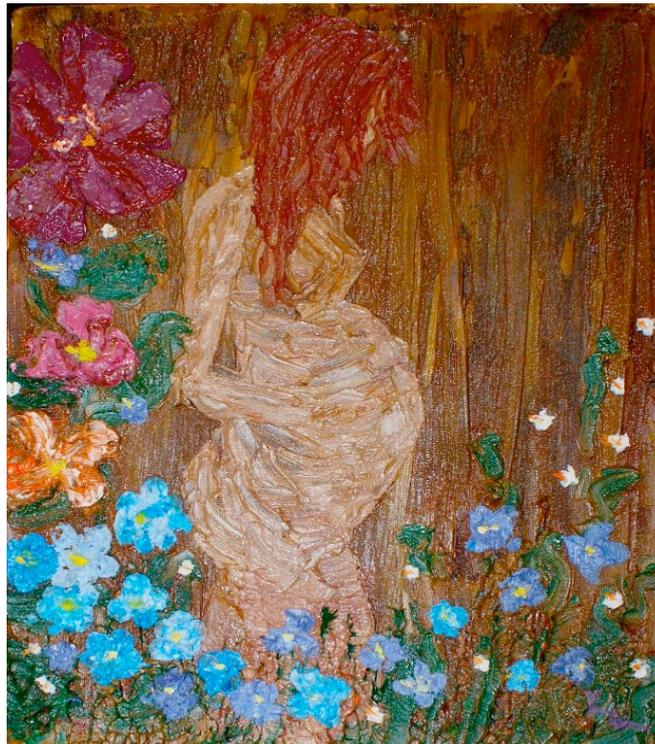


La experiencia del parto: El derecho a ser protagonista

Monografía para la obtención del título Licenciada en Psicología



Presentado por: Kathy da Silva

Tutora: Asist. Mag. Carolina Farías

Universidad de la República

Facultad de Psicología

30 de Octubre, 2015.

Montevideo-Uruguay



*Suspira tranquila mientras acaricia su vientre de luna,
la noche la ilumina.
Hoy el tiempo parece algo extraño.
Tantas horas,
ella impasible a su paso.*

*Ni siquiera cree que hayan pasado meses
pero ahora el tiempo entre cada ola parece leche
y se lo bebe tranquila...*

*“Ven pequeño, ven mi niño...”
Sonríe a la sonrisa que cuida sus cien latidos,
que como gato camina sigilosa en el olvido.*

*Se hunde en lo profundo,
atraviesa oscuridades,
buscando algo que es suyo...
a ratos olvida qué era.*

*Aparecen entonces unas manos que ama
que dan fuerza y aseguran.
Se hunde pero no se ahoga,
sueña despierta entre olas.*

*Se levanta, camina, para, se queja:
“¿por qué no acaba?!”.*

Demasiada espera.

*El corazón anhela con fuerza,
lucha por tener lo que el alma ya besa.*

*La llamada rompe el silencio
son unos brazos de voz que intentan recoger un sueño.*

*No queda nada por dar.
Lo entrega todo y todo vuelve a sus brazos.
El paraíso descansa en su seguro regazo.*

Ya está. Se acabó la espera.

*Vida tibia respira tranquila sobre su pecho.
Ojos, amor, cuidado, alimento...
Lágrimas felices inundan la cama
con miradas cómplices desde esquinas cercanas.*

“Todo va a estar bien, pequeño. Mamá está aquí, mamá está aquí...”.

Sonríe el alma orgullosa.

*Pudo. Puede.
Que se lo griten al mundo,
que esto apenas comienza...*

(María Pérez -Poema del bien parir)

Índice

Resumen.....	5
1. Introducción.....	6
2. Maternidad.....	8
2.1 Aportes del Feminismo.....	8
2.2 Desde la Perspectiva de Género.....	11
3. Salud Sexual y Reproductiva	
3.1 Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres.....	16
3.2 Normativa en Uruguay.....	18
4. La experiencia del Parto.....	22
4.1 Violencia Obstétrica.....	23
4.1.1 Prácticas Utilizadas y Evidencia Científica.....	29
4.2 Parto Humanizado.....	36
5. Reflexiones Finales.....	41
6. Referencias Bibliográficas.....	43

Resumen

En el presente trabajo se intenta profundizar y reflexionar sobre los deseos y derechos de las mujeres al momento del parto. Percibiendo la transformación de este fenómeno natural en un acontecimiento patológico, desarrollado en un espacio hostil como son las instituciones, se intenta hacer visible la pérdida del protagonismo de la mujer en esta experiencia tan importante en su vida sexual. Para ello se realizó una exploración bibliográfica de diferentes autores que trabajan la temática. Entendiendo que la experiencia del parto esta influida y construida por las nociones de maternidad dominante, se realizo un recorrido abordando las diversas posturas de los estudios de género y feministas en base al tema. El cometido fue dar cuenta de los derechos sexuales y reproductivos garantizados por ley que poseen las mujeres al momento de su parto, los cuales la mayoría de las veces no son informados ni respetados, indagar sobre la violencia obstetricia ejercida e ignorada por el sistema de salud, concebida como una forma de violencia de género y violación a los derechos humanos, exponiendo como alternativa el parto humanizado, un movimiento en creciente desarrollo que se presenta como opción para transformar el modelo de atención al parto imperante en la actualidad.

Palabras Calves: *Derechos Sexuales y Reproductivos, Violencia Obstétrica, Parto Humanizado.*

1. Introducción

La maternidad es uno de los mandatos culturales y presiones sociales al cual aún hoy se enfrentan las mujeres. Los estereotipos de género establecen como el “rol natural” de la mujer es la reproducción de la especie, al tiempo que debe ser tolerante, paciente, brindar amor incondicional, cualidades mas que necesarias a la hora de criar a los hijos pero es a partir de estos preconceptos impuestos que se construye la identidad femenina.

Cuando se confunde la maternidad con ser mujer se produce el desequilibrio de la identidad, ya que desde hace siglos en nuestra cultura se ha construido que el varón circula por el ámbito público y la mujer por el privado por lo cual es sumamente importante reflexionar sobre estos aspectos, sobre sus diferencias ya que estos son los que forman parte de la identidad de cada mujer (Gutman, 2014). ¿Que sucede cuando siendo madre se quiere disfrutar de una profesión, del dinero ganado, del sexo, de la libertad? ¿Que sucede cuando la maternidad es un proyecto mas en la vida de una mujer y no su único destino? .

En nuestro país se han aprobado leyes, dictado normas y aplicado políticas, planes y programas que lo colocaron a un nivel sumamente avanzado continentalmente en el reconocimiento de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, pero considero que sigue siendo un pendiente a la interna del Uruguay, sobre todo cuando la maternidad es un proyecto en la vida de la mujer y el parto deseado, planeado como experiencia para ser protagonista activa de el.

El presente Trabajo Final pretende reflexionar y pensar críticamente sobre los deseos y derechos de las mujeres en sus partos, entender la maternidad como etapa de la vida sexual de la mujer y hacer visible la necesidad de sentir y vivir el parto como un proceso natural, no dejándolo a cargo de la medicina como si se tratara de una enfermedad.

Entendiendo que se ha perdido la libertad del cuerpo y la consciencia del mismo es importante recobrar el poder de parir pero sobre todo la confianza como mujer para dar a luz a los hijos y así lograr nacimientos respetados y felices.

En este sentido, la monografía se estructura en tres apartados. El primero: “Maternidad”, los aportes de los estudios de género y del feminismo, ya que son los marcos teóricos de referencia para el desarrollo del trabajo. El segundo apartado: “Salud Sexual y

Reproductiva”, en el cual se desarrolla: los derechos sexuales y reproductivos, conceptos, sus orígenes y la normativa existente en el Uruguay.

El tercer apartado: “La experiencia del Parto”. Actualmente los partos hospitalarios con las anestésicas y el apuro de todo el personal médico por terminar rápido con “el sufrimiento” de la mujer, ha logrado que esta experiencia no sea respetada, no se tiene en cuenta la vivencia física ni emocional de la protagonista, ya no deciden como y de que forma vivir ese momento, pero como lo expresa Gutman (2014), esta modalidad está tan impregnada en la sociedad que ni las mujeres se cuestionan que tan partícipes de su parto fueron. En este sentido, el capítulo analizará algunas de las prácticas que se llevan adelante en el momento del parto, las que muchas veces son llevadas a cabo de forma rutinaria sin respetar lo particular de cada proceso.

Este apartado, a su vez, estará subdividido en dos capítulos. En primer lugar se intenta dar visibilidad a la violencia obstétrica ejercida por el poder médico sobre el cuerpo y mente de las mujeres, esta violencia es parte de la violencia de género y para entender por qué se ejerce tomamos la noción que propone Gabriela Arguedas (2014) de poder obstétrico, la cual se basa en Foucault ya que ese poder constituiría una forma de poder disciplinario, un mecanismo de control y opresión que produciría cuerpos sexuados y dóciles.

Lamentablemente así como las diferentes prácticas utilizadas hay distintos aspectos que no son tenidos en cuenta en el parto hospitalario, la mujer se transforma en espectadora de la experiencia, no tiene oportunidad de interrogar ni mucho menos a decidir, solo se espera que acepte y obedezca ya que aseguran que todo será por “su bien y el de su hijo”. Intento dar cuenta como vive la mujer la experiencia, ese episodio que es tan importante en su vida sexual, en el cual es la única protagonista y como tal debería ser cuidada y respetada en el proceso.

En segundo lugar me centraré en el Parto Humanizado, este modelo que se plantea como alternativa al modelo tecnocrático característico en el sistema hospitalario y tratare una de las herramientas que se encuentra al alcance de todas las mujeres, el Plan de Parto, un instrumento muy significativo para el empoderamiento de las mujeres, para que sus opiniones y deseos sean tenidos en cuenta, para que su voz sea escuchada y así lograr una mejor comunicación con los profesionales que la acompañan.

Por último se presentarán las reflexiones finales.

2. Maternidad

Por mucho tiempo la maternidad fue considerada una función instintiva vinculada a la estructura biológica de la mujer, actualmente se reconoce que no solamente esta influida por circunstancias temporales y espaciales sino que a su vez es una construcción cultural. Este proceso biológico, psicológico y sociocultural en la vida de la mujer incluye varias etapas, algunas de estas son: el embarazo, el parto, el puerperio inmediato, el reinicio de las relaciones sexuales, la crianza, entre otras. Lo importante de estas fases es que siempre serán propias de la historia de vida de cada mujer por lo tanto tendrán características individuales y subjetivas (Cigarroa, 2011).

2.1 *Aportes del Feminismo*

El feminismo surge en respuesta a las diversas situaciones de desigualdad que se enfrentaban y se enfrentan las mujeres hasta hoy. Es un movimiento político y social que surgió con el fin de hacer visible las principales demandas y experiencias de las mujeres (Barrera, Garibi, Guerrero, & Montoya, 2010).

Los primeros movimientos se iniciaron como cuestionamiento a la condición histórica de estas, comprendiendo que ser mujer también es entenderse como grupo diferenciado, el cual posee una historia común, la que a través del tiempo trajo dinámicas de poder y subordinación (Barrera et al, 2010).

Este movimiento fue tomando posturas de las más diversas sobre el origen a la discriminación de género y a los mecanismos para eliminarla por lo cual se hace inevitable hablar de “feminismos”, ya que existe una complejidad de respuestas frente a la cuestión de las mujeres. Desde esta perspectiva los feminismos deben entenderse como un conjunto de demandas que tienen como fin lograr condiciones diferentes para las mujeres y por ende un cambio en la condición de los hombres (Barrera et al, 2010).

Todos los movimientos feministas *“sea cual sea la orientación han reconocido y evidenciado el estereotipo de maternidad en la mujer que se ha impuesto desde lo social y cultural”*, pero a partir de ahí surgen diferentes concepciones de esta. Por un lado se encuentran las que desean romper este estereotipo, entendiendo que es una más de las

formas de dominación, para de Beauvoir por ejemplo, la procreación, esa capacidad biológica de cada mujer nada tiene que ver con su proyecto de vida. Esta autora junto con Elizabeth Badinter “*son las expositoras más reconocidas de esta postura*” (Farias, 2014, p. 22).

Simone de Beauvoir fue la primera feminista que reprocha la idealización que se genera como el único destino femenino, señalando que la maternidad es una atadura para las mujeres, mientras que Badinter manifiesta que ninguna mujer debería estar sometida a esta carga social y asegura que las mujeres si se liberaran del estigma de la buena madre dejarían con placer el ámbito domestico para dedicarse al público (Saletti, 2008; Farías, 2014).

Badinter tal como lo retoma Saletti (2008) realiza aportes sobre el instinto materno, nos expresa que se ha abandonado este concepto por el de amor maternal pero se le atribuye la misma característica, las cuales los discursos científicos entre otros colaboran a construirlo, creando en las mujeres la obligación de ser ante todo madres. Esta autora indica que el instinto es un mito, que la maternidad es un sentimiento que varia, dependiendo de la mujer y de su historia, con lo cual coincide de Beauvoir al manifestar que las conductas maternas deberían situarse en el campo de la cultura.

Saletti (2008) declara que el amor maternal se supone que se presenta desde la infancia en toda mujer, el cual predomina en nuestra cultura como un hecho instintivo e irracional, por lo que concluye con que tanto el amor maternal como el instinto son una construcción social la cual elabora la cultura y se aprende y reproduce. También menciona que las conductas de las mujeres determinadas supuestamente por el instinto maternal pueden cuestionarse desde la historia, ya que deja en evidencia los cambios y la evolución de ese sentimiento en el tiempo.

Por otro lado encontramos al feminismo que reconstruye la maternidad, postura la cual distingue Saletti (2009) al analizar los diferentes discursos sobre esta experiencia. Desde esta postura se cree que la mayoría de las feministas al buscar la igualdad con los hombres se menosprecia la experiencia maternal y no se visualiza como fuente de poder y placer para las mujeres (Magnone, 2010).

Esta otra postura del feminismo, feminismo de la diferencia, propone asumir la capacidad generadora del cuerpo de las mujeres, considerándolo fuente de placer, de conocimiento y poder exclusivamente femenino (Farías, 2014).

Si bien reconocen el potencial de la reproducción de las mujeres, también consideran que este no tiene porque ser vivido por las mujeres como obligación de ser madres ni tampoco sentir el deseo de ser madres, lo cual es lo que culturalmente impone el patriarcado (Fariás, 2014).

La Lic. en Trabajo Social Natalia Magnone (2010) cuestiona 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”*.

Adrienne Rich citada por Saletti (2008) realiza una distinción entre maternidad como institución y maternidad como experiencia, exponiendo que mientras una tiene por objetivo asegurar que todas las mujeres permanezcan bajo el control patriarcal, en la otra lo significativo es la relación potencial de la mujer con los poderes de la reproducción y con los hijos.

La experiencia de maternidad sería *“la que experimentan las mujeres que eligieron pasar por esa experiencia y la viven placenteramente”* (Rich, 1978 citado por Farias, 2014).

Patricia di Quinzio otra de las autoras que señala Saletti (2008), plantea que aunque esa experiencia sea controlada por el hombre, la mujer puede sentir amor y placer como madre por lo cual demuestra que se puede reorganizar la institución de la maternidad si la mujer pudiera controlarla.

Para autoras como Rodríguez y Cachafeiro (2007) se trata de anular el deseo de la madre y de los niños y niñas a partir de la represión de la sexualidad de estos, para ellas las madres patriarcales obedecen a los mandatos como el de separarse pronto del bebé, de no mimarlos demasiado porque se criaran niños y niñas mal –enseñados, de no satisfacer sus necesidades a demanda y manifiestan que desde el nacimiento se enseña a reprimir los deseos, por lo cual se reprime la sexualidad básica (Magnone,2010).

Citando nuevamente a Rich, sobre la maternidad como experiencia, esta autora destaca la relación madre- hija ya que para ella es de suma importancia por la trasmisión de conocimiento femenino, y señala que las mujeres deben negarse a ser víctimas de la cultura patriarcal para que dicha relación sea posible. Las mujeres deben pensar con su cuerpo, como lo expresa Saletti (2008), para Rich, la posibilidad de generar cambios en la sociedad

humana es que las mujeres recuperen su cuerpo y lo conviertan en fuente de conocimiento y poder femenino.

Sin embargo en el texto de Saletti (2008), el cual como vemos, presenta el pensamiento de diversas autoras sobre maternidad, destacamos a Silvia Vegetti quien expresa que el camino para lograr el cambio son las representaciones de la maternidad en la fantasía, crear nuevas formas de autorepresentación y nuevas formas de entender la procreación sería central en la elaboración de la identidad.

Farías (2014), manifiesta que es importante tener presente la experiencia singular y subjetiva de las mujeres y su relación con la maternidad, ya que de esta manera se deja de lado el discurso de la mujer como una existencia universal, se deja de encasillar a la mujer en una teoría de unidad, la cual deja su voz en silencio, se debería dar lugar a la diversidad de mujeres y de los diferentes modos de experimentar y de desear o no la maternidad.

Como lo expresa Moncó (2009) la maternidad es algo que deja huellas, que identifica, es un todo en el que se pone en juego no solo lo social con lo biológico sino también con lo personal, lo cultural, lo sentimental y lo simbólico. La maternidad es la historia de esa mujer, su vida, su recuerdo, *“es su presente, su futuro y hasta su pasado en la mención de sus madres o en sus propios recuerdos de hijas”* (p. 361).

2.2 Desde la Perspectiva de Género

La perspectiva de género es un instrumento de análisis de la realidad que busca examinar el impacto del género en las oportunidades de las personas, sus roles sociales y las interacciones con otros. Es un punto de vista a partir del cual se visualizan los distintos fenómenos de la realidad social, política o científica, considerando las implicancias y los defectos de las relaciones de poder entre los géneros (RUCVDS¹, 2013, p. 17).

1. RUCVDS. Red uruguaya contra la violencia doméstica y sexual. Integrada por organizaciones que trabajan desde una perspectiva de género y derechos humanos con mujeres, niñas, niños y adolescentes.

Lamas (2000) expresa que los antecedentes de la categoría de género se encuentran en “El segundo sexo” de Simone de Beauvoir y citando a la autora nos manifiesta que para ella, todas las características humanas que se atribuyen como femeninas son simplemente por un proceso individual y social que las mujeres las van adquiriendo, por lo que no son derivadas naturalmente de su sexo. El autor declara que esta categoría de género fue apropiada por las feministas, convirtiéndose en uno de los principios conceptuales que construyeron sus argumentos políticos y considera que la comprensión de este concepto se ha vuelto indispensable, ya que esta en el centro del debate del papel de la mujer en la sociedad, el cual se habría internacionalizado en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995).

El campo del derecho que siempre estuvo en terreno masculino, propio del sistema patriarcal en el que estamos inmersos, es lo que permitió que las mujeres pudieran construir espacios de lucha, con el afán de superar determinadas situaciones y lograr la igualdad de derechos, de oportunidades aceptando si las diferencias de los sexos, que como expresa Lamas (2000), no son solo cuestiones anatómicas sino subjetividades ya que el sexo se asume en el inconsciente social y colectivo independientemente de la anatomía, y a ello llamamos género.

El género como categoría analítica surge recién a finales del siglo XX, y forma parte del intento de las feministas contemporáneas para reivindicar y explicar la persistente desigualdad entre mujeres y hombres. Joan Scott (1996) nos brinda una definición de género la cual tiene dos partes y varias subpartes, estas si bien están interrelacionadas deben ser analíticamente distintas, la autora nos dice que *“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”* (p. 23).

La primera parte de su definición consta de cuatro elementos los cuales no operan sin los demás, pero a su vez no operan simultáneamente, el primero: son símbolos que evocan representaciones múltiples y a veces contradictorias, estos símbolos culturalmente disponibles como por ejemplo, en la mitología judeo- cristiana Eva- María; el segundo: son *“los conceptos normativos que manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos”*, el tercero: *“las nociones de la política y referencias a las instituciones y organizaciones sociales”*, y el cuarto elemento es la identidad subjetiva. En su segunda proposición se desarrolla la teorización del género, nos expresa que el género es el campo primario dentro del cual o por

medio del cual se articula el poder, y plantea que si bien no es el único campo, este parece la *“forma persistente y recurrente de facilitar la significación del poder en las tradiciones occidentales, judeo-cristianas e islámicas”* (Scott, 1996, p. 23-26).

Magnone (2010), nos expone que la perspectiva de género ha logrado dejar en evidencia algunas debilidades del concepto de ciudadanía, en primer lugar estaría la gran fisura que existe entre el reconocimiento formal de los derechos, especialmente los de las mujeres, y el ejercicio de estos; y en segundo lugar dice que este punto de vista cuestiona el universalismo del esquema tradicional de ciudadanía. Citando a Showstack (1998), Magnone señala que en las instituciones se contribuye a la reproducción de la subordinación femenina, lo cual plantea la necesidad de deconstruir y sería desde el trabajo de la perspectiva histórica, prestando atención a los procesos que beneficiaron a los hombres en relación a las mujeres.

Lilia Rodríguez (1998) plantea que la dicotomía de lo público y lo privado es lo que concibe mantener y reforzar ámbitos diferentes de acción y participación entre hombres y mujeres, y expresa que desde la perspectiva de género se apunta a des-naturalizar las funciones de estos, las cuales se originan solo en sus características biológicas ya que no existen actividades, tareas, trabajos ni espacios naturalmente masculinos y femeninos. *“Hoy nadie puede sostener que las mujeres no participan del espacio público; todas de una manera u otra lo hacemos, y sucede lo mismo con los hombres en el espacio privado”* (Rodríguez, citado por Molina, 2007).

En el documento elaborado por la Red uruguaya contra la violencia doméstica y sexual (RUCVDS), llamado *“Violencia Basada en Género”* (2013), se manifiesta que *“históricamente todas las sociedades se organizan y construyen su cultura en torno a la diferencia sexual y las funciones biológicas emergentes, fundamentalmente la maternidad y el cuidado de la prole”* (p.16).

Y se agrega que *“en esa diferencia objetiva se apoya las interpretaciones sobre el origen de la opresión de la mujer, ocultando que la diferencia sexual no implica necesariamente las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen a partir de la diferencia sexual”* (RUCVDS, 2013, p.16).

Con respecto a la maternidad Magnone (2010) reflexiona en uno de sus trabajos acerca del parto, de este proceso que era considerado un acontecimiento natural dentro del ciclo vital de la mujeres y desde la modernidad es *“concebido como un evento generalmente*

patológico que restringe los derechos sexuales y reproductivos de la mujeres de gozarlo plena y autónomamente, configurando de ésta manera una de las formas de violencia estructural de género” (p.1).

Lo que se expone por la RUCVDS (2013), es que la violencia contra la mujer no se basa en la biología sino en construcciones culturales y entender esto conduce a analizar las situaciones con perspectiva de género, ya que logrará pensar como derribar las inequidades, se conocerán las causas y consecuencias por lo que se podrá entender el porque de estas, su permanencia y hasta la complicidad de las propias victimas en su mantenimiento.

En la Salud

La construcción de la categoría de género es un aporte elemental que ha brindado el movimiento feminista, y es muy importante en el campo de la salud, ya que sus desarrollos permiten tener respuestas al sentir y vivir de las mujeres sobre su cuerpo, salud y vida reproductiva. Esta perspectiva de género revela como se construye la identidad tanto de mujer como de madre y deja en evidencia las dinámicas de poder que se establecen entre las mujeres y su entorno (Farías, 2014).

Cristina Herrera (2010), manifiesta que la cultura de género establece que las mujeres no son dueñas de su cuerpo, sexualidad y reproducción, ya que estos son tutelados por una autoridad generalmente masculina aunque a veces es ejercida por mujeres en representación de esta, esta autora expresa que el orden médico es masculino independientemente de quien ejerza la medicina y lo que mas influye es que este representa una autoridad científica pero también moral. Herrera plantea que existe una visión y trato de las mujeres como objetos de tutela y no como sujetos con derechos, lo cual hace difícil la práctica de la ciudadanía en salud, ya sea por la estructura misma del orden médico como por la posición subjetiva de las representantes.

Karina Batthyány (2006), nos expone que el campo específicamente de la salud sexual y reproductiva, es defendido y visibilizado por las organizaciones de mujeres y feministas, las cuales han realizado propuestas para incluir la perspectiva de género y derechos humanos en la reforma de la salud, aportando evidencias y herramientas para analizar las inequidades existentes en la atención de la salud, a su vez, manifiesta que el

cambio de paradigma de sanar dolencias por el de crear salud llevará un cambio donde progresivamente se comience a salir a la comunidad y conocer sus condiciones de vida.

Lo que plantea esta autora es importante ya que como declaran Serrana Mesa y Mariana Viera (2006) el médico es el poseedor de un saber reconocido socialmente y el consultorio es aquel lugar para su práctica, donde a priori las reglas son de este y de su disciplina, por lo cual el poder lo tiene el médico. Y enfatizan con un desplazamiento de este poder ya que permitiría una atención mas humana y con mejores resultados, para lo cual es claro que el médico se obligaría a repensar su accionar.

En el Uruguay un avance desde una perspectiva de género, es el cambio conceptual del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Como expresa López y Carril (2010) el MED² (mujer en desarrollo) es el marco que ha sustentado este modelo cuyo objetivo se centro en la disminución de los indicadores de mortalidad infantil a través del binomio madre-hijo.

Al pasar al enfoque de la salud reproductiva, se comienza a tener en cuenta los derechos de las mujeres en la atención sanitaria y se extiende la mirada de este binomio privilegiado hasta el momento, Magnone (2010) citando a López et al (2003) expresa que el logro de esta perspectiva es entender:

(.....) 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 (p. 22).

2. MED. Mujer en desarrollo. Enfoque denominado así por Moser, & Young (1991), que destaca la contribución que las mujeres realizaban a la salud de la población.

3. Salud Sexual y Reproductiva

3.1 Los Derechos Sexuales y Reproductivos

El origen de los “Derechos Sexuales y Reproductivos” se remonta hacia comienzos del S XX, aunque el término surge en la década del 60 por Marge Berer (citada por López Gómez, Amorín, Benedet, Carril, y Ramos, 2006), feminista que incluyó en los derechos reproductivos el derecho a la planificación familiar, el aborto, a la salud integral y al placer sexual, todos estos reivindicados por el movimiento de mujeres.

Tanto los derechos sexuales como los derechos reproductivos se dice son “los más humanos de todos los derechos” y representan el pilar fundamental para el ejercicio de la ciudadanía. Sin embargo, es recién, en la IV Conferencia Mundial de la ONU sobre Población y Desarrollo, la cual tuvo lugar en el Cairo en 1994 que se da el reconocimiento de estos derechos como derechos humanos (Galdos, 2013).

En esta conferencia se trabajaron conceptos como derechos reproductivos y salud sexual, maternidad segura, maternidad insegura y aborto inseguro, la salud reproductiva y sexual de los adolescentes entre otros, en el documento de El Cairo (1994) se establece la siguiente definición:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (Galdos, 2013, p.457).

También estas ideas se desarrollan en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, en setiembre de 1995 en la ciudad de Pekín y se añade que los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre temas referidos a su

sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libre de coerción, discriminación y violencia (Correa, 2003, p.19).

La autora Lilia Rodríguez (1998) plantea que si bien los derechos sexuales y reproductivos no son exclusivos de la mujeres, estos son muy importantes para ellas por dos razones, la primera es que la toma de decisiones sobre el cuerpo, la sexualidad y reproducción implica poder y autonomía, expresa que las posibilidades de tomar decisiones por parte de las mujeres esta medida por las relaciones de subordinación, ya que ciertas acciones no las pueden realizar si sus parejas no las consienten y este tipo de control sea real o simbólico es una expresión de poder del hombre hacia la mujer. Cuando las mujeres comienzan a cuestionar estas acciones empiezan las decisiones sobre su cuerpo y así van ganando poder para autodeterminarse.

Rodríguez (1998) manifiesta lo importante que es lograr el empoderamiento de las mujeres, para ella si bien es importante no es suficiente atender a sus necesidades prácticas de género. La segunda razón sería porque la toma de decisiones sobre la sexualidad y reproducción construye ciudadanía, ya que estas decisiones según la autora no se realizan en el vacío, tienen implicaciones en las relaciones con los otros y requieren ciertas condiciones sociales que puedan hacer posible su cumplimiento.

Se debe tener en cuenta que las diferencias no se dan solo entre hombres y mujeres, sino también entre mujeres, no todas tienen las mismas posibilidades de ejercer su derecho a decidir, por eso es importante la articulación del derecho individual a decidir y la obligación social de brindar las condiciones para que se puede ejercer esos derechos, lo que permite la aplicación del principio de equidad y la construcción de la ciudadanía social, la cual implica también responsabilidades. A modo de ejemplo se enuncia la participación en distintos procesos como en la formulación, ejecución, evaluación de políticas y programas de salud ya que si bien es un derecho, también conlleva una responsabilidad que sería el empoderamiento colectivo de las mujeres (Rodríguez, 1998).

Por otra parte también Correa y Petchesky (1995) citados por López Gómez et al. (2006), manifiestan que “estos derechos son uno de los ejes de construcción de ciudadanía y de profundización de la convivencia democrática (...)”, se refieren al poder que tiene cada persona para que las decisiones que tome sean con información y responsabilidad sobre su

sexualidad y vida reproductiva, así como la disponibilidad de recursos que posea para ejercer esas decisiones con seguridad, efectividad y sin discriminación.

El concepto de ciudadanía deriva de Marshall (1950) citado por Castro (2010) que propuso *“distinguir tres dimensiones, la civil, la política y la social. Esta última es la que incluye, entre otros, el derecho a acceder a los servicios de salud y de ser atendido en ellos con plena autonomía y dignidad”* (p.54).

Castro (2010) manifiesta que la ciudadanía es la capacidad de cada individuo para ejercer los derechos que garantiza el orden normativo vigente, pero también citando a Stasiulis y Bakan, 1997 y Harrison, 1991; expresa que existen diferencias que surgen por ejemplo de las desigualdades de género entre otras mas, por lo que se debe distinguir la variación en la apropiación subjetiva de los derechos y de la posibilidad de ejercerlos de cada individuo.

3.2 Normativa en Uruguay

Con la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, Ley No 18.211 que comienza a regir en el año 2008, se comienza a avanzar en el respeto y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos por lo menos en cuanto a reglamentación. A partir de ese momento se aprobaron normas y se aplicaron políticas, planes y programas logrando el reconocimiento de estos derechos (Uruguay, Poder Legislativo 2007. Ley No 18211).

Aunque antes de dicho periodo podemos nombrar la Ley No 17.386 de acompañamiento al parto que se aprueba en el año 2001, esta ley establece que toda mujer durante el trabajo de parto y el parto ya sea vaginal o cesárea tiene el derecho a estar acompañada por una persona de su confianza (Uruguay, Poder Legislativo, 2001. Ley No 17386).

A su vez existe el Decreto No 67/006 del Ministerio de Salud Pública que amplía esta ley (Uruguay, Ministerio de Salud Pública, 2006. Decreto No 67/006).

Otra Ley del año 2002 es la Ley No 17.565, la cual dispone que en todo establecimiento que se asista partos deba haber una partera interna de guardia (Uruguay, Ministerio de Salud Pública, 2002. Ley No 17.565).

Posteriormente con la Ley No 18.426 de diciembre de 2008 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”, el estado uruguayo reconoce y respalda a los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos (Uruguay, Poder Legislativo, 2008. Ley No 18426).

Esta ley establece que el Estado debe garantizar las condiciones necesarias para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, para ello promoverá políticas nacionales, diseñara programas y organizara los servicios para desarrollarlos. Se 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”*. Advierte también 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”* (Uruguay, Poder Legislativo, 2008. Ley No 18426).

El Ministerio de Salud Pública por su parte también ha publicado guías para brindar herramientas a los equipos de salud, una de estas es la del año 2007 llamada “Normas de Atención a la Mujer Embarazada”, la del 2009 “Normas de Atención a la Mujer en Proceso de Parto y Puerperio” y finalmente la que complementa y en parte sustituye las mencionadas anteriormente, la guía del año 2014, llamado “Manual para la Atención a la Mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio”.

Este manual se realiza como expresamente lo manifiesta en su prólogo con la *“necesidad de ajustar continuamente las prácticas de los equipos de salud a las mejores y más recientes evidencias científicas”* (MSP, 2014, p. 11).

A su vez en setiembre de 2011 en su 2^{da} edición (MSP, 2011), con el apoyo del Programa Global para el Aseguramiento de insumos de salud reproductiva (UNFPA), ya se habría implantado una guía para implementar en las instituciones prestadoras de salud, servicios de atención a la salud sexual y a la salud reproductiva. Esta guía esta dirigida a los equipos de las instituciones pero también a los profesionales que integren los equipos coordinadores de referencia (ECR) así como a todos los profesionales, técnicos y personal en general de las instituciones relacionadas o no con dichos servicios.

Lo que brinda el Ministerio de Salud Pública con este documento, es una herramienta para que los profesionales y las instituciones incorporen en sus prácticas la perspectiva y acciones referidas a la salud sexual y reproductiva (MSP, 2011).

Refiriéndonos específicamente a la mujer en etapa de reproducción podemos decir que hay muchas políticas, pero estas no están implementadas mirando a la mujer como tal sino desde un lugar de madre, la mujer en el embarazo es muy protegida, pero no desde un lugar de ciudadana libre y autónoma sino contenedora del hijo, se le exige que se cuide, que se realice controles rutinarios, los cuales terminan inmediatamente luego del parto, entonces por un lado se dice ¡cuidamos su salud sexual y reproductiva mujeres!, pero en cuanto nace el niño esos “cuidados” ya no son exigidos, no hay espacios donde la mujer puerpera encuentre contención ni siquiera ser escuchada.

El modelo materno infantil como mencionamos anteriormente ha logrado un avance conceptual, y muchos autores expresan se encuentra en un campo en de-construcción pero no cabe duda que ha logrado la invisibilidad de la mujer como persona y Sujeta de derechos (López Gómez & Carril, 2010).

Podríamos decir que tanto los equipos de salud como la sociedad en general siguen aceptando y colocando en una posición diferente los derechos reproductivos de los derechos sexuales. Es muy común escuchar que si se garantiza el ejercicio de uno por consecuente se garantiza el otro, lo cual en el tema que nos compete y otros, esta más que demostrado que no es así, ya que si bien las políticas abordan en cierto sentido los derechos reproductivos, la mayoría de las veces olvidan los derechos sexuales de las mujeres.

En la cotidianeidad vemos como se naturaliza y se los divide entre lo público y privado, se lo observa en comentarios como : es necesaria la reproducción para la especie , es la contribución que realiza la mujer a la población, debería ser la realización personal de todos, es el rol de la mujer, el de madre y de esposa, la que debe cuidar y responsabilizarse por todo lo que concierne en el ámbito domestico, pero en cambio, los derechos sexuales son de cada una y deben estar en el terreno privado, aunque no olvidemos es un derecho y como tal también forma parte de la órbita de lo público.

Esto lleva a que no se encuentren lugares ni espacios de libertad donde las mujeres puedan recurrir, expresar sus sentimientos y conflictos sexuales, donde se pueda hablar abiertamente de la propia sexualidad y mas aun luego de la maternidad.

Kate Millet decía "*Lo personal es político*", esta autora citada en un texto de Ana de Miguel Álvarez (1997) con su obra *Política Sexual* (1969) define a la política como "*el conjunto de estrategias destinadas a mantener un sistema de dominación...*" (p. 178). Millet realiza un análisis del patriarcado y describe una concepción nueva de la política, declara que el ámbito privado, aquel que tradicionalmente se consideraba ajeno a la política es donde se despliegan las relaciones de poder, las cuales serían la base de las estructuras de dominación. Es a partir de ese momento que se identifica lo privado, la familia y la sexualidad como ámbitos de poder y dominación sobre las mujeres.

Por otro lado cabe destacar que este lema "*Lo personal es político*", tan significativo para el feminismo de los años setenta tuvo un gran componente movilizador, ya que englobó todo el proceso por el cual pasaron las mujeres para hacer oír sus preocupaciones, para hacer visible las "cosas de mujeres", ante una sociedad donde los problemas sociales eran aquellos que afectaban solo a los hombres. Lo que logró esta lucha es convertir la experiencia individual en una lucha colectiva, surgiendo así la solidaridad entre las mujeres, donde pudieron analizar y comprender que determinados "problemas personales" eran el resultado de una estructura social específica que había que cambiar (de Miguel Álvarez,1997).

4. La Experiencia del Parto

Hasta el año 1950 tanto el embarazo como el parto eran considerados acontecimientos normales los cuales solo en mínimos casos era necesario la intervención de profesionales, siendo bastante alta la mortalidad materno infantil, esto se ha logrado disminuir con el desarrollo tecnológico del siglo XX pero se debe reconocer que la hospitalización del nacimiento ha conseguido una pérdida de la privacidad necesaria para su normal desarrollo (Correas, 2008).

A lo cual se le suma que existe la costumbre de tratar a todos los partos de igual manera, a los complicados y a los que no lo son se les da el mismo grado de intervencionismo, lo cual tiene efectos negativos para las mujeres y los recién nacidos a parte del costo de tiempo, materiales, formación y equipo requerido (OMS, 1996).

Aunque pocas mujeres lo expresen el miedo a morir en el parto es característico de nuestra especie, tanto el embarazo como el parto y puerperio representan un riesgo y esto genera temor.

Es por este temor que en diferentes culturas comienzan a utilizar mecanismos que ayudan a controlarlo, uno de estos por ejemplo es la religión, que ha sido una fuente de tranquilidad para muchas mujeres (Vargas, 1995 citado por Correa, 2008).

También encontramos en la actualidad zonas fuera de Occidente por ejemplo la India, que visualizan los pétalos de la flor de loto abriéndose para abrir el canal de parto, un abrir suave sin ningún tipo de violencia, en otra zona como Arabia Saudita las mujeres bailan la danza del vientre alrededor de la parturienta, lo que pretenden es encantarla con esos movimientos rítmicos ondulantes para que también ella se mueva a favor del cuerpo en lugar de moverse contra el (Rodrigañez, s/f).

Marie Langer en su libro "Maternidad y sexo", escrito en el año 1983, manifiesta que dar a luz es considerado de forma distinta para cada cultura, puede ser una experiencia peligrosa o dolorosa, interesante y satisfactoria o importante pero en la cual se presentan ciertos riesgos, y expresa que lo que se espera es que la mujer embarazada se interne tranquila y confiadamente cuando sienta los primeros dolores, cediendo desde ese momento toda responsabilidad y actividad a su médico, también señala que en lugares mas progresistas

la situación antiguamente iba más allá aún ya que el médico determinaba cuando debía producirse el parto junto con la mujer por conveniencia de fechas, pero lo interesante es el siguiente relato :

(.....) primeramente se aplica una enema a la paciente, después una serie de inyecciones, hasta provocar el comienzo del trabajo de parto. Entonces se anestesia a la mujer, para presentarle, horas más tarde, cuando ella despierta media confusa, dolorida e indiferente, su hijo desconocido, bien lavado y vestido con su mejor ropa.
(p.198)

A pesar de que han pasado 30 años de la publicación de su libro, claramente como dice la autora es una forma de despojar a la mujer en la participación de su parto, el médico dirige este proceso con la excusa que así se “protege” a la mujer de los dolores y peligros que conllevaba el dar a luz.

Casilda Rodrigañez (s/f) manifiesta que como todo acto sexual el parto requiere de intimidad para que el cuerpo pueda lograr relajación, lo cual es imposible en el parto hospitalario, ya que la mujer al llegar con miedo sumado al desconocimiento del cuerpo y la pérdida de confianza en él, entrega su confianza a las autoridades médicas, las cuales no pueden saber lo que el cuerpo sabe como y cuando hacer.

Hoy en día los médicos tienen el control, lo cual significa más que beneficios perjuicios para las mujeres, ya que este proceso fisiológico es alterado y muchas veces el apoyo que necesitan y buscan algunas mujeres en el equipo profesional adopta una conducta hostil, ya sea porque grita, se queja del dolor, no cumple al pie de la letra lo que le ordenan, lo que lleva a un castigo por su comportamiento, lo cual va en desmedro del protagonismo de cada mujer en su parto, violando por ejemplo su derecho a expresarse libremente durante este proceso (Correas,2008).

4.1 Violencia Obstétrica

En los espacios de atención a la salud, como nos plantea Castro (2010) se presenta dos realidades, por un lado las instituciones serían el espacio donde se ejerce la ciudadanía, ya que es un derecho de toda la sociedad el acceso a éstas, pero por otro lado

específicamente para las mujeres se torna un acceso problemático, ¿Por qué? para este autor, el problema esta en que para las mujeres funciona una estructura disciplinaria que supone la obediencia y la conformidad de la usuaria, ya que esta estructura estaría diseñada para mejorar la eficacia de la atención que se brinda. Lo que sucede es que si bien la mujer accede porque es su derecho como ciudadana, cuando esta se encuentra en trabajo de parto por ejemplo se le realizan ciertas prácticas solo con el fin de asegurar la funcionalidad institucional, sumado al trato despersonalizado que recibe, lo que provoca en ella la imposibilidad de reclamar sus derechos.

Esto lleva a que se hable de dos lógicas prácticas diferentes, *“la de las mujeres en proceso de parto (...) y la de los prestadores de servicios de salud”* (Castro, 2010, p. 57). Estas dos lógicas coexisten y se expresan en prácticas que terminan con resultados negativos, sobre todo para las mujeres.

Las mujeres siempre suelen ser las “culpables” y por lo tanto penalizadas en ciertos casos por lo que sucede cuando se habla de salud reproductiva, ya sea por los embarazos no planeados, los abortos e incluso de los partos con resultados poco exitosos. Esto es producto de las construcciones sociales y profesionales sobre el cuerpo de la mujer, las que a su vez están relacionadas con elementos sociales, políticos y culturales más que biológicos (Viveros, 1999 citado por Erviti 2010).

Erviti (2010) expresa que en la interacción entre la mujer y el médico intervienen factores como el género, la clase social, la edad, el estado civil, entre otras, las cuales favorecen en la evaluación moral que realiza el médico durante la atención. El discurso de los profesionales son los que producen y reproduce identidades femeninas y el que también rotulan ciertas conductas.

En esa línea, Goffman (2001), citado por Arguedas (2014) plantea que la mujer es violentada en su condición de sujeto moral al ser reducida solamente al acontecimiento de su embarazo, por lo que desde ese primer acto violento se desprenden los demás.

Por otro lado al haberse institucionalizado el parto, permite que se realicen ciertos procedimientos y controles a la mujer y al bebé sin tener en cuenta las necesidades particulares de estos, lo importante es que sea lo más rápido posible con la excusa que esto disminuirá el tiempo de sufrimiento de la mujer, aunque la razón en realidad sea la comodidad

del personal de salud, lo cual vale destacar que muchas veces es producto del multiempleo y las normas de la institución (Correas, 2008).

Los equipos de salud han llegado a limitar y hasta negar el acceso a la información y al consentimiento informado, las mujeres han perdido el derecho a decidir que consideran lo mejor para ellas y su hijo/a (Farías, 2014).

Sea cual sea la razón de un embarazo, ocurre en el cuerpo y psiquis femenina, es esta la que experimenta los cambios emocionales y corporales, por lo que deben salir del silencio, la mujer debe ser escuchada y sus sentimientos deben tenerse en cuenta. Se ha señalado que los procesos de medicalización del parto así como la atención institucionalizada no ven a la mujer como un sujeto de derechos sino como objeto de intervención dejando de lado sus particularidades (Belli, 2013).

El saber del propio cuerpo de la mujer embarazada y parturienta junto con sus procesos fisiológicos y psicológicos es un saber descalificado por los profesionales médicos, es un conocimiento insuficiente, acientífico, por lo tanto no tiene valor y no es tenido en cuenta, más aún porque se trata de una mujer, y el lugar social que ocupa lo masculino es dominante sobre lo femenino en la estructura social de género dominante (Arguedas, 2014).

Camacaro (2012) señala que en la atención a la salud sexual y reproductiva es donde más se visualiza prácticas legitimadoras de la violencia de género, específicamente en el trabajo de parto, parto y nacimiento las mujeres sufren diversas agresiones que atentan contra su cuerpo y sexualidad.

Como lo manifiesta Laura Belli (2013) es innegable los beneficios que se han logrado gracias a la medicina y la tecnología en este proceso pero también es innegable que en el momento del parto, las prácticas de rutina aplicadas de forma sistemática, mecanicista y medicalizada han llevado a realidades de violencia hacia la mujeres con efectos muy negativos.

A parte algo de suma importancia es su lenguaje, el lenguaje de la ciencia, al ser ajeno a la mujer esta ya no se encontraría en un lugar de igualdad dentro de la institución médica por lo tanto se establece una relación de poder sin ni siquiera pensar la posibilidad de originar un dialogo con la mujer embarazada o en labor de parto (Arguedas, 2014).

A estas conductas violentas por parte de los profesionales de la salud hacia las mujeres sobre su cuerpo y procesos reproductivos, se ha denominado Violencia Obstétrica.

Natalia Magnone (2010) nos habla de la violencia obstétrica física y la violencia obstétrica psíquica y nos cita una definición de estas:

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 (p.94).

En diversos países ya se ha tipificado como delito este tipo de violencia. Venezuela fue el primer caso que reconoció institucionalmente el concepto, tuvo lugar con la aprobación en el año 2006 de la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de Violencia, la cual establece en su artículo 51 todos aquellos actos que serán elementos de violencia obstétrica. Luego comenzaron otros países latinoamericanos con el objetivo de erradicar esta forma de violencia de género, Argentina en el año 2009 y México en el año 2008, en este caso el año pasado modificó su Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia agregando expresamente en su artículo 6, las características específicas de la Violencia Obstétrica (Arguedas, 2014; Farías, 2014).

¿Por qué se ejerce?

Arguedas (2014) propone la noción de poder obstétrico para explicar que es y el porque se ejerce la violencia obstétrica, nos presenta este poder como una forma de disciplinamiento como lo exponía Foucault. La autora lo presenta como un poder disciplinario que produce cuerpos sexuados y dóciles, el cual estaría enmarcado dentro de la capacidad

reproductiva de las mujeres por lo que es ejercido en los cuerpos que pueden embarazarse y parir, es decir que se ejerce en un territorio género específico.

En el texto de Arguedas (2014) se expresa que la perspectiva teórica de Michel Foucault es muy adecuada para realizar un análisis, ya que ese poder obstétrico sería la manera de poder disciplinar el cuerpo de la mujer, es decir un poder disciplinario el cual funciona dentro de la institución médica, que es a su vez una institución patriarcal. También se realiza una comparación entre el espacio de gineco-obstetricia dentro de la institución y una prisión, manifiesta que como en ésta existe un control excesivo del tiempo, del ritmo, movimiento, todo es con un propósito y nada debe salir de lo establecido, y si esto llegará a suceder esa conducta o voluntad contraria es censurada y castigada, por lo tanto se obliga en cierta forma a la mujer a obedecer ya que es el único camino para lograr cierto grado de bienestar.

Todo lo que no se encuentra dentro de la norma es visto como una irresponsabilidad por parte de la mujer, un ejemplo de ello son los partos en casa, aquellas mujeres que deciden parir en su hogar rodeada de sus familiares, amigos, es vista como una inconsciente y más aún cuando eligen a una partera para ser atendida, el ginecólogo es socialmente el adecuado por su formación de muchos años para atender un parto, más que una partera (Arguedas, 2014).

Sin embargo la OMS establece que la partera es la profesional más apropiada y económica para ser asignada a partos normales. Ellas son especialistas en la fisiología del parto y a su vez integran los aspectos psicológicos y sociales de la atención, están para preservar la normalidad del parto y prestar apoyo a la madre mientras los ginecólogos son cirujanos especialistas en las patologías de los órganos reproductivos de las mujeres y su formación esta orientada a la intervención para solucionar problemas (EPEN, s/f).

Lo que sucede es que el poder disciplinario junto a la jerarquía del género logra que se naturalice ciertas actuaciones que no son más que funciones socialmente construidas, comprendiendo esto podemos pensar en la exigencia moral que sufren las mujeres en cuanto al dolor que “deben” tolerar al momento de parto ya que esto determinará lo buena y apta que esta para cumplir con su papel de madre (Arguedas, 2014).

En cuanto al dolor en nuestra sociedad es tan frecuente así como las dificultades y la angustia que ya son consideradas normales e inevitables. En todo embarazo y parto están presentes los mitos y creencias a los cuales la mayoría de las mujeres se adaptan e incorporan pero estos se pueden explicar por una identificación con otras mujeres en cuanto a las funciones maternas y a las concepciones de cada sociedad (Langer, 1963).

La asociación internacional para el estudio del dolor (IASP), toma en cuenta el componente emocional y subjetivo, no solo lo considera una experiencia sensorial sino que sería algo inseparable. Se pueden nombrar factores que intervendrían en la sensación dolorosa como los físicos, psicológicos, culturales entre otros, estos en el trabajo de parto y parto (vaginal normal) influirían en su duración e intensidad. También otros factores que potencian el dolor podrían ser el temor, la falta de apoyo afectivo, la angustia, por lo tanto se concluye que *“la intensidad del dolor del parto presenta una gran variabilidad interpersonal”* (Correas, 2008, p.13).

Por lo general en los días previos al parto las mujeres experimentan diferentes sensaciones y existe un ambiente de gran ansiedad ya sea por el temor al dolor, al parto, a una posible cesárea, lo cual lleva a que algunas cuando comienzan la labor de parto prefieran permanecer en su hogar, así como otras para lograr tranquilidad necesitan el apoyo profesional, lo cierto es que sea cual sea el lugar elegido, el parto es considerado algo inevitablemente doloroso y el que la mujer grite y se queje es “portarse mal”, manifestando que con esa conducta perderá la fuerza y no podrá pujar, lo cual no solo no es correcto sino que es exactamente lo contrario. Una mujer que puede expresar su dolor está mas preparada para los momentos más fuertes del expulsivo (Correas, 2008).

Lo más alarmante es que cuando una mujer no actúa como se espera, el equipo de salud generalmente adopta una conducta hostil con esta, ya que para estos el parto es doloroso pero la mujer debe soportarlo y entregarse a las autoridades médicas de lo contrario es tratada como una niña que merece ser castigada por su mal comportamiento.

El peso simbólico que tiene el dolor en el trabajo de parto en la sociedad patriarcal es de tal relevancia que es prácticamente una condición obligatoria que debe sentir y soportar la mujer para ser catalogada como buena madre, es la idea dominante de maternidad y femineidad que se impone. La mujer debe obedecer porque de lo contrario puede ser

“castigada”, otra característica de la sociedad disciplinada descrita por Foucault (Arguedas, 2014)

4.1.1 Prácticas Utilizadas y Evidencia Científica

Cuando una mujer se encuentra en trabajo de parto sus necesidades básicas, son sentirse segura y no ser observada, necesita un ambiente de privacidad, sin personas hablando a su alrededor ni mucho menos gritando, entrando y saliendo de la sala, se debe permitir un espacio donde la mujer “*se vaya del planeta*” (Correas, 2008).

Actualmente en nuestro país, existe un intenso movimiento por la aplicación de la evidencia científica y por la humanización del parto, pero a pesar de esto en la mayoría de las maternidades se siguen realizando intervenciones de rutina, las cuales son molestas para la mujer y no acarrearán ningún beneficio para ella o el bebé, como pueden ser, la episiotomía, la inducción farmacológica del trabajo de parto, la cual se utiliza también para acelerarlo, los reiterados tactos vaginales, la analgesia, las cesáreas, la amniorexis, entre otras.

Para desarrollar este punto es importante analizar algunas de las prácticas más comunes en detalle:

Tactos vaginales, es una de las prácticas más frecuentes en la atención al parto, la realización de tactos continuos y por distintos profesionales sin consentimiento previo de la mujer o en momentos de contracción lo que los hace más molesto e incluso dolorosos. Según la OMS, es una de las acciones diagnósticas esenciales para reconocer el comienzo y el progreso del parto pero solo deben ser realizadas por personal experto, con manos limpias y cubiertas por guantes estériles. En relación a la cantidad manifiestan que se debe limitar a los estrictamente necesarios. Blanca Herrera es una comadrona (partera) que en el blog de “El parto es nuestro” expresa:

Nosotras solemos hacer un tacto al ingreso para valorar el inicio del parto y si hay algún factor que pueda llamar la atención. Si todo es normal, el siguiente tacto se hace cuando la mujer nos dice que han cambiado las sensaciones. Si tiene ganas de pujar, pues a ello; no hay que tocar tanto, si todo va bien, no hace falta.

Hoy se ha comenzado a investigar sobre una alternativa a los tactos, se trata de la *Línea Púrpura*, aunque a veces a solicitud de la mujer se realizan ambos cada vez son menos los tactos. La línea púrpura se trata de una línea que sube desde el ano hasta la rabadilla, la cual mide aproximadamente diez centímetros, cuando la mujer esta de dos centímetros se visualiza un poquito de raya violeta subir desde el ano, si esta de cuatro centímetros se ve a mitad de camino y cuando esta de diez centímetros se ve la línea completa. Mireia Marco es la partera que ha brindado esta información al blog de El Parto es Nuestro y expresa que se ve de manera asombrosa si la mujer esta en cuatro patas o agachada y va dilatando, a parte dice que se puede ver tanto en mujeres blancas como oscuras aunque cueste mas (EPEN, s/f).

La amniorexis es otra de las prácticas que las mujeres suelen experimentar, esta consiste en la rotura de la bolsa del líquido amniótico, la OMS dice que no está justificada la rotura precoz artificial de membranas como procedimiento de rutina. Ésta se práctica con el propósito de aumentar las contracciones y por lo tanto de disminuir la duración del parto, aunque según la “Estrategia de Atención al Parto Normal” (España, 2007), el resumen de la evidencia constata que esto no mejora los resultados y por lo que se recomienda no realizarla en partos vaginales que progresan de forma normal.

En el “Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio” del Ministerio de Salud Pública (2014) Uruguay, también se manifiesta que la rotura artificial de membranas solo debe realizarse en tres casos, cuando se constata una distocia de la dinámica uterina, cuando se requiere el registro cardiotocográfico interno y si se necesita conocer la calidad del líquido amniótico. A no ser estos casos no se aconseja realizarla como práctica de rutina para acelerar el trabajo de parto y se expresa explícitamente que se debe obtener el consentimiento informado oral de la mujer.

Episiotomía, una de las intervenciones más practicadas en obstetricia, consiste en realizar un corte en el perineo (piel y músculos entre la vagina y el ano) se realiza durante el trabajo de parto con tijeras, por lo que requiere sutura posterior y tiene como finalidad agrandar la vagina.

Desde que Ould enfermera Obstétrica de Dublín en el S. XVIII la introdujo en 1741, la episiotomía ha sido el procedimiento quirúrgico mas utilizado hasta nuestros días, siendo su uso de forma rutinaria sin suficiente base científica (Carroli, citado por Mato, 2010).

Según Mardsen Wagner, Ex Director del Departamento de Salud Materno-Infantil de la OMS *“la episiotomía nunca es necesaria en más del 20% de los partos. La ciencia ha constatado que causa dolor, aumenta el sangrado y causa más disfunciones sexuales a largo plazo”* (EPEN, s/f).

Esta herida es muy dolorosa y en una parte muy delicada del cuerpo lo cual dificulta en los primeros días sentarse, caminar y por ende atender adecuadamente al bebé. En algunos casos puede ocasionar problemas psicológicos a parte de los físicos por lo que es una intervención que no se debe realizar como rutina si no únicamente cuando sea necesaria y previo consentimiento informado de la mujer, asegurándose de haberle brindado toda y correctamente la información con sus respectivas consecuencias (EPEN, s/f).

En el manual del MSP (2014) de nuestro país mencionado anteriormente, se manifiesta que se debe recabar el consentimiento antes de proceder a la misma, también destaca los cuatro puntos donde esta indicada, que son : en los casos de riesgo de desgarro de 2° o 3° grado, cuando hay necesidad de acelerar el parto por sospecha de pérdida de bienestar fetal, por parto instrumental y por parto en podálica, a su vez establece que disminuye el índice de episiotomía si la mujer ha recibido clases de preparación para el parto, protección del periné durante el pujo, que debe ser lento y controlado y se encuentre en postura vertical en el periodo de expulsión.

La postura es otra de las grandes cuestiones a la que se enfrentan las mujeres al momento de dar a luz, muchas son obligadas a permanecer en posición decúbito, la cual los médicos han favorecido su implementación sin el aval de evidencia científica.

Esta posición supone alargar el parto ya que presenta dificultades para que el bebé avance porque facilita el atasco y la falta de oxígeno, pero tiene una lógica y es la manipulación médica, es una clara conducta donde se refleja la sumisión y la negación del cuerpo de la mujer (Rodrigañez, s/f)

“Es más fácil para el bebé descender por el canal de parto y nacer si su madre lo ayuda moviendo y rotando la cadera y en una posición mas vertical” (Por un Parto Respetado, 2013).

La OMS indicó que la libertad de movimiento corresponde un derecho humano fundamental para las mujeres en el parto, el cual no debe depender de los profesionales ni de las instituciones por lo tanto debiera ser reconocido y disfrutado (Relacahupan-Uruguay, 2007)

Arguedas (2014) plantea que investigadores han concluido que es imposible aconsejar una sola práctica de atención en el parto, ya que es un proceso dinámico y cambiante, y manifiestan que tanto los médicos como todos los profesionales que colaboran en el proceso deben poseer una buena disposición y contar con la libertad dentro de cada institución para ayudar a la mujer parturienta a probar diferentes posturas logrando así resultados mas saludables para ella y el bebé.

En el manual del MSP (2014) se establece específicamente que se debe estimular a la mujer para que adopte la posición que desee, que elija a su acompañante sea el padre del bebé o no, debe ser la mujer quien decida ese sostén, ese compañero/a, se debe respetar el derecho de la mujer a la privacidad y confidencialidad, brindarle toda la información que solicite y muy importante disminuir el intervencionismo y la medicalización no justificado.

Cabe destacar que estas prácticas están desalentadas por el Ministerio de Salud Pública y por organismos internacionales como la OMS, ya que no tienen ningún sustento en las evidencias científicas (Farías, 2010).

En cuanto a los métodos farmacológicos podemos señalar la **oxitocina sintética**. En el Blog de “El Parto es nuestro”, encontramos que ésta es una droga muy concentrada que hace que las contracciones sean más frecuentes y más intensas, se utiliza para inducir el parto y para acelerar la dilatación. Si bien esta no se debería usar de modo rutinario para partos normales se suele utilizar, ¿Por qué?, lo que los profesionales manifiestan es que provoca que el parto se acelere, aunque estudios científicos han evidenciado que no acortan la duración del parto de forma significativa.

La Asociación Americana del Medicamento (FDA) y el Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (ISMP) de España (2012), ha catalogado a la oxitocina sintética como uno de los once medicamentos de alto riesgo, por lo cual se debería evitar el uso rutinario e indiscriminado que se realiza, mientras la OMS concluye que la administración de oxitocina en un parto normal es una intervención mayor y debe utilizarse únicamente bajo una indicación válida (EPEN, s/f).

Cabe resaltar que la administración de esta droga lleva a una monitorización constante ya que se debe advertir si las contracciones perjudican al bebé, sumado a todos los efectos secundarios que puede provocar, uno de estos por ejemplo es el incremento de la necesidad de **analgesia** por el aumento del dolor.

En el manual de MSP (2014) mencionado se presenta como opción la **analgesia epidural**, se expone que estas son de preferencia dada la seguridad y efectividad para reducir el dolor.

Lo que sucede con la epidural es que si bien alivia el dolor también provoca que se ralentice el parto, lo que muchas veces obliga a aumentar las dosis de oxitocina, lo cual lleva a un círculo de medicación muy peligroso tanto para la mujer como para el bebé (EPEN, s/f).

En la tesis de Magnone (2010) se relata lo que expresa una psicóloga que es también doula en cuanto al sentir el pujo con la epidural, manifiesta que hay mujeres que dice sentirlo pero en general no sucede por lo que no pueden participar activamente de su parto y los profesionales le tienen que decir cuando le vienen las contracciones.

A su vez manifiesta que *“el parto tiene un componente de dolor, pero que se mitiga con el acompañamiento, con hidroterapia, con posturas”* (E. 12, psicóloga y doula citado por Magnone, 2010, p. 86).

Como ya lo señalamos el tema del dolor en el parto es muy individual y varía significativamente entre una mujer y otra, pero es importante que desde el comienzo del trabajo de parto se puedan probar diferentes técnicas de manejo del dolor. No se recomienda comenzar en el momento donde el dolor es más intenso ya que le genera mucha ansiedad a la mujer y a sus acompañantes (MSP, 2014).

Algunos/as autores como Gutman (2014) expresa que el dolor tan desprestigiado en la actualidad es necesario, refleja la importancia del dolor para poder salir del tiempo real y declara que el dolor es un amigo que lleva a la mujer a un estado de conciencia intermedio, necesario para salir un poco de la realidad, alejarse del mundo concreto y poder parir, pero destaca que todo esto es posible si alguien sostiene este proceso, si hay otro que acompaña porque de lo contrario si la mujer debe estar atenta al maltrato, a la humillación no tiene la voluntad para introducirse en esa dimensión.

Muchas veces la ansiedad, el temor que genera en la mujer, la poca o nula información y libertad que se le brinda producto de ese maltrato culmina con algunas intervenciones que la ponen en riesgo, lo cual lleva a otro riesgo y finaliza en la mayoría de los casos con una **cesárea** para solucionar lo que han hecho, o sea que sus malas prácticas, de las cuales aquí se han nombrado solo algunas, provocan que las mujeres acaben necesitando mas intervenciones.

La Lic. en Psicología Carolina Farias (2014) es su tesis aborda el problema de la cesárea, manifiesta que :

La cesárea es una intervención quirúrgica mayor que se realiza en el cuerpo de las mujeres, en principio, para resguardar su salud y/o la de su bebé. Rápidamente se ha convertido en una de las cirugías más realizadas a nivel mundial. En Uruguay, según información proporcionada por el MSP/SIP, se acerca peligrosamente a 50% (valores nacionales) del total de nacimientos, alejándose significativamente de las recomendaciones de la OMS (p.16).

Según la Organización Mundial de la Salud, no hay nada que justifique más de 10-15% de éstas sea cual sea la zona geográfica, Farias plantea que en nuestro país:

(..) la cesárea alcanza un promedio nacional del 50%, de ellas 33,4% se producen en el subsector público y 55,3% en el subsector privado, según datos proporcionados por el Sistema de Información Perinatal . Sin embargo, tal es la naturalización de esta cirugía (cesárea) que no se cree necesario informar sobre los efectos físicos, psíquicos y emocionales. Se la banaliza a nivel de los profesionales de la salud (Hotimsky, 2010), pero también a nivel social (p.7).

La cesárea es una operación que sin duda ha avanzado mucho y que es necesaria en algunos casos pero también debemos saber que tiene muchos mas riesgos que un parto

vaginal tanto para la mujer como para el bebé por lo que deberíamos tener consciencia y conocer los riesgos cuando la pedimos o la aceptamos.

En un artículo sobre “Los Riesgos del Nacimiento por Cesárea para la Madre y el Bebé”(s/f), se expone que las complicaciones durante y después de la cirugía pueden ser lesión a la vejiga, útero y vasos sanguíneos, hemorragias, accidentes anestésicos, coágulos en miembros inferiores, embolismo pulmonar, intestino paralizado e infecciones. A su vez se manifiesta que en el caso de cesáreas no planeadas es más fácil que las mujeres experimenten emociones negativas, como baja autoestima, sensación de haber fallado, pérdida de control, pueden sufrir depresión posparto o síndrome de estrés postraumático.

En este estudio también se expresa que algunas de las mujeres presentan sentimientos dominantes de temor o ansiedad acerca de su cesárea durante los cinco años posteriores y están menos dispuestas para un nuevo embarazo.

Como planteaba anteriormente es claro que hay casos donde no hay opción y es necesaria esta operación, la Lic. Carolina Farías (2014) detalla cuales son los motivos por lo que una cesárea es incuestionable: prolapso de cordón, placenta previa (auténtica), desprendimiento de placenta, presentación del feto de frente u hombros y cardiopatía materna. A su vez destaca que: “*otras indicaciones pueden ser relativas y no debieran ser una indicación per se, sino que se debería valorar y sopesar riesgo/beneficio: no progresión del parto, desproporción céfalo-pélvica, nalgas, múltiples, cesáreas previas, etc*” (p. 7).

En el blog “Por un parto respetado” (2013), se observa un gran trabajo y lucha por parte de las mujeres en cuanto a este tema, si bien no piden una reducción de cesáreas, solicitan se centren en mejorar la atención al parto para que la cesárea no sea necesaria.

Pedimos que se cumplan las recomendaciones de asistencia al parto, que contraindican la mayoría de protocolos hospitalarios actuales, por carecer de evidencia que los respalde y en muchos casos estar demostrado que son técnicas/ prácticas peligrosas o contraproducentes. El problema no son las cesáreas en sí, sino todas las “malas” actuaciones encadenadas durante el parto, que son las que nos conducen a la situación de 'innecesaria' (Por un parto respetado, 2013).

4.2 Parto Humanizado

Asistí a un nacimiento donde la madre recibió a su niño en la posición elegida por ella, contó con el sostén afectivo de sus amigas y con mi atención vigilante. Esta maravillosa escena me impulsó a emprender un reaprendizaje de la profesión, cuya piedra fundamental es la disposición permanente a escuchar a las mujeres y atender a sus deseos y necesidades

(Carlos Burgos, Ginecólogo-Obstetra, citado por Camacaro, 2012, p. 187)

Camacaro (2013) expresa “*es imperdonable que esos precisos instantes irrepetibles del nacimiento nos sean robados por una pauta que te obliga a no poder ser protagonista del mismo*” (pp.186-187). Para la autora mas allá de ser un embarazo deseado o no, es un acontecimiento que transcurre en el interior de la mujer pero como no se ha podido disolver el binomio cultura-social/cultura-médica la mujer no puede vivirlo como debería siendo sacada fuera de su propio juego vital. En ese mismo sentido Rich (1986), manifiesta que el patriarcado ha logrado que las mujeres se nieguen a sí mismas, que se someta y no cuestionen.

Magnone (2010), plantea el modelo humanista de atención al parto, manifestando que lo que se busca es mejorar la forma de nacer y la vivencia de las mujeres, fomentando incluso desde antes el protagonismo y los derechos de la mujer y el bebé que nace.

Este modelo surge como crítica al modelo tecnocrático y lo que se trata es de “*utilizar los resultados de la medicina basada en la evidencia, que refleja la ciencia verdadera, y no la tradición y conveniencia médica*” (Floyd, citado por Magnone, 2010, p. 29).

Tomando las investigaciones de Davis Floyd (2004), Magnone plantea que el modelo tecnocrático de atención surge del paradigma mecanicista de la realidad, donde se utilizaba a la maquina como metáfora para entender el universo humano y señala doce principios básicos de este modelo:

Separación mente cuerpo; considerar el cuerpo como máquina; ver al paciente como un objeto; distanciamiento del médico; diagnóstico y tratamiento desde afuera hacia

adentro,; organización jerárquica y estandarización del cuidado; autoridad y responsabilidad inherente al médico, no al paciente; sobrevaloración de la ciencia y de la tecnología; intervenciones agresivas con énfasis en resultados a corto plazo -la muerte como derrota - sistema guiado por las ganancias; intolerancia a otras modalidades de atención (Magnone, 2010, p. 24).

En la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, realizada en año 2000 en Fortaleza Brasil, se definió que el parto humanizado implica que *“el control del proceso lo tenga la mujer, no el equipo de salud; requiere de una actitud respetuosa y cuidadosa, calidad y calidez de atención, estimular la presencia de un acompañante significativo para la parturienta (apoyo afectivo emocional”* (Magnone, 2010, p. 9)

Es conveniente destacar lo importante que es el estado afectivo de la mujer, sería fundamental para su salud que los profesionales pudieran tenerlo en cuenta, así como su comodidad, de esta manera se lograría que cada una transitara el proceso del parto de la manera elegida y natural. También el respeto al estar acompañada, la importancia del otro para la mujer es muy valioso, pocas intervenciones han demostrado ser tan beneficiosas como el estar acompañada, se destaca que es necesario para el apoyo emocional, ya que reduce el dolor, el parto instrumental y sobre todo la experiencia negativa en cuanto al parto (MSP, 2014).

Otro de los aspectos importantes es en torno al contacto piel a piel del recién nacido con su madre, el bebé estabiliza su respiración, su corazón y el trauma del parto junto a su madre, mientras que ella lo puede acariciar, tenerlo en brazos, hablarle, lo cual en los casos de cesáreas justificadas también se debe respetar ya que no hay necesidad de separarse del bebé. En un estudio titulado “El porqué y el cómo de la salud mental del bebé”- Descripción basada en la evidencia, del Dr. J. Martín Maldonado-Durán (2000), se cita a Klaus y Kennel y se expresa que ellos:

(.....) tratan de favorecer que se dé un buen vínculo materno-infantil en el periodo post-parto inmediato. Por medio de un estudio aleatorio y controlado, ha demostrado por ejemplo, que si en lugar de interferir en el encuentro piel a piel entre el bebé y su

madre inmediatamente después del nacimiento se les “permite” estar en contacto, y al bebé buscar el alimento y mamar, un año más tarde la madre es más paciente con el niño(a), más sensible y hace atribuciones más benignas de la conducta del menor. También, han observado que si la mujer tiene mas apoyo psicosocial durante el trabajo de parto (por ejemplo con una doula), además de haber menos complicaciones, la madre tiene mejor autoestima, y es más cariñosa y sensible con su hijo meses después (p.6-7).

En el Uruguay desde febrero del año 2014 contamos con la primera maternidad de parto humanizado en el departamento de Rocha. Si bien es una experiencia piloto cuenta con la financiación de la Central Sanitaria de Suiza en reconocimiento a un grupo de parteras del Hospital de Rocha que practican esta modalidad con muy buenos resultados (MSP, 2014).

A su vez en Junio de este año 2015 se realizó la Primera Jornada de Capacitación Teórico-Práctico en Humanización del Parto en el departamento de Melo, con el objetivo de instalar la segunda maternidad de parto humanizado y seguir apoyando al nuevo modelo de atención (Diario Atlas, 2015).

Este movimiento “se inscribe en el marco de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y en la reivindicación de los mismos” (Relacahupan - Uruguay, 2007).

Lo que se pretende con esta nueva forma de atención es reflexionar sobre las prácticas y los procedimientos que se han instalado como necesarios, aquellos que se realizan por los profesionales de la salud y las instituciones sin tener en cuenta los deseos y preferencias de las mujeres. Actualmente se puede asegurar gracias a la evidencia científica como dice la OMS (1985) que “EL NACIMIENTO NO ES UNA ENFERMEDAD”.

Como lo expresa Gutman (2014), los profesionales de la salud deberían buscar la manera de no deshumanizar el parto, respetando y comprendiendo que con una simple mirada y apoyo la mayoría de los partos podrían ser vividos como lo que en realidad son, “procesos sanos y naturales de la vida sexual y emocional de las mujeres” (p.75).

Cuando hablamos de un parto humanizado se requiere un cambio en la actitud de aquellos profesionales que colaboran en este proceso, como lo expresa un ginecólogo - obstetra de México, los médicos reciben una educación muy rígida que difícilmente acepta cambios, se les explica como atender un parto y con el tiempo ese conocimiento se vuelve en ley. A esto le agregamos la visión del parto como algo patológico, el cual debe ser intervenido y jerarquizado (Velasco, s/f).

Dadas esas condiciones la mujer comienza a dudar o se olvida de su capacidad para parir, ya sea por miedo, por comodidad o falta de información, las mujeres pierden su derecho a opinar y a decidir su parto, es por esto que uno de los objetivos del movimiento para la humanización del parto es que las mujeres comiencen a exigir y luchar por sus derechos (algunos ya garantizados por ley) y necesidades tanto emocionales, físicas, psicológicas y sociales, ya que de esta manera las instituciones y el personal médico se verán obligados a ofrecer una atención humanizada para así tener un parto seguro, libre y respetado (Relacahupan -Uruguay, 2007).

Plan de parto

En el proceso hospitalario del parto las mujeres son más vulnerables a la violación de sus derechos sexuales y reproductivos pero aunque exista el control del poder médico Ervitti (2010) destaca que las mujeres también colaboran para que esto siga así ya que se resisten a elegir las alternativas que se presentan.

Reflexionando lo que expresa Ervitti podemos pensar en el plan de parto como una de estas alternativas aunque aún sea desconocido e ignorado por los protocolos del sistema sanitario (Buenaventura, 2014).

El plan de parto es un documento escrito que puede realizar toda mujer para manifestar los deseos y expectativas que tiene para el nacimiento de su hijo, lo que permite este plan- guía es una mejor comunicación con los profesionales, en éste la mujer puede plasmar sus preferencias a determinados procedimientos y así evitar estar exponiéndolas en el momento del parto (España, 2011).

Es de destacar que puede estar en construcción permanente, lo cual es importante ya que a medida que la mujer este informada y sea consciente de la experiencia por la cual

transitará lo podrá ir transformando. También tiene el derecho de modificarlo durante el parto o puerperio de forma oral, total o parcial. (Plan de Parto y Nacimiento-Rocha, Uruguay, s/f)

Para la mujer es una herramienta que como expresa Buenaventura (2014), “...dentro del entorno hospitalario protocolizado y con un marcado sesgo patriarcal le permite visibilizarse, reivindicarse y hacerse oír” (p. 4).

5. Reflexiones Finales

A partir de lo desarrollado en los capítulos precedentes, considero que las mujeres han intentado apropiarse y vivir la experiencia del embarazo y sobre todo el parto de una forma distinta a la de años atrás, pero al llegar a la clínica u hospital la realidad se torna diferente a lo planeado y esperado.

A pesar de lo logrado y a las recomendaciones que desde hace mucho tiempo vienen realizando los organismos internacionales, las dificultades y obstáculos para que las mujeres decidan sobre donde y como parir se hacen evidentes. La violencia ejercida por los profesionales de obstetricia en el trabajo de parto y parto existen, quizás mas disfrazada que antes y con cierta cuota de “respeto”, pero con las mismas consecuencias, alejarlas y ubicarlas en un rol pasivo donde el objetivo es que cumpla las ordenes, que obedezca, ya que son ellos que poseen el “saber”.

Pienso que cobra vital importancia el poder que la sociedad le ha atribuido a los médicos, lo que ha posibilitado que las mujeres se presenten con miedo y sumisas ante el parto. Desde pequeñas se les ha enseñado e inculcado que el “doctor” tiene la razón, que no se le debe preguntar demasiado ya que de lo contrario se enojara, lo que provoca que conscientes de ese poder atribuido controlen y regulen los nacimientos, en su rol protector el médico decide cuando y como bajos que condiciones se desarrolla el parto, mientras que la mujeres confían ciegamente sin cuestionar ni dudar.

No cabe duda que hay casos donde es necesaria la intervención, el uso de la tecnología, y comparto que tenerlas hoy en día al alcance de todas las mujeres brinda mucha tranquilidad, pero considero fundamental problematizar el papel que cumplen en la atención al parto normal. Los médicos deberían cuestionar su labor, reflexionar acerca de las consecuencias que acarrear los malos tratos, las técnicas invasivas, el sometimiento. Como profesionales de la salud deberían poner en tela de juicio sus acciones, hacer de lado el reloj, los prejuicios y comenzar a respetar los derechos y deseos de la parturienta, que como se ha desarrollado a lo largo del trabajo como episodio de la vida sexual de la mujer, el parto debería ser vivido de manera confiada y libre.

Si bien este es uno de los primeros acercamientos al tema, comparto con los autores que plantean el parto humanizado como un nuevo modelo de atención. Este movimiento de creciente desarrollo en nuestro país invita a mirar el parto desde otro enfoque y lo importante es que se comienza a poner en tela de juicio todo lo que se repite por parte de algunos profesionales de la salud y la sociedad sin la mínima autocrítica.

Quizás una de las contribuciones de las mujeres para colaborar en este movimiento es comenzar a despojar del lenguaje ideas inculcadas por la sociedad en general, por ejemplo con respecto al dolor, y no me refiero al dolor de parto natural, el cual es soportable y como se lo ha desarrollado hay formas de aliviarlo y hasta disfrutar de él, me refiero al dolor que “deben soportar”, producto de la violencia por no decir tortura innecesaria ejercida por el personal médico.

Muchas veces las mujeres de la familia que acompañan sin querer hacen sentir que todas las intervenciones son válidas, no se reflexiona sobre el sufrimiento que conlleva pero después se preguntan el porque de las crisis, las depresiones, el estrés postraumático. El parto es una experiencia que no se olvida o por lo menos creo no se debería olvidar, por lo que se debe exigir mejores condiciones, ser libres en las decisiones y no seguir asumiendo estos actos violentos como normales, pensando que fue el parto ideal cuando en realidad el miedo y el desconocimiento lleva a una posición de ignorancia y sumisión total.

Para finalizar creo que si bien dentro del tema elegido existen varias líneas a profundizar, es importante tomar consciencia del protagonismo como derecho de la mujer en su parto, de su capacidad para conocer su cuerpo, sus necesidades y poder decidir de manera informada y respetada lo que considera mejor para ella y su hijo/a, incluso luego del nacimiento, el indagar de lo ocurrido considero es fundamental para el empoderamiento de esa experiencia única y particular de cada mujer.

6. Referencias Bibliográficas

- ❖ Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. (Cuadernos de intercambio sobre Centroamérica y el Caribe). (11) (1)
Recuperado a partir de <http://dx.doi.org/10.15517/c.a.v11i1.14238>
- ❖ Barrera, L; Garibi, C; Guerrero, M. F; Montoya, M. V. (2010). De “El feminismo” a “Los feminismos”: propuesta incluyente para grandes luchas. *Debates feministas* (41), 64-74.
- ❖ Batthyány, K. (2006). Cuidados familiares y uso del tiempo. En 2do Encuentro Universitario de Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos: avances en investigación nacional (pp. 83-102). Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología/ UdelaR
- ❖ Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética /UNESCO*, Año 4,1(7) 25-34. ISSN 2077-9445
- ❖ Camacaro, M. (2013). La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. *Revista venezolana de estudios de la mujer*. 18 (40) ,185-192. Venezuela. Recuperado de http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vem/article/viewFile/5343/5140
- ❖ Castro, R. (2010). *Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México.*
En R. Castro; A. López Gómez (Eds) *Poder Médico y Ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina.* (pp.49-72)
Montevideo: Facultad de Psicología UdelaR
- ❖ Cigarroa, A. (2011). Embarazo normal y embarazo de riesgo. En P. Alkolombre. (Comp.) *Travesías del cuerpo femenino. Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de Ginecología y Obstetricia.* Buenos Aires. Letra Viva.

- ❖ Correa, S. (2003). Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política. Montevideo, Uruguay, MYSU.
- ❖ Correas, P. (2008). Aspectos psicoemocionales del Trabajo de Parto y Parto. Una mirada Globalizadora. (Tesis para la obtención del título de Partera) Tesis no publicada. Escuela de Parteras, Universidad de la República. Uruguay
- ❖ de Miguel Álvarez, A. (1997). Lo personal es político. Universidad de la Coruña. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:filopoli-1997-9-1111/pdf>
- ❖ El parto es nuestro (EPEN) (s/f). Recuperado el 17 de Junio de 2015, de <https://www.elpartoesnuestro.es/>
- ❖ Ervitti, J. (2010). Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos. En R. Castro; A. López Gómez (Eds) Poder Médico y Ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. (pp.101-122) Montevideo: Facultad de Psicología UdelaR
- ❖ España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). Plan de Parto y Nacimiento. Recuperado el 01 de Octubre de 2015, a partir de http://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/2011/12/plan_de_parto_y_nacimiento_1.pdf
- ❖ Farías, C. (2014). Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia. Tesis de Maestría no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de la República. Uruguay
- ❖ Galdos, S. S. (2013). La conferencia del Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 30(3) 455-460. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36329476014>
- ❖ Gutman, L. (2014). La maternidad y el encuentro con la propia sombra. Buenos Aires: Planeta.

- ❖ Herrera, M .C. (2010). De “pacientita” a ciudadana: el largo y sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México. En R. Castro; A. López Gómez (Eds) Poder Médico y Ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. (pp.73-97) Montevideo: Facultad de Psicología UdelaR
- ❖ ISMP- España.(2012). Lista de medicamentos de alto riesgo. Recuperado de <http://www.ismp-espana.org/ficheros/Medicamentos%20alto%20riesgo.pdf>
- ❖ Lamas, M. (ed). (2000). El género. La construcción social de la diferencia sexual. Programa universitario de estudios de género: México: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- ❖ López, Gómez, A; Amorín, D; Benedet, L; Carril, E; Ramos, V. (2006). Adolescentes y Sexualidad. Significados, Discursos y Acciones en Uruguay (1995-2004). En 2do Encuentro Universitario de Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos: avances en investigación nacional (pp.55-79) Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología/ UdelaR
- ❖ López Gómez, A; Carril, E. (2010). Aborto en Uruguay: Reacciones de los profesionales de la salud frente a los derechos reproductivos de las mujeres. En R. Castro; A. López Gómez (Eds) Poder Médico y Ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina (pp.27-48). Montevideo: Facultad de Psicología UdelaR
- ❖ Los Riesgos del Nacimiento Por Cesárea Para La Madre y El Bebe- (CIMS) (s/f). Recuperado el 24 de Junio de 2015, de <https://elpartoesnuestro.files.wordpress.com/2011/05/los-riesgos-del-nacimiento-por-cesc3a1rea.pdf>
- ❖ Magnone, N. (2010). Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización. Tesis de Maestría no publicada. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Uruguay
- ❖ Maldonado, Durán, J. M; Saucedo, García, J. M; Lartigue, T; Karacostas, V. (2000) El porqué y el cómo de la salud mental del bebé. Descripción basada en la evidencia.

Recuperado el 05 de Junio de 2015, a partir de <http://www.unesco.org.uy/educacion/fileadmin/templates/educacion/archivos/Articulo%20MaldonadoDuran.pdf>

- ❖ Mato, Hernández, A.M. (2010). Uso restrictivo de la episiotomía. Un cambio basado en evidencias. Tesis para la obtención del título de Partera. Tesis no publicada. Escuela de Parteras, Universidad de la República. Uruguay
- ❖ Mesa, S; Viera, M. (2006). El cuerpo Biomédico. En 2do Encuentro Universitario de Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos: avances en investigación nacional. (pp.289-303) Montevideo: Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología/ UdelaR
- ❖ Molina, S (2007). Se toman decisiones para las mujeres y no por las mujeres. Noticias-11.7.2007. Agenda de las mujeres – El portal de las mujeres argentinas, iberoamericanas y del MERCOSUR. Nota a la Geógrafa Argentina Lilia Rodríguez.
Recuperado el 28 de agosto de 2015, a partir de <http://agendadelasmujeres.com.ar/index2.php?id=3¬a=4311>
- ❖ Moncó, B (2009). Maternidad Ritualizada: Un análisis desde la antropología de género. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana, Vol. 4, núm. 3. Madrid, Organismo Internacional
- ❖ OMS (1996). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva.
- ❖ Paggiola, F. (16 de Junio de 2015). El Hospital de Melo implementará el “Parto Humanizado” en su maternidad. Diario Atlas. Melo-Cerro Largo-Uruguay. Recuperado de <http://www.diarioatlas.com.uy/?p=13339>
- ❖ Plan de Parto y Nacimiento-Maternidad de Rocha, Uruguay, (s/f). Recuperado el 01 de Octubre de 2015, a partir de <http://www.prolhuna.org.uy/wp-content/uploads/2015/01/PLAN-DE-PARTO-Y-NACIMIENTO.pdf>

- ❖ Por un embarazo y parto respetados. (2013). Recuperado el 22 de Junio de 2015, a partir de <http://porunpartorespetado.blogspot.com.uy/2013/03/conoces-el-motivo-de-tu-cesarea.html>
- ❖ Relacahupan - Uruguay (2007). Recopilación de folletos y artículos sobre el tema Parto Humanizado, material de apoyo para los talleres de capacitación.
- ❖ Rodríguez, C. (s/f). La sexualidad destruida de la mujer. Publicado por Psicología Integral Uruguay. Recuperado el 03 de Agosto de 2015, a partir de <http://www.psicologiaintegraluruguay.com/2015/07/la-sexualidad-destruida-de-la-mujer.html>
- ❖ Rodríguez, L (1998). Derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos, Fondo de población de las Naciones Unidas.
- ❖ Saletti, L. (2008). Propuestas Teóricas Feministas en relación al concepto de maternidad. Recuperado el 20 de setiembre de 2015, a partir de http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/14802/1/Saletti_Cuesta_articulo_revista_clepsydra.pdf
- ❖ Scott, J.W (1996). El género: una categoría útil para el análisis histórico. Recuperado el 23 de setiembre de 2015, a partir de http://www.pueg.unam.mx/images/seminarios2015_1/investigacion_genero/complementaria/sco_joa.pdf
- ❖ Uruguay, Ministerio de Salud Pública (2002). Ley No 17.565. Establecimientos donde se asistan partos. Dispónese que deben contar con partera interna de guardia. Publicado en el Diario Oficial el 15 de Octubre de 2002. Recuperado el 03 de Octubre de 2015, a partir de <http://docs.uruguay.justia.com/nacionales/leyes/ley-17565-oct-8-2002.pdf>
- ❖ Uruguay, Ministerio de Salud Pública (2006) Decreto No 67/006- Ley de acompañamiento de trabajo de parto. Reglamentación. Recuperado el 06 de Octubre de 2015, a partir de <http://www.elderechodigital.com.uy/smu/legisla/D0600067.html>

- ❖ Uruguay, Ministerio de Salud Pública (2011). Guías para Implementar servicios de atención a la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadoras de salud. Dirección General de Secretaría- Departamento de programación estratégica en salud.
- ❖ Uruguay, Ministerio de Salud Pública (MSP) (2014). Guías en Salud Sexual y Reproductiva. Manual para la atención a la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio.
- ❖ Uruguay, Poder Legislativo (2001). Ley No 17.386. Ley de Acompañamiento al parto, parto y puerperio. Publicado en el Diario Oficial el 30 de agosto de 2001. Recuperado el 03 de Octubre de 2015, a partir de <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17386&Anchor=>
- ❖ Uruguay, Poder Legislativo (2007). Ley No 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Publicado en Diario Oficial el 13 de diciembre de 2007. Recuperado el 03 de Agosto de 2015, a partir de: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>
- ❖ Uruguay, Poder Legislativo (2008). Ley No 18426. Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. Publicado en el Diario Oficial el 10 de diciembre de 2008. Recuperado el 03 de Agosto de 2015, a partir de : <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>
- ❖ Vázquez, B. (2014). El Plan de Parto. Una herramienta para la visibilización de las mujeres. Trabajo Fin de Master. Universitat Jaume I. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales.
- ❖ Velasco, S (s/f). Ginecólogo-Obstetra. Parto Humanizado. Escuela Médico Militar de México. Recuperado el 19 de Octubre de 2015, a partir de <http://partohumanizado.com.mx/PARTO%20HUMANIZADO.pdf>
- ❖ Violencia basada en género (2013). Red Uruguay contra la Violencia doméstica y sexual. Recuperado el 29 de abril de 2015, a partir de <http://www.violenciadomestica.org.uy/publicaciones/Lib1%20Violencia%20de%20genero-L.pdf>