

Violencia obstétrica en Uruguay: Un enfoque de género y bioético

Romina Gallardo Duarte

Gestar Derechos

rmgd26@gmail.com

Orcid ID: <https://orcid.org/0000-0003-2909-9190>

Obstetric Violence in Uruguay: A Gender and Bioethical Approach

ISSN 1989-7022

RESUMEN: Este artículo se propone analizar la influencia de los estereotipos de género presentes en los servicios de salud sexual y reproductiva y del modelo imperante de atención al parto, en la generación de prácticas que pueden catalogarse como violencia obstétrica hacia las mujeres uruguayas.

Luego de analizar ciertas prácticas en la salud materna y perinatal, entre ellas el valor que los profesionales de la salud atribuyen al consentimiento informado, se concluye que Uruguay se caracteriza por una atención al parto, donde persiste un modelo biomédico, con tendencia al intervencionismo, que en conjunción con los sesgos machistas presentes en las relaciones médicas, propician algunas evidentes prácticas que pueden encuadrarse como violencia obstétrica.

PALABRAS CLAVE: Violencia obstétrica. Parto. Género. Estereotipos. Bioética.

ABSTRACT: This article aims to analyze the influence of gender stereotypes present in sexual and reproductive health services and the prevailing model of childbirth care, in the generation of practices that can be classified as obstetric violence against Uruguayan women.

After analyzing certain practices in maternal and perinatal health, it is concluded that Uruguay is characterized by a childbirth care, where a biomedical model persists, with a tendency to interventionism, which in conjunction with the sexist biases present in medical relationships, promote some evident practices that can be framed as obstetric violence.

KEYWORDS: Obstetric Violence. Childbirth. Gender. Stereotypes. Bioethics.

1. Introducción

La utilización del polémico y a veces resistido término violencia obstétrica, sobre todo entre profesionales sanitarios, tiene una historia que si bien es contemporánea, consta de un trayecto sostenido en el tiempo sobre todo vinculado a grupos activistas y a la sociedad civil organizada. Como afirma Chadwick:

“El concepto de violencia obstétrica emergió en los 2000s en América Latina y España como una extensión de la lucha activista para humanizar y desmedicalizar el parto y empoderar a mujeres y jóvenes durante el embarazo, trabajo de parto y nacimiento” (Traducción propia, Chadwick, 2016, 423).¹

Asimismo, la autora señala un uso intencionado de la expresión, a fin de que estas prácticas nocivas en la atención materna sean además entendidas como manifestaciones de violencia:

“El uso del controvertido término “violencia obstétrica” sobre otros rótulos más neutrales como por ejemplo “maltrato” es parte de un movimiento deliberado para confrontar las prácticas problemáticas, que han sido a menudo escondidas, invisibilizadas o desconocidas, como formas de violencia” (Traducción propia, Chadwick, 2016, 423).

Más allá del origen del concepto aquí tratado, el interés por la humanización y desmedicalización del parto, como antecedente de la lucha por visibilizar la violencia obstétrica,



no es reciente. Es posible afirmar que se remonta a la década de 1970, cuando diversos colectivos comenzaron a divulgar los beneficios del “parto natural”, como alternativa al parto hospitalario (Bellón, 2015, 106). Incluso desde la propia obstetricia surgieron en los 1970s y 1980s, propuestas alternativas y críticas con el modelo de parto tecno-medicalizado, con referentes como el Dr. Michel Odent o su predecesor Frederik Leboyer (Bellón, 2015, 106).

También surgieron cuestionamientos desde la ciencia, con un artículo de la prestigiosa revista médica *The Lancet*, publicado en diciembre de 1987, en el que se concentraban estudios de diferentes partes del mundo. En dichas investigaciones se trataban decenas de miles de nacimientos, comparando grupos de mujeres dando a luz. En uno de los grupos se contaba con la ayuda de una máquina electrónica para escuchar los latidos del corazón del bebé; en tanto en un segundo grupo esa escucha era realizada ocasionalmente por una partera. La conclusión a la que se arribó fue que el único efecto significativo del uso de la máquina durante el trabajo de parto consistió en aumentar el número de cesáreas y el uso de fórceps (Odent, 1992, 12).

Respecto a la inclusión de la violencia obstétrica a nivel normativo, en el contexto global:

“el primer caso de reconocimiento institucional de violencia obstétrica se dio en Venezuela, con la aprobación el 25 de noviembre de 2006 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la cual es un referente para las legislaciones que surgieron posteriormente en la Región” (Villanueva, 2016, 12).

En cuanto a Uruguay, la Ley de Violencia basada en Género y hacia las Mujeres, promulgada en el año 2017, reconoció la Violencia Obstétrica como una de las 18 manifestaciones de violencia, definiéndola en el Artículo 6, literal H como: “Toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos” (Uruguay, 2017, Art. 6).

Aunque vale aclarar, que ya desde el 2008 la Ley de Salud Sexual y Reproductiva estableció en su Artículo 3, como uno de los objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva: “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” (Uruguay, 2008, Art. 3).

Muchos años han transcurrido desde que en 1985 la Declaración de Fortaleza estableciera una serie de recomendaciones sobre el nacimiento y señalara que: “Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención” (OMS, 1985), hasta el pronunciamiento de la ONU en el 2019 reconociendo las distintas formas de maltrato y violencia que sufren las mujeres en los servicios de salud reproductiva, especialmente en el parto (Šimonović, 2019). Sin embargo, y más allá de los avances legislativos, nuestro propósito en este artículo será mostrar cómo la atención al parto en Uruguay se presenta cada más intervencionista, menos centrada en la mujer² como sujeto de derechos, con usos y costumbres abusivas o irrespetuosas.

Nuestra postura toma como punto de partida las dimensiones epistemológicas y axiológicas a las que hace referencia Serena Brigidi: “La pregunta /.../ no es cómo llamamos la Violencia

Obstétrica y no solo porqué esta definición ya se tiene ampliamente descrita en literatura, sino cómo, a nivel epistemológico y axiológico, el modelo biomédico y popular aceptan la violencia en el parto y en el embarazo” (Brigidi, 2018, 166).

En torno a dicha interrogante pretenderemos analizar cómo los estereotipos de género presentes en los servicios de salud sexual y reproductiva, el rol que se atribuye al consentimiento informado y el modelo imperante de atención al parto, influyen en la generación de prácticas que pueden catalogarse como violencia obstétrica hacia las mujeres uruguayas.

Objetivo:

En este artículo pretendemos aplicar un marco teórico de corte feminista que entiende a la violencia obstétrica como una particular forma de violencia de género y que opera mediante el reforzamiento de ciertos estereotipos de género, sin mediar un real consentimiento informado en las prácticas de parto institucionalizado.

Metodología:

Para el análisis de caso de Uruguay se realizó un estudio del marco legal, de la literatura específica, de fuentes estadísticas y de las acciones realizadas por los colectivos feministas vinculados a la temática. Se sistematizaron además, 35 denuncias y otros numerosos testimonios recibidos en el colectivo Gestar Derechos por parte de mujeres que sintieron sus derechos vulnerados (período 2020 – 2021).

2. Los estereotipos de género en los servicios de salud sexual y reproductiva

De acuerdo a la abogada feminista y experta en Derechos Humanos, Lorena Fries:

“Al reconocer la especificidad de las mujeres como sujetos surge la preocupación por la sexualidad y la reproducción como ámbitos propios de la diferencia sexual. Dichos ámbitos, históricamente controlados en el sistema patriarcal por instituciones como la familia, el derecho y las políticas de Estado sobre la población han dado lugar a los derechos sexuales y reproductivos. Primero, para rescatar el cuerpo de las mujeres y su derecho a decidir...” (Fries, 2000, 50).

Ante esta afirmación, llevada al plano del embarazo y el parto, cabe preguntarse: ¿Realmente las mujeres ejercen su derecho a decidir y la gerencia de sus propios cuerpos, en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción actualmente? La respuesta que se dará en este artículo es negativa. Como veremos en este capítulo, en muchas ocasiones la autonomía de las mujeres y la libertad de elección en sus procesos de gestación, parto y puerperio, se ven en gran medida afectadas por los estereotipos de género reinantes en los servicios de salud materna.

La capacidad de elección y la información proporcionada a las usuarias (componente que influye en la gestión de la toma de decisiones), así como la relación con los profesionales sani-

tarios, constituyen factores fundamentales para medir la calidad de los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva.

El marco de Bruce-Jain de 1990 es considerado un modelo de referencia a nivel internacional para la evaluación en salud sexual y reproductiva (López y León, 2019). Este marco basa su definición de calidad en “la forma en la que el sistema trata a las personas” (Bruce 1990; Jain 1989 en López y León, 2019).

De los 6 elementos que considera este paradigma, nos interesa especialmente: la capacidad de elegir entre diversos métodos anticonceptivos (realizando un paralelismo con la posibilidad de elección entre diversas prácticas obstétricas durante el parto), la entrega de información a los/as usuarias y la relación interpersonal con el proveedor del servicio (profesionales de la salud). Retomaremos luego el análisis de los mismos.

Pero con el correr del tiempo, se han formulado cambios a esta definición de calidad. Cómo apuntan Creel et al.: “desde que se estableció el marco de Bruce-Jain, los especialistas en atención sanitaria han sugerido varios cambios para ampliar o modificar la definición de calidad” incluidos entre ellos “considerar las relaciones de género, tanto entre la población que se atiende, como entre los proveedores y sus clientes” (AbouZahr et al. 1996, en Creel et al. 2002).

Introducir el elemento “género” en la mirada hacia las relaciones entre usuarias y proveedores de salud, y cómo este factor puede afectar la calidad de los servicios contribuyendo a prácticas que podrían constituir violencia obstétrica, nos parece un punto neurálgico en este análisis.

De acuerdo a la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia:

“El pensamiento estereotipado con respecto a las mujeres, su rol en la sociedad y en la familia, sus capacidades y preferencias, ha permeado a los proveedores de salud en general y a los proveedores de salud sexual y reproductiva en particular. Los estereotipos han incluido creencias como éstas: (a) Las mujeres desean más que nada tener hijos y estarán dispuestas a sacrificar cualquier otro interés propio por la maternidad; (b) Ellas serán cuidadoras de los miembros de su familia; (c) ellas son vulnerables, incapaces, inconsistentes para tomar decisiones, o éstas no son confiables; (d) ellas deben ser soportadas por el grupo de hombres de sus familias; (e) ellas deben estar subordinadas a los hombres, como padre, esposo, hermanos, patronos y médicos” (FIGO, 2011,333).

Asimismo señala la FIGO:

“La presunción de la estereotipación es pensar que la inclinación general de las mujeres es a ser madres sacrificadas quienes pondrán los intereses del feto por encima de los propios. Esta práctica niega a las mujeres el derecho a poder valorar y analizar las responsabilidades de su vida individual de acuerdo a sus propias preferencias y metas. El preconcebir a las mujeres como vulnerables y emocionales puede hacer que los profesionales de la salud no brinden información necesaria a las mujeres para el diligenciamiento de consentimientos informados, por temor a que pueda generarles ansiedad o estrés” (FIGO, 2011, 334).

En cuanto a la estereotipación de la mujer en la salud sexual y reproductiva podemos agregar que “Una acumulación histórica de leyes, políticas y prácticas relevantes a los servicios de salud sexual y reproductiva continúan arraigando estereotipos adversos a las mujeres” (Cook et al., 2010, 3). Esta estereotipación conlleva a la violación de principios bioéticos que deberían estar presentes en las relaciones médico-usuaria, como señalan las especialistas:

“Un principio central de la bioética moderna se expresa en el respeto a las personas, permitiendo a los individuos, capaces intelectualmente, tomar decisiones respecto de sus propios cuerpos y vidas; protegiendo, a su vez, los intereses de aquellos individuos que son incapaces. El estereotipo negativo asume de forma poco ética que todas las mujeres son intelectualmente incapaces” (Cook et al., 2010, 8).

Como acabamos de ver, estos estereotipos sociales que conciben a la mujer como sacrificada, sensible, frágil, poco confiable para tomar decisiones, se hacen visibles especialmente en los servicios de salud sexual y reproductiva, condicionando la atención brindada a las usuarias. Volviendo al marco de Bruce-Jain, entendemos que estos estereotipos acaban impactando en la calidad del servicio brindado en materia de salud materna, en cuanto afectan negativamente el relacionamiento entre profesionales y usuarias, influyen en la información que se les brinda a las mujeres y limitan su capacidad de elección.

Otro estereotipo que condiciona la relación entre los profesionales y las usuarias, es el de la “buena madre” entendida como aquella que “coopera”, que acata todas las indicaciones del profesional que controla su labor de parto, que no se queja, que soporta el dolor. En cambio, las mujeres jóvenes, con embarazos no deseados, quienes reclaman información o manifiestan deseos distintos a lo indicado por los profesionales suelen ser tildadas de “no cooperadoras” o de “malas madres” y por tanto están en mayor riesgo de sufrir violencia obstétrica. (Arguedas, 2014, 164; Orozco, 2018, 52). Esta categoría por la cual se preconice a las mujeres que atraviesan un proceso de embarazo, parto o puerperio, surge también en el modelo de atención en Uruguay.

En el mismo sentido, se expresa un estudio realizado en maternidades públicas de San Pablo, Brasil, según el cual se observa que a nivel institucional se refuerza la reducción de la mujer a su papel social de madre. El estudio señala que al entrar a las maternidades, en muchos casos la mujer pierde su identidad y se convierte solo en “madre”, lo cual es percibido como una conducta normal por las entrevistadas. También se apunta en el mismo, que el discurso de la mayoría de las entrevistadas demuestra la reproducción ideológica de esa naturalización, al confirmar en sus respuestas que es parte del papel de la mujer “buena madre” traer a su hijo al mundo y ser fuerte para soportar el dolor del parto, que dicha ideología se ve reforzada por los profesionales que valoran a la paciente que “aguanta callada”, que “permanece quieta” y, de esta forma, da menos trabajo.

En ese contexto surge como contrapartida, de los relatos de las entrevistadas, la figura de la paciente “escandalosa”: aquella que da trabajo a la hora de parir. Esta actitud es desvalorizada por la mayoría de las entrevistadas, y hasta reprobada por algunas, aunque todas resaltaron que, si la mujer hace un escándalo, ella sufrirá malos tratos dentro de las maternidades públicas (Traducción propia, Aguiar y D’Oliveira, 2011, 85).

“La escandalosa, a su vez, es aquella que no soporta el dolor del parto, que es débil o descontrolada, pero también es aquella que pelea por lo que considera es su derecho: de una asistencia que tenga en cuenta sus necesidades, aunque el costo de ello, algunas veces, implique sufrir sanciones. La mujer que grita y hace escándalo puede sufrir reprimendas verbales y físicas, como no recibir la asistencia adecuada o ser dejada sola, o incluso puede, según las entrevistadas, ser asistida con mayor agilidad” (Traducción propia, Aguiar y D’Oliveira, 2011, 86).

Esta naturalización por parte de las usuarias, de lo que se entiende como la conducta esperada o adecuada en el marco de la atención a sus partos, inclusive desde su entorno familiar y social o de los propios profesionales de la salud, no resulta extraña. Tal cual afirma Magnone:

“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 llegan 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” (Magnone, 2017, 106).

3. ¿Qué rol juega el consentimiento informado?

Tal y como lo establece el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos:

“Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.” (Unesco, 2005).

Sin embargo, este derecho es frecuentemente violentado en los procesos de embarazo y parto. A las usuarias, muchas veces se les realizan prácticas sin previa consulta y sin ofrecerles ningún tipo de información sobre las implicancias de las mismas, anulando toda posibilidad de las mujeres de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. Constituyendo este hábito una forma de paternalismo médico en su máxima expresión. (Belli, 2013, 31)

Otras veces se va un poco más lejos, “mediando consentimientos que son obtenidos bajo circunstancias en las que la paciente no se encuentra en posición de rechazar. De este modo la mujer se transforma en espectadora de lo que sucede con su propio cuerpo, debiendo aceptar y obedecer las decisiones ya tomadas” (Fernández Guillen, 2006; Díaz y Fernández, 2018, 128).

Al respecto apunta la reconocida jurista Francisca Fernández Guillén:

“Es común recibir amenazas (principalmente la de muerte del hijo), cuando los padres muestran oposición a esta o aquella práctica. Esta situación es tan común que hasta tiene nombre: se llama “la carta del bebé muerto”. Los profesionales saben que, cuando se saca esta carta, se anula la capacidad de los padres para decidir” (Fernández Guillén, 2006, 513).

La obligación de informar y de recabar el consentimiento informado en los procesos de gestación y parto en Uruguay, surge de diversas normas nacionales de forma expresa o implícita. Comenzando por la Ley de Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud, según la cual “Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud” (Uruguay, 2008, Art. 11).

El Código de Ética Médica también establece el deber de todo médico a dar una información completa, veraz y oportuna sobre las conductas diagnósticas o terapéuticas que se le propongan al paciente; a comunicar los beneficios y los riesgos que ofrecen tales procedimientos, en un lenguaje comprensible, suficiente y adecuado, así como a respetar la libre decisión del paciente (Uruguay, 2014, Art. 13).

De igual manera lo establecen los decretos reglamentarios de la Ley de Salud Sexual y reproductiva: “Las decisiones e intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva se tomarán y realizarán contando con el consentimiento informado de la usuaria o usuario de los servicios respectivos” (Uruguay, 2010, Art. 5) y de la Ley de Violencia basada en Género, respectivamente: “La práctica clínica de los equipos de salud deberá respetar, durante todo el proceso asistencial, el derecho de toda mujer /.../ a ser informada sobre las distintas intervenciones sanitarias que pudieren tener lugar, de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas” (Uruguay, 2019, Art. 14). Así también sobre “la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales, asegurando la toma de decisiones seguras e informadas” (Uruguay, 2019, Art. 14).

A pesar de lo señalado, surge a menudo del trabajo con mujeres que sufrieron violencia obstétrica, que el derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas (sobre sus procesos de gestación o parto), es violentado con frecuencia.

Por citar algunos ejemplos, las mujeres mencionan cómo los profesionales de la salud les comentan: “te despegué un poquito las membranas” o “te voy a ayudar para que salgas de esto rápido”, en referencia a la llamada maniobra de Hamilton. Lo cual implica una técnica de inducción mecánica al parto, mediante el desprendimiento de las membranas ovulares, con beneficios y riesgos que no son informados, ni es consultada la voluntad de la usuaria al respecto.

De otros testimonios surge como una práctica frecuente (en los hospitales públicos donde se ejerce la docencia médica), el ingreso al trabajo de parto de grupos de estudiantes sin consentimiento de las usuarias, sin identificarse o dirigirse a las mismas siquiera. En algunos casos manteniendo diálogos con sus docentes, mientras estos ejercen y explican técnicas obstétricas, convirtiendo a las mujeres en meras espectadoras de sus propios partos.

Lamentablemente, también hemos podido observar en los relatos de mujeres, la coacción a aceptar determinadas prácticas, sobre todo cesáreas, culpabilizándolas ante un presunto riesgo de vida de su bebé, mediante comentarios o expresiones hostiles en plena labor de parto.

En este sentido, consideramos esencial el aporte del Dr. Rodríguez Almada³ en referencia a los requisitos de validez del consentimiento:

“Cuando se habla de consentimiento válido se presupone la información, a la que vez que se exige como requerimiento de validez, la capacidad del sujeto para consentir y la libertad de quien consiente. La libertad para consentir implica la ausencia de toda clase coacción por parte del paciente, requisito que debe subrayarse en la práctica médica donde están presentes relaciones de poder más o menos explícitas” (Rodríguez Almada, 2000).

También señala el experto, que el consentimiento informado no se trata de una mera formalidad útil en la prevención de reclamaciones, sino que constituye un derecho esencial del paciente y una obligación ética y legal para el médico, así como presupuesto de *lex artis*. En cuya ausencia la legitimidad del acto médico es cuestionada (salvo los casos en que esté justificada), aún cuando el procedimiento haya sido correctamente indicado y técnicamente bien ejecutado.

Finalmente, compartimos con Almada que: “El concepto de *lex artis* se ha venido impregnando cada vez más de componentes éticos y es insoluble de la idea de una buena relación médico-paciente. No basta, entonces, el cumplimiento de los aspectos estrictamente técnicos” (Rodríguez Almada, 2000).

Específicamente en relación al tema de este artículo, resulta imprescindible, que los profesionales de la salud entiendan la importancia de cumplir con la obligación de informar y recabar el consentimiento en los procesos sexuales y reproductivos de embarazo y parto.

4. Atención al parto e intervencionismo en Uruguay

Según Michelle Sadler, en referencia a la atención de los nacimientos en Chile, y que como veremos es aplicable también a Uruguay:

“El conocimiento hegemónico en nuestro país para enfrentar el parto es el de un sistema médico particular; la biomedicina. Ha sido su definición como un acontecimiento médico lo que ha orientado la investigación hacia sus aspectos fisiológicos y patológicos, prestándole poca o ninguna atención a su configuración socio-cultural” (Sadler, 2004, 1).

Asimismo, la autora describe el modelo de atención dominante en Occidente, como un sistema médico que:

“...hegemoniza el control sobre los conocimientos que se refieren al cuerpo humano, en este caso al cuerpo femenino y sus procesos fisiológicos. Las etapas del ciclo vital de las mujeres se patologizan, concibiéndose la menstruación, la gestación, parto y menopausia como enfermedades que deben ser tratadas y controladas” (Sadler, 2004, 2).

Por otra parte Virginia Murialdo, nos habla de una “cultura” biomédica de atención al parto, que reúne ciertas características. En primer lugar la describe como hospitalaria, ya que no permite legitimar socialmente otro ámbito para dar a luz que no sea el de la institución sanitaria, por ejemplo los partos en casa. En segundo lugar, es una cultura que funciona en base a dinámicas regidas por estructuras jerárquicas que otorgan el mayor rango al profesional (obstetra varón) y el menor a la paciente (mujer embarazada), por tanto puede caracterizarse como androcéntrico. Una tercera característica según la autora, es la tendencia a la intervención en lugar de una actitud pasiva por parte de los profesionales. Por último, dicho intervencionismo se ve definido por una clara preferencia por la tecnología, lo cual convierte a esta cultura en altamente tecnocrática⁴. Esto ocurre no solo en el momento del parto, sino desde la confirmación de la gestación, “lo que favorece una visión del embarazo, el parto y el puerperio como procesos potencialmente enfermizos y por tanto, tratables biomédicamente” (Murialdo, 2019, 126).

De acuerdo a la autora, todas estas características inherentes a la cultura biomédica “hacen de la atención al parto susceptible de incluir prácticas y actitudes que resultan violentas tanto en la situación general de un parto como en la percepción de las mujeres” (Murialdo, 2019, 27).

Creo esencial partir de estas definiciones, por dos motivos. Por un lado para poder visualizar como este sistema médico, de alto grado intervencionista y de contralor de los procesos reproductivos de las mujeres, es también el modelo de atención al parto predominante en Uruguay. Y por otro, para poder comprender cómo este sistema es productor y propiciador de la violencia obstétrica.

De acuerdo a un estudio del año 2004, sobre las prácticas vinculadas a la atención del embarazo, el parto y el recién nacido en hospitales públicos del Uruguay:

“Existen prácticas recomendadas para el cuidado de la salud y comprobadas científicamente que los médicos aún no incorporan a la rutina en los hospitales públicos de Uruguay. Asimismo, se observaron técnicas que han demostrado ser ineficaces e, incluso, perjudiciales pero que continúan aplicándose”. (Colomar et al., 2004, 461)

Para el estudio, se seleccionaron dos grupos de prácticas en la atención del embarazo, parto y recién nacido: prácticas de atención benéfica y prácticas de atención perjudicial.

Siendo descritas las prácticas perjudiciales, como aquellas que mediante investigaciones clínicas de buena calidad metodológica, no demostraron efectividad en la reducción de la morbilidad o mortalidad materna y perinatal, fueron agresivas o afectaron la dignidad de las mujeres, su satisfacción con la experiencia del parto o con la atención recibida en los servicios de salud. Algunas de las prácticas estudiadas en este grupo, fueron la episiotomía de rutina y la aplicación rutinaria de vía endovenosa durante el trabajo de parto

También se desprende del mismo “que la percepción o creencia que tienen la mayoría de las mujeres sobre algunas prácticas no coincide con los hallazgos revisados por los autores acerca de cuáles son los mejores cuidados para su salud” (Colomar et al., 2004, 461) y que “las preferencias de las mujeres sobre las prácticas suelen coincidir con las que les han indicado o administrado, lo que denota que tienden a estar de acuerdo con las indicaciones médicas” (Colomar et al, 2004). De acuerdo a las autoras la interpretación que puede darse a esta satisfacción expresada con los cuidados recibidos, es tal vez la falta de información y de sus derechos.

Finalmente las autoras recomiendan, entre otras cosas, la implementación para los médicos de programas de capacitación en medicina basada en pruebas y la confección de guías clínicas para la atención del embarazo, parto y puerperio que tengan fundamentos en los mejores hallazgos disponibles.⁵ Asimismo expresan la necesidad de difundir e introducir conductas basadas en pruebas, de que las mujeres tengan amplio conocimiento de las mejores prácticas para su autocuidado y que los hospitales adapten las decisiones clínicas a las creencias, preferencias y cultura de las usuarias.

Remontándonos más aquí en el tiempo, en un artículo del año 2015, el Dr. Francisco Coppola, profesor agregado de la Clínica Ginecológica A, de la Facultad de Medicina, realiza un análisis del desmesurado aumento de cesáreas en Uruguay y las consecuencias negativas que

esto tendrá en la morbilidad materna y fetal. El Dr. Coppola afirma de manera muy contundente:

“Tal vez tengamos que buscar en el aumento desmesurado de las cesáreas causas más profundas. Lo primero que llama la atención es el papel de los ginecólogos como colectivo, la falta de análisis autocrítico sobre nuestra responsabilidad. En congresos, jornadas académicas y artículos científicos el análisis del problema de la cesárea es casi inexistente. Preocupa la falta de preocupación” (Coppola, 2015, 12).

También señala que la tasa de cesáreas en Uruguay constituye un problema de salud pública y que es necesario discutir si “el modelo médico” se ajusta a los partos de bajo riesgo.

Asimismo, sostiene que en nuestro país se ha puesto mucho énfasis en aplicar las recomendaciones de la OMS para el recién nacido y la lactancia, pero no así para las recomendaciones de la asistencia del parto, las cuales en general no se aplican, pese a tener como fin en su mayoría limitar el “intervencionismo” y sus consecuencias negativas (Coppola, 2015, 2).

La situación descrita por el Dr. Coppola respecto a las cesáreas en Uruguay, lejos de mejorar, muestra una tendencia al aumento. Según cifras publicadas en el año 2019:

“...en 1996 los partos vaginales en Uruguay representaban el 79,4%, 30 años después esa cifra bajó al 57,8%. Llegando nuestro país a alcanzar, en el año 2019, un porcentaje de partos por cesárea de un 44,8%, en base a datos publicados por el MSP, superando así en 4 veces, la “tasa ideal” de cesáreas, recomendada por la OMS. La situación es especialmente preocupante en el sector privado que desde 2014 muestra un mayor número de partos por cesárea respecto a los partos vaginales” (Gallardo y Echetto, 2020, 7).

De un análisis acotado a la ciudad de Montevideo y al sector privado, de diecisiete instituciones y seguros médicos que integran el Seguro Nacional de Salud, surgen datos alarmantes respecto al índice de cesáreas: solamente cinco instituciones tienen una tasa de cesáreas por debajo del 50% (aunque todas ellas por encima del 43%). Los doce prestadores de salud restantes, superan el 50% y llegando en algunos casos a unas tasas del 66%, 70,4% y 72,7%, por lo que se podría afirmar que en estas instituciones es casi una excepción que una mujer pueda tener un parto vaginal⁶.

La investigadora y docente Natalia Magnone, a raíz de los resultados arrojados por una investigación cualitativa realizada en 2009-2010, describe el modelo de atención al parto y nacimiento en Montevideo como tecnocrático, lo cual en su opinión “coadyuva en la violación de los derechos de las mujeres en la atención específica del embarazo y el parto” (Magnone, 2011, 2).

Tal y como apunta Magnone, además de la alta tasa de cesáreas innecesarias (extremo ya mencionado) surge de su investigación la existencia de otras prácticas obstétricas que se realizan de manera indiscriminada, por tanto se configuran como actos de violencia obstétrica, por ejemplo la realización de episiotomías de rutina. Señala que se registran asimismo, violencias verbales y tactos violentos. También que si la mujer pregunta “demasiado” sobre el proceso de su parto, o plantea alternativas al modelo hegemónico de atención, es a menudo desvalorizada y no tenida en cuenta en sus necesidades.

Por otro lado, de acuerdo a la investigadora, este modelo de atención se presenta como muy estricto en relación a las posturas “permitidas” para el cuerpo, mientras que reprime de forma sistemática al parto en su componente sexual.

Para finalizar, de acuerdo a la Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia basada en Género y Generaciones: “entre las mujeres de 15 años y más que tuvieron algún parto, el 17,4% reporta haber vivido situaciones de violencia obstétrica durante el último parto o cesárea...” (INE, 2019, 63).

Si bien los resultados arrojan un porcentaje importante, entendemos en base a la experiencia de trabajo con mujeres que sufrieron ese tipo de violencia, que la cifra podría haber sido considerablemente mayor si se hubieran formulado otro tipo de preguntas.

Por ejemplo, el informe señala que: “Se preguntó acerca de intervenciones que les realizaron sin consultarlas, sin informarlas o sin que hubiera necesidad fundada” (INE, 2019, 63). En este punto, es importante aclarar que una mujer bien puede no saber qué se entiende por intervención obstétrica, o cuándo existe una necesidad fundada para la misma y por tanto responder de forma negativa⁷. También que la mera consulta o comunicación de la intervención por sí misma, no es suficiente en término de estándares jurídicos de consentimiento informado o de obligación de informar, por tanto una mujer puede perfectamente haber sido objeto de una práctica obstétrica sin su consentimiento pleno y no haberlo percibido.

Tampoco se contempla en las preguntas, los casos de interrupción espontánea del embarazo o pérdida perinatal, que a veces se enmarcan en actos de violencia obstétrica.

Como acabamos de desarrollar, Uruguay se caracteriza por una atención al parto y nacimiento, basado de manera hegemónica en un modelo tecnocrático y biomédico, altamente intervencionista, que concibe al parto como un hecho patológico. Lo cual, conjugado con el sistema patriarcal en el que se enmarcan las relaciones médicas y los estereotipos de género presentes en los servicios de salud sexual y reproductiva, propicia las violaciones de derechos de las mujeres y la violencia obstétrica.

El camino que se avisa para poder revertir esta realidad, es por un lado un cambio de paradigma en la atención al nacimiento en Uruguay. Tal y como postula el Dr. Ruben Roa en relación a la atención médica en general, y lo extrapolamos a la atención de los procesos de embarazo y parto:

“Al modelo biomédico reduccionista, la respuesta de un modelo biopsicosocial /.../ es comenzar a dar cuenta no sólo de la enfermedad, sino también de las dolencias”. /.../ “es trabajar sobre un nuevo paradigma donde el todo es más que la suma de las partes, y donde no es posible, sino tan sólo por motivos pedagógicos, separar la mente del cuerpo, lo social de la mente, nosotros de la sociedad, la sociedad de la naturaleza, etc.” (Roa, 1997, 33).

Ese nuevo paradigma debería centrarse en la mujer; con sus tiempos, deseos, preferencias y valores culturales, de manera que tanto sus necesidades como las de su bebé cobren la máxima jerarquía.

Por otro lado, coincidimos con Orozco (2018), en que es el enfoque de género lo que permite entender que la profesión médica, su discurso, actitudes, tradiciones, etc., se sustentan en una ideología patriarcal que permite e incluso fomenta ciertas prácticas, aún siendo perjudiciales para la mujer y pese a su falta de fundamento científico, legal y moral.

Por lo cual, otra vía que se visualiza como necesaria para generar un cambio, es un relacionamiento entre los profesionales de la salud y las usuarias despojada de sesgos de género.

Basado en un modelo de atención que considere a cada mujer como sujeto de derechos, con plena capacidad de tomar decisiones autónomas e informadas, dueña y protagonista de su parto. En donde el consentimiento de la mujer para cada práctica obstétrica o tratamiento, sea la regla y no la excepción. Por lo cual:

“El gran desafío dentro de los servicios de salud sexual y reproductiva consiste en reconocer que los derechos humanos de las pacientes referentes al respeto, dignidad y autodeterminación imponen deberes profesionales a los proveedores de servicios de salud. La presunción inicial, o el estereotipo neutral, debería ser que las mujeres son agentes decisorios competentes respecto de sus cuerpos y de sus vidas, y que son capaces de aceptar la responsabilidad moral de decisiones bien informadas” (Cook et al, 2010, 8).

“El cambio cultural en el campo de la salud reproductiva es posible. Esto exige un mayor reconocimiento de autonomía. Necesita de una identificación histórica y filosófica de las raíces de la discriminación por género. Pero por encima de todo, requiere la voluntad de cambiar” (Traducción propia, Villarrea y Kelly, 2020, 519).

5. Conclusiones

Los estereotipos de género, presentes en nuestra sociedad, sobre cuál es el rol de la mujer y su conducta esperada, se hacen visibles especialmente en los servicios de salud sexual y reproductiva, condicionando la atención brindada a las usuarias.

También se observa que el deber de informar y recabar el consentimiento informado en los procesos de gestación y parto, es una práctica poco frecuente entre los profesionales sanitarios, constituyendo una forma de paternalismo médico hacia las usuarias.

En el caso concreto de Uruguay, es posible concluir que persiste en la atención al parto y nacimiento, un modelo médico biomédico con tendencia al intervencionismo.

Este modelo de atención, en conjunción con los estereotipos de género y machistas presentes en las relaciones médicas, propician las violaciones de derechos de las mujeres y la violencia obstétrica.

Se visualizan dos vías para revertir esta realidad. Por un lado, a través de un cambio del paradigma actual de atención por un modelo biopsicosocial. Y por otro lado, la incorporación de un enfoque de género a la atención sexual y reproductiva, que tenga por protagonista a la mujer de sus procesos de gestación, parto y puerperio, donde prime el respeto por sus derechos, deseos y necesidades.

Bibliografía

Aguiar, J. M. y D'Oliveira, A.F.L. (2011). “Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias”. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*, Vol. 15 (36), pp. 79-91. <https://www.redalyc.org/comocitar.oo?id=180119115004>

- Arguedas, G. (2014). "La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense". Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe, Vol. 11 (1), pp. 145-169. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476947241008>
- Belli, L. (2013). "La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos". *Revista Redbioética/UNESCO*, 4, 1 (7): 25-34.
- Bellón, S. (2015). "La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica". *Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, año 7, No. 18, pp. 93-111. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>
- Brigidi, S. (2018). "«¿Jugamos a parir?» El poślost de la violencia entre brutalidad y trivialidad", en Goberna-Tricas, J. y Boladeras, M. (Coord.) *El concepto "Violencia Obstétrica" y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Madrid, Editorial Tecnos, pp. 161-174.
- Chadwick, R. (2016). "Obstetric Violence in South Africa". *The South African Medical Journal*, Vol. 106 (5), pp. 423-425. <http://dx.doi.org/10.7196%2FSAMJ.2016.v106i5.10708>
- Colomar, M. et al. (2004). Prácticas en la atención materna y perinatal realizadas en los hospitales públicos de Uruguay. *Ginecología y Obstetricia de México*. Vol. 72 (9). pp.455-456. https://www.researchgate.net/publication/8139854_Grupo_de_Estudio_de_Practicas_Perinatales_Practices_of_maternal_and_perinatal_care_performed_in_public_hospitals_of_Uruguay
- Cook, R., Cusack, S. y Dickens, B. (2010). "La Estereotipación Poco Ética de la Mujer en la Salud Reproductiva". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 109, pp. 255-258. <http://www.redaas.org.ar/archivos-recursos/SP23rev-Stereotyping-IJGO.pdf>
- Coppola, F. (2015). "Cesáreas en Uruguay". *Revista Médica Uruguay*, Vol. 31 (1), pp. 7-14. <http://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/219>
- Creel, L., Sass, J. y Yinger, N. (2002). "Panorama de la atención de calidad en salud reproductiva: definiciones y mediciones de calidad". *Nuevas perspectivas sobre la calidad de la atención*. No. 1. Population Council y Population Reference Bureau. https://www.prb.org/wp-content/uploads/2002/07/QOC1Overview_Sp.pdf
- Díaz, L. I. y Fernández, Y. (2018). "Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile". *Revista de Derecho (Valparaíso)*, No. 51, pp. 123-143. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>
- Echetto, M. y Gallardo, R. (2020). "Violencia Obstétrica. Una vieja impunidad. Breves Reflexiones". *Cooperativa Mujer Ahora*. Uruguay. <https://www.mujerahora.org.uy/file-share>
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (2012). "El riesgo de la estereotipación de la mujer en el cuidado de la salud" en *Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología*, Comité para el Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana de la FIGO, pp. 332-336. <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-07/Spanish%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf>
- Fernández Guillén, F. (2006). Nosotras parimos, ¿nosotras decidimos?. El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materno infantil. *Medicina Naturista*. No. 10. pp. 507-516.
- Fries, L. (2000). "Los derechos humanos de las mujeres: aportes y desafíos" en Herrera, G. (ed.). *Las fisuras del patriarcado. Reflexiones sobre Feminismo y Derecho*. Ecuador, FLACSO, pp. 45-63. https://biblio.flacsoandes.edu.ec/shared/biblio_view.php?bibid=10602&tab=opac
- Instituto Nacional de Estadísticas (2019). Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia basada en Género y Generaciones. Informe General de Resultados. <https://www.gub.uy/comunicacion/publicaciones/resultados-finales-de-la-segunda-encuesta-nacional-de-prevalencia-sobre> (última consulta: 12.07.2021)
- López, A. y León, I. (2019). Proyecto: Diseño y validación de un modelo para evaluar la calidad de atención en salud sexual y reproductiva en los Servicios del Sistema Nacional integrado de Salud en Uruguay. Facultad de Psicología- Facultad de Medicina. Universidad de la República. https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/2019-07/Calidad%20de%20atenci%C3%B3n%20en%20salud%20sexual%20y%20reproductiva.pdf

- Magnone Alemán, N. (2010). "Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica", Montevideo, X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR. <https://afar.info/biblio/public/2691.pdf>
- Magnone Alemán, N. (2017). "Entre lo formal y lo sustantivo: La calidad de la asistencia al parto en el Uruguay", Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana, No. 27, pp. 97-117. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.27.06.a>
- Murialdo, V. (2019). La construcción cultural del parto respetado en Madrid. Tesis Doctoral. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Universidad Complutense de Madrid. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/62537/>
- Odent, M. (1992). Nacimiento Renacido. Edición Latinoamericana. Errepar. Buenos Aires.
- Organización Mundial de la Salud (1985). Declaración de Fortaleza. https://aesmatronas.com/wpcontent/uploads/2017/12/DECLARACION_DE_FORTALEZA.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto. Guía para obstetras y médicos. 2ª edición. Washington, D.C. <https://doi.org/10.37774/9789275321935>
- Orozco, A. (2018). Experiencias de Violencia Gineco-Obstétrica desde la voz de las mujeres. Una aproximación fenomenológica. Tesis de grado. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. https://repositorio.unam.mx/contenidos/experiencias-de-violencia-gineco-obstetrica-desde-la-voz-de-las-mujeres-una-aproximacion-fenomenologica-414346?c=BoRwA6&d=false&q=*&i=1&v=1&t=search_0&as=0
- Relacahupan (2020). *Relacahupan 20 años. Celebramos los pasos*. <https://relacahupan.net/> (última consulta: 27.07.2021)
- Roa, R (1997). "Proceso Salud y Enfermedad: Crisis del Paradigma Biomédico". Atención Primaria y Medicina Familiar. Tomo 1. Editorial Acadia. Buenos Aires. Publicado en línea por el SMU (2016). pp. 1-38. https://www.smu.org.uy/crep/material/saludyenfermedad_paradigmasycrisis.pdf
- Rodríguez Almada, H. (2000). Responsabilidad Médica. Curso de Formación Sindical. Sindicato Médico del Uruguay. https://www.smu.org.uy/sindicales/cfs/resp_medica.html (última consulta: 20.07.2021)
- Sadler, M. (2004). "Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto" en Sadler, Acuña y Obach, *Nacer, Educar, Sanar: Miradas desde la Antropología del Género*. Colección Género, Cultura y Sociedad. Cátedra UNESCO Género. Cataluña, Santiago de Chile. pp. 15-66. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/122662>
- Šimonović, D. (2019). "Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica". Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. Organización de las Naciones Unidas. <https://undocs.org/es/A/74/137>
- Unesco (2005). Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. París. http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- Villanueva, L. A, Ahuja, M., Valdez, R. y Lezana, M. A. (2016). ¿De qué hablamos cuándo hablamos de Violencia Obstétrica?. Revista Conamed. Vol. 21 (1). pp. 7-25. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79665>
- Villarme, S. y Kelly, B. (2020). Barriers to establishing shared decision-making in childbirth: Unveiling epistemic stereotypes about women in labour. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. Vol. 26 (2). pp. 515-519. <https://doi.org/10.1111/jep.13375>

Normas citadas

Uruguay 2014. Ley 19.286, Código de Ética Médica. IMPO.

Uruguay, 2008. Ley 18.426, de Salud Sexual y Reproductiva. IMPO.

Uruguay, 2008. Ley 18.335, de derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. IMPO.

Uruguay, 2010. Decreto Reglamentario 293/010. IMPO.

Uruguay, 2017. Ley 19.580, de Violencia basada en Género y hacia las Mujeres. IMPO.

Uruguay, 2019. Decreto Reglamentario 339/019. IMPO.

Notas al final

1. Un ejemplo del trabajo de estos movimientos activistas, lo constituye la creación en el año 2000 de la Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y Nacimiento (RELACAHUPAN), que en Uruguay tuvo sus primeras actividades en el año 2002, con el Encuentro-Taller sobre la Humanización del Parto y Nacimiento, auspiciado por el gobierno municipal de Montevideo.
2. Si bien en este artículo me refiero a mujeres, reconozco que otras personas que no se identifican con el género femenino, tienen la capacidad de gestar.
3. El Dr. Hugo Rodríguez Almada es médico legista y director del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República e integrante del Tribunal de Ética Médica del Colegio Médico del Uruguay.
4. Término acuñado por la antropóloga e investigadora Robbie Davis-Floyd, quien ha descrito en sus trabajos tres paradigmas de atención a la salud que influyen los nacimientos de las sociedades contemporáneas: el modelo tecnocrático, humanístico y holístico.
5. Actualmente existen dos guías clínicas del Ministerio de Salud Pública. El Manual de atención en embarazo, parto y puerperio (2014) y las Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional (2018), pero aún en muchos casos no se aplican.
6. Datos extraídos de la aplicación "A tu Servicio" del Ministerio de Salud Pública, cuyo fin es poner a disposición de los usuarios en general, información de interés sobre las Instituciones que integran el Seguro Nacional de Salud. Puede consultarse en: <https://atuservicio.msp.gub.uy/comparar/4315>
7. Por ejemplo y como ya fue señalado previamente, en algunos casos las mujeres describen la realización de la maniobra de Hamilton sin consentimiento (entre otras prácticas que si consideraron violentas), sin percibirla como una intervención por desconocimiento.