

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n. 27 - dic. / dez. / dec. 2017 - pp.97-117 / Magnone, N. / www.sexualidadsaludysociedad.org

Entre lo formal y lo sustantivo: La calidad de la asistencia al parto en el Uruguay

Natalia Magnone Alemán

Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de la República - Udelar
Montevideo, Uruguay

> nmagnosa@gmail.com

Copyright © 2017 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

<http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.27.06.a>

Resumen: Este artículo aborda una de las formas de violencia de género, la violencia en el marco de la asistencia al parto, contrastando los derechos sociales contenidos en la Ley de Salud Reproductiva uruguaya con el escenario donde se desarrolla la asistencia al parto. Para la discusión se tomaron entrevistas a personal de salud obstétrico y mujeres que han transitado por una experiencia de parto, realizadas en el marco de una maestría en sociología concluida y de un doctorado en curso. Como principal resultado aparece una distancia importante entre lo formal y lo sustantivo, siendo la violencia simbólica, expresada fundamentalmente a través de la relación médico-paciente, uno de los obstáculos para que “los derechos sean hechos”. En las conclusiones se exponen propuestas para mejorar el respeto de los derechos de las mujeres en la asistencia al parto, referidos a un cambio de enfoque que resulte en la transformación del modelo de asistencia y de los/as profesionales que asisten.

Palabras clave: parto, género, violencia simbólica, derechos

Entre o formal e o substantivo: a qualidade da assistência ao parto no Uruguay

Resumo: O artigo refere-se a uma das formas de violência baseada no gênero: violência no contexto da assistência ao parto, contrastando os direitos sociais contidos na Lei de Saúde Reprodutiva uruguaia com o espaço onde a assistência ao parto é desenvolvida. Foram realizadas entrevistas com o pessoal da saúde obstétrica e mulheres que passaram por uma experiência de parto, no âmbito do mestrado em sociologia concluído e um doutorado em curso. O resultado principal é uma distância profunda entre os aspectos formais e os substantivos, ocorrendo violência simbólica no relacionamento médico-paciente, um dos obstáculos para que “os direitos sejam fatos”. As conclusões estabelecem propostas para melhorar o respeito pelos direitos das mulheres na assistência ao parto, referindo-se a uma mudança de foco que resulta na transformação do modelo de assistência e dos profissionais que participam.

Palavras-chave: parto, gênero, violência simbólica, direitos humanos

Between the formal and the substantive: quality of childbirth care in Uruguay

Abstract: The article addresses one form of gender violence: violence in the context of childbirth care, contrasting the social rights contained in the uruguayan Reproductive Health Law with the actual scenario where childbirth attendance takes place. For the discussion, interviews with obstetrical health personnel and women who have had an experience of childbirth are taken into account, which were carried out in the context of a master's degree in sociology and an on-going doctorate. As the main result, an important distance between the formal and the substantive is revealed, where symbolic violence, expressed primarily through the doctor-patient relationship, is one of the obstacles for the rights to be respected. The conclusions offers proposals to improve respect for women's rights in childbirth care, referring to a modification in approach that can result in the transformation of the model of care and of the professionals.

Keywords: childbirth, gender, symbolic violence, rights

Entre lo formal y lo sustantivo: la calidad de la asistencia al parto en el Uruguay

1. Introducción

Hoy en Uruguay, como en muchos otros países, podríamos tener el mejor sistema de asistencia al parto y nacimiento. Sin embargo, se ha venido desarrollando un modelo intervencionista y jerárquico, que torna la experiencia de parto en una situación de violencia para muchas mujeres.

Parto del supuesto de que este tema no concierne tan sólo a mujeres embarazadas. Es un asunto societal, pues la forma cómo cada sociedad organiza la asistencia al parto y el cuidado de sus recién nacidos muestra rasgos esenciales de sí misma. Al decir de Blázquez (2005), si bien el embarazo y el parto, en cuanto a la fisiología del cuerpo femenino, son procesos universales, nunca ocurren como un “mero proceso biológico, sino que se encuentran culturalmente moldeados, dándose de diferentes maneras en cada sociedad y en los diferentes grupos sociales” (2005:2).

Siguiendo a la epistemóloga feminista Dona Haraway (1995), considero imprescindible presentarme y contar algunos trazos de mi trayectoria que fundamentan la perspectiva que voy a compartir en este artículo. La epistemología situada refiere a la necesidad de explicitar el origen y el lugar en que se encuentra quién investiga para mejorar las condiciones de objetividad. Remite a la idea de responsabilidad epistemológica, en tanto conecta el lugar desde el cual pensamos y aprendemos con la forma de analizar los asuntos (Haraway, 1995:335-339).

Soy trabajadora social, feminista y de izquierda. Vengo del activismo del movimiento de mujeres en lucha contra la violencia de género. Concibo al feminismo como un movimiento social y político que trabaja por una mejor sociedad, con justicia social y justicia de género. Soy madre de una niña y de un niño; la experiencia personal de los embarazos y partos me hizo ver hasta qué punto este fenómeno, aparentemente íntimo, está constituido por relaciones de poder. La maternidad me marcó, al punto tal que el análisis sociológico de las condiciones sociales en las que se asiste la reproducción humana se transformó en mi objeto de estudio.

Lo que presento se sustenta en un trabajo de investigación iniciado en el año 2009, en el marco de una maestría en sociología, luego continuado en estudios doctorales. El trabajo de campo realizado incluye entrevistas a personal de salud obstétrica y a mujeres que transitaron por una experiencia de parto.

2. Derechos sociales y violencia simbólica como marco de análisis

Un sin fin de temas podrían analizarse en términos de las contradicciones entre los derechos sociales y la violencia simbólica. Este enclave demanda pensar las luchas por garantizar derechos humanos en el marco de sociedades con estructuras sociales que generan desigualdades: relaciones de clase capitalistas, relaciones de género patriarcales y relaciones étnico-raciales blancocentradas, entre otras.

Por una parte, la perspectiva de derechos humanos refiere a una de las formas en que nuestras sociedades pretenden mejorar la calidad de vida de la ciudadanía. Por otra parte, la violencia simbólica nos estaría mostrando que existen un conjunto de relaciones de poder que se resisten a que todos y todas tengamos los mismos derechos y oportunidades. En el caso de estudio, los derechos sociales se expresan como derechos en salud, y la violencia simbólica se sustenta en las relaciones de poder implicadas en la relación médico-paciente, y en las relaciones de género.

Estas relaciones sociales que asimilamos, que naturalizamos, que hacen que aceptemos la inmensa pobreza, la desigual distribución de la tierra y la riqueza, la violencia estructural de género, están sustentadas en ciertos mecanismos de dominación, simbólicos y físicos. En el Uruguay, la encuesta de violencia realizada en el 2013 arrojó el dato de que siete de cada diez mujeres sufrieron violencia de género en el transcurso de sus vidas.

Pierre Bourdieu (2000) nos ofrece una forma de analizar este asunto a través de su definición de violencia simbólica. En su libro *La dominación masculina* plantea que la universalidad de la dominación masculina hace que la visión androcéntrica:

... esté investida por la objetividad de un sentido común, entendido como consenso práctico y dóxico (...) Los dominados aplican a las relaciones de dominación unas categorías construidas desde el punto de vista de los dominadores, haciéndolas aparecer de ese modo como naturales (2000:28-30).

La clave de la dominación simbólica refiere a que las relaciones de poder entre los individuos implicados son aceptadas, sin ser puestas en cuestión. Esto no implica la eternidad de la dominación simbólica. Es una experiencia humana frecuente que, en ciertas condiciones históricas, podamos ver injusticias que antes no percibíamos como tales. De alguna manera, la lucha por los derechos humanos podría leerse como la desnaturalización o el extrañamiento creciente de las distintas relaciones de dominación tradicionales. Por ejemplo, hoy resulta inadmisibles el derecho de pernada; sin embargo, en la Edad Media, los señores feudales disfrutaban del acceso sexual a mujeres que iban a casarse y vivían en su feudo.

Bourdieu define a la violencia simbólica como algo que:

... se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador (...) cuando no dispone (...) de otro instrumento de conocimiento que aquel que comparte con el dominador y que, al no ser más que la forma asimilada de la relación de dominación, hacen que esa relación parezca natural (2000:29).

En las parejas donde hay relaciones jerárquicas de género, esto es cotidiano. Por ejemplo cuando las mujeres aceptan y naturalizan destratos de sus parejas, porque “él trabajó todo el día y está cansado, y estresado”; o cuando una joven no se pone la ropa que quisiera porque cree que a su novio no le va a parecer “apropiado”. En este caso, parece compartir la visión de su novio: él tendría razón al ser celoso, pues es así como “la protege” y le demuestra su amor.

Rita Segato (2003) nos ofrece otro ejemplo de esto. En una campaña de alfabetización para adultos en Rio Grande do Sul, los maestros/as afirmaban que cuando los maridos se encontraban presentes en la misma aula, las mujeres mostraban un rendimiento menor en el aprendizaje que cuando no estaban en presencia de éstos (2003:3). Estas mujeres entienden, quizás inconscientemente, que no les conviene demostrar, frente a sus maridos, sus avances en conocimientos.

Es importante colocar el llamado de atención de Bourdieu (2000), en tanto que la violencia simbólica de ninguna manera minimiza el papel de la violencia física. Buena parte del poder de coacción de la violencia simbólica se sustenta en la existencia de violencia física. Por caso, la situación en que una mujer, antes de vestirse para salir, evalúa si lo que se pone será o no del agrado de su novio, implica que en esa sociedad (quizás no en esa pareja, pero sí en la sociedad) existe violencia física hacia las mujeres.

3. La ley y la sustanciación de derechos: las prácticas obstétricas hoy

Ahora bien, ¿en qué medida las condiciones actuales de atención respetan o violan los derechos reproductivos de las mujeres? El análisis sociológico de ámbitos de salud están siendo cada vez más necesarios en nuestras sociedades. Roberto Castro (2010) señala que para analizar los derechos sexuales y reproductivos es útil partir del concepto de ciudadanía, y diferenciar así la parte formal de los derechos de lo que en realidad son, a partir de las condiciones materiales que enmarcan su existencia. El autor nos plantea la necesidad de construir una mirada sociológica de la salud reproductiva, y nos insta a desmarcarla de las definiciones médicas.

En este marco, una perspectiva de derechos implica la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y

reproductiva. Entre ellos se incluye su capacidad de reclamar una atención médica libre de autoritarismos y atropellos por parte de los servicios de salud.

Al hacerlo así, se introduce en escena a las usuarias de los servicios en tanto ciudadanas, y se deja de lado la perspectiva médica que, al construirlas como pacientes, históricamente las ha ubicado en la parte más baja de un sistema jerarquizado dentro del cual han sido clasificadas ante todo como objetos pasivos de los servicios, de las que se espera ante todo su colaboración y su acatamiento a las órdenes médicas (Castro, 2010:56).

Tomaremos la propuesta del autor para analizar, por un lado, la parte formal de los derechos en el parto plasmados en leyes, y por otro lado, su sustanciación, lo que se produce en la vida de la gente que transcurre por este acontecimiento.

En términos formales encontramos un conjunto de derechos sociales, en forma de derechos en salud, fundamentalmente en dos leyes nacionales. La ley que garantiza el derecho a ser acompañada en el parto (Ley N° 17.386) y la Ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva que en el inciso c) del artículo tercero plantea:

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 (...).

Sin embargo ciertos indicadores perinatales e investigaciones muestran que “tales prácticas invasivas” siguen operando. Tomaremos algunos conceptos de esta Ley para ir contrastando lo formal con lo sustantivo.

3.1. En cuanto a evitar “prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados”

Los progresos en la calidad de vida de la población en general, y el acceso a servicios de salud con tecnología para el parto en todos los puntos del territorio, han mejorado sustancialmente la seguridad de las mujeres y los recién nacidos. El problema es el crecimiento en la frecuencia de diversas prácticas obstétricas, consideradas por la Organización Mundial de la Salud (OMS,1996) como ineficientes o dañinas para las mujeres y sus bebés. Un ejemplo –no el único– refiere a las cesáreas: mientras la OMS sigue recomendando una cifra de entre el 10 y el 15%, en Uruguay, en el año 2016, se registró un 42% de cesáreas en el total de partos.¹

¹ Estadísticas Vitales – Ministerio de Salud Pública: <http://www.msp.gub.uy/EstVitales/>

Cesáreas innecesarias

El acceso a cesáreas es muy injusto en el mundo. Mientras África tiene una bajísima tasa de cesáreas, ubicada en el 3,4% de los nacimientos, tiene también la mayor tasa de mortalidad materna mundial. Sólo sobrevive un tercio de mujeres más que lo que se salvarían dejando a la mortalidad materna “natural”². Una mejor distribución de los recursos permitiría que más mujeres de países empobrecidos tengan un parto por cesárea cuando lo necesiten.

Por otro lado, en 69 países de otras regiones del mundo las cesáreas superan por mucho el 15%, dando lugar al término de *cesáreas innecesarias*. La cesárea aparece como la intervención salvadora –y lo es en muchos casos– pero no es una práctica inocua. En comparación con el parto vaginal, la cesárea presenta mayor mortalidad materna; el doble de estadía hospitalaria; mayor convalecencia y alteraciones psicoafectivas; mayores problemas respiratorios del recién nacido (CLAP, s/d).

Abuso de episiotomías

El corte en la vagina y el periné que se practica en el parto a la mayoría de las primerizas en el Uruguay constituye una forma sistemática de violencia. Es una lesión quirúrgica que violenta la integridad anatómica y funcional de la zona sexual y reproductiva de las mujeres (afecta la base pélvica, lugar de producción de la plataforma orgásmica). Existen suficientes investigaciones que prueban que hacer episiotomía de rutina aumenta los desgarros y cantidad de puntos de sutura (Cárdenas et al, 2008). Sin embargo, como las currículas ginecológicas siguen enseñando a asistir partos haciendo episiotomía, esta rutina sigue en pie.

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

¿Qué sería lo mejor? En mi caso yo lo haría, porque no tengo el entrenamiento para no hacerlo... la formación ha sido siempre con el corte, pero conozco otros colegas. El que está en la tarde hizo un curso de cómo llevar el trabajo de parto sin dolor, cómo preparar todo para no hacer episiotomía, no hacerla requiere de una preparación del ginecólogo...

Otras prácticas invasivas que se hacen de rutina son la rotura del saco am-

² La mortalidad materna “natural” es un cálculo que realizó la OMS, basado en estudios históricos y en datos de grupos religiosos contemporáneos que no intervienen en el alumbramiento. Indica que si no se hiciera nada para evitar estas muertes la mortalidad materna sería cuatro veces mayor que la actual. OMS (2005) Informe sobre la salud en el mundo. Capítulo 4. <http://www.who.int/whr/2005/es/>

niótico (o “rotura de bolsa”); o la colocación de una vía parenteral con oxitocina, para acelerar el trabajo de parto, sin un motivo médico.

3.2 En cuanto al respeto del “tiempo biológico y psicológico; y pautas culturales de la protagonista”

En las condiciones actuales, tanto de la sociedad toda, como de las instituciones de salud y de las mujeres que van a parir, cada vez se torna más difícil poder respetar el tiempo biológico que cada trabajo de parto necesita. Tendemos, cada vez más, a la planificación de todo; queremos tener el máximo control: los eventos “librados al azar del cuerpo” nos interpelan. Defiendo el derecho de cada mujer a tener el parto que considere mejor. Por tanto, el derecho a la cesárea programada también debe ser considerado como un derecho a proteger.

Dicho lo anterior, cabe aclarar que la principal causa de aumento de la cesárea no es la demanda de las mujeres. Hay problemas técnicos, específicamente, en el diagnóstico de cuándo da inicio un trabajo de parto. De acuerdo con un ginecólogo que investiga el tema, la indicación esquemática del inicio del trabajo de parto (3 contracciones cada diez minutos y 3 cms de dilatación) hace que frecuentemente se crea que inició el trabajo de parto antes de lo que en realidad ocurre. “Esta definición no se corresponde con la fisiología y argumenta una enorme proporción de las cesáreas con menos de 5 cm de dilatación, cuando en realidad no han iniciado la fase activa” (Cóppola, 2015:10).

Por otra parte, el partograma –la principal herramienta para detectar cuándo un trabajo de parto se transforma en patológico– se realizó en los años ‘50 y ‘60 del siglo XX, con mujeres más jóvenes y fetos de menor peso: “Los estudios actuales muestran una duración normal del trabajo de parto mucho más prolongada que la encontrada en estos estudios” (Cóppola, 2015:10).

Otro de los problemas deviene de la creencia de que si una mujer tuvo una cesárea, el siguiente parto tiene que ser por cesárea, cuando no es necesario: entre un 60 y un 80% de mujeres con cesárea previa pueden luego tener un parto sin ella (Cóppola, 2015:11).

Lo que estoy tratando de mostrar es que, a pesar de haber investigaciones que muestran errores en los protocolos de asistencia al parto, éstos se siguen aplicando, aparentemente sin cuestionamiento por el personal de salud. ¿A costa de qué?: del no respeto a los tiempos biológicos de los procesos de parto. Muchas de las cesáreas se efectúan porque protocolos desajustados indican trabajos de parto demasiado lentos, cuando en realidad no existe ninguna anomalía.

La negación del parto vertical

El médico investigador uruguayo Caldeyro Barcia, ya en 1979, planteaba que

muchas de las maniobras de la forma actual de conducir el parto se han introducido contemplando la conveniencia del obstetra. Un claro ejemplo es la adopción de la posición horizontal durante el parto, que se realiza para que el/la obstetra pueda trabajar más cómodo/a. Hay estudios que demuestran que en el parto vertical el tiempo del período expulsivo es menor; a la vez que se requiere de menor uso de episiotomía que en el parto horizontal (26,5% vs 56,3%). Por otra parte, las mujeres perciben al parto vertical como más rápido, más cómodo y menos doloroso que el horizontal (Calderón, 2008).

La Ley de Violencia de Género de Venezuela considera que hay violencia obstétrica cuando, existiendo condiciones para el parto vertical, éste es negado.³ En Uruguay, la gran mayoría de las mujeres es obligada a parir acostada.

3.3 "Intimidad y privacidad"

Pretender vivir el parto como una instancia de la intimidad de una mujer y/o de una pareja es imposible en la asistencia institucional. La institución reacciona a la defensiva cuando aparecen personas que no quieren compartir la habitación en el trabajo de parto, o cuando se lleva música, pelotas de pilates, o similares. Se espera una paciente que se acueste, que no genere distorsión en las rutinas hospitalarias.

El no respeto a la privacidad aumenta en los hospitales-escuela, donde hay practicantes de ginecología y partería. Sin previa consulta, las mujeres son tomadas como ejemplos para el aprendizaje de los/as estudiantes.

Un ginecólogo entrevistado afirmó:

En los lugares donde hay personal en formación las mujeres saben que la van a judear, es probable que la vean 6-7 personas, que la miren, la pinchen, puede ser un personal de enfermería que está aprendiendo a pinchar, que no la dejen caminar, que no la dejen comer.

Este tipo de prácticas nos coloca ante un gran desafío, porque si bien es verdad que los estudiantes deben practicar, no debería ser a costa de violentar la intimidad de las mujeres, justo en el trabajo de parto. Además, esta práctica está interseccionada con la clase social, porque se realiza en hospitales que pertenecen a la red pública, adonde van las mujeres más pobres. Es preciso diseñar

³ Dicha Ley define la violencia obstétrica como "la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres".

programas que permitan aprender, pero que no estén concentrados en los hospitales públicos y donde se pregunte a las mujeres si están de acuerdo de someterse a los mismos.

4. Hacia el análisis de las condiciones que producen el actual modelo de asistencia al parto

Es aquí donde el concepto de violencia simbólica en conjunto con el de medicalización de la sociedad tienen mucho que aportar.

4.1 Medicalización de la sociedad y violencia simbólica

Por medicalización de la vida social se entiende al proceso por el cual los valores y parámetros emanados de la medicina se difunden en la sociedad y comienzan a intervenir en espacios donde antes no lo hacían. Este proceso no ha quedado sólo en el ámbito biológico individual: desbordándolo, ha logrado ser una pieza fundamental en el diseño y ejecución de distintas componentes de la política pública en nuestras sociedades. Los valores de la medicina se infiltraron, en la mentalidad y sensibilidad, de los constructores y reformadores del Estado, configurándose como dispositivos de poder en el cuerpo individual y social (Barrán, 1992; Mitjavila, 2008).

Algunos autores plantean que la medicalización de la sociedad trae consecuencias negativas, a nivel de las condiciones de salud de los individuos. Illich señala que se produce una anulación de las capacidades orgánicas de administrar la salud y todo pasa a ser definido de forma heterónoma por la medicina. Las personas van perdiendo la capacidad del autocuidado y autointervención terapéutica, imponiéndose el monopolio de curar por parte de los médicos (Illich, 1975).

En la asistencia al parto esto tiene consecuencias directas. En el transcurso del siglo XX se fue generando un modelo de asistencia que casi no considera a la mujer embarazada como un sujeto con voz, con conocimiento de sí y capaz de aportar en las decisiones que se toman en el parto. En la lógica del control del embarazo, se va imponiendo la exclusividad de la opinión médica, desde el simple hecho de no preguntar a las mujeres cómo se sienten, y sólo medir o pesar magnitudes. Ordenando estudios, como las únicas fuentes de verdad (a pesar de que sea explícito los márgenes de error) se va obstaculizando, al decir de Illich, las posibilidades de autocuidado, de auto percepción.

El poder simbólico que detenta el campo médico en nuestra sociedad hace que médicos/as y pacientes compartan la creencia de que, en el marco de una buena atención, es necesario no cuestionar los mandatos médicos. Muchas mujeres lle-

gan al parto simplemente a entregarse a lo que se les diga, sin pretender ser parte de las decisiones. Esto es coherente con una socialización de género que produce sumisión femenina, que permite muy poco conocimiento del propio cuerpo, de la sexualidad y de la reproducción.

Otra dimensión productora de violencia simbólica proviene de la fuerte jerarquización del campo de la salud. Existe una cadena de jerarquías que tiene a los/as pacientes como eslabón final. El personal de salud entrevistado ha señalado que las decisiones sobre la práctica médica las toma el médico de mayor jerarquía implicado en el proceso. Son escasas las experiencias en donde se toman decisiones en conjunto con el resto del equipo de salud. Además de la falta de complementariedad en el ejercicio profesional, las/os entrevistadas/os mencionaron que a veces existe maltrato dentro del propio equipo de salud.

Una estudiante de partería afirmó:

... se trabaja desde el poder, el grado alto tiene que demostrar que sabe a los estudiantes, los residentes a los internos, los internos a los que entran, etc. Yo obstetra le digo a la paciente no grites, luego el médico le dice al obstetra: obstetra tal cosa, a mí me maltrata todo el tiempo el médico, yo maltrato todo el tiempo a la paciente (...) El depositario de todo el maltrato es siempre el usuario (...) Hay una estructura jerárquica totalmente enquistada, rígida, que no permite ningún movimiento.

Pero a veces el poder y la violencia simbólica no alcanzan para controlar 'los cuerpos atendidos'. Es necesario desplegar otro tipo de mecanismos de dominación, explícitos. En el campo que estamos analizando, uno de los más eficaces consiste en apelar a los mandatos sociales a la maternidad, y amenazar con el riesgo de vida que corre el bebé si la mujer no hace lo que el sistema le exige. Como me expresara una estudiante de partería:

Si vienen y te dicen: madre, mire que si no hace tal cosa se le puede morir el bebé, qué hacés? Te entregás-...- después viene un trato mucho más fuerte: Bueno hacé lo que quieras, si después le pasa algo al bebé la culpa es tuya, yo ya te avisé. Y te dicen: escribí en la historia que la madre no quiso...

La mayoría de las instituciones se sienten interpeladas cuando una mujer llega a parir con un Plan de Parto. Esto es un documento en donde se expresan las preferencias para el trabajo de parto, y para el parto; puede incluir cuestiones como que no se practique episiotomía, o que le dejen al bebé sobre su pecho unos minutos luego del nacimiento, entre otras.

Si bien hay algunos equipos que vienen integrando los planes de parto, por lo general, el sistema reacciona con indiferencia, o con violencia. Se le dice a las familias que quien sabe es el médico, y que se hará lo que haya que hacer.

4.2 Violencia simbólica y violencia de género: el mandato maternal y la represión sexual

Otro eje de análisis en términos de violencia simbólica deviene de las relaciones de género. Se espera que las “madres” obedezcan bajo el supuesto de que harán cualquier cosa porque el bebé esté bien. El valor social de la maternidad se expresa en la práctica obstétrica, radicalizando las exigencias hacia las mujeres. Se utiliza el presupuesto de que “toda madre” debe sacrificar lo que sea por el bienestar de sus hijos/as. El mandato maternal es tan fuerte que hay evidencias de que el maltrato de los equipos de salud aumenta hacia las mujeres que no pueden –o no quieren– hacerse cargo de ese bebé. Una partera, reflexionando sobre su práctica, me contó:

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

Por otra parte, todavía persisten maltratos verbales que atacan la sexualidad de las mujeres. En estos casos, ya no es violencia simbólica, pues explícitamente se insulta, se ridiculiza o culpabiliza a las mujeres por ser seres sexuados. La represión a la sexualidad de las mujeres –que cuestiona a las jóvenes que tienen “demasiados novios” mientras aplaude a los varones por sus “conquistas”– se expresa, a veces, en la consulta obstétrica. En palabras de una adolescente de sectores empobrecidos:

Quando estuve internada por [el parto de la hija] la más grande, por amenaza de aborto, te ponían los dedos hasta allá arriba, hasta por gusto. Me abrieron el útero con una espátula, sentís que te molesta, yo sentía que me dolía y lo decía. Y me dijeron: si te gustó ponerla ahora aguantá!!! Fue una doctora, en la puerta de emergencia del Pereira Rossell. Era grande.

Otro ejemplo se dio en el trabajo de parto de una mujer atendida en el sistema privado. En un momento en que el médico vino a controlarla y ella cerró las piernas, pues estaba con una contracción, el médico expresó: “*Si no las cerraste antes ahora ya es tarde*”. Este caso fue denunciado, a la institución, al Ministerio de Salud Pública y luego publicado en prensa escrita, pues además de este atropello se dieron otro conjunto de maltratos en el transcurso de la atención. Pero no se logró ni siquiera que se le llamara la atención al médico: éste realizó un descargo, desmintiendo a la mujer, argumentando que había sido muy estresante para él atenderla y todo terminó ahí.

4.3 Enfoque de riesgo y medicina defensiva

Por su parte, en obstetricia y perinatología, el riesgo refiere a la probabilidad de presentar complicaciones, tanto en la madre como en el producto (Jiménez & Mares, 2005). Implica la adopción de técnicas y procedimientos que permitan identificar aquellas situaciones que, en el proceso de gestación, parto y post-parto, puedan transformarse en patológicas. Para tales fines se diseña un sistema de clasificación, que valora los factores de riesgo y permite distinguir a las mujeres embarazadas entre bajo y alto riesgo.

Estudiosos de la epidemiología cuestionan el enfoque cuantitativista del riesgo. Si el riesgo es una predicción, plantean los autores, el factor de riesgo es un predictor de una predicción, el “riesgo del riesgo”; el problema se instala cuando, por medio de esta operación, se atribuye al factor de riesgo el estatuto del propio concepto de riesgo (Almeida, Castiel & Ayres 2009:327-331). Un ejemplo refiere a la edad de las mujeres embarazadas: menos de 18 y más de 30 años configuran factores de riesgo –por madre adolescente o por madre añosa–. El factor asignado transforma toda la atención recibida. Desde los controles de embarazo, el sistema ve una mujer “en riesgo”, que se refleja en la forma en cómo se dirige a ella y le hace sentir que no está en óptimas condiciones para recibir a su bebé. Sin embargo, en la gran mayoría de estos casos, las mujeres pueden cursar un embarazo y parto normales.

Las corrientes constructivistas plantean que nada es un riesgo en sí mismo, pues éstos no tienen carácter ontológico propio, son construcciones humanas cuyo significado va cambiando a medida que cambian las condiciones geo-temporales. Para las corrientes objetivistas, en tanto, los riesgos constituyen una entidad con “existencia autónoma”, objetivable y supuestamente independiente de los complejos contextos socioculturales en los cuales se encuentran las personas (Almeida, Castiel & Ayres, 2009:332).

Por lo general, cuando la ginecología plantea que la mujer tiene un factor de riesgo, éste adquiere una entidad definitoria y comienzan a desplegarse una serie

de intervenciones, que van alterando el proceso de parto. Para ejemplificar lo que se viene planteando, transcribimos una entrevista a una partera:

(...) en general los médicos ven al embarazo como potencialmente riesgoso. Por ejemplo cuando ingresa una señora y le hacen una historia clínica, la hacen suponiendo o buscando una patología que de repente no existe. Si ingresó con una presión de 12 (que en realidad es normal) ya le piden toda una serie de exámenes, que además de poner nerviosa a la señora aumenta los costos en salud. Pudiendo realizar solo un examen de orina, dejar a la señora en reposo y a las seis horas hacerle otro control (...) ¿Qué puede pensar esa mujer? Le dicen que tiene presión alta, le hacen un montón de exámenes. ¿Cómo vive esa mujer ese trabajo de parto? Es una sobre protección que no es buena, y a veces genera que aparezcan signos producidos por eso mismo, como una cadena de intervención, se hace una intervención y eso genera la necesidad de otra intervención.

Obviamente, existen situaciones en donde hay una relación causal entre el factor de riesgo y el daño, por ejemplo, cuando hay “placenta previa oclusiva”, que lleva a la muerte fetal por asfixia y a la muerte materna por desangrado. En esos casos hay que actuar rápido y bien. Pero en otras muchas situaciones, como la narrada en el fragmento de entrevista, el supuesto factor de riesgo (la presión alta) constituye un ejemplo de una aplicación exagerada del enfoque de riesgos.

Otra observación que permite este fragmento, y que escapa al mundo estrictamente fisiológico, se relaciona con el tipo de trato y de información que recibe esta mujer con “presión alta”. El hecho de que le tomen la presión –y a partir de allí sea evidente un encendido de alarmas– va condicionándola a estar cada vez más nerviosa y asustada. El control y seguimiento de su presión podría realizarse perfectamente sin constituir un asunto de alarma. La generación sistemática de miedo por parte de las instituciones de salud es iatrogénica para la situación hormonal de las mujeres necesaria para el propio parto. La influencia de la adrenalina corta la segregación de oxitocina y endorfinas, hormonas claves para la dilatación y la anestesia, segregadas por el propio cuerpo.

El uso exagerado del enfoque de riesgos está muy relacionado a la medicina defensiva. Rodríguez (2006) plantea que cuando el ejercicio de la medicina está guiado por el miedo a la demanda, las decisiones médicas no se sustentan en evidencia científica o en experiencia del médico; el objetivo principal es su propia protección ante un eventual reclamo futuro del paciente. Tanto desde el punto de vista ético, como de salud pública, esto no es admisible, pues no tiene como centro al paciente y agrega costos innecesarios al sistema de salud. En la asistencia obstétrica es común someter a las mujeres a algunas prácticas motivadas por el temor

médico a futuros reclamos. Por ejemplo, colocar el Monitor Electrónico Fetal de forma rutinaria implica que la mujer tiene que permanecer recostada durante todo el trabajo, boca arriba y con conectores que la unen al monitor –que va indicando, constantemente, la frecuencia cardíaca del feto– (Magnone, 2010:80).

En lo que sigue vemos dos fragmentos de entrevistas que muestran que el uso del monitor, como cualquier tecnología, puede tener consecuencias dañinas no buscadas:

Si tenés tres horas conectada a la mujer al monitor, en un momento vas a escuchar que los latidos bajan, por el stress de la mujer de estar escuchando tres horas el corazón del bebé, además de tenerla acostada, con un suero, y que entramos muchos a tactarla...

En la siguiente situación una mujer estaba siendo acompañada por una amiga, estudiante de partería (las palabras son de la estudiante):

En un momento vino la partera y el monitor se había corrido de lugar, y gritó: *-Ay!! no se están escuchando los latidos!!... a ver gordita, a ver gordita-*, movió mal el monitor y puso los latidos de ella y claro, daban 80-90, y empezó a gritar: ¡¡Bradycardia fetal! ¡¡Bradycardia fetal!!⁴

- Yo le dije ¡pará! ¡Son los latidos de la madre, no los del bebé! pero ya la partera se había ido corriendo. Puse el monitor correctamente y daba 140, perfecto para el bebé. Y le dije a mi amiga: ¿estás escuchando? Estos son los latidos de la bebé.

Cuando vino la partera, mi amiga no reaccionaba de lo nerviosa que estaba. Yo le dije a la partera:

-Escuchame los latidos son éstos, están bien. Y ella ya no escuchó, no, no. Y se la llevaron volando a cesárea, ¿por qué? ¡Por bradycardia fetal! ¡Bradycardia inventada!

El monitor electrónico, elemento de gran utilidad si es usado correctamente, de forma masiva genera incomodidad y estados de continua tensión, debido al sonido constante de los latidos. ¿Por qué se naturaliza su uso rutinario? Mitjavila (2008) plantea que el discurso sobre riesgo es pretendidamente inmunizador y, en situaciones donde no se sabe lo que está ocurriendo, se supone que es mejor presuponer riesgos y realizar acciones en la eventualidad de reducir un daño en el futuro. El hecho de colocar el monitor “por si acaso” no permite, por ejemplo, que las mujeres tomen la postura corporal que más les favorezca al trabajo de parto,

⁴ La bradycardia se define como un ritmo cardíaco lento o irregular.

pudiendo requerir, en mayor medida, de anestésicos epidurales (lo cual se relaciona con el aumento de cesáreas).

Por todo lo anterior, se observa cómo cierto uso del enfoque de riesgo, de la mano de la medicina defensiva, genera “la cascada de intervencionismo obstétrico”, donde una intervención va generando la necesidad de otra y así sucesivamente.

5. Conclusiones

En este artículo se abordó una de las tantas formas de violencia de género: la violencia en el marco de la asistencia al parto, contraponiendo, por un lado, los derechos sociales emanados de las normas legales, con el escenario sustantivo donde se desarrolla la asistencia al parto. Es en lo sustantivo que la violencia simbólica, fundamentalmente a través de la relación médico-paciente, funciona como obstáculo para que “los derechos sean hechos”. Quiero hacer referencia, en especial, a dos asuntos: los posibles caminos para lograr que el parto pueda ser vivido con respeto y autonomía; y el lugar de las ciencias sociales en esta lucha.

5.1 Propuestas para mejorar la calidad de la asistencia del parto y el nacimiento

Sin un *cambio de enfoque* en el modelo de parto no se lograrán bajar las intervenciones innecesarias, ni colocar a las mujeres y los bebés como protagonistas del evento. Enfrentar un parto es encarar, tanto la nueva vida como la posibilidad de la muerte; es uno de los fenómenos de mayor trascendencia en la trayectoria vital. La mejora de su atención debe ser objeto de trabajo constante de toda sociedad. En este momento histórico, implica contar con acceso universal a asistencia profesional, a instalaciones acordes y a tecnología obstétrica. Pero no se agota allí. Debemos volver a colocar a la partería como profesión central en el acompañamiento y asistencia al parto de bajo riesgo.

Existe acuerdo en que los partos de riesgo deben ser atendidos por ginecólogos/as en unidades con el nivel de especialización necesario para practicar las intervenciones que se requieran. La discusión está en la atención del resto de los partos, calificados como de bajo riesgo o “partos normales”. La OMS (1996) plantea que la profesional más apropiada para asistir el parto normal es la matrona o la partera. Sin embargo, en la capital del Uruguay, dado el superávit de ginecólogos/as, la atención del parto en el sistema mutual y en el seguro privado es realizado exclusivamente por médicos.

La partería tiene un gran potencial (devenido de su historia) para trabajar desde la salud y lo fisiológico, para plantear un escenario de contención, de circulación de energía de confianza, de posibilidades de adaptarse a las posiciones que prefieren las mujeres para parir, de incluir opciones naturales para aliviar el dolor.

Este perfil requiere de un tipo de formación específica, que combine los conocimientos de la partería tradicional con los avances de la medicina actual.

La partería debería controlar y asistir en torno del 80% de embarazos y partos, pues es lo que considera la OMS como porcentaje esperable de embarazos y partos de bajo riesgo. Para el restante 20%, debería garantizarse una atención médica humanizada, en donde las mujeres sean informadas de sus patologías y de las intervenciones que se deberán llevar a cabo.

Por otra parte debemos ampliar las opciones institucionales para parir. Que el hospital no sea la única alternativa. En los Países Bajos, en Gran Bretaña, en Italia, en España y también en países de la región como Brasil existen *casas de parto*, que brindan un tipo de asistencia centrado en la mujer y sus tiempos, con posibilidades de parto en el agua, parto vertical, etc; la profesional que asiste es una partera, formada para favorecer la fisiología corporal en el encare del dolor y el tránsito por el trabajo de parto en general. Esta profesional garantiza la detección de elementos patológicos que requieran un traslado hacia centros de salud de mayor complejidad.

El parto planificado en domicilio es una opción viable, que está integrada en los sistemas de salud de Islandia, Holanda, Australia y Reino Unido (Barreda, *et al*, 2017). Los países que aún no lo han integrado deberían analizar caminos para hacerlo.

De los cambios en el sistema médico

Debemos hacer todo lo posible para desmercantilizar la asistencia al parto y transformar las estructuras de poder corporativas, que están desmejorando su asistencia. Mientras en Montevideo hay superávit de ginecólogos (que al cobrar como acto médico la asistencia al parto acaparan su atención) en los restantes departamentos del país muchas veces hay escasez de estos profesionales. Es necesario que se discuta y planifique qué tipo de profesionales necesita el país y en qué región es preciso que ejerzan.

Cambios en la formación de la Escuela de Parteras y de la especialización ginecotocológica de la Facultad de Medicina

En las dos currículas se necesita, de forma urgente, la integración de las temáticas de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, género y humanización de la asistencia, para alcanzar, de manera transversal toda la estructura de formación.

El lugar de las prácticas de partería no debería ser solamente el Hospital Pereira Rossell⁵, pues al ser un centro de alta complejidad, se trabaja desde la patología

⁵ (N. De E.) Hospital de Niños y maternidad en Montevideo, Uruguay, fundado a comienzos del s. XX.

y no desde la atención del parto normal. De este modo, las/os estudiantes aprenden sólo un modelo de asistencia –patologizante– del parto.

*De los cursos de preparación para el parto
y su potencial de empoderamiento femenino*

El Sistema Nacional de Salud debe garantizar la oferta de cursos para todas las mujeres, favoreciendo la accesibilidad y la descentralización de los mismos: no es deseable que una mujer de sectores empobrecidos gaste dinero y tiempo para trasladarse hacia el centro de la ciudad una vez por semana.

En los cursos hay que incluir a las personas que van a acompañar a las mujeres, pues son sustanciales a la hora de cómo apoyar el parto. En general, las parejas y familiares no están preparados para ver a su ser querido en trabajo de parto, y eso puede generar mayor ansiedad a la parturienta. Una posibilidad sería contar con el apoyo de una *doula*⁶.

De parte de las mujeres, del movimiento social y de la sociedad toda

Si no hay una masa crítica de mujeres y hombres que logre apropiarse de la exigibilidad de los derechos reproductivos en la atención obstétrica, nada va a cambiar sustancialmente. Necesitamos que nuestra cultura transite un proceso que permita concebir el parto y nacimiento como eventos no necesariamente médicos, no necesariamente patológicos, en donde la tecnología esté al servicio del bienestar humano, no sólo físico, sino también mental y espiritual. Para promover esto necesitamos difundir las distintas formas de parir y nacer, y denunciar los atropellos que muchas veces sentimos las mujeres, cuando entramos en estos procesos.

Mi trabajo de investigación y el activismo que sostengo no pretenden generar un nuevo modelo de parto, según el cual todas las mujeres tengan que parir “naturalmente”. Nada más lejos de esto. Lo que se busca es que cada mujer pueda tener el parto que la haga sentir más segura y cómoda, desde una cesárea programada a un parto planificado en domicilio. Que las mujeres que así lo deseen puedan vivir este evento como algo que las potencie. Al decir de una entrevistada:

El parto me conectó en un principio con la decisión de exigir para mí lo que era necesario, si podía lograr eso casi todas las otras cosas iban a andar bien, defender y sostener las cosas que yo pensaba necesarias (...) Tomar la decisión y llevarla a cabo fue para mí apuntalante, me dio más estructura. Y después sentir que soy capaz de conocer el cuerpo y dejarlo hacer, sentir

⁶ La doula es una persona entrenada para dar apoyo físico y emocional a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio.

que fui capaz de no interferir, así como no interferí cuando se hicieron sus manitos, que eso se iba a dar naturalmente. Y una gran sensación de invencibilidad (...), de seguridad en mí misma, de mi capacidad de cuidar a otros...

5.2 El lugar de la ciencia social en el campo reproductivo

Toda demanda incipiente por derechos humanos precisa de un movimiento social que la coloque en el escenario público; a su vez, este movimiento social debe fundamentar por qué es necesario que la política pública intervenga en el asunto, y mostrar en qué medida no hacerlo vulnera los derechos de las personas. La ciencia social puede aportar mucho en este camino:

- Integrando equipos interdisciplinarios, donde se pueda abordar la complejidad de los problemas y construir puentes de comunicación entre los lenguajes médico y de los derechos humanos.

- Contribuyendo a la lucha; vinculando esta demanda con otras demandas de derechos humanos, de forma de conectar luchas de distintos movimientos sociales.

- Asesorando en los caminos para formular denuncias públicas y campañas de comunicación.

- Pero sobre todo, en el marco ético y metodológico de nuestro ejercicio profesional, integrando la perspectiva de género y los derechos reproductivos a nuestra práctica en lo social cotidiana. Trabajar la salud con los y las sujetas de intervención no debe agotarse en el mandato de ir al médico. Se debe procurar que el ejercicio de la sexualidad y la reproducción se realice con mayores grados de libertad, lo cual supone algo más que la existencia formal de derechos sexuales y reproductivos. El ejercicio reproductivo libertario precisa de procesos autonómicos de ciudadanía.

Recibido: 08/05/2017

Aceptado para publicación: 23/11/2017

Referencias bibliográficas

- ALMEIDA, Naomar, CASTIEL, Luis & AYRES, José, 2009. "Riesgo: concepto básico de la epidemiología" [online]. *Revista de Salud Colectiva*. Vol. 5, n° 3, p.323-344.
- BARRÁN, José Pedro. 1992. *Medicina y Sociedad en el Uruguay del novecientos, Tomo 1: El poder de curar*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- BARREDA, O. *et al.* 2017. "Panorámica internacional en relación a las recomendaciones práctica clínica y legislación del parto en casa". *Revista de Enfermería*. Vol. 11, n° 1.
- BLÁZQUEZ, María Isabel. 2005. "Aproximación a la antropología de la reproducción". *AIBR - Revista de Antropología Iberoamericana*, N° 42.
- BOURDIEU, Pierre. 2000. *La dominación masculina*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- CALDERÓN, Jorge *et al.* 2008. "Parto vertical retornando a una costumbre ancestral". *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. Vol. 54, p.49-57.
- CÁRDENAS, O. *et al.* 2008. "Estudio comparativo de las lesiones del canal blando del parto con episiotomía y sin ella en el Hospital Vicente Corral Moscoso, de la ciudad de Cuenca (Ecuador) y elaboración de las normas de atención del parto sin episiotomía". *Revista Colombiana Salud Libre*. Vol. 3, n° 2.
- CASTRO, Roberto. 2010. "Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México". In: CASTRO, R. & LOPEZ, A. (ed) *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, 1ª ed. Montevideo: Editorial Facultad de Psicología, Udelar.
- CLAP - Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (s/d). *El nacimiento por cesárea en instituciones latinoamericanas* (estudio coordinado por R. Belitzki). Montevideo: Publicación n° 1160.
- CÓPPOLA, Francisco. 2015. "Cesáreas en Uruguay". *Revista Médica Uruguaya*. Vol. 31, n° 1, p.7-14.
- HARAWAY, Donna. 1995. *Ciencia, "cyborgs" y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra.
- FRASER, Nancy. 1991. "La lucha por las necesidades: esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de cultura del capitalismo tardío". *Debate Feminista*. Vol. 3, p. 3-40.
- ILLICH, Ivan. 1975. *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Editorial Barral.
- JIMÉNEZ, J. & MARES A. 2005. *Modelo de Atención de Enfermería Obstétrica*. México: Secretaría de Salud del Gobierno Federal.
- MAGNONE, N. 2010. *Derechos y poderes en el parto. Una mirada desde la perspectiva de Humanización*. Máster en Sociología, FCS-Udelar. Montevideo, Uruguay.
- MITJAVILA, M. 2008. "La problemática del riesgo en la sociedad contemporánea". Material elaborado para actividad de formación. Montevideo: Flacso.
- OMS - Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. 1996. *Cuidados en el parto*

normal. Una guía práctica. Ginebra: Grupo técnico de trabajo de la OMS/Departamento de Investigación y Salud Reproductiva.

RODRÍGUEZ, Hugo. 2006. “De la medicina defensiva a la medicina asertiva”. *Revista Médica del Uruguay*. Vol. 22.

SEGATO, Rita. 2003. “Las estructuras elementales de la violencia: contrato y status en la etiología de la violencia”. Conferencia leída en Curso de Verano sobre Violencia de Género en la sede de San Lorenzo del Escorial de la Universidad Complutense de Madrid.