

El derecho a elegir dónde, cómo y con quién parir vs las políticas de salud: consecuencias sobre las mujeres que paren del proceso de regionalización de las maternidades

Natalia Magnone Alemán

Docente investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales – Udelar

30 de mayo de 2014

Ponencia presentada en el marco de las Jornadas Feministas – 2014.

Udelar-Cotidiano Mujer.

Resumen:

En este documento se aborda una dimensión de la vida reproductiva de la sociedad: el parto. Se situarán las coordenadas específicas del modelo actual de atención así como algunas de sus consecuencias sobre la autonomía corporal de las mujeres.

Para la elaboración tomo material de campo de la tesis de maestría en sociología *“Derechos y Poderes en el parto: Una mirada desde la perspectiva de Humanización”* y entrevistas realizadas en el marco de la investigación de doctorado en ciencias sociales, en donde profundizo en los temas de derechos sexuales y reproductivos y las políticas de salud.

El Uruguay viene dictando, hace algunos años, un conjunto de leyes que hacen a una comprensión amplia de derechos humanos. Ha entrado en vigencia, por ejemplo, leyes que reconocen la cohabitación, el matrimonio igualitario y el aborto en ciertas condiciones. En el tema que nos convoca existe la Ley 17.386 de Acompañamiento al Parto, y la Ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva que plantea *“promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados;”* (Art. 3, inciso c, Ley 18.426)

Sin embargo si miramos este asunto desde la perspectiva de las mujeres que hacen uso de los servicios de salud reproductiva se ponen en evidencia tensiones en el cumplimiento de sus derechos.

Derechos sexuales y reproductivos vs asistencia en salud

Los “derechos sexuales y reproductivos” devienen de una lógica de reivindicación sobre las libertades individuales y sobre la autonomía. En este marco se busca garantizar la libertad de decisión sobre lo que acontece en “mi cuerpo”, de manera que tanto la maternidad y la sexualidad no sean imposiciones sociales. Esto, entre otras cosas, tal como viene insistiendo el feminismo de segunda ola, supone desvincular la sexualidad de la reproducción.

Este tipo de derechos busca que todos/as las sujetas puedan tener sexualidades plenas, desde el autocuidado y cuidado del otro/a; así como tener la opción de ejercer sexualidades no heterosexuales y que esto no constituya una condena social ni una discriminación a la hora del acceso a servicios sanitarios. En este marco se plantea a la maternidad como un acto de elección voluntaria y no como mandato social.

Por otra parte tenemos el derecho a la asistencia en salud sexual y reproductiva. Las instituciones de salud tienen que adaptarse a los distintos derechos que las sociedades van considerando como válidos. Por ejemplo antes el sector institucional en salud no tenía casi nada que ver con los abortos. Hoy, a partir de la Ley 18.987 de Interrupción Voluntaria del Embarazo están convocados en primera instancia.

Desde las instituciones de salud se tienen que generar las mejores condiciones de asistencia para que esos derechos que se proclaman en un parlamento o se decretan en un ministerio puedan hacerse sustancia en la realidad de la gente. Esto muchas veces lleva a cambios en la concepción y planeamiento de los servicios en salud.

En sintonía con lo que venimos planteando, Roberto Castro (2010) señala que para estudiar este tipo de problemas es muy útil partir del concepto de **ciudadanía**, y diferenciar así la parte formal de los derechos de lo que en realidad son a partir de las condiciones materiales que enmarcan su existencia.

Plantea que es necesario construir una mirada sociológica de la salud reproductiva, y que ésta debe desmarcarse de las definiciones médicas, que han traducido todo a interacciones médico- paciente en el marco de la "calidad de atención" transformando el problema a un asunto de gerenciamiento de las instituciones de salud.

Una perspectiva de derechos implica la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Entre ellos se incluye su capacidad de reclamar una atención médica libre de autoritarismos y atropellos, por parte de los servicios de salud. *"Al hacerlo así, se introduce en escena a las usuarias de los servicios en tanto ciudadanas, y se deja de lado la perspectiva médica que, al construirlas como pacientes, históricamente las ha ubicado en la parte más baja de un sistema jerarquizado dentro del cuál han sido clasificadas ante todo como objetos pasivas de los servicios, de las que se espera ante todo su colaboración y su acatamiento a las órdenes médicas."* (Castro, 2010:56)

La asistencia al parto en Uruguay

Es satisfactorio observar que poco a poco se vienen desarrollando algunas iniciativas en donde se busca garantizar la atención humanizada. Por ejemplo en el Hospital de Rocha se está llevando a cabo una experiencia piloto para lograr una maternidad de parto humanizada. Con el financiamiento de 300.000 euros donados por la Central Sanitaria de Suiza se proponen realizar obra de infraestructura y capacitaciones en parto humanizado para el personal de salud, definido por ellos como un tipo de asistencia que "... estimula,

acompaña y apoya a la madre para que dé a luz de modo natural, en las mejores condiciones y con sostén psicoemocional, con capacitación previa bajo el lineamiento de que la mujer es la protagonista, la que lidera el proceso del nacimiento rodeada de su familia". Este proyecto se logró en reconocimiento a un grupo de parteras del Hospital de Rocha que viene obteniendo excelentes resultados trabajando en esta modalidad. (Directora de Hospital de Rocha en conferencia de prensa)

También es común encontrar relatos de experiencias de partos institucionales en donde las mujeres comienzan a ser más escuchadas y respetadas en sus decisiones y planes de parto.

Aún así, persiste un modelo intervencionista y tecnocrático de atención al parto. En lo que sigue planteo algunos de sus rasgos:

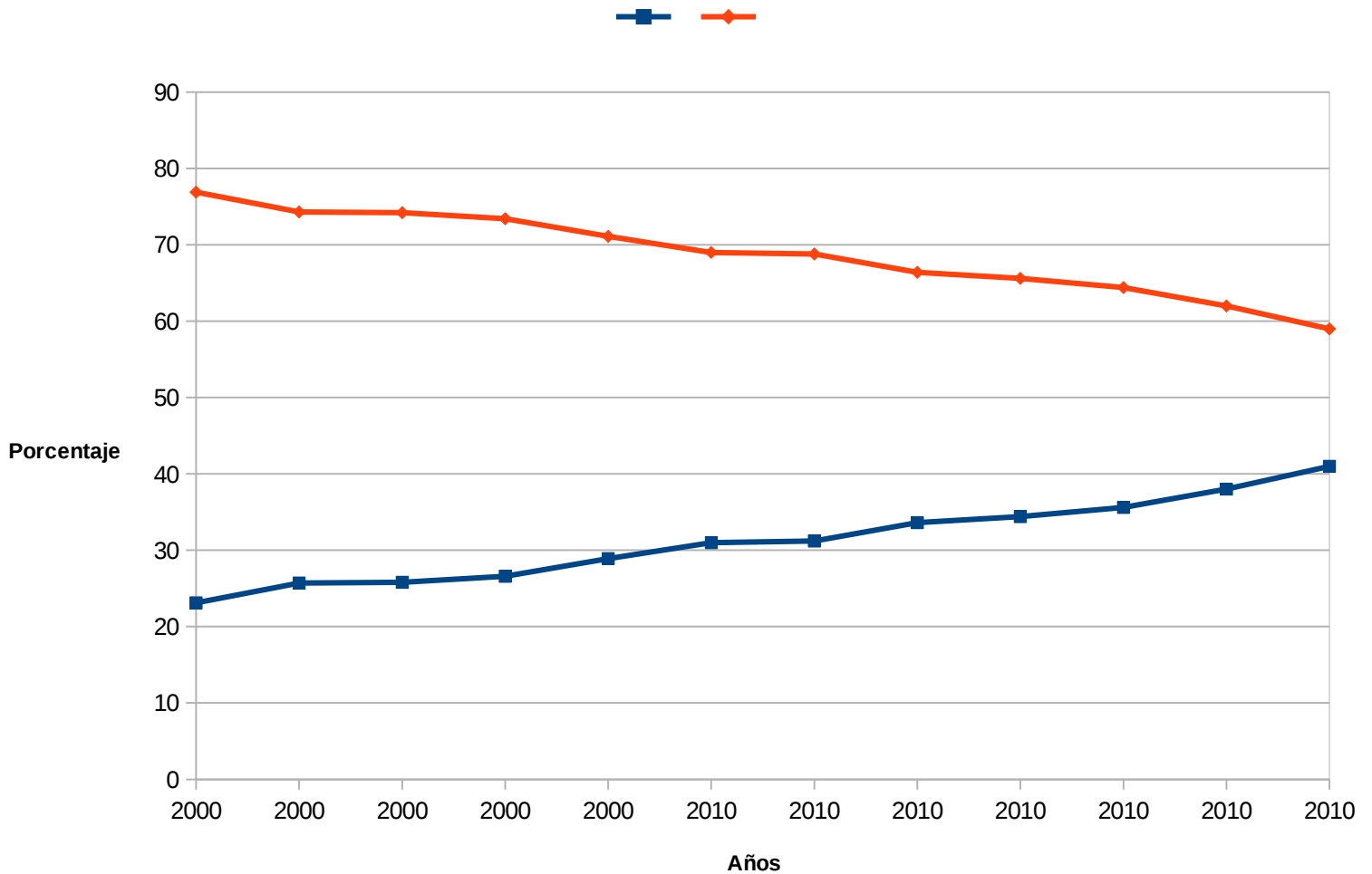
Intervencionista: Abuso de cesáreas

El acceso a cesáreas es muy injusto en el mundo. Mientras África tiene una bajísima tasa de cesárea, para el período 2000-2008 fue del 3,4%, tiene también la mayor tasa de mortalidad materna mundial, en donde sólo se salva 1/3 de mujeres más que lo que se salvarían dejando a la mortalidad materna "natural". Una mejor distribución de los recursos permitiría que más mujeres de países empobrecidos tengan un parto por cesárea cuando lo necesiten.

En 69 países de otras regiones del mundo las cesáreas superan por mucho el 15% considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como límite óptimo superior. Dando lugar al término de uso creciente: cesáreas innecesarias. La cesárea aparece desde la medicina como la intervención salvadora, y lo es en muchos casos, pero no es una práctica inocua si se practica sin causas fundadas.

En comparación con el parto vaginal la cesárea presenta: mayor mortalidad materna, el doble de estadía hospitalaria, mayor convalecencia y alteraciones psicoafectivas, mayores problemas respiratorios del recién nacido (Publicación No. 160 del Centro Latinoamericano de Perinatología y desarrollo humano)

Evolución parto y cesárea



En rojo se representa el comportamiento de los partos y en azul las cesáreas.

Esta gráfica comienza en el año 2000 cuando la cesárea representaba el 23% de los nacimientos a nivel nacional y termina en el 2011 cuando alcanza el 41%.¹ En la misma se puede observar su tendencia creciente y sostenida.

Por qué se produce esto?

Cascada de intervencionismo – Enfoque de Riesgos – Medicina Defensiva

Al convertirse en acto médico aquello que correspondía a un proceso natural se han impuesto intervenciones médicas de rutina que son innecesarias en la mayoría de los casos. Nuestro médico ginecólogo Caldeyro Barcia ya en el año 1979 planteaba que muchas de las maniobras de la forma actual de conducir el parto se han introducido contemplando **la conveniencia del obstetra**. Un claro ejemplo es la adopción de la posición horizontal durante todo el trabajo de parto. Más aún, hay maniobras como la

¹ Datos extraídos de las bases de Natalidad del Ministerio de Salud a partir del Banco de Datos de la Facultad de Ciencias Sociales, Udelar.

rotura de bolsa precoz y la infusión de occitocina que tienen como principal objetivo el acortamiento del trabajo de parto.

La patologización del parto: El problema del crecimiento de intervenciones en el parto se acentuó, según la OMS (1996:3), cuando la siguiente afirmación errónea se instaló en el saber-hacer de los obstetras: “Un nacimiento sólo puede ser declarado normal retrospectivamente” y de este modo “el cuidado durante un parto normal debiera ser similar al cuidado de un parto complicado”. Esto trajo serias desventajas: la posibilidad de que un acontecimiento fisiológico normal se convierta en un procedimiento médico; la interferencia con la libertad de las mujeres a experimentar sus partos a su manera y en el lugar que ellas elijan; intervenciones innecesarias; y grandes costos para el sistema pues debe proveer cupos para un número elevado de parturientas. (OMS, 1996)

En palabras de una estudiante de partería:

“Yo estudié para ser partera, cuando fui al Pereira dije.... pero esto qué es?? mandaban a poner monitores todo el tiempo, era una guerra entre los estudiantes de ginecología y parteras. Muchas mujeres terminaban en cesárea, te sentís tan mal ahí adentro, está tan intervenido el parto, hay tanta tecnología. Que ya causa iatrogenia. Si tenés tres horas conectada a la mujer al monitor, en un momento vas a escuchar que los latidos bajan, por el stress de la mujer de estar escuchando tres horas el corazón del bebé, además de tenerla acostada, con un suero, entramos muchos a tactarla. Estamos hablando del Pereira Rossell donde el parto es superintervencionista y lamentablemente las parteras aprenden ahí. Después salís y depende de uno... Yo tengo algunas compañeras que salen del Pereira van al interior y les da pánico, porque no tenés toda esa tecnología, no tenés a nadie y se mueren del miedo....” (Entrevista a estudiante de partera)

El enfoque de riesgo obstétrico², necesario para prevenir patologías, muchas veces es sobredimensionado en la atención. La sociología del riesgo propone considerar el riesgo como dispositivo biopolítico de dominación; las formas como una sociedad produce y enfrenta los riesgos se relaciona con los mecanismos de poder hegemónicos. (Mitjavila, 1998) En este sentido existe una relación entre la visión del cuerpo femenino como máquina defectuosa y una forma específica de aplicar el enfoque de riesgos en los procesos obstétricos. (Davis Floyd, 1993)

Como muestra la siguiente entrevista realizada a una partera :

“...en general los médicos ven al embarazo como potencialmente riesgoso. Por ejemplo cuando ingresa una señora y le hacen una historia clínica, la hacen suponiendo o buscando una patología que de repente no existe. Si ingresó con una

² Organiza la aplicación de técnicas y procedimientos que permitan identificar aquellas situaciones que puedan ser anormales en el proceso de gestación.

presión de 120 -mmHg- (que en realidad es normal) ya le piden toda una serie de exámenes, que además de poner nerviosa a la señora aumenta los costos en salud. Pudiendo realizar solo un examen de orina, dejar a la señora en reposo y a las seis horas hacerle otro control -...- ¿Qué puede pensar esa mujer? Le dicen que tiene presión alta, le hacen un montón de exámenes? ¿Cómo vive esa mujer ese trabajo de parto? Es una sobre protección que no es buena, y a veces genera que aparezcan signos producidos por eso mismo, como una cadena de intervención, se hace una intervención y esa genera la necesidad de otra intervención." (Entrevista a partera)

Este tipo de prácticas tiene como consecuencia dejar a las mujeres cada vez más asustadas, entregadas y expectantes de lo que diga el sistema de salud, sin capacidad para opinar sobre su cuerpo y su proceso obstétrico.

La radicalización del enfoque de riesgos está muy relacionado a la **medicina defensiva**. Los médicos/as tratan de hacer la mayor cantidad de pruebas objetivas y dejar constancia de ellas, por las dudas si en el futuro se abre una demanda sobre su práctica médica. Rodríguez (2006) plantea que cuando se ejerce guiado por la defensa, las decisiones médicas no se sustentan en la evidencia científica o en la experiencia del médico, el objetivo principal es la protección ante un eventual futuro reclamo del paciente. Tanto desde el punto de vista ético, como de salud pública, no es admisible pues no tiene como centro al paciente y agrega costos innecesarios al sistema de salud. No contribuye en absoluto a lograr una relación clínica adecuada y agrega nuevos riesgos profesionales, dados los actos médicos innecesarios.

Demanda por parte de la población

En las entrevistas con los integrantes de los equipos de salud hubo consenso en que las mujeres de sectores medio y alto demandan mucho más la cesárea que las de sectores más pobres. Esto lo asocian a la existencia de mitos en relación a las bondades de la intervención, a la creencia de que es menos dolorosa y a las consecuencias del stress, la planificación extrema y los mandatos sociales de las mujeres de estos sectores.

Cesárea didáctica

Se da en los hospitales públicos, en los que son escuela. Es una cesárea realizada por necesidad del residente de ginecología para completar su aprendizaje. No es lo más común, pero las entrevistadas afirman su existencia.

El Uruguay, que es uno de los países de América Latina con mayor cantidad de médicos por persona, y con las tasas de natalidad decrecientes, tiene dificultades para garantizar los requerimientos necesarios para las prácticas de los residentes en ginecología. Cada año se siguen formando 26-28 residentes en el Pereira Rossell y dos en el Hospital de Clínicas, lo que produce 30 nuevos ginecólogos cada año (entrevista realizada a integrante del CLAP - OPS).

Por turno en el Pereira Rossell hay 6 o 7 médicos, dos son los ginecólogos encargados y 4 o 5 los residentes en ginecología. Los cuales tienen que tener un número determinado de cesáreas, de fórceps, de episiotomías, de cantidad de inducciones, etc para poder formarse y egresar.

Falta de acompañamiento especializado en trabajo de parto

Luego de que una mujer ingresa a una institución en trabajo de parto, el modelo de atención garantiza, a través de parteras o ginecólogos/as, el control de la temperatura, presión, y dilatación, todos asuntos que hacen al control del proceso físico, en donde el profesional entra a la habitación controla y se va. En la mayoría de las situaciones no se propicia un acompañamiento constante.

Por otra parte no existe la intención de contener otros aspectos que hacen al trabajo de parto, por ejemplo, cómo se está sintiendo la mujer, cuál está siendo el rol del acompañante, a qué miedos se enfrenta, qué cosas necesita. Esta función que hoy en día casi nadie realiza podría ser desarrollada por *doulas* y parteras.

Disfrute de la técnica

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

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

Por que se llegó a este modo de atención?

La medicalización de las sociedades, aspecto central de la modernidad, refiere al proceso por el cual los valores y parámetros técnicos emanados de la medicina se expanden y comienzan a intervenir en espacios en donde anteriormente no lo hacían. Nuevos aspectos de la vida van tornándose del ámbito médico tales como la concepción, el embarazo, el nacimiento, el crecimiento, el climaterio, la vejez y la propia muerte.

El pensador Iván Illich publicó en los setenta el libro *Nemesis Médica*, en donde enuncia una serie de consecuencias negativas de los procesos de medicalización de las sociedades. Una de sus tesis anuncia la creciente pérdida de control, por parte de los sujetos individuales y colectivos, tanto de sus condiciones internas como de aquellas referidas al medio ambiente. (Illich, 1975: 13-17;171)

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

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

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

La pérdida de una concepción fisiológica del parto, que no coloca a las mujeres como las principales protagonistas y que plantea que una mujer para parir necesita del ginecólogo y de todo un combo de tecnología e intervenciones **necesariamente**, es caldo de cultivo para favorecer las cascadas de intervencionismos, las cesáreas innecesarias, las episiotomías innecesarias así como la violencia obstétrica³.

Las condiciones actuales de atención al parto profundizan el proceso de pérdida de control de las mujeres de sus procesos de parto y favorecen la apropiación por parte de las instituciones de la potencia de parir del género humano.

La regionalización de las maternidades

En la primer gestión de gobierno del Frente Amplio y en el marco del Programa Mujer y Género del Ministerio de Salud Pública se crearon una serie de guías en salud sexual y reproductivas. Una de ellas configura las Normas de atención a la mujer en el proceso de parto y puerperio. Las mismas fueron realizadas con perspectiva de género y su cometido es proporcionar herramientas necesarias a los equipos de salud para que puedan asegurar que la atención de la mujer en proceso de parto y puerperio sea eficiente, integral y humanizada (MSP, 2008) Sin embargo la aplicación de la misma no fue controlada. Existe como guía pero no se generaron mecanismos para su control y

3 Definida por Graciela Medina como "... toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales". (Medina, 2008)

fiscalización.

La segunda gestión de gobierno del Frente Amplio cerró el programa Mujer y Género a la vez que no continuó con la línea sobre parto humanizado, tal como lo venía haciendo. En su lugar se viene trabajando en un proceso de regionalización de maternidades que obliga a que los partos sean asistidos en hospitales donde exista block quirúrgico.

El 23 de noviembre de 2012 se aprobó el Documento Técnico de Maternidades por parte del Ministerio de Salud Pública que determina cuáles son los requisitos necesarios para el mejor funcionamiento y monitoreo de los servicios de atención a la salud perinatal. Entre los asuntos que plantea deroga una ordenanza ministerial anterior que permitía que mujeres con embarazos de bajo riesgo, no primerizas sean asistidas en el primer nivel de atención. A partir de la nueva reglamentación todas las mujeres del Uruguay deben parir en lugares en donde exista Block Quirúrgico.

El documento Técnico de Maternidad⁴es (Ordenanza No. 693 del MSP del 23/11/2012) promueve y recomienda el parto institucionalizado en el 2do y 3er nivel de atención (instituciones que cuenten con block quirúrgico). Plantea la regionalización de las maternidades, obligando a muchas mujeres a trasladarse grandes distancias para el momento del nacimiento, con el correspondiente desarraigo que ello implica. Esta Ordenanza anula la posibilidad de la habilitación legal de casas de nacimiento, modelo de atención de bajo riesgo que existe en muchos países con muy buenos resultados materno perinatales – mas del 80% de los partos son normales - . Las casas de nacimiento o centros de maternidad de 1er nivel de atención, ofrecen una opción más para las mujeres a la hora de decidir sobre sus partos.

A partir de la entrada en vigencia de esta reglamentación es importante investigar cuáles son las consecuencias sobre las mujeres de este tipo de políticas. Estoy comenzando una investigación en este sentido.

El ejemplo en Sarandí del Yi

Esta ciudad de Durazno, -como tantas otras ciudades del interior- cuenta con un hospital con maternidad. El personal obstétrico es de seis parteras que hacen las guardias en régimen interno. Pero a partir de esta reglamentación se ha dispuesto que en ese centro no existan internaciones de mujeres en trabajo de parto. Allí hay una sala de parto en donde tienen "la mejor silla de parto" según sus parteras, porque se pone vertical para que las mujeres se puedan sentar. Antes de este proceso se asistían un promedio de 8 partos por mes.

Ahora cuando llega una mujer en trabajo de parto, se la examina, se la retiene un rato para ver si se encuentra en franco trabajo de parto y si es así, es trasladada en una ambulancia al hospital más cercano con block quirúrgico: el hospital de Durazno situado

⁴ Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1996

a casi 100km de distancia.

Lo siguiente son fragmentos de entrevista a una estudiante de partera que realizó su internado en el Hospital de Sarandí del Yi:

“ - Y las mujeres ya saben que tienen que ir a Durazno?

Si ya saben, porque ya se les dice de antes y en los talleres de preparación para el parto se lo decimos. Y muchas veces nos decían - las que ya tenían hijos- que iban a ir a Sarandí cuando el bebé estuviera casi saliendo para que no las trasladaran a Durazno.

- Dónde prefieren parir?

Casi siempre prefieren parir en Sarandí del Yi, por varias razones. Porque conocen el Hospital, porque allí van al control de embarazo y talleres, porque nos conocían a nosotras que dábamos los talleres. Porque quieren que les asistamos el parto nosotras, que ya nos conocían, las que le controlamos el embarazo.

- Uds acompañan a las mujeres a Durazno?

Si las mujeres están en pleno trabajo de parto la partera acompaña el traslado, si está con menos de cuatro de dilatación, no.

- Cómo toman las mujeres el traslado?

Depende. Nosotras cuando dábamos los talleres planteábamos que las mujeres volvieran luego de paridas a contarles a las otras cómo les había ido. Y algunas mujeres referían que todo bien. Pero había unas cuantas que contaban que no estuvo bueno. Por ejemplo algunas que terminaron en cesárea entendieron que fue por el traslado. Imaginate: Comenzaban el trabajo de parto, iban a Sarandí, se quedaban un rato ahí, para ver que realmente estaban en trabajo de parto y que avanza la dilatación y ahí con 4 o 5 empiezan a hacer los papeles para la ambulancia, luego 40 minutos de viaje. Para algunas mujeres es muy feo, tener que estar saliendo de donde están en trabajo de parto e ir a la ambulancia... y además en Durazno de nuevo la ve otro médico, la hacen esperar, etc. Una recuerdo que ya llegó sin contracciones, varias personas tactándolas Algunas decían que para el próximo se quedaban en Sarandí. Toda esta movida en el trabajo de parto no colabora con el proceso fisiológico de dilatación, todo este estrés, cambio de lugar, viaje... colabora para que suba la presión, para que las mujeres se pongan mal.... Nadie piensa en los riesgos del traslado, el propio viaje, etc.”

...

Las muertes maternas y perinatales en Uruguay son muy bajas, entonces: por qué hacer estos cambios drásticos que pueden tener graves consecuencias sobre las mujeres (parir en la ambulancia, detener trabajos de partos por stress, aumento de cesáreas, vivencias negativas). Cuáles son los verdaderos fundamentos que llevan a que todos los partos de este país sean asistidos al lado de donde hay block quirúrgico?

En consonancia con el Documento Técnico de Maternidades recién citado, hace pocos días se conoció el borrador del futuro reglamento de la profesión "Obstetra-Partera", elaborado por el Ministerio de Salud Pública, donde se modifica y se limita el libre ejercicio profesional, en relación a la asistencia del nacimiento fuera de los ámbitos de los prestadores de salud públicos o privados, inhabilitando legalmente a las parteras a prestar asistencia a aquellas familias que libremente optan por un nacimiento en domicilio. Dicho documento fue elaborado por las autoridades sanitarias sin participación de la Escuela de Parteras.

Por qué si se plantea en las leyes y normas que se trabaja por el parto humanizado luego se "corre" a la partería de la propia asistencia del parto? Por qué las mujeres no tenemos derecho a elegir ser controladas en el embarazo y asistidas en los partos por parteras?

La Organización Mundial de la Salud en el documento "Cuidados del parto normal: una guía práctica" plantea que la profesional idónea para el seguimiento del embarazo normal y la asistencia del parto normal es la partera. En los países del primer mundo la partera es de suma relevancia en los sistemas de salud públicos y privados. Está comprobado que, si tiene una concepción fisiológica del parto, con su asistencia se reducen las intervenciones innecesarias.

Las políticas de salud en este tema están yendo a contracorriente de lo que representa garantizar el derecho de las mujeres de elegir donde, como y con quien parir.

En palabras de una estudiante de partería *"Ver a una mujer que te pide por favor que le asistas el parto, saber que está todo bien y obligar a trasladarla, para mí es una falta de ética, yo no podría trabajar de esa manera."*

Como final propongo hacer un seguimiento feminista de las distintas políticas de salud que afectan la vida de las mujeres. La medicalización de la vida social en Uruguay sigue avanzando, su expresión de control patriarcal en la salud sexual y reproductiva de las mujeres es obvia: obligatoriedad de mamografía, insistencia en la vacuna en "vírgenes" del HPV, el aborto medicalizado, etc etc. Ahora se suma la obligatoriedad de parir en hospitales en donde haya block quirúrgico! Cada vez más cerca de centros hospitalarios que están diseñados para trabajar con la patología... y ahí vamos las mujeres en trabajo de parto, en su mayoría personas sanas, con procesos que casi no necesitarían de intervención (si de control) para suceder satisfactoriamente, algunas incluso tratando de vivir sus partos como instancias de su sexualidad...

Bibliografía

Barrán, José Pedro (1999) *Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos, Tomo 3: La invención del cuerpo*, Montevideo, Uruguay, Ediciones de la Banda Oriental.

Caldeyro-Barcia (1979) *Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado del parto normal*, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Uruguay, OPS-OMS, publicación del Clap 858,

Castro, Roberto (2010) "Habitус profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México", en: Castro, Roberto y Lopez, Alejandra (editores) *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, Editorial Facultad de Psicología, Udelar, Montevideo.

CLAP (s/d) *El nacimiento por cesárea en instituciones Latinoamericanas*, coord. Belitzky, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Uruguay, OPS-OMS, publicación del Clap 1160.

Davis Floyd, Robbie (1993) "El modelo tecnocrático del parto" en Susan Tower Hollis, Linda Pershing y M. Jane Young (editoras) *Feminist Theory in the Study of Folklore*, University of Illinois Press.

Illich, Iván (1975) *Némesis Médica. La expropiación de la Salud*. Editorial Barral.

Mitjavila, Myriam (1998), *El saber médico y la medicalización del espacio social*, Montevideo, Documento de Trabajo número 33, Uruguay, Departamento de Sociología, Udelar.

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

MSP (2008), Normas de atención a la mujer en proceso de parto y puerperio, Programa Mujer y Género.

OMS – Departamento de Investigación y Salud Reproductiva (1996) *Cuidados en el parto normal. Una guía práctica*.

Rodríguez, Hugo. 2006. "De la medicina defensiva a la medicina asertiva" en *Revista Médica del Uruguay*, Volumen 22.