GT 4: Políticas de reproducción en Uruguay y América Latina

La atención contemporánea del parto en Uruguay desde la perspectiva de derechos humanos

Patricia Gainza[1] y Mariana Labastie[2]

Colectivo feminista Parir con Placer[3]

Resumen

En este artículo se analiza la atención institucional del parto en el Uruguay desde el punto de vista de los derechos humanos de las mujeres. Para hacerlo se revisaron los instrumentos internacionales que sustentan los derechos sexuales y los derechos reproductivos; y se vincula la noción de ciudadanía, con las de sexualidad y autonomía. El interrogante disparador es en qué medida el modelo asistencial del parto en el Uruguay aporta a la construcción de ciudadanías emancipadas.

Específicamente se analiza cómo a partir del proceso de medicalización de la asistencia al parto se han desarrollado prácticas sanitarias que afectan la salud y la sexualidad de las mujeres, así como su capacidad de ser sujetos autónomos a lo largo de su proceso reproductivo y específicamente en el momento del parto.

Introducción

Los modelos de atención del parto y el proceso de medicalización

En Europa, a partir del siglo XVIII, es donde comienza a darse el proceso de medicalización e institucionalización del parto. Asunto históricamente atendido por comadronas pasa rápidamente a ser parte de la atención de la medicina masculinista de la época (Ehrenreich y English, 1981).

---

1 Patricia estudió sociología en México, tiene una maestría en sociología en Uruguay y es candidata a investigadora en el Sistema Nacional de Investigación. Actualmente se desempeña como la responsable de la División de Perspectivas Transversales de la Dirección Nacional de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay.

2 Mariana es antropóloga, está finalizando su Maestría en Ciencias Políticas con la tesis *Cuerpo, sexo y Ciudadanía*. Psicodramatista. Directora Ejecutiva de Amnistía Internacional Uruguay.

3 Colectivo feminista que tiene como objetivo investigar y reflexionar sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres en relación a las condiciones normativas, institucionales y subjetivas del parto y aborto en el Uruguay contemporáneo.

Si bien al principio de la institucionalización del parto la tasa de mortalidad no descendió (Knibielhler, 1993:348) un conjunto de procesos histórico-sociales[4] fueron logrando la mejora sustantiva en los resultados de morbimortalidad materna e infantil en las sociedades occidentales.

En la actualidad en América, Europa y el Pacífico Occidental entre los años 2000 y 2008 más del 90% de partos son atendidos por personal calificado logrando niveles satisfactorios de morbimortalidad.

Paralelamente se ha intensificado el gasto y la tecnología aplicados a la atención de la reproducción desarrollando prácticas consideradas ineficientes o dañinas para las mujeres y los bebés.

Para el Uruguay podemos señalar:

Prácticas	**Recomendación de la OMS (1985)**	**Datos para el Uruguay**
Cesáreas	Entre un 10 y un 15%	En el año 2010 se registró un 38,1% de cesáreas (Unidad de Información Nacional en Salud, MSP-DIGESA)
Episiotomías	Uso restrictivo	Uso no restrictivo. En un estudio realizado en 2004 en Hospitales del sistema público de atención en Uruguay se relevó que se hace episiotomía a primerizas en más del 80%.

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

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

Estos tres modelos sanitarios tienen sus correlaciones en los modos de atención del parto contemporáneo. La autora señala que las personas que se dedican a la obstetricia y que combinan elementos de los tres modelos tienen la oportunidad de crear el mejor sistema obstétrico conocido hasta ahora. Afirma también que la perspectiva humanista como modelo de cambio se plantea como la oportunidad en esta época en que la tecnología ha penetrado profundamente dentro de las prácticas obstétricas. Tal como fue definido en el Congreso Internacional sobre Humanización de

4 Tales como: la difusión de nuevas pautas de higiene (descubrimientos de Pasteur que hicieron que los hospitales asumieran las reglas de la asepsia), mejora de la calidad de la salud de las mujeres, desarrollo de tecnologías para el control del embarazo, la posibilidad de contar con intervenciones quirúrgicas cada vez más seguras, entre otras.

los Partos realizado en Fortaleza, Brasil en el año 2000: en donde el lema fue «Humanizar el parto». (Davis Floyd, 2001:2)

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

A partir del Congreso mencionado se define con mayor precisión el concepto de humanización, y se lo plantea como elemento central para la construcción de una sociedad sustentable. Se coloca el centro de atención en la mujer que pare y no en el personal de la salud (parteras/os, médicas/os, enfermeras/os y asistentes) pero a su vez se reivindica el papel fundamental de estos equipos a la hora de restablecer los lazos de la mujer embarazada con su propia vivencia y fuerza interna. En este enfoque se respetan las opciones de las mujeres en cuanto a dónde tener a sus bebés, pues el humanismo es compatible con el parto en hospitales, en casas de parto y en el domicilio de las propias mujeres.

El Uruguay y la atención del parto

El Uruguay es un país de algo menos de 3.5 millones de habitantes donde el 95% reside en áreas urbanas. De acuerdo con los datos preliminares del censo 2011, el 94% de la población dice tener como principal ascendencia racial la europea, el 8% la afrodescendiente y el 5% la indígena.[5] El patrón demográfico es atípico para la región ya que presenta una población envejecida situándose en la etapa de transición demográfica avanzada. En la actualidad se dan cifras bajas de fecundidad y creciente envejecimiento de la cúspide de la pirámide debido a la consistente reducción de la mortalidad. La tasa de mortalidad infantil es inferior al promedio latinoamericano (9 por 1000 nacidos vivos para el 2011) y sigue mostrando una tendencia descendente. (Arán y Laca, 2011).

El sistema de salud abarca a todo el territorio nacional y se compone del subsector privado y el subsector público. El subsector privado está formado por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), son asociaciones de profesionales privadas sin fines de lucro que asisten al 56% de la población del Uruguay, y por los Seguros Privados que son empresas lucrativas que asisten al 2% de la población (se incluye aquí los hospitales y clínicas privadas). El subsector público incluye a la red de hospitales públicos que están agrupadas en la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Hospital Universitario (quienes conjuntamente dan cobertura al 37% de la población), las unidades de atención de las fuerzas armadas y policiales (cubren el 5% de la población), y las unidades de atención primaria de los municipios. (Arán y Laca, 2011).

A partir del año 2005 se comenzó un proceso de reforma del sistema de salud[6] a nivel nacional que se objetiva en la ley 18.211 que regula el Sistema Nacional Integrado de Salud (FONASA). Sus

5 Cabe señalar que no son porcentajes excluyentes, ya que se puede nombrar más de una. Para ampliar información, véase: http://www.ine.gub.uy/censos2011/index.html

6 Para ampliar información, véase: http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18131&Anchor=

principales ejes son: la atención integral y preventiva en salud, la conducción y rectoría del Ministerio de Salud Pública (MSP) en las Políticas de Salud, la cobertura universal, con equidad y solidaridad a través del Seguro Nacional de Salud. Si bien la Reforma organiza una serie de transformaciones en el sistema, todavía la persona-paciente es concebida como el objeto de los tratamientos prescritos y no como la protagonista del proceso salud-enfermedad centrado en sus necesidades.

Dentro de esta reforma y en relación al parto se viene desarrollando un sistema de regionalización y traslados maternos y perinatales que obliga a que la atención del parto se realice en Maternidades que tengan block quirúrgico. Esto trae como consecuencia que hospitales o centros de atención del primer nivel de atención que venían asistiendo partos no lo puedan hacer y tengan que trasladar a las mujeres hasta un centro de atención de segundo o tercer nivel (en donde exista block quirúrgico). Esta regionalización no está en sintonía con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que plantea que:

> Se puede afirmar que una mujer debería dar a luz en un lugar en el que ella se encuentre segura, y en el nivel más 'bajo' posible, en el cual el manejo correcto este asegurado (FIGO, 1982). Para una mujer embarazada considerada de bajo riesgo esto puede ser en casa, en una maternidad pequeña o quizás en una gran maternidad de un gran hospital. Sin embargo, debe ser un sitio donde toda la atención y cuidados se enfoquen en sus necesidades y seguridad, tan cerca como sea posible de su casa y cultura». (OMS, 1996)

Las profesiones legalmente autorizadas para asistir partos en Uruguay son la medicina ginecológica y la partería. Ésta última puede asistir las situaciones de parto normal, definido por la OMS (1996) como «Comienzo espontáneo, bajo riesgo al comienzo del parto manteniéndose como tal hasta el alumbramiento. El feto nace espontáneamente en posición cefálica entre las semanas 37 a 42 completas. Después de dar a luz, tanto la madre como el feto se encuentran en buenas condiciones». La OMS (1996) plantea que la profesional más apropiada para asistir el parto normal es la matrona, para el Uruguay esto significa: la partera. Y plantea que el obstetra ginecólogo debe actuar cada vez que se presenten situaciones de alto riesgo. En nuestro país las Normas de la Atención a la Mujer en proceso de Parto y Puerperio del MSP, realizadas en el año 2008, plantean que tanto la partera como el ginecólogo/a están capacitados para asistir aquellos trabajos de partos, partos y puerperios de bajo riesgo (2008:14). Sin embargo la gran mayoría de partos son atendidos por médicos/as[7]. Esto pasa en todas las prestadoras privadas, en donde de forma tácita se niega el derecho de las mujeres a ser asistidas por parteras. En el sector público las parteras asisten partos normales en porcentajes minoritarios a los/as médicos[8].

7 Es de destacar que en este asunto tiene incidencia el Acto Médico que se paga a los/as ginecólogos/as por la realización tanto de un parto como de una cesárea, pagándose más ésta última.

8 Entre los años 2004 y 2008 en el Hospital Público Pereira Rosell (mayor maternidad del país) un 33% de los partos de terminación espontánea fueron atendidos por parteras. Informe de gestión Maternidad 2008. Centro Hospitalario Pereira Rossell.

Junto con Casilda Rodrigañez (2009:59-67), entendemos que el parto, además de ser parte de la vida reproductiva, es parte de la sexualidad de las mujeres y que el modo de atención al parto institucional compone el dispositivo más general de represión sexual actual. Por tanto consideramos que una reflexión sobre la atención del parto centrada en la sexualidad y la capacidad de decidir sobre el cuerpo es una necesidad y una potencia en el camino autonómico de las mujeres.

En lo que sigue, luego de presentar la metodología de investigación, revisaremos el marco legal internacional que sustenta los derechos sexuales así como realizaremos una contextualización para Uruguay de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Luego proponemos una cierta concepción de ciudadanía y autonomía que nos permite analizar la atención contemporánea al parto desde el lugar de los derechos humanos de las mujeres.

Algunas notas metodológicas

El trabajo de campo que sustenta este artículo lo realizó una de las autoras con motivo de la tesis de Maestría en Sociología Derechos y Poderes en el parto: una mirada desde la perspectiva de humanización, realizada en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República Oriental del Uruguay (UdelaR), defendida en mayo del 2011.

Se desarrolló dentro del paradigma cualitativo de investigación, utilizando como técnicas de producción de datos la entrevista en profundidad y los grupos de discusión. La muestra fue sesgada y privilegió la palabra de personas críticas con el modelo tecnocrático de atención al parto y nacimiento y que adhieren a la perspectiva de Humanización. Todas las entrevistas se desarrollaron en la capital del país, departamento que concentra la mayoría de la población y de prestadoras de salud, especialmente servicios de salud de segundo y tercer nivel de atención.

Los tres sectores poblacionales fueron: decisores/as de políticas, referentes de la academia e integrantes de movimientos sociales (8 entrevistas); integrantes de los equipos de atención al parto: ginecólogos, parteras, estudiantes de partería (13 entrevistas) y mujeres que pasaron por la experiencia de parir (15 entrevistas). En la muestra de mujeres no se tuvo en cuenta ni sesgos raciales ni de orientación sexual, de esto resultó que la gran mayoría de mujeres entrevistadas fueron blancas y que no se relevara información sobre su orientación sexual. La muestra buscó recoger la voz de dos sectores de mujeres: a) que hubieran realizado cursos de preparación para el parto basados en la perspectiva de humanización, 7 mujeres. Esto implicó que fueran mujeres que pudieron pagar un curso privado y además se atendieran en el sector privado de salud (IAMC); b) mujeres atendidas en el sector público y sin haber realizado cursos de preparación para el parto desde la perspectiva humanista, 8 mujeres. Sobre el sector entrevistado de partería y medicina ginecológica la gran mayoría de personas adherían a la perspectiva de Humanización y se manifestaban críticas con el modo hegemónico de atención. En este sector se utilizó la bola de nieve como modo para la recolección de entrevistadas/os. De forma de triangular los discursos se tuvo en cuenta la voz de un médico ginecólogo que no trabaja desde la perspectiva de Humanización.

Nuestro grupo Parir con Placer, comparte los trabajos de campo de cada investigadora y los vuelve a analizar de forma colectiva con fines que trascienden los objetivos académicos de cada una.

Los derechos sexuales y el marco legal en Uruguay

En el proceso de consolidación del proyecto político feminista la reflexión sobre la sexualidad y la reproducción cobró un rol sustantivo, en la medida que se procuraba trascender la tradicional vinculación entre ambas. El objetivo era lograr esta desvinculación para desarticular la noción según la cual la finalidad de la sexualidad es la reproducción, quitándole el valor propio de cada una. Tarea fundamental en su momento. Pero actualmente, esta vinculación funcional no sólo invisibiliza el placer sexual sino que, esta relación cristalizada en mandato social, aplica principalmente para las mujeres ya que para los varones la relación entre sexualidad y reproducción está más bien separada.

El pensamiento feminista, al igual que la teoría Queer y los estudios lésbicos, procuraron llamar la atención sobre esta conexión entre sexualidad y reproducción mostrando que en ella subyace una concepción exclusivamente heterosexual, misógina y patriarcal, que en principio suprimiría las otras opciones de vivir y ejercer la sexualidad. Nosotras agregamos aquí que no sólo discrimina a las sexualidades diversas, sino que niega la sexualidad de niños, niñas, adolescentes, adultos/as mayores y las mujeres embarazadas o puérperas.

Los derechos sexuales sólo pueden ser ejercidos en una democracia, con justicia social, económica y de género que favorezca la construcción de una ciudadanía emancipada. Sin embargo, en nuestras democracias latinoamericanas, el cuerpo femenino es tratado como propiedad del hombre y del Estado (patriarcal) y está expuesto a mitos y preconceptos, donde el placer, monopolizado por una visión de sexualidad masculina-heterosexual, lo carga con el peso de la exclusión, de las desigualdades y la violencia.

Entendemos aquí que la violencia que sufren las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio forma parte de esta lógica, no únicamente porque el actual sistema de salud —patriarcal y heterocéntrico— violenta directamente su capacidad reproductiva, sino porque niega sistemáticamente la sexualidad y el placer que las mujeres siguen sintiendo y deseando en esta situación vital.

El movimiento feminista ha trabajado arduamente para desmitificar la idea de la relación natural entre la sexualidad femenina y la reproducción; este colectivo adhiere a esta idea, por eso nos importa señalar que la sexualidad durante el embarazo y el puerperio, así como la afectación de la sexualidad durante la atención del parto, no deben quedar fuera del pensamiento liberador de la sexualidad como expresión de autonomía de las mujeres.

> Para mí el parto es una instancia más de la sexualidad de la mujer, que se intenta poner en un lugar público. El hospital y la institución es un lugar público, que a su vez tiene que ser mediado por médico -partera (las parteras podemos llegar a ser dominantes autoritarias, no escapamos a las reglas generales). Una cuestión íntima está puesta en un lugar público

> donde el que regula tiene que ser objetivo, una cosa muy fuerte. Sumamos lo jerárquico, lo hegemónico, lo masculino, y el que tiene que tomar las decisiones tiene que mantenerse impoluto de esa cosa sexual, con el peso que tiene la sexualidad en nuestra historia … Para mí se arma una olla de grillos bien difícil de desanudar, porque la mujer se reprime en sus sonidos, en sus movimientos, el otro no puede tolerar que grite, que maneje sus ritmos, sino de acuerdo a lo que uno puede medir. (Estudiante de partería)

La negación de la sexualidad y la reproducción de las personas, como natural, propio y personal, exige un movimiento radical para asegurar que se conviertan en derechos y que estos integren el derecho a decidir sobre el propio cuerpo.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos

«El derecho provee de un sistema de normas neutral y se nutre de las prácticas sociales e incide en el comportamiento de los individuos, es decir, tiene una eficacia productiva de subjetividades y materialidades donde el poder tiene un rol fundamental» (Valladares, 2003: 58). Cabe señalar que desde el feminismo siempre se ha procurado que el exigir un marco de «derechos» no invisibilice la situación de desigualdad e inequidad de las mujeres (y entre las mujeres), el corpus del derecho internacional ha contribuido a generar contextos de demanda, exigibilidad y justiciabilidad de los derechos de las mujeres que más tarde se aplicarán al contexto local.

Teniendo esto en mente, cuando proclamamos el respeto y la vigencia de los derechos sexuales y derechos reproductivos para las mujeres exigimos herramientas que promuevan, protejan y respeten a las mujeres, sus derechos ciudadanos y contribuyan a eliminar todas las formas de discriminación contra ellas.

En el caso que nos convoca, revisamos los instrumentos internacionales que fueran pasibles de ser utilizados para la promoción de los derechos sexuales, los derechos reproductivos, los derechos a la salud sexual y la salud reproductiva de las mujeres en el ámbito internacional y en el nacional.

Las convenciones internacionales sobre derechos humanos, derechos de las mujeres y derechos económicos, sociales y culturales no tienen afirmaciones específicas sobre los derechos sexuales y reproductivos de las poblaciones[9]. De ahí que aún estemos en un proceso de conceptualización de los derechos sexuales donde la actual iniciativa de Propuesta de Convención Interamericana de los derechos sexuales y los derechos reproductivos [10] se posiciona como fundamental.

En el proceso histórico que significa la construcción del marco de derechos humanos de las mujeres, es en 1993, en la Conferencia sobre Derechos Humanos de Viena que se establece que los derechos de las mujeres son parte inalienable de los derechos humanos, siendo el precedente para

9 Para la realización de este trabajo se revisó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), la observación general N.14 al PIDESC http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidesc.htm, y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) http://www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm

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

una serie de declaraciones, plataformas, acuerdos y convenciones sobre los derechos humanos de las mujeres.

A la hora de introducir o justificar el derecho a decidir, y el derecho a decidir sobre el cuerpo por parte de las mujeres, ya sea para interrumpir un embarazo o para ejercer la maternidad, no encontramos normativa internacional que nos cobije, sí en cambio declaraciones como El Cairo (1994) y Beijing (1995), que «…no pueden ni deben ser consideradas normatividad 'dura y sostenible' como son las convenciones internacionales. Pero los dos Programas de Acción, tanto de El Cairo como de Beijing, pueden ser comprendidos como marcos normativos éticos iniciales». (Correa, 2003)

También en 1995, la Cumbre Social de Copenhague, establece entre los compromisos que se adoptan el garantizar el acceso universal a los servicios de atención en salud, incluyendo los relacionados con la salud sexual y reproductiva. (Valladares, 2003)

Observamos que siempre aparece como necesario justificar el tema desde la salud sexual y la salud reproductiva y no simplemente desde la perspectiva de las libertades fundamentales a decidir sobre el cuerpo. Incluso en la inclusión del párrafo 96 en la Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1995) en materia de sexualidad, el texto no habla de «derechos sexuales» (porque en su momento fue imposible la incorporación de esta idea como la de que la orientación sexual no es una razón justificable de discriminación). Pero aún con esas limitaciones «se reconoce que las mujeres tienen derecho a ejercer su sexualidad en condiciones libres de discriminación, coerción y violencia». (Correa, 2003)

La CEDAW[11], en esta misma línea, tampoco hace referencia a los derechos sexuales o reproductivos en cambio sí hace referencia a la maternidad:

> La adopción por los Estados Partes de medidas especiales, incluso las contenidas en la presente Convención, encaminadas a proteger la maternidad no se considerará discriminatoria. (artículo 4, 2)

Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para:

> Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos. (artículo 5, b)

En Uruguay los tratados ratificados tienen valor de ley, por lo que el Estado se compromete a llevar al nivel nacional los acuerdos internacionales. En materia de derechos sexuales y derechos reproductivos, la construcción de legislación interna está más desarrollada que la internacional, ya que la ley 18.426 sobre la Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva, si bien se enmarca

11 Convención contra toda forma de discriminación contra la mujer (CEDAW por sus siglas en inglés).

también en el concepto de salud como su nombre lo demuestra, en su desarrollo hace expresa referencia a los derechos sexuales en sí mismos como parte del disfrute de una vida plena:

> El Estado garantizará condiciones para el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población (artículo 1)
>
> Capacitar a las y los docentes de los ciclos primario, secundario y terciario para la educación en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como parte de una ciudadanía plena y en el respeto de los valores de referencia de su entorno cultural y familiar (artículo 2, d)

En el marco de la libertad de decisión, la misma ley en su artículos 3 y 4 afirma:

> 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.
>
> Dictar normas que incluyan el enfoque de derechos sexuales y reproductivos para el seguimiento del embarazo, parto, puerperio y etapa neonatal.
>
> Brindar información suficiente sobre el trabajo de parto, parto y post parto, de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas si existieren distintas alternativas.
>
> Apoyar a las parejas y personas en el logro de sus metas en materia de sexualidad y reproducción, contribuyendo al ejercicio del derecho a decidir el número de hijos y el momento oportuno para tenerlos.

A pesar de esta normativa, pocas actividades son desarrolladas por otras instancias que no sean el MSP, de hecho la ley únicamente enumera las responsabilidades que hacen a esta institución remarcando la idea generalizada de que la sexualidad es un ámbito a cubrir en la medida que tiene implicancias serias para la salud, pero no porque sea parte indispensable de una vida plena: tampoco aparece ninguna idea como la «práctica de una sexualidad plena» o «goce sexual».

No es de extrañar que no se haga referencia al goce sexual ya que en el marco de una educación represiva, nos convertimos en una sociedad que tiene vergüenza o miedo de hablar de él públicamente, a menos que sea desde una óptica científica, médica o sanitarista o, a nivel coloquial, desde el ridículo. Y en este contexto de represión el placer sexual de las mujeres embarazadas y puérperas, o su sexualidad luego de la atención médica del parto, apenas está en agenda.

Conformando ciudadanías plenas respetuosas de las sexualidades

Los conceptos de ciudadano y ciudadana aportan contenidos centrales sobre libertades y garantías individuales y cambian de significado y contenido de acuerdo a los grupos sociales y sus épocas.

Tomando la noción de ciudadanía activa trabajada por Bojórquez (2002:79-94) encontramos que la misma se manifiesta en el ámbito social a través de la responsabilidad, la solidaridad y la cooperación, fiscalización y rendición de cuentas; y en el ámbito personal a través de la

participación. Aquí surge con mucha fuerza la idea de la «pobreza de ciudadanía» o «ciudadanía pobre» que no permite «pertenecer a una comunidad en calidad de miembros plenos, y esto es, la exclusión social» (Bojórquez, 2002:81). Esta situación no le permite a las personas obtener las condiciones de vida —materiales e inmateriales— que les posibilite desempeñar roles, participar plenamente en la vida económica, política y social y especialmente entender los códigos culturales que permiten su integración social. (Bustelo, 1999:37-38)

Lo que generalmente no contemplan las definiciones generalizadas de ciudadanía es la dimensión subjetiva que hace a la construcción del concepto desde el cuerpo de las mujeres, el cuerpo como concepto político. Diversas autoras (Patenam citada por Agra, 2003) centran la importancia de la reconceptualización de la ciudadanía en el cuerpo como categoría política. Patenam parte de «la relevancia política de la diferencia sexual» y critica a los teóricos políticos por naturalizar la diferencia sexual y ocultar que el contrato social esconde un contrato sexual, que cubre la esfera privada. Para la autora, la esfera pública y la privada no son dos ámbitos separados, están estrechamente vinculadas y una no existe sin la otra. Plantea la necesidad de abandonar el «individuo unitario masculino» y considerar ambos cuerpos, el femenino y el masculino. Jones (citada por Bojórquez, 2002) por su parte plantea que no podemos hablar de un concepto de ciudadanía neutral respecto al género que ignore el cuerpo femenino (y agregaríamos: los cuerpos en sus diversas acepciones) como hace el sistema político.

Como en tantas esferas del mundo social en la efectivización de los derechos sexuales y reproductivos y la capacidad de tomar decisiones sobre el propio cuerpo, se pone en juego la calidad de la ciudadanía. Es una instancia para dar cuenta de la concepción que la sociedad tiene sobre la sexualidad y la reproducción, pero también sobre la autonomía y la libre determinación que las personas y concretamente las mujeres tienen, o deberían tener sobre sus cuerpos.

En el Uruguay un amplio sector de personas y específicamente de mujeres no tienen las condiciones de vida necesarias que les permitan participar plenamente o de acuerdo con sus intereses, creencias y necesidades de las diversas decisiones sobre la sexualidad y el cuerpo que hacen a la continuación o no de un embarazo (si bien se aprobó a fines del 2012 la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, su implementación en términos de derechos aún es un desafío[12]), a las formas de control de un embarazo deseado, al proceso del parto, de puerperio y de lactancia.

12 Ley que mantiene al aborto como un delito, lo que hace es suspender la pena cuando el acto se realice según los requisitos que propone la Ley: antes de las 12 semanas las mujeres deberán ir a una consulta médica de alguna institución del Sistema Nacional Integrado de Salud « …a efectos de poner en conocimiento del médico las circunstancias derivadas de las condiciones en que ha sobrevenido la concepción, situaciones de penuria económica, sociales o familiares o etarias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso». (Artículo 3º). Por lo tanto una mujer será procesada si se realiza un aborto fuera del Sistema Nacional Integrado de Salud. Nuestro colectivo entiende que el procedimiento que instrumenta esta Ley no tiende a la construcción de ciudadanías plenas porque las mujeres siguen concibiéndose como sujetos tuteladas por el poder médico.

Por otra parte el discurso médico ha sido históricamente hegemónico en la construcción del Estado moderno uruguayo. El mismo ha sido el responsable de instaurar el culto a la «invalidez» femenina, a la concepción de la mujer como un enfermo en estado natural: la gestación, la menstruación, «las enfermedades propias». Más adelante ayudaron a construir el estereotipo de «madre», la única función verdaderamente «natural» de la mujer (Barrán, 1993:77). Esta visión patológica de los cuerpos y procesos de las mujeres es muy influyente en el modo actual de concebir los partos. En vez de partir de la evidencia científica aportada por la medicina basada en evidencia que sustenta que más del 85% de los partos y nacimientos pueden desarrollarse de forma fisiológica y casi sin intervención externa a las mujeres, se organiza un sistema de atención al parto que pretende llegar al 100% de las mujeres basado en la concepción patológica del parto, obligando a las mujeres a parir en centros de segundo y tercer nivel de atención, asistidas por la medicina, invadidas por la tecnología y por intervenciones muchas veces injustificadas que van quitándole la posibilidad de reconocer y responder a las necesidades de su cuerpo. Negándoles así la posibilidad de experimentar que son ellas las que paren a sus hijos e hijas y en su lugar proponiendo al hospital como el dispositivo que «logró» que su bebé naciera.

Estamos frente a un sistema que practica una medicina hegemónica, autoritaria y controladora especialmente sobre el cuerpo de las mujeres. Una ciudadanía plena pasa necesariamente por un Estado informando sobre libertades y derechos desde los diferentes sectores especialmente desde el sector salud.

Consideramos indispensable la construcción de una idea de la sexualidad y los derechos sexuales desde una visión liberadora y emancipadora, donde el objetivo último sea el desarrollo de una vida sexual plena para todas las personas que a su vez le permitan tomar las decisiones adecuadas que acompañen otras decisiones de la vida. La sexualidad plena como uno de los derechos de la vida plena.

¿Sin derechos ni autonomía en la atención contemporánea del parto?

El sistema social y el sistema médico han evolucionado hacia una forma de atención al parto y nacimiento, que más que orientada a tener en cuenta las necesidades de cada mujer singular, garantizan protocolos de atención que aseguran un nivel adecuado de morbimortalidad, a la vez que defiende al profesional (que no se sale de los modos legitimados de atención): «[El parto] es un proceso tan incontrolable y misterioso que todo el mundo quiere meterle regulaciones, nos da miedo a todos los que pasamos por ahí si estará todo bien …» (Estudiante de partería desde la perspectiva humanista).

En el hacer de la práctica obstétrica se continúan desarrollando intervenciones que han demostrado ser inefectivas e incluso perjudiciales para las mujeres y los bebés (OMS, 1996; Colomar et al, 2004). Dentro de éste tipo de prácticas se encuentran (entre otras): no permitir a las mujeres que tomen decisiones acerca de su cuidado; que sean los/as médicos/as quienes asisten a todas las

mujeres; insistir en el confinamiento institucional universal; rasurado de rutina; enema rutinario; monitoreo fetal electrónico rutinario; restricción de la posición materna durante el trabajo de parto y parto (obligación de parir acostadas); episiotomía rutinaria; repetir la cesárea en forma rutinaria luego de una cesárea anterior; inducción del parto en forma rutinaria antes de las 42 semanas; separación de las madres de sus hijos cuando estos se encuentran en buen estado de salud (OMS, 1996).

Las mujeres —independientemente de su situación socioeconómica, nivel educativo, etc.— no son concebidas como ciudadanas con derechos plenos, ya que su libertad reproductiva y su capacidad de experimentar los partos en función a sus cuerpos y sexualidades no son tomadas en cuenta. El sistema de salud decide por ellas, no se les informa ni se les pregunta sobre las intervenciones realizadas sobre sus propios cuerpos. No se les permite practicar una ciudadanía activa que implique el reconocimiento de otras opciones, como por ejemplo, respecto de las alternativas que hay para la realización de un parto, la reivindicación de la diversidad y la subjetividad, la confianza en las decisiones de cada una estrictamente relacionadas con sus propias necesidades y trayectorias de vida.

Un estudio[13] realizado en el 2004 en doce hospitales públicos del Uruguay (en donde se revisaron los registros hospitalarios, se realizó observación y se aplicó una encuesta a mujeres puérperas sobre las prácticas estudiadas) revela que la episiotomía se aplicó en primíparas a más del 80% y en todas las mujeres a más del 50%. El rasurado perineal demostró tasas de utilización superiores al 50%. En la mitad de los hospitales encuestados el uso de enema fue mayor del 30% y alcanzó 80% en algunas instituciones.

En relación al rasurado uno de los ginecólogos entrevistados opinó:

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

De esta forma vemos como una práctica demostrada perjudicial para las mujeres, por su incidencia posterior en infecciones en el periné, es realizada por la medicina por estricta ideología y conveniencia de los funcionarios de la salud.

Existen múltiples prácticas obstétricas que responden al modelo de ciudadanía empobrecida, al decir de Bojórquez (2002). Cuidando sólo el derecho a la asistencia, sin tener en cuenta los derechos sexuales ni los derechos reproductivos, se exige de las mujeres que cedan sus cuerpos, que callen sus opiniones, que repriman sus sonidos y que se adapten dócilmente a un sistema que 'sabrá cuidar por ellas'. «La construcción del sujeto político femenino necesita de una dinámica de individuación», bajo esta idea central, retomamos el planteo de Kathleen Jones (Bojórquez, 2002) quien afirma que

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

«el cuerpo es una dimensión significativa en la definición de ciudadanía». Siendo el cuerpo el foco de dominación subjetiva y sufrimiento físico, también es la fuente de libertad y construcción democrática. La apropiación del propio cuerpo en su dimensión política —autónoma—, nos obliga a confrontar ideologías, perspectivas filosóficas, religiosas o científicas que la niegan.

En el caso de las mujeres en Uruguay, es indispensable para construir esta ciudadanía y este sujeto político femenino superar la relación paternalista y tutelar del Estado, que supone cumplir su papel al garantizar que todas las personas tengan derecho a la asistencia sanitaria, sin comprometerse activamente en la búsqueda de estándares de calidad.

En especial nos interesa señalar dos asuntos; en primer lugar, la concepción del sistema de salud de la sexualidad de las mujeres al momento de brindar asistencia obstétrica, a la vez que la invisibiliza, la violenta y la reprime. Y en segundo lugar, las consecuencias sobre la sexualidad de las mujeres del uso rutinario de la episiotomía.

Las mujeres «madres» se vuelven seres asexuados. Se les da un número de cama y se las transforma en una historia clínica. Son uniformadas y cubiertas en su desnudez, son higienizadas, conectadas a monitores de alta tecnología; el parto se transforma en un hecho científico, medible, controlado, sin espacio para la afectividad ni la sexualidad plausible de ser vivenciadas por algunas mujeres y sus entornos afectivos.

Históricamente, el placer del cuerpo fue interpretado por las diferentes ideologías religiosas, filosóficas, políticas, científicas puritanas y conservadoras; nuestra manera de amar, de desear, de gozar y vivenciar el cuerpo y el placer a través de él tienen una fuerte impronta de la cultura patriarcal homofóbica y misógina (Manifiesto, 2002). La búsqueda del placer es la expresión básica de la autonomía individual que nos legitima a la autopercepción de que somos personas con derecho a él, tanto en el juego erótico, amoroso, sexual, como en otras esferas de la vida, como la maternidad y la posibilidad de un parto orgásmico, Juan Merelo (1980) señala que:

> …aunque parezca insólito el hecho [el parto orgásmico] es más tabú que el del incesto, pues en éste queda incólume la figuración machista del poder fálico, …mientras que aceptar que es posible el placer orgásmico sin falo por medio destruye el principio cultural que sostiene toda la seguridad machista… (Merelo, 1980:85).

Sin embargo no todo se torna asexual, en momentos clave, en donde el sistema de salud necesita mayor docilidad de las mujeres, todavía se utilizan afirmaciones violentas sobre sus sexualidades. En las siguientes dos citas se evidencia de forma explícita la culpabilización hacia las mujeres por haber practicado relaciones sexuales:

> Cuando estuve internada por la más grande, por amenaza de aborto, te ponían los dedos hasta allá arriba, hasta por gusto. Me abrieron el útero con una espátula, sentís que te molesta, yo sentía que me dolía y lo decía. Y me dijeron: «¿te gustó ponerla ahora ¡¡¡aguantá!!!» (Adolescente atendida en el subsector público).

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

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

Como expresa una partera entrevistada:

> Estamos pariendo por un aparato genital que todavía tiene connotación de pecado, de feo, de enfermo, de malo, de sucio. (Partera con perspectiva humanista)

Por otra parte, la episiotomía es una incisión quirúrgica de la vagina y el periné que se realiza en el momento expulsivo del parto para facilitar la salida de los/as bebés. Constituye un grave problema de salud por constituir una lesión quirúrgica y hemorrágica que violenta la integridad anatómica y funcional de los genitales de las mujeres.

La razón por la que se la practica radica en que se supone previene desgarros, sin embargo no existe evidencia empírica que confirme esta hipótesis. La ideología patriarcal (que no duda en cortar el cuerpo de las mujeres) y la lentitud para introducir cambios en las currículas de medicina hace que se siga practicando de forma indiscriminada.

Como expresó un médico entrevistado cuando se le preguntó sobre su uso:

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

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

> Y justamente en la episiotomía cortan vasos y músculos que limitan el placer … en donde se forma la plataforma orgásmica se le hace el corte … Yo digo que son misóginos y las mujeres que siguen el mandato patriarcal. (Partera humanista)

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

Reflexión final

Las mujeres son tratadas por el Estado uruguayo como beneficiaras-usuarias-clientas o «prestadoras de todos aquellos servicios que éste [el Estado] no asume» (Bojórquez, 2002:90) pero están muy lejos de ser concebidas como sujetos autónomos. Es este el espacio que debemos construir: sociedades lo suficientemente maduras como para reconocer y respetar la capacidad de decisión de cada mujer sobre su propia vida y por tanto sobre su cuerpo. Aquí surge la necesidad de identificar los principios de accesibilidad, justiciabilidad y exigibilidad de los derechos sociales, sexuales y reproductivos.

Sin embargo la sexualidad y la reproducción, así como los derechos sexuales y reproductivos quedaron circunscriptos a la esfera de la salud reproductiva que avala el ejercicio de poder, dificultando el ejercicio de derechos y debilita las posibilidades de escoger cuándo y cuántos hijos tener, tanto como elegir la posición para parir o, negando la subjetividad de la embarazada o la parturienta en relación a su hijo/a. La reproducción es vista como el papel de la mujer por excelencia, en un marco hegemónico heterosexual, limitando así los derechos reproductivos de todas las personas y el derecho a vivir la diversidad sexual y la búsqueda del placer. (Manifiesto, 2002).

El proceso de medicalización del embarazo, el parto y el puerperio significan una vulneración de la autonomía que afecta a toda la comunidad. Recuperar el derecho a decidir autónomamente es una conquista emancipatoria que implica afirmar la autonomía de las mujeres como seres sexuales y como ciudadanas, promover la apropiación de su capacidad reproductiva habilitando condiciones para escogerla y vivenciarla libremente.

Bibliografía

Agra Romero, María Xosé (2003) *Cidadanía. El debate feminista. Xénero e Documentación. Unha ferramenta de achega ao tratamento documental*. Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.

Aran, Daniel y Laca, Hernán (2011) «Sistema de Salud en Uruguay» en: *Salud Pública de México*, Vol 53, suplemento 2, Montevideo, Uruguay.

Barrán, José Pedro (1993) *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos*, Tomo 1: El poder de curar, Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, Uruguay.

Bojórquez, Nelia (2002), Ciudadanía, Disponible en:http://www.uam.mx/cdi/derinfancia/5nelia.pdf

Bustelo Graffigna, Eduardo (1999) «Pobreza moral. Reflexiones sobre la política social amoral y la utopía posible» en: *Infancia y política social*. Suman Bhattacharjea (compiladora) UNICEF y UAM, México D.F., México.

Colomar, Mercedes, et al (2004) «Prácticas en la atención materna y perinatal realizadas en los Hospitales Públicos del Uruguay» en: *Ginecología y Obstetricia de México*, Vol 72, Número 9, México D.F., México.

Correa, Sonia (2003) *Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política*. MYSU, Montevideo, Uruguay.

Davis Floyd (2001) «Los paradigmas Tecnocrático, Humanista y Holístico del parto» en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 75, suplemento nº 1.

Ehrenreich, Bárbara y English, Deirdre (1981) *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las Sanadoras*, La Sal ediciones de les dones, Barcelona, España.

Federation of Feminist Women's Health (1978), *A new view of a woman´s body,* A touchstone Book, Los Ángeles, Estados Unidos.

Knibiehler, Yvonne (1993) «Cuerpos y Corazones» en *Historia de las Mujeres en Occidente*, bajo la dirección de Georges Duby y Michelle Perrot, editorial Taurusminor, Madrid, España.

Manifiesto Campaña por la convención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, primera versión (para el debate), (2002), Lima, Perú.

Merelo Barberá, Juan (1980), *Parirás con placer*, Editorial Kairós, Barcelona, España.

MSP (2008), *Guías en Salud Sexual y Reproductiva: Normas de la Atención a la Mujer en proceso de Parto y Puerperio*, Montevideo, Uruguay.

OMS (1996) *Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Informe presentado por el grupo técnico de trabajo en Ginebra. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, Ginebra, Suiza.

Rodrigáñez, Casilda (2009) *Pariremos con Placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina.* Editorial Madreselva.

Valladares, Lola (2003) *Derechos Sexuales en Series para el debate*, Campaña por la convención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos (2003), Nº 2, Lima, Perú.