hogares con menores ingresos son las que más tiempo dedican al trabajo doméstico. Sumado a esto los varones pobres son los que menos participan de este tipo de trabajos, quedando exentos del mismo un 21%. (Scuro, 2009:144-146). La casi inexistente disposición de tiempo para dedicarse a sí mismas, la falta de recursos materiales para trasladarse, el tipo de relación "paternalista y autoritaria" que les propone el sistema de salud, más las subjetividades centradas en 'el ser para los otros' se combinan para la producción de ciudadanías asistidas o empobrecidas en el ámbito de sus derechos sexuales y reproductivos.

En concordancia con lo planteado por Ehrenreich y English (1981) sobre la relación de las mujeres con la medicina según las diferencias sociales, se verifica que las más pobres solo acuden al sistema de salud cuando el asunto es grave, mientras que las de sectores medios y ricos tienden a realizar un extraconsumo en salud. Las dos situaciones son ineficaces para garantizar un cuidado de calidad.

4.6 Propuestas desde la perspectiva de humanización para mejorar el parto y el nacimiento

Al final de cada entrevista realizada a las/os representantes de la perspectiva de humanización les pregunté sobre cuáles serían los caminos a seguir para mejorar o 'humanizar' el actual sistema de atención y dónde ven los principales obstáculos para lograrlo. A continuación presento una síntesis de lo que surgió de sus respuestas.

4.6.1 De los cambios en el sistema médico y de las normas hacia el parto humanizado

Se registra un reconocimiento de la importancia de las acciones desarrolladas por el Programa Mujer y Género del MSP en su gestión desde el 2005-2009. Fundamentalmente la creación de las Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio (2008) y la constitución del Premio Juan José Crottogini.

Pero aparecen críticas en varios aspectos. Se denuncia el escaso o nulo rol de control del MSP en el cumplimiento de estas Normas; en general las instituciones de salud cumplen sólo lo que entra dentro de las metas prestacionales que establece el FONASA (captación precoz del embarazo; 6 o más controles antes del parto; historia clínica perinatal básica completa; control del Vdrl y Hiv en el embarazo; derivación y captación odontológica). En relación al porcentaje de cesáreas, solo se pide que las instituciones lo informen, sin incorporar un valor monetario ni ningún mecanismo punitivo a este indicador.

No existe un cabal conocimiento de las Normas ni por parte de los efectores de salud ni por las parte de las mujeres. En las mismas no se jerarquiza a las parteras en la atención del parto normal y tampoco se contempla el parto en la casa.

Por otra parte en instituciones públicas y privadas se continúa violando la ley 17.386 de acompañamiento, específicamente en las cesáreas, y la ley 17.565 que indica que en los establecimientos que asistan partos debe haber por lo menos una partera de guardia.

Otro nivel de crítica planteado es la insuficiencia de modificar solo el nivel normativo, es

necesario modificar los marcos ideológicos desde donde trabajan los equipos de salud. Para esto es de vital importancia la sensibilización y capacitación de los recursos humanos para que se entienda el cambio de paradigma que proponen las nuevas normas.

En relación a la necesidad de cambios estructurales se señala la necesidad de transformar las típicas luchas corporativistas entre profesionales e incorporar a las mismas el valor de la calidad de atención y no solo tener en cuenta la lucha por el salario. Esto incluye las luchas entre médicos y parteras, y parteras y *doulas*⁵⁶.

Plantean que es necesario que la reforma universitaria discuta y planifique qué tipo de profesionales necesita el país y en qué región es preciso que ejerzan. Seguir formando recursos humanos al libre albedrío de las opciones personales lleva, por ejemplo, a una sobre oferta de ginecólogos en Montevideo.

En general opinan que el Sistema Nacional Integrado de Salud debe considerar al Hospital Pereira Rossell como un centro de atención al alto riesgo y actuar en consecuencia. Actualmente atiende la gran mayoría de los partos del subsector público, y según las/os especialistas debería atender solo hasta un 10% de partos de bajo riesgo y el 90% restante dedicarlo a situaciones de riesgo. Esto permitiría al ámbito público disminuir el gasto, discriminar formas de atención hacia partos normales de la atención a patologías obstétricas, y brindar una mejor atención según las necesidades específicas.

4.6.2 Cambios en la formación de la Escuela de Parteras y de la especialización ginecocológica de la Facultad de Medicina

En las dos currículas se necesita de forma urgente la integración de las temáticas de sexualidad y de derechos sexuales y reproductivos. En donde es prioritario la construcción de un paradigma pedagógico que proponga un modelo de atención que trascienda la relación 'profesional – paciente' en términos de paciente como objeto a ser reparado y profesional como único detentor de saber y poder de decisión.

En otro orden de cosas se debe integrar a la currícula la importancia de trabajar desde el

⁵⁶ Cuando comenzó en Uruguay la figura de la *doula* se registraron resistencias a nivel del colectivo de parteras pues se entendió que invadían el espacio de la partería.

enfoque de Atención Primaria en Salud que propone tanto la OPS como la actual Reforma de la Salud; así como incorporar las metas que el gobierno se propuso para el 2015 en materia de Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Específicamente en la Escuela de Parteras se visualiza un cambio positivo a partir del ejercicio de la actual directora Cecilia Fernández. Tímidamente el paradigma de la Humanización está permeando algunas materias de la currícula. De todas formas se señala la necesidad de incluir la perspectiva de género y humanización de forma que transversalice toda la estructura de formación y no dependa de las direcciones de turno. El lugar de las prácticas de partería debería descentrarse del Pereira Rossell, pues al ser Hospital de alto riesgo, se trabaja desde la patología y no desde la atención del parto normal. De este modo las estudiantes aprenden solo un modelo patologizante del parto.

4.6.3 Del rol de la partería

La perspectiva humanista privilegia a la partería para la asistencia del parto normal o de bajo riesgo, derivando al ginecólogo cuando surge una complicación patológica. La partería tiene un gran potencial (devenido de su historia) para trabajar desde la salud y lo fisiológico, para plantear un escenario de contención, de circulación de energía de confianza, de posibilidades de adaptarse a las posiciones que prefieren las mujeres para parir, de incluir opciones naturales para aliviar el dolor. Su ejercicio no tiene que limitarse al parto, abarcando la clínica obstétrica, y los procesos sexuales desde las niñas hasta las mujeres en climaterio. Este perfil requiere de un tipo de formación específica que combine los conocimientos de la partería tradicional con los avances de la medicina actual. Si la formación privilegia una visión tecnocrática y patológica del parto se obtendrán modelos profesionales que actúen como subsidiarias de la medicina.

En la actual coyuntura son pocas las parteras que desde las instituciones pueden realizar un trabajo de acompañamiento de calidad al trabajo de parto, asistirlo y luego hacer los controles de la puerpera. Si van perdiendo la capacidad de asistir partos es clara la tendencia a perder cada vez más el oficio de partería, volviéndose una profesión descentrada de su objeto profesional y no necesaria desde la visualización de la sociedad.

4.6.4 De los cursos de preparación para el parto y su potencial de empoderamiento femenino

El Sistema Nacional de Salud debe garantizar la oferta de cursos para todas las mujeres. Favoreciendo la accesibilidad y la descentralización de los mismos (sino es inviable que una mujer de sectores empobrecidos gaste dinero y tiempo para trasladarse hacia el centro de la ciudad una vez por semana).

En relación a los contenidos se debe controlar de qué forma las prestadoras de salud, públicas y privadas, integran la perspectiva de humanización recomendada en las Normas de Atención. Pues los cursos ofrecidos por las mutualistas, en general, no trabajan desde la perspectiva de derechos, y basan los talleres en enseñar a las mujeres cuál es la mejor manera de adaptarse al sistema médico y sin jerarquizar una atención centrada en la usuaria. Las mujeres entrevistadas que realizaron los cursos con perspectiva de humanización destacan que lo más importante de los mismos fue la confianza que lograron generar en sí mismas, además de la información calificada para enfrentarse al proceso.

En las preparaciones hay que incluir a las personas que van a acompañar a las mujeres pues son elementos sustanciales a la hora de cómo apoyar el parto. En general, las parejas y familiares no están preparados para ver a su ser querido en trabajo de parto y eso puede generar mayor distorsión y ansiedad a la que pare. Una posibilidad planteada es contar con el apoyo de una *doula* o partera de confianza en el trabajo de parto y parto.

Desde el discurso de las MUJHUM se puede ver una asociación directa entre las vivencias compartidas en los cursos con perspectiva de humanización y el empoderamiento que representó el parto en sus vidas. Alcanza con exponer algunos fragmentos de entrevista:

" Y yo al momento de parir necesitaba sentirme la persona más poderosa del mundo. Y para eso necesito que no me toquen, no me hablen, nada, yo sola, y fue lo que sucedió, fue como algo super mágico, aparte me dejé como persona con una fortaleza, con una amiga le decimos: el síndrome de la superniña, porque sentís que nada te va a pasar en el mundo, no te vas a morir nunca." (E. 23, MUJHUM que parió en su casa)

"Sentís que tu parto te potenció? Siiiiii, y todavía sigo. Me conectó en un principio con la decisión de exigir para mí lo que era necesario, si podía lograr eso casi todas las otras cosas iban a andar bien, defender y sostener las cosas que yo pensaba necesarias ... Tomar la decisión y llevarla a cabo fue para mí apuntalante, me dio más estructura. Y después sentir que soy capaz de conocer el cuerpo y dejarlo hacer, sentir que fui capaz de no interferir, así como no interferí cuando se hicieron sus manitos, que eso se iba a dar naturalmente. Y una gran sensación de invencibilidad, luego fue bajando... pero si, de seguridad en mí misma, de mi capacidad de cuidar a otros, qué difícil debe ser para las mujeres que entregaron su responsabilidad a

otros cuando tienen que sostenerse o sostener a sus hijos, sin saber que pueden, a mí me fortaleció desde ahí".
(E. 22, estudiante de partería relatando su parto)

4.6.5. De parte de las mujeres y la sociedad toda

En general se entiende que si no hay una masa crítica de mujeres y hombres que logre apropiarse de la exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos en la atención obstétrica nada va a cambiar sustancialmente. Para esto es necesario la construcción de una cultura que realmente privilegie la vivencia de la ciudadanía empoderada, capaz de influir en la transformación de las relaciones médico-paciente. Este proceso requiere de Políticas Públicas que se propongan distanciarse de los modelos de ciudadanía asistida o empobrecida, y un fuerte gasto público dedicado a la difusión y educación ciudadana.

4.6.6 El papel de los movimientos sociales

Desde el año 2002 comenzó a trabajar la Red de Humanización del Parto y Nacimiento en Uruguay. Con altos y bajos en su capacidad de acción se ha mantenido activa desde entonces, pero no ha logrado consolidarse como una red de organizaciones y personas con un sustento a nivel de base. En el 2010 esta Red logró la financiación de un proyecto de difusión de derechos en el embarazo y el parto: "Carpas Rojas: El parto seamos parte". Existen también instituciones privadas que trabajan ofreciendo cursos, acompañando y asistiendo partos, desde la concepción del parto humanizado. Todo esto ha logrado colocar, puntualmente, el tema en la agenda mediática⁵⁷, pero no logra generar aún una verdadera discusión pública y criticidad hacia el centro de los sistemas de salud.

A diferencia de otras redes por la humanización en América Latina, en Uruguay no se ha logrado comprometer al movimiento de mujeres feministas, o feministas en movimiento, en la lucha por los derechos en el parto. En concordancia con lo relevado en el marco teórico, las entrevistadas manifiestan que el asunto de la maternidad no ha sido parte de la agenda del feminismo. Así como tampoco ha habido una mirada crítica y feminista en relación a la alta medicalización de los cuerpos de las mujeres. De este modo, la mayoría de las feministas tendieron a conformarse cuando el sistema de salud tomó el proceso

⁵⁷ Se registran notas en diarios y semanarios. Entrevistas en medios radiales de alto rating y participación en programas televisivos culturales.

reproductivo sin cuestionar las relaciones de poder que lo enmarcaban.

El bastión del feminismo en relación a los derechos sexuales y reproductivos está colocado en la lucha por la despenalización del aborto. Las entrevistadas se preguntan si quizás una vez alcanzada la legalización del mismo el feminismo sea proclive a asumir otros temas.

De todas formas entiendo que existen algunos nudos problemáticos en relación a los discursos sostenidos por la humanización del parto por un lado y por el feminismo por el otro. Por ejemplo desde el primero existe una cierta naturalización de la maternidad, y el sostenimiento de símbolos, por ejemplo 'el binomio madre-bebé' o la imagen central de la campaña de Carpas Rojas en donde aparece solamente una panza, que es francamente rechazado por la mayoría de las feministas. Esto requeriría de un mayor intercambio entre puntos de vista para lograr acciones comunes y la entrada en la agenda feminista de los derechos en el parto.

5. CONCLUSIONES

En este trabajo me propuse aportar conocimiento en las áreas de salud y derechos sexuales y reproductivos para promover la reflexión sobre las formas actuales de parir y de nacer desde una perspectiva de género y derechos humanos.

En lo que sigue expongo las conclusiones arribadas que pretenden responder las preguntas de partida, comentando en cada caso los principales resultados que me llevan a estas afirmaciones.

En relación a la primer pregunta:

– ¿Cómo se configura el actual modelo médico de atención al parto y el nacimiento en Montevideo teniendo en cuenta las perspectivas de género y de derechos sexuales y reproductivos?. ¿Cuáles han sido y son los procesos sociales que favorecen su desarrollo?

Sintéticamente, en Montevideo el modelo de atención hegemónico es tecnocrático, trabaja desde una visión patológica del parto y de esta forma restringe los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de gozar plena y autónomamente ese proceso. Asuntos que llevan a la configuración de un tipo específico de violencia estructural de género: la violencia obstétrica.

Esto ha sido producido por un cúmulo de procesos históricos y políticos interrelacionados, recorridos en el marco contextual. En principio, los poderes hegemónicos de las sociedades occidentales (fundamentalmente los estados y la medicina) han conceptualizado y actuado sobre la salud de las mujeres con una clara tendencia de patologización hacia sus cuerpos y sus procesos. En el modelo tecnocrático de atención al parto se retoma esta tendencia, coadyuvada por asuntos de la contemporaneidad como: la prevalencia y la radicalización del enfoque de riesgos, la creciente mercantilización de la salud, y la confianza unívoca en la ciencia y la tecnología para ocuparse de la salud humana.

Revisitando el terrible proceso de represión de la sexualidad femenina desarrollado en la Edad Media se puede observar: por un lado, cómo se actualiza la deslegitimación histórica de la partería (por ser un nudo de poder en relación a la sexualidad y la reproducción de las mujeres, fundamentalmente en lo relativo al aborto), a la vez que se da un proceso paralelo de creciente legitimación de la medicina masculinizada para ocuparse de estos asuntos; y por otro lado las nuevas formas de la represión de la sexualidad ejemplificadas en la insistencia del modelo tecnocrático de dessexualizar, desintimidar y reprimir la afectividad del parto.

Avanzando en el tiempo hacia los procesos de modernidad se pudieron reconstruir aspectos misóginos de la medicalización de la sociedad uruguaya y de la secularización de la sexualidad. Asuntos que ayudaron a que la medicalización del parto se constituyera como campo de la ciencia médica masculina en Uruguay.

Son varios los procesos que llevan a la consolidación del modelo tecnocrático:

– Tanto de parte de usuarias/os como del sistema de salud se comparte la creencia en las capacidades de la medicina para controlar la vida, el dolor y la muerte. Contribuyendo al proceso iatrogénico social de pérdida de las capacidades naturales y del control de las personas sobre su salud (Illich, 1987). Esto toma especial significado en el parto en donde las mujeres pierden, generalmente, absoluto control sobre el proceso y su cuerpo, y son sometidas a un sistema taylorista de producción de seres humanos.

– Si bien la OMS (1996) recomienda a las comadronas y parteras para la atención del parto normal o de bajo riesgo, las condiciones demográficas y las necesidades mercantiles del poder médico hacen que en Montevideo la gran mayoría de partos sean asistidos por ginecólogos/as, quienes portan una mirada patologizante del proceso. Cuestión que deviene de un tipo de formación centrada en la patología, con poco énfasis en prevención en salud y con serios problemas para jerarquizar la Atención Primaria. En un contexto de radicalización del uso del enfoque de riesgo obstétrico, consecuencia de las exigencias sociales hacia el proceso reproductivo y de las consecuencias negativas de la medicina defensiva.

– Se comprueba un modelo extremadamente intervencionista que realiza usos abusivos de la tecnología bajo el supuesto de que a mayor tecnología aplicada mejores resultados obstétricos. Esto ocasiona cascadas de intervencionismos que muchas veces llevan a la producción de cesáreas innecesarias. En un contexto de altísima y creciente tasa de cesárea, en donde no aparecen estrategias claras para su contención o reducción; a la vez que se constituye en un gasto innecesario en el rubro de salud de las mujeres.

– En Montevideo existe violencia obstétrica en la atención. Una de sus manifestaciones es el recién nombrado intervencionismo que impone amniotomías, occitocinas, cesáreas muchas veces innecesarias y que deterioran la salud de las mujeres; en donde destaca la episiotomía de rutina como un verdadero ataque a la integridad sexual femenina. Por otra parte se evidencia violencia psíquica y física, agudizada en los hospitales escuela dado que las necesidades de aprendizaje de los nuevos profesionales entran en clara tensión con el respeto de los derechos humanos de las mujeres más pobres de la sociedad.

– En un sistema médico altamente jerarquizado, que utiliza mecanismos de dominación simbólicos y concretos, con nula integración de los derechos sexuales y reproductivos, se puede afirmar que la concepción de ciudadanía desde dónde piensa y actúa está muy alejada de la ciudadanía emancipada que propone Bustelo (1999). Se vivencia una atención desde el control y la obligación, y no desde los derechos y la autonomía de las personas (claro ejemplo en el control del parto).

En relación a la segunda pregunta:

– ¿Cuáles son los elementos facilitadores para el cambio en la atención que propone el modelo de humanización del parto y nacimiento y cuáles son los principales obstáculos detectados para lograrlo?

En principio entiendo que si bien existe un conjunto de técnicos/as y activistas por los derechos humanos que defienden el modelo de humanización en Uruguay, todavía es una corriente incipiente, con baja visualización pública y escasas chances para constituirse en modelo alternativo al tecnocrático. Dado el contexto de fuerte medicalización de la sociedad uruguaya, la resistencia al cambio y el corporativismo del poder médico, la inexistencia de perspectiva de género en la Reforma de Salud, la fragilidad de las políticas de salud

que sustentan la humanización del parto y el no contar con un fuerte movimiento social que lo encarne hace que corra serias dificultades para consolidarse como opción viable dentro del Sistema Nacional Integrado de Salud.

De todos modos, existe una Red de Humanización con alianzas en la Escuela de Parteras y cierta articulación con el MSP, existen las leyes y las Normas recientemente creadas y un conjunto de personas que tienen como modelo una atención en donde se jerarquiza la despatologización del embarazo y del parto, privilegiando el derecho a decidir sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres.

Desde esta corriente se entiende que el Sistema Nacional Integrado de Salud debe garantizar la cobertura de todos los partos, sean institucionales o en las casas, propiciando la autonomía de todas las mujeres para definir dónde parir (sin distinción de clase social). Con una atención calificada y basada en la evidencia científica, proponen un modelo centrado en las mujeres que paren, en donde se respete el acompañamiento que las protagonistas definan (que pueda ser más de una persona), con procesos previos de preparación calificada para el parto e integrando el valor de la intimidad y la sexualidad. La atención humanizada espera los tiempos de la naturaleza con el respaldo médico y tecnológico por si algo realmente se complica. Favoreciendo el apego entre el/la recién nacida y su madre desde los primeros minutos del nacimiento y un rol comprometido para el padre o la persona de confianza de la mujer. Apoya a las mujeres y sus entornos para favorecer una vivencia positiva que integra la afectividad y la espiritualidad, buscando fortalecer procesos de ciudadanía empoderada desde el acto de parir.

Los principales facilitadores para el cambio de atención nombrados por las referentes de esta perspectiva son: el control y fiscalización necesarios para que se cumplan las nuevas normas hacia la atención del parto humanizado (cuestión inexistente hasta el momento); la integración de componentes cualitativos de atención a las metas prestacionales del Sistema Nacional Integrado de Salud; la consolidación de políticas con poder de incidencia en el colectivo de los equipos de salud; cambios en las currículas de partería, medicina y la especialidad de ginecología (tendiente a la integración de los derechos sexuales y reproductivos y la despatologización del parto y nacimiento); la oferta a todas las mujeres de cursos de preparación para el parto que trabajen desde la información calificada, el empoderamiento de las mujeres y desde la noción del parto como un evento fisiológico y parte

de la sexualidad humana; en donde la partería humanizada debería asistir al parto normal o de bajo riesgo; por último señalan la importancia de que esta perspectiva se haga carne en los movimientos de mujeres y feminista.

Si bien existen todas las dificultades recientemente nombradas, esta perspectiva contiene un gran poder. La mayoría de mujeres entrevistadas que realizaron procesos personales cuando realizaron cursos desde la humanización sienten que su parto las fortaleció en todos los demás aspectos de su vida. Todavía son pocas, pero con procesos muy intensos.

Me parece muy importante que el feminismo y movimiento de mujeres en el Uruguay dedique parte de su agenda a la discusión sobre la creciente medicalización y biotecnologización de los procesos de las mujeres y específicamente las violencias de género sistemáticamente aplicadas en el campo de la atención reproductiva. Sería interesante debatir en torno a preguntas como: ¿En qué contextos históricos y bajo qué condiciones las sociedades asumen el cuidado de la salud de las mujeres?. ¿La asistencia médica es un derecho o una obligación?. ¿ Desde qué tipo de concepción de ciudadanía debe organizarse el derecho al cuidado de la salud?

En Uruguay es necesario lograr un cambio cualitativo en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. En donde el derecho a decidir sobre el cuerpo debe ser el aspecto central desde donde pensar asuntos como: el derecho al aborto, el derecho a métodos anticonceptivos, o el derecho al parto respetado. Enfatizo en la necesidad de garantizar el derecho a elegir, con base en información de calidad, y así optar responsablemente por una cesárea programada, un parto intervenido, un parto fisiológico, o todas las combinaciones posibles.

Creo que la estrategia de construcción de una agenda política para el logro de los derechos en el parto debe integrarse y fortalecerse junto a demandas feministas históricas, que ya han logrado un cierto nivel de legitimación pública, aunque todavía quede mucho por hacer en el campo formal y sustantivo.

Para la consolidación de esta agenda se podrían pensar en varios caminos simultáneos (con base en garantizar la sustanciación de los derechos plasmados en la Ley 18.426): articulación y fortalecimiento de estrategias con el movimiento feminista y de mujeres; incidencia en la agenda de investigación académica para la integración de estos temas y la generación

de datos y argumentos para la negociación política; identificación de actores clave de la salud y posterior lobby para exigir la continuidad y profundización de las políticas iniciadas; seguimiento y apoyo del proceso iniciado por la Escuela de Parteras; difusión masiva para la concientización de la sociedad y de las mujeres en particular, de su capacidad de exigibilidad de derechos en los procesos reproductivos.

Creo que el derecho a decidir sobre los cuerpos integra dialécticamente la generación de condiciones sociales para el aborto y el parto respetados. Y que estamos en un momento en donde, como feministas, podemos conservar y trascender las conceptualizaciones e inquietudes del Feminismo de Segunda Ola en relación al embarazo y parto, hacia un proyecto feminista que integre la lucha por maternidades libertarias en su máxima expresión.

Bibliografía

Arboleda, Luz (2008) *El grupo de discusión como aproximación metodológica en investigaciones cualitativas*, Colombia, Redalyc.

Aristóteles (1993) *La Política*, Madrid, Alianza Editorial.

Badinter, Elisabeth (1991) *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona, Paidós.

Baeza, Manuel Antonio (2005) *De las Metodologías cualitativas en investigación científico-social*, Universidad de Concepción.

Barba, Carlos (2003) “Los enfoques latinoamericanos sobre la política social: más allá del Consenso de Washington” en: *Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad Vol. XI No. 31*, México.

Barrán, José Pedro (1993) *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos, Tomo 1: El poder de curar*, Montevideo, Uruguay, Ediciones de la Banda Oriental.

Barrán, José Pedro (1999) *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos, Tomo 3: La invención del*

cuero, Montevideo, Uruguay, Ediciones de la Banda Oriental.

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

Braidotti, Rosi (2000) *Sujetos nómades. Corporización y diferencia sexual en la teoría feminista contemporánea*, Argentina, Editorial Paidós.

Bustelo, Graffigna (1999) "Pobreza moral. Reflexiones sobre la política social amoral y la utopía posible" en Bhattacherjea, Infancia y Política Social, UAM-UNICEF, México.

Caldeyro-Barcia (1979) *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal*, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Uruguay, OPS-OMS, publicación del Clap 858,

Callejo, Javier (2002) "Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación" en: Revista Española de Salud Pública, España.

Cano, Alejandra (2008) *Técnicas conversacionales para la recogida de datos en investigación cualitativa: El grupo de discusión* (I), España, Nure investigación.

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

Chalmers, et al (2001) *Principios de Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal*, OMS.

CLAP (s/d) *El nacimiento por cesárea en instituciones Latinoamericanas*, coord. Belitzky, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Uruguay, OPS-OMS, publicación del Clap 1160.

CLAP (2001) Sistema Informático Perinatal en el Uruguay 15 años de datos. 1985-1999, Uruguay, OPS-OMS, publicación del Clap 1485.

Colomar, Mercedes et al (2004) "Prácticas en la atención materna y perinatal realizadas en los Hospitales Públicos del Uruguay" en: Ginecología y Obstetricia de México, Vol 72, Núm. 9.

Corbetta, P. (2003) *Metodología y técnicas de investigación Social*, Madrid, Mc Grow Hill Interamericana.

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

Davis Floyd, Robbie:

(1987) "El aprendizaje de la obstetricia como rito de paso" publicado en: Robert Hahn (ed.), *Obstetrics in the United States: Woman, Physician, and Society*, número especial del Medical Anthropology Quarterly, vol. 1, n° 3.

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

(2000) "¿Adaptación mutua o hegemonía biomédica? Perspectivas antropológicas acerca de cuestiones generales en el ámbito de la partería", publicado en *Midwifery Today*.

(2001) "Los paradigmas Tecnocrático, Humanista y Holístico del parto", *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 75, suplemento n° 1.

(2004) *Del Médico al Sanador*, Buenos Aires, Creavida.

De Beauvoir, Simone (1981) *El segundo sexo*, España, ediciones Aguilar.

Descartes, René (2006) *Discurso del Método*, Argentina, Longseller.

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

Fernández, Ana María:

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

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

Fernández, Josefina (2003), "Los cuerpos del feminismo" en Maffía, Diana (Comp.) *Sexualidades migrantes. Género y transgénero*, Argentina, Editora Feminaria.

Foucault, Michel:

(1993) *Microfísica del Poder*, Madrid, Editorial La Piqueta.

(1995) *Vigilar y Castigar, nacimiento de la prisión*, Argentina, Siglo XXI Editores.

(2002) *Historia de la Sexualidad, I- la voluntad del saber*, Argentina, Siglo XXI Editores.

Gallo, Manuel (1980) *Posición Materna y Parto. Resultados Perinatales*. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Uruguay, OPS-OMS, publicación del Clap 862.

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

González, Marta y Pérez Eulalia (2002), "Ciencia, Tecnología y Género" en Revista Iberoamericana de la Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación, No 2, disponible en: www.oei.es/revistacts

Ibáñez, Jesús (2005) *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*, Madrid, Siglo XXI de España Editores.

Knibiehler, Yvonne (1993) "Cuerpos y Corazones", en *Historia de las Mujeres en Occidente*, bajo la dirección de Georges Duby y Michelle Perrot, Madrid, editorial Taurusminor.

Knibiehler, Yvonne (2001) *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*, Argentina, Ediciones Nueva Visión.

Lagarde, Marcela (1999) *Acerca del amor. Las dependencias afectivas*, Valencia, Editorial Associació Dones Joves.

Leal Cherchiglia, Mariángela (2002) *Sistemas de Pago y Práctica Médica. Teorías y evidencia empíricas*. OPS-OMS

Longino, Helen (1997) "Feminismo y Filosofía de la ciencia" en González García, Marta et al (eds) *Ciencia, Tecnología y Sociedad*. Barcelona, Ariel.

López, Alejandra, et al (2003) *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*, Uruguay, Facultad de Psicología, Universidad de la República.

López, Alejandra et al (2009), Balance a quince años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Avances y retos para el pleno cumplimiento del Programa de Acción. Uruguay, Cuadernos del UNFPA, año 3, número 4. Uruguay.

Marín Morales, Dolores et al (2008) "Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal", *Nure Investigación*, no 37.

Mead, Margaret (1961), *El hombre y la mujer*, Argentina, Editorial Los libros del mirasol.

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

Mitjavila, Myriam (1998), *El saber médico y la medicalización del espacio social*, Montevideo, Documento de Trabajo número 33, Uruguay, Departamento de Sociología, Udelar.

Moncá, Beatriz (2009), "Maternidad ritualizada: Un análisis desde la antropología de género" publicado en: *Revista de Antropología Iberoamericana*, Volumen 4, Número 3, Universidad Complutense de Madrid.

Moser, Caroline (1995) *Planificación de género y desarrollo. Teoría, práctica y capacitación*, Perú, Flora

Tristán.

Montecino, Sonia y Rebolledo, Loreto (1996), *Conceptos de Género y Desarrollo*, Facultad de Ciencias Sociales, Programa Interdisciplinario de Estudios de Género, 2a edición, Universidad de Chile

Mujica, Jaris (2007) *Economía política del cuerpo. La reestructuración de los grupos conservadores y el biopoder*, Perú, Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos

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

Mujer y Salud en Uruguay (2009) *Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay. Informe 2009*. Montevideo, Mysu.

Nash, Mary, (2000) “Maternidad, maternología y reforma eugénica en España, 1900 – 1939”, en *Historia de las Mujeres en Occidente*, bajo la dirección de Georges Duby y Michelle Perrot, Madrid, editorial Taurusminor.

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

Odent, Michel (2003) *El granjero y el Obstetra*, Buenos Aires, Editorial Creavida.

Odent, Michel, (2003). “La primera hora siguiente al nacimiento” publicado en: Revista Obstare Número 9, disponible en: www.obstare.com

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

OMS (1985) Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985.

Ortega, Elizabeth (2008) *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*, Montevideo, Trilce.

Pizarro, Roberto. (2001). “La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina”. Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos nro. 6. CEPAL. Santiago de Chile

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

Rodrigáñez, Casilda y Cachafeiro, Ana (2007) *La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente*, Murcia, Ediciones Crimentales.

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

Rostagnol, Susana y Viera Mariana (2006) “Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay”, publicado en: Observatorio en Salud, Género y Derechos Humanos, disponible en: www.insgenar.org.ar/observatorio

Rusque, Ana María (1999) *De la diversidad a la unidad en la investigación cualitativa*, Caracas, FACES/UCV.

Salgado, Ana Cecilia (2007) *Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos*, Perú, Universidad San Martín de Porres.

Sautu, R, Boniolo, P, Dalle, P y Elbert, R.(2005) *Manual de metodología. Construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología*, Buenos Aires: CLACSO.

Scott, Joan (1996) “El género: Una categoría útil para el análisis histórico”. En Lamas Marta (Comp). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, México, PUEG.

Scuro, Lucía (2009) “Pobreza y Desigualdades de Género” en: *Las Bases Invisibles del Bienestar Social. El Trabajo no remunerado en Uruguay*. Aguirre, Rosario (ed), Doble clic. Editoras, Uruguay.

Showstack, Anne (1998) "Igualdad, Diferencia, Ciudadanía", Kingston University, publicado en *Las mujeres y la ciudadanía en el umbral del siglo XXI*, Madrid, editorial Paloma de Villota.

Standing, Hilary (2000) *El género y la reforma del sector salud*, Publicación Ocasional Número 3, Organización Panamericana de la Salud y Harvard Center for Population and Development Studies.

Velázquez, Susana, (2003), *Violencias cotidianas, violencia de género*, Argentina, Paidós.

Villamonte *et al*, (2001), "Factores de riesgo del parto pretérmino" en: Revista Ginecología y Obstetricia, Vol 47, número 2, Perú, Instituto Materno Perinatal.

Fuentes documentales

Astelarra, Judith, (2002) "Democracia, ciudadanía y sistema político de género", Argentina, material preparado especialmente para el curso de PRIGEPP.

Blázquez, María Jesús (2004) "Ecofeminismo y lactancia" Artículo presentado en el III Congreso de Lactancia Materna, Santander. Disponible en: <http://www.holistika.net>. Bajado en agosto de 2010.

Bojórquez, Nelia (2002), Ciudadanía, pp-79-94. Disponible en: <http://www.uam.mx/cdi/derinfancia/5nelia.pdf>. Bajado en marzo de 2010.

Campagnoli, Mabel (2009), "Realismo y Relativismo: ¿qué versiones son adecuadas para una epistemología feminista?" artículo presentado en el IV Congreso Iberoamericano de Estudios de Género, Rosario, Argentina.

Centro Hospitalario Pereira Rossell (2009), Informe de gestión Maternidad 2008, MSP.

CIMS, Los problemas y riesgos de la inducción del parto. Hoja informativa, Disponible en: www.motherfriendly.org. Bajado en octubre de 2010.

Corona y Fonseca (2006) "Lo universal, lo particular y lo singular más allá del diagnóstico médico. A propósito de la utilización de *guías de buenas prácticas clínicas* en la toma de decisiones terapéuticas", Hospital Universitario "Dr Gustavo Aldereguía Lima", Cuba. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol20_2_06. Bajado en junio de 2008.

Domínguez, María Elvira (s/d) La gestión directiva y la política de remuneraciones: su incidencia en las crisis de la salud en Uruguay, Disponible en: <http://socrates.ieem.edu.uy>. Bajado en setiembre 2010.

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

Fernández del Castillo, Isabel. 2006. "Acerca de la mortalidad perinatal" Disponible en: www.holística.net. Bajado en enero de 2009.

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

Gainza, Patricia, Labastie, Mariana y Magnone, Natalia (2010), "Nueve meses, nueve controles: una forma de violencia hacia las mujeres?" artículo presentado en el I Encuentro Nacional Interdisciplinario de Derechos Humanos y Sociedad Civil y III Seminario Internacional de Derechos Humanos, violencia y pobreza, Montevideo.

Germain, Marisa (2005) "Medicalización e Institucionalización de los Derechos", con motivo del Seminario Nacional Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en los efectores públicos de salud – Trato Humanizado, 15 y 16 setiembre de 2005, Rosario, Argentina.

Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Normas de atención a la mujer en el proceso de Parto y Puerperio (2008) MSP, Programa Nacional de Salud Mujer y Género.

Jiménez y Mares (2005) *Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica*, México, Secretaría de Salud del

Gobierno Federal, disponible en: www.salud.gob.mx. Bajado en setiembre de 2010.

López, Paulina (2004) "Historia de la matrona en el contexto de las sociedades", Universidad de Valparaíso, Chile. Disponible en: www.uv.cl. Bajado en octubre de 2010.

Lozano, María (2001) *La construcción del imaginario de la maternidad en Occidente. Manifestaciones del imaginario sobre la maternidad en los discursos sobre las nuevas tecnologías de la reproducción*. Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona. Disponible en: www.tdr.cesca.es. Bajado en mayo 2010.

Malleus Maleficarum, escrito por Heinrich Kramer y Jacobus Sprenger en 1484, disponible en: www.malleusmaleficarum.org. Bajado en mayo 2009.

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

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

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

Muñoz, Juan (2003), *Análisis Cualitativo de datos con ATLAS-ti*, Universidad Autónoma de Barcelona.

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

MSP, Decreto No 15.055: Reglamento del Ejercicio de la profesión de partera. 6 de noviembre de 1979, disponible en: aou.atspace.org. Bajado en agosto de 2010.

MSP, JUNASA, Instructivo de Metas Asistenciales, Meta 1, 2 y 3. Uruguay.

NNUU (OMS, UNICEF, UNFPA) y Banco Mundial (2008) Mortalidad Materna en 2005, disponible en: www.who.int. Bajado en octubre de 2009.

Observatorio en Salud, Género y Derechos Humanos (2007), "Sobre la incorporación de la perspectiva de Género y Derechos Humanos en la atención a pacientes", Argentina, publicado en: www.insgenar.org.ar/observatorio. Bajado en setiembre de 2009.

OPS-OMS, (2007). Perfil de recursos humanos del sector salud en Uruguay. Disponible en: www.bvsops.org.uy. Bajado en setiembre de 2010.

Pizarro, Andrea (2007) A propósito del reciente trabajo realizado por Soledad Zárate acerca de "La historia del parto", Chile, en: <http://www.asociatividad.cl>. Bajado en agosto de 2009.

Programa de Formación de especialistas en ginecología (2003), Escuela de Graduados, Facultad de Medicina, Udelar. Disponible en: www.egradu.hc.edu.uy. Bajado en noviembre de 2010.

Quiñones, Mariela (2007) Seminario de Metodologías Cualitativas, Maestría en Sociología 2006-2007, FCS Udelar.

Rodrigáñez, Casilda (2009) "Parto orgásmico: testimonio de mujer y explicación fisiológica", disponible en: [//sites.google.com/site/casildarodriganez](http://sites.google.com/site/casildarodriganez). Bajado en julio de 2010.

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

Saletti, Lorena (2009), "Revisión bibliográfica de la literatura feminista en relación al concepto de maternidad" artículo presentado en el IV Congreso Iberoamericano de Estudios de Género, Rosario, Argentina.

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

Sapriza, Graciela (2001) *La "utopía eugenista", Raza, Sexo y Género en las políticas de población en el Uruguay (1920-1945)* Tesis de Maestría, Uruguay, Facultad de Humanidades, Udelar.

Vivanco, Luisa (2005) "A dónde vamos a parar.... y a parir", artículo presentado en el seminario: Derechos

Sexuales y Reproductivos de las mujeres en los efectores públicos de salud, trato humanizado, Rosario. Organizado por el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo, y el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, auspiciado por International Women's Health Coalition y el UNFPA.

ANEXO A: PAUTAS ENTREVISTAS Y GRUPOS DISCUSIÓN

PAUTA DE ENTREVISTAS A DECISORAS/ES, INTEGRANTES DE EQUIPOS DE SALUD Y ESTUDIANTES DE PARTERÍA

1. Cómo es la atención institucional a los partos? Desde el punto de vista de los derechos de las mujeres, los bebés y sus familias?
2. Si contesta que hay violencia o intervencionismo:
Qué mecanismos operan en el sistema médico para producirlo? Por qué las mujeres lo soportamos?
3. Hay diferencias entre el sector público y el mutual en cuanto a la atención en el parto? Cuáles?
4. Desde qué pilares los/as médicas piensan y atienden los partos y nacimientos?
5. En el caso de que realice partos en la casa: Por qué optaste por realizar partos y preparación de partos alternativa al parto institucionalizado?
6. Han habido avances a nivel de leyes y normas, a partir del Programa Mujer y Género: cómo ves la influencia de estas normativas para el cambio hacia el parto humanizado? Cómo la están tomando los equipos médicos y las instituciones?
7. Cuál es el lugar de las parteras en el actual modo de funcionamiento? Qué papel podrían tener para un cambio?
8. (Si es partera) Con qué cabeza en relación a la humanización te parece que egresan tus colegas obstetras parteras? Cómo está esto en la Escuela?
9. Se puede hablar de un Movimiento por el Parto Humanizado en Uruguay? Quiénes lo apoyan?
10. Qué relación ha tenido el movimiento de mujeres o el movimiento feminista con el parto?

11. Dónde están los principales problemas para transformar las condiciones de los partos? Por dónde te parece que pueden profundizarse cambios positivos en los modelos de atención en Uruguay?

PAUTA DE ENTREVISTAS A MUJERES

1. Dónde pariste tu último bebé, en el sector público o privado?
2. Me podrías relatar tu parto? (repreguntando cuando aparecían incidentes relacionados al intervencionismo médico, al maltrato y al haber podido ser, o no, tenida en cuenta para tomar las decisiones sobre su cuerpo)
3. Hiciste preparación para el parto? te sirvió para encararlo?
4. Si tuvieras que mejorar algo del control y de la atención del parto qué mejorarías?

PAUTA Y ENCUADRE GRUPO DE DISCUSIÓN

Presentación:

Nombre de pila, tiempo que hace que parió, cantidad de hijo/as, lugar en el que parió.

Pauta:

1. Por qué decidieron hacer una preparación desde la perspectiva de la Humanización?
2. A la hora de llegar a parir: qué deseaban del proceso? Y qué miedos tenían?
3. Cómo fueron sus partos?
4. En el proceso de trabajo de parto y parto: Qué cosas las favorecieron y qué cosas las molestaron o perjudicaron?
5. Les cambió la idea sobre el parto a partir de vivir la experiencia?
6. Qué ha significado parir en sus vidas? (desde lo afectivo – la sexualidad – las relaciones familiares?)
7. Qué elementos cambiarían de la actual atención hacia el parto?

ANEXO B:

LISTA PERSONAS ENTREVISTADAS

1. Decisores/as de política pública, referentes de la academia y de los movimientos sociales: 7 entrevistas.

Ex-Directora de Programa Mujer y Género del MSP: Dra. Cristina Grela

Jefa de Parteras del Hospital Pereira Rosell: Partera Carmen Romero

Ex Presidenta de la Asociación Obstétrica del Uruguay: Partera Ana Labandera

Directora de Escuela de Parteras: Partera Cecilia Fernández

Centro Latinoamericano de Perinatología. Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP – SMR-OPS)
Dr. Obstetra Perinatólogo Bremen de Mucio

Directora del Instituto Perinatal del Uruguay: Psicóloga y Doula Flavia Previtalo

Coordinadora de la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento e integrante del Programa Mujer y Género del MSP: Partera Gilda Vera.

Coordinadora de la Red Uruguaya de Humanización del Parto y Nacimiento: Partera Elvira Lutz.

2. Parteras, estudiantes de parteras y ginecólogos: 13 entrevistas

5 parteras (todas dentro de la visión humanista)

5 estudiantes avanzadas de la Escuela de Parteras (todas dentro de la visión humanista)

3 médicos ginecólogos: 2 humanistas y uno dentro de la visión hegemónica.

2. Mujeres que parieron: 10 entrevistas y un grupo de discusión (total mujeres 15)

Mujeres atendidas en el subsector público (MUJPUB): 8 entrevistas

Mujeres atendidas en el sub-sector privado y con cursos desde la perspectiva humanista (MUJHUM): 7. Dos entrevistas y un grupo de discusión que involucró a 5.

ANEXO C:

Malla de análisis y categorías

En función de los objetivos propuestos es necesario desarrollar una malla categorial formada por dos grandes familias:

- 1) Las que caracterizan el modelo de atención al Parto y Nacimiento en el sub-sector público y privado de Montevideo.

Estas categorías se ponen en relación en el análisis con los principales componentes del Modelo Tecnocrático del Parto y Nacimiento desarrollado por Davis Floyd; de esta forma se explora en qué medida el modelo de atención actual puede catalogarse de Tecnocrático.

- 2) Las propuestas desde la perspectiva de Humanización del Parto y Nacimiento para mejorar el modelo de atención.

Definición de conceptos utilizados:

Parto Normal:

Definido por la OMS⁵⁸ como comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El feto nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el feto se encuentran en buenas condiciones.

“Una afirmación muy frecuente es aquella que dice que “Un nacimiento sólo puede ser declarado normal retrospectivamente”. Esta opinión general condujo a obstetras de muchos países a afirmar que el cuidado durante un parto normal debiera ser similar al cuidado de un parto complicado. Este concepto tiene serias desventajas: ofrece la posibilidad de que un acontecimiento fisiológico normal se convierta en un procedimiento médico; interfiere con la libertad de la mujer a experimentar el nacimiento de sus hijos a su manera y en el sitio que ella elija; conlleva intervenciones innecesarias y su aplicación requiere de un número muy elevado de parturientas en hospitales técnicamente bien equipados con el consiguiente costo”. (OMS, 1996:1)

Práctica de maniobras consideradas perjudiciales o sin suficientes pruebas para fomentarlas en el

⁵⁸OMS, (1996) *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*, presentado en Ginebra, fuente: www.who.int

parto normal:

Se comprueba a nivel internacional que a pesar de contar con conocimiento derivado de la medicina basada en evidencias se siguen practicando maniobras que ya está comprobado son perjudiciales y también maniobras en donde no existen suficientes pruebas para fomentarlas. La OMS realizó una clasificación de las prácticas habituales en la asistencia al parto normal en cuatro categorías, dependiendo de su utilidad, su eficacia o su carácter perjudicial.

Cascada de Intervencionismo Obstétrico:

Es la utilización de una serie de intervenciones innecesarias en relación a la evidencia científica disponible. Se denomina cascada porque una intervención hace necesario la utilización de otra intervención, y así sucesivamente; lo cual transforma un parto que podría haber sido liderado por los tiempos y necesidades naturales de la parturienta en un parto intervenido y dirigido por el equipo de salud.

Enfoque de Riesgos

Las Normas de Atención al Trabajo de Parto, Parto y Puerperio del Ministerio de Salud Pública del Uruguay considera un trabajo de parto y parto de bajo riesgo, a todo aquél que no presenta ninguna condición que aumente el riesgo de presentar un mal resultado en la mujer embarazada de término, el feto o el/la recién nacido/a. Se refiere a una mujer sana, que haya tenido un embarazo bien controlado, que ha acontecido bajo criterios de normalidad, y que el trabajo de parto y parto se presenta bajo condiciones esperadas en tiempo y forma. Por el contrario, un trabajo de parto y parto de alto riesgo será aquél que presente alguna condición que eleve el riesgo de presentar un mal resultado para la mujer y/o para quien nace.

El enfoque de riesgos ha determinado desde hace décadas las decisiones acerca del parto, según la OMS el problema con muchos de estos sistemas es que han catalogado a un desproporcionado número de mujeres como "de riesgo", con la consecuencia de que acaban teniendo un alto grado de intervencionismo durante el parto. Otro problema añadido es que, a pesar de una escrupulosa catalogación, el enfoque de riesgos falla significativamente en identificar muchas de las mujeres que de hecho necesitarán ayuda médica durante el parto. Así mismo, muchas de las mujeres etiquetadas de "alto riesgo" tendrán partos perfectamente normales. Las últimas tendencias coinciden en considerar a todos los embarazos y partos están expuestos a riesgos⁵⁹.

Muy relacionado al enfoque de riesgos y al intervencionismo se encuentra la medicina defensiva:

Se define como la aplicación de tratamientos, pruebas y procedimientos con el propósito principal de defender al médico de la crítica y evitar demandas judiciales, por encima del diagnóstico o el tratamiento del paciente.

Malla de Categorías

1. Caracterización del modelo de atención al parto y nacimiento en Montevideo

Categoría	Sub categorías
Visión médica del parto	El parto como patológico
	Separación mente-cuerpo y cuerpo como máquina
	Distanciamiento del médico
	La intervención basada en el enfoque de riesgos
	Mercantilización del sistema de atención

⁵⁹Usaid – OPS (2003) *Atención Calificada del Parto en América Latina y el Caribe*, Bolivia.

Expectativas sociales de la función de la medicina en el parto	Exigencia de cero riesgo de mal resultado. La muerte como derrota	
	Intolerancia al dolor	
Componentes, roles y relaciones de poder a la interna del equipo de salud	El lugar de los/as médicos/as	
	El lugar de las parteras	
	Lucha corporativas por cuál profesión asiste el parto	
Comportamiento esperado de las parturientas	El control	
	La obediencia	
Cascada de Intervencionismo	Práctica de maniobras perjudiciales o inseguras (OMS)	Rotura precoz de membranas
		Restricción de movilidad
		Rasurado y enemas
		Episiotomía de rutina a las primíparas
	Formas de abuso de tecnología en el parto y parto	Uso rutinario del Monitor Fetal Electrónico
		Uso rutinario de occitocina
		Uso masivo de Epidural
		Cesáreas innecesarias
Causas de cesáreas innecesarias	Cascada de intervencionismo	
	Medicina defensiva	
	Demandada por las mujeres	
	Razones económicas	
	Razones de tiempo	
	Necesidades del/la residente de aprender	
El parto según sub-sectores (público y privado)	Existencia de maltrato	
	Abuso de tecnología	
	Práctica de maniobras perjudiciales o inseguras	
	La tolerancia al dolor	
Nivel de tolerancia del modelo a las necesidades de las mujeres	Respeto al tiempo y los procesos de cada parto	
	Respeto al acompañamiento en el trabajo de parto y el parto	
	Condiciones para la intimidad y sexualidad	
	Tolerancia al parto en la casa	

2. Propuestas desde la perspectiva de Humanización del Parto y Nacimiento para mejorar el modelo de atención.

Cumplimiento de las normativas del Msp sobre la atención del embarazo, parto y puerperio	Nivel de conocimiento
	Nivel de práctica
	Mecanismos de control

Movimiento de Humanización en Uruguay	Características
	Relación con el movimiento de mujeres y movimiento feminista
El rol de la partería en el Parto Normal	
La función de la preparación para el parto desde la perspectiva de humanización y su influencia en el desenlace del proceso	
El parto como una experiencia de aumento del poder de las mujeres.	
Espacios desde dónde impulsar los CAMBIOS para la mejora del modelo	Desde el sistema de salud
	Desde las mujeres que paren
	Desde la currícula de la formación de las profesiones asociadas al parto
	Desde los movimientos de mujeres - Feminismos
	Desde la sociedad toda

ANEXO D

Síntesis de las políticas en salud sexual y reproductiva⁶⁰

Es en 1996 cuando se comienzan a implementar en nuestro país políticas públicas referidas a la salud reproductiva en el sector sanitario.

A nivel nacional, el primer programa surge en octubre de 1996, “Incorporación de un programa de Salud Reproductiva en el Área Materno-infantil con énfasis en la población de necesidades básicas insatisfechas. Maternidad-Paternidad Elegida” en la órbita del MSP.

En Montevideo, a partir del mismo año, se puso en marcha el Programa de Atención Integral a la Mujer (PAIM), en coordinación intra-institucional entre División Salud y Comisión de la Mujer de la Intendencia Municipal de Montevideo. El Programa está compuesto por tres sub-programas específicos: Maternidad Informada y Voluntaria; Prevención de Cáncer Genito-Mamario y Atención Integral al Embarazo y Puerperio, fue pionero en el país por la integralidad de su abordaje.

Paralelamente desde las organizaciones de mujeres se constituye la Comisión Nacional de Seguimiento de los compromisos de Cairo y Beijing (hoy CNS Mujeres) y MYSU (Mujer y Salud en Uruguay) como una red de organizaciones de mujeres en el área de la salud (desde 2005, asociación civil sin fines de lucro). Estas instancias han jugado un papel relevante en impulsar y legitimar la agenda de la CIPD en el país.

En el año 2000, el MSP decidió terminar con la ejecución del Programa Maternidad y Paternidad Elegida e inició el desarrollo de una nueva línea programática a través de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE). En Montevideo se implementó en el año 2001, en el marco del Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE, hoy Red de Atención Primaria, RAP) el Programa de Salud Integral de la Mujer (SIM), integrándose a la estructura de servicios ministerial, con presupuesto genuino.⁶¹

Dado que entre los años 2001 y 2003 se registró la más alta tasa de muerte de mujeres por aborto

⁶⁰ Extraída de López, Alejandra *et al* (2009)

⁶¹ El 7 de abril de 2001, MYSU con la presencia del Pr. Perico Pérez Aguirre fue recibida por el director general de la salud, Dr. Touyá. Se le manifestó la preocupación por la discontinuidad de las acciones en salud sexual y reproductiva y se le hizo entrega de un documento con recomendaciones para una política nacional en la materia.

inseguro, surgió la iniciativa de creación de Iniciativas Sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo, espacio de profesionales de la salud desde el cual se elaboraron e impulsaron las “Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”.

En el año 2004, se instaló en la órbita del MSP, la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva⁶² con carácter intersectorial e interinstitucional, con la participación de representantes de organismos gubernamentales, ONG y academia.

En el año 2005 se produce un cambio de administración nacional de gobierno, con la asunción del Dr. Tabaré Vázquez del Frente Amplio – Encuentro Progresista. En este contexto, el nuevo gobierno impulsó una serie de reformas estructurales del Estado, entre ellas del sector salud. La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)⁶³ - con la integración de efectores públicos a través de ASSE y efectores del sector mutual - se ha centrado en tres pilares: cambio del modelo de atención de atención, cambio del modelo de financiamiento y cambio del modelo de gestión.

En el 2005 el MSP crea 13 programas prioritarios, dependientes de la Dirección General de la Salud (DIGESA). Entre ellos, se encuentra el Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. La creación del mismo, con un área específica en salud sexual y reproductiva, supuso un avance importante en materia de definición programática en políticas de salud y en particular implicó la apertura de la salud pública a una agenda históricamente no priorizada.

En relación a Maternidades Seguras, las principales acciones se definieron en los siguientes términos: ‘actualización de las normas para la asistencia del embarazo, parto y puerperio de bajo riesgo; creación de normas para la atención del embarazo, parto, puerperio de alto riesgo; constituir a nivel nacional los Comités de Mortalidad Materna; estimular el control precoz y adecuado de las gestantes estimulando sus redes de apoyo; atender en campañas y protocolos a las mujeres en situación de menarca y menopausia; promoción de todos los aspectos de una atención humanizada del parto; capacitación y actualización del personal técnico en aspectos referidos a la sexualidad, embarazo, parto, puerperio y aborto’.⁶⁴

ANEXO E

METAS PRESTACIONALES RELACIONADAS AL EMBARAZO Y PARTO

B4 - Promoción de la Lactancia

1) Diagnóstico:

Una de las 12 metas asistenciales correspondientes a la salud de la embarazada y el niño/a es la meta sobre lactancia. La actual meta sobre lactancia se basa en el siguiente indicador:

Porcentaje de niños con alimentación de pecho directo exclusivo durante los primeros 6 meses.

2) Propuesta:

Por este motivo, la JUNASA aprobó un indicador mas completo que estará conformado por los siguientes componentes:

- a) las instituciones deberán obtener al cabo de un año, la acreditación en Buenas Prácticas Alimentación del Lactante y el Niño/a Pequeño/a (BPA) en cada una de sus maternidades y consultorios.
- b) Deberán realizar promoción de la donación de leche a los Bancos de Leche Humana en aquellos Departamentos en los que estén presentes, actualmente existentes en Salto, Tacuarembó y

⁶² Ordenanza N° 147 del MSP de fecha 24/3/2004.

⁶³ SNIS fue creado por ley 18211 del 5/12/2007 y puesto en marcha en enero de 2008.

⁶⁴ Documento de Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (mayo de 2005).

Montevideo.

c) Deberán continuar suministrando el indicador de Lactancia Materna exclusiva a los 6 meses.

C1 - Control del embarazo

Grupo: C –Atención en el embarazo, parto y puerperio

Concepto de la Meta: C1 – Control del embarazo

Población objeto: Mujeres afiliadas que presentan un parto/cesárea en el trimestre.

Meta operacional: Porcentaje de mujeres afiliadas que presentan 1 parto/cesárea en el trimestre y cuentan con 6 o más controles obstétricos realizados al momento del parto.

Numerador: N° de mujeres afiliadas que presentan 1 parto en el trimestre y cuentan con 6 o más controles obstétricos realizados al momento del parto.

Denominador: N° de mujeres afiliadas que presentan 1 parto/cesárea en el trimestre.

C2 – Historia Clínica Perinatal Básica completa

Grupo: C –Atención en el embarazo, parto y puerperio

Concepto de la Meta: C2 – Historia Clínica Perinatal Básica completa (en papel o informatizada con todos los ítems completados).

Población objeto: Mujeres afiliadas que presentan 1 parto/cesárea en el trimestre.

Meta operacional: Porcentaje de mujeres afiliadas que presentan 1 parto/cesárea en el trimestre y que tienen su Historia Clínica Perinatal Básica completa.

Numerador: N° de mujeres afiliadas que presentan 1 parto/cesárea en el trimestre y que tienen su Historia Clínica Perinatal Básica completa.

Denominador: N° de afiliadas que presentan 1 parto en el trimestre.

C3 – Control de VDRL y HIV en el embarazo

Grupo: C –Atención en el embarazo, parto y puerperio

Concepto de la Meta: C3 – Control de VDRL y HIV en el embarazo

Población objeto: Mujeres afiliadas que presentan 1 parto/cesárea en el trimestre.

Meta operacional 1: Porcentaje de mujeres afiliadas y *captadas en el primer trimestre* que presentan un parto/cesárea en el trimestre y cuentan con análisis paraclínicos de VDRL Y HIV en el 1° y 3° trimestre de embarazo.

Numerador 1: N° de mujeres afiliadas y que fueron *captadas en el primer trimestre* de su embarazo y que presentan un parto en el trimestre y cuentan con análisis paraclínicos de VDRL Y HIV en el 1° y 3° trimestre de embarazo.

Denominador 1: N° de mujeres afiliadas que presentan 1 parto en el trimestre.

C4 – Captación precoz

Grupo: C –Atención en el embarazo, parto y puerperio

Concepto de la Meta: C4 – Captación precoz

Población objeto: Mujeres embarazadas afiliadas a la institución que tuvieron su primer control prenatal en el período.

No se computan las mujeres embarazadas afiliadas después de las 14 semanas de gestación.

Meta operacional: Porcentaje de mujeres embarazadas afiliadas a la institución que tuvieron su

primer control prenatal en el período, siendo este control dentro del primer trimestre de embarazo.

Numerador: N° de mujeres embarazadas afiliadas a la institución que tuvieron su primer control prenatal en el período, siendo este primer control dentro del primer trimestre de embarazo.

Denominador: N° de mujeres embarazadas afiliadas a la institución que tuvieron su primer control prenatal en el período.

C5 – Derivación y Captación odontológica

Grupo: C –Atención en el embarazo, parto y puerperio

Concepto de la Meta: C5 – Derivación odontológica y captación por el odontólogo

Población objeto: Mujeres afiliadas que presentan 1 parto/cesárea en el trimestre.

Meta operacional: Porcentaje de mujeres afiliadas que presentan 1 parto/cesárea en el trimestre y que tuvieron derivación odontológica antes de los 6 meses de embarazo.

Numerador: N° de mujeres afiliadas que presentan 1 parto en el trimestre y que tuvieron derivación odontológica antes de los 6 meses de embarazo.

Denominador: N° de mujeres afiliadas que presentan 1 parto/cesárea en el trimestre.

C6 – Puérperas con control odontológico

Grupo: C –Atención en el embarazo, parto y puerperio

Concepto de la Meta: C6 – Puérperas con control odontológico

Población objeto: Mujeres afiliadas que presentan 1 parto/cesárea en el trimestre.

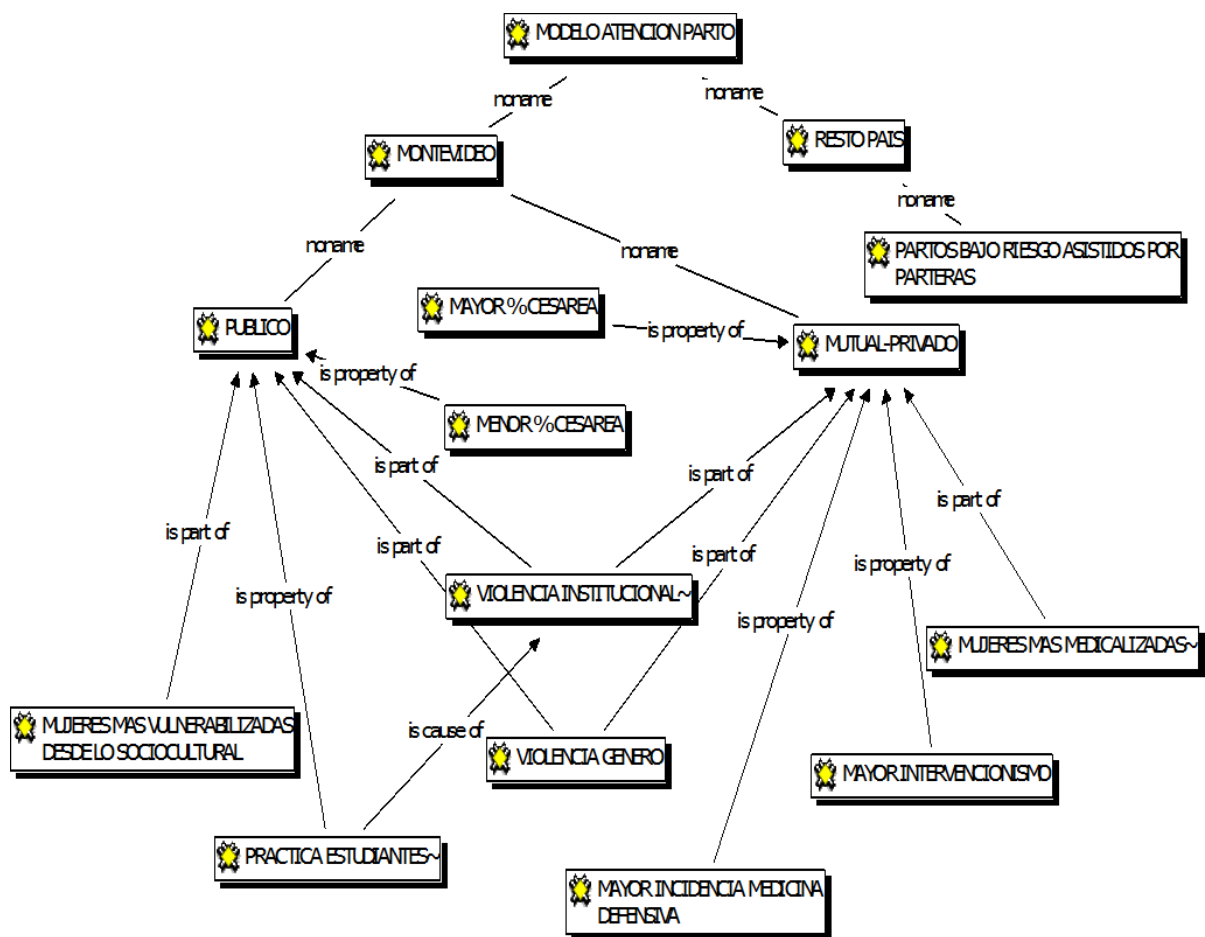
Meta operacional: Porcentaje de mujeres afiliadas que presentan 1 parto/cesárea en el trimestre con control odontológico al alta.

Numerador: N° de mujeres afiliadas que presentan 1 parto/cesárea en el trimestre con control odontológico al alta.

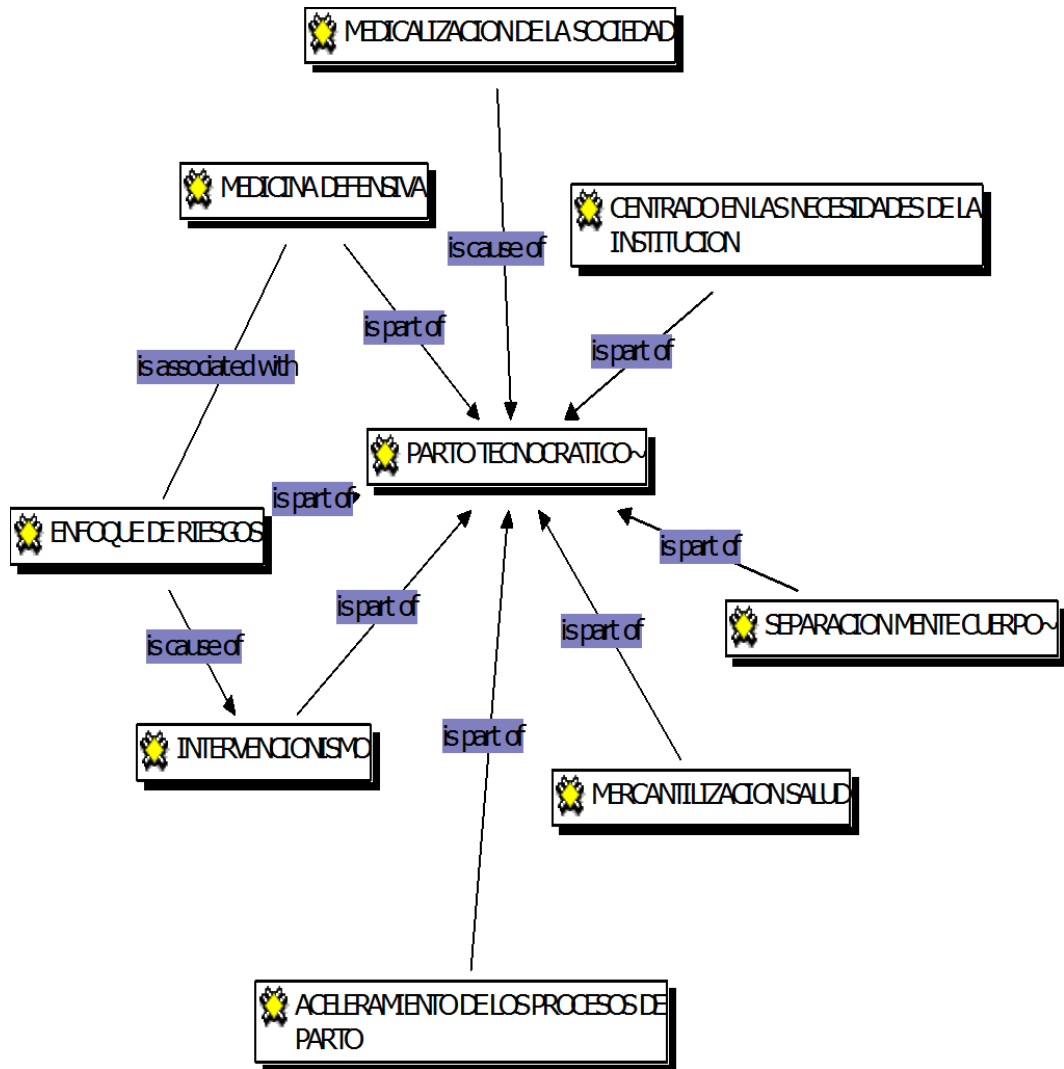
Denominador: N° de mujeres afiliadas que presentan 1 parto/cesárea en el período.

ANEXO F
REDES CONCEPTUALES DE CADA SUBCAPÍTULO DEL ANÁLISIS (salidas del Atlas-ti)

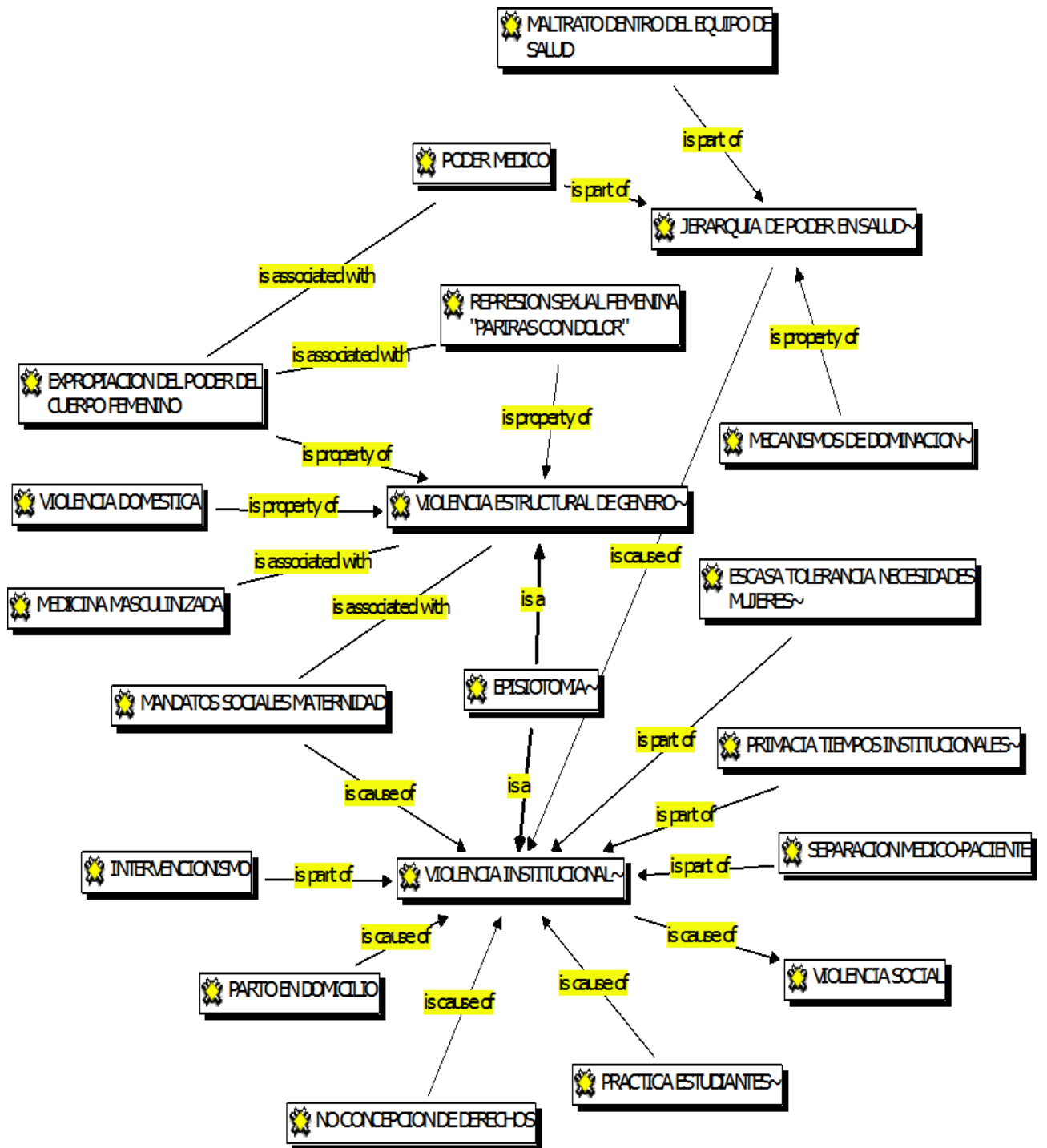
MODELO GENERAL DE ATENCIÓN



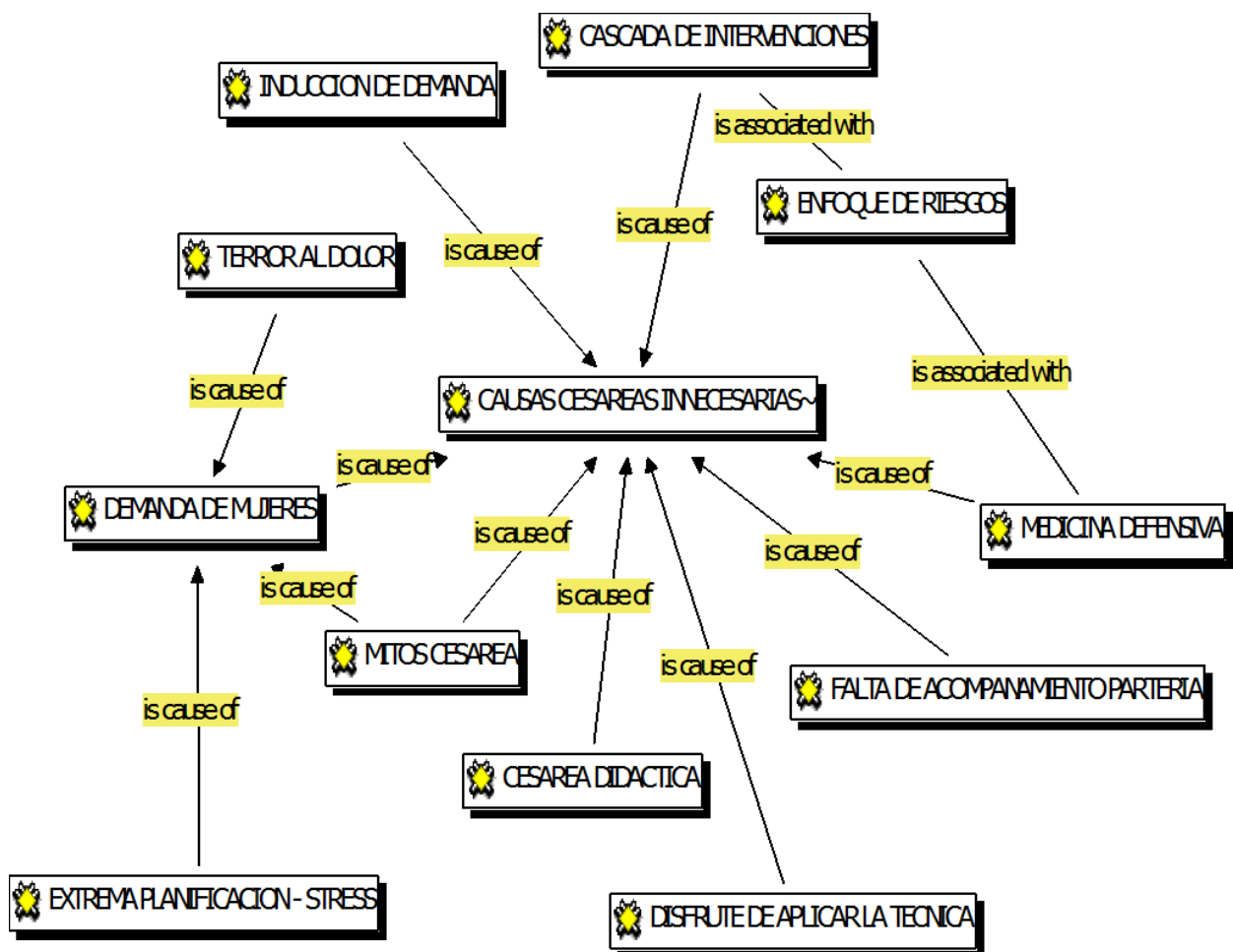
PRODUCCION DEL PARTO TECNOCRÁTICO



VIOLENCIA DE GÉNERO Y VIOLENCIA INSTITUCIONAL



CAUSA DE CESÁREAS INNECESARIAS



PERMEABILIDADES Y VULNERABILIDADES

