



Universidad de la República
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Trabajo Social

Proyecto Integral II:

“Protección social, Instituciones y Práctica Profesional”.

“Que los derechos sean hechos”¹

Autores:

Florencia Curbelo	4.962.110-0
Jimena Estefanell	4.641.263-7
Georgina Figueroa	5.321.115-1
Luciana Novo	4.732.805-3
Gabriela Rodriguez	4.845.907-1
Yesica Saravia	5.202.935-5

Correo: georginafigueroa73@gmail.com

¹ Trabajo presentado en las XVII Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales-UdelaR, (2018)

ÍNDICE:

1-Resumen Ejecutivo	2
2- Introducción.....	3
3- Aspectos metodológicos	5
3.1- Objetivo general.....	5
3.2- Pregunta de Investigación.....	5
3.3- Metodología.....	6
3.3- Diseño.....	6
4- Análisis de las entrevistas.....	8
5- Categorías de análisis.....	9
● Medicalización de la sociedad.....	9
● Relaciones de poder.....	9
● Bioética.....	11
● Bioética Feminista.....	12
● Violencia de género.....	13
● Modelo de atención al parto.....	15
● Violencia obstétrica.....	18
● Importancia del código de ética médico.....	21
6- Conclusiones.....	23
● Reflexiones finales.....	24
7-Bibliografía.....	26
9-Anexos	

Resumen:

El presente proyecto de investigación “Que los derechos sean hechos”, tiene como fin aportar al conocimiento sobre los procesos sociales que constituyen la problemática de la violencia obstétrica, en particular se propone describir la importancia de la apropiación que poseen los técnicos y estudiantes de la Escuela de Parteras y de Ginecología, sobre los lineamientos de la ley N°18.426 (derechos sexuales y reproductivos) en torno al parto humanizado, en consonancia con los principios éticos de su profesión. Dicha investigación fue llevada a cabo en una institución de salud a saber, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” de Montevideo, en el primer semestre lectivo del año 2018.

En lo que refiere a la metodología utilizada es de carácter cualitativa, y como técnica de relevación de información se realizaron entrevistas semi-estructuradas a los estudiantes y profesionales correspondientes, con el objetivo de conocer la mirada que tienen sobre el parto humanizado, y comprender por qué ante la existencia de una Ley que ampara y protege los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, se siguen dando casos de violencia obstétrica en Uruguay.

En el análisis de la información obtenida se retoman conceptos claves para entender los procesos históricos, políticos, culturales y sociales vinculados a la medicalización de la sociedad; los modelos de atención en la salud, las relaciones de poder que se despliegan entre el médico-paciente, y como consecuencia de ello situaciones de violencia de género, especialmente las que se perpetran en torno al estado de vulnerabilidad de las mujeres en el término de su embarazo.

Palabras clave: **salud sexual y reproductiva, parto humanizado, violencia obstétrica.**

2-INTRODUCCIÓN:

El presente documento se enmarca dentro de la materia Investigación, perteneciente al Proyecto Integral II: Protección social, Instituciones y Prácticas Profesionales, de la Licenciatura de Trabajo Social, inscripto en la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

El presente proyecto de investigación “Que los derechos sean hechos” se distribuirá en cuatro grandes ejes. En este sentido, en la primer parte del documento se realiza la presentación del proyecto, donde es planteada la pregunta de investigación, de esta forma se delimita el objeto de estudio y son explicitados el objetivo general y los lineamientos hipotéticos, según Batthyány (2011) estos últimos cumplen la función de objetivos específicos en los proyectos de investigación.

En esta sección se desarrollan los aspectos generales del diseño, señalando tiempo y espacio donde fue llevada adelante la investigación, las líneas hipotéticas planteadas y la metodología utilizada.

La segunda parte del documento expone la información obtenida y partir de ella se realiza un análisis en base a las fuentes bibliográficas relacionadas con la temática de la violencia obstétrica.

Para la realización de esta sección, se parte de la base de documentos ya existentes sobre el tema, como por ejemplo el trabajo titulado “Violencia Obstétrica” realizado por una de las integrantes del grupo, enmarcado dentro de la materia Sexualidad, Ciencia y Reproducción, aporte desde la antropología y género, perteneciente a la Licenciatura en Trabajo Social (FCS). Asimismo se utilizan las tesis de grado de Natalia Magnone (2010) “*Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización.*” y la de Camila Jurado Rivera (2015) “*Cómo nacemos hoy: manifestaciones y naturalización de la violencia obstétrica.*”

Teniendo en cuenta el objeto de investigación, es fundamental tener presente la Ley de Salud Sexual y Reproductiva (N° 18.426). Esta ley se reglamenta e implementa en el año 2008 (Decreto N° 293/2010), reconociendo los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

En lo que respecta a la violencia obstétrica, es importante señalar que este tipo de violencia hace referencia a las conductas inapropiadas por parte del personal médico que de

forma indirecta o directa pueda llegar a afectar al cuerpo y el proceso reproductivo de las mujeres.

Es importante tener presente que en Uruguay existe un código de ética médica, el cual establece que los profesionales de la salud deben velar por los derechos humanos de sus pacientes. Este código pone en relieve una preocupación por la defensa y la presencia de la moral dentro de la profesión médica, ya sea en las conductas individuales como en su capacidad de incidencia social.

Finalmente, se sintetizan los rasgos más importantes contenidos en la conclusión del presente documento.

3-ASPECTOS METODOLÓGICOS.

- Objetivo general:

Comprender la importancia y apropiación que poseen los técnicos y estudiantes de la Escuela de Parteras y de Ginecología, que desempeñan sus tareas en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” y el Hospital “Pereira Rossell”, sobre los principios éticos de la profesión médica y los lineamientos de la Ley N°18.426 (derechos sexuales y reproductivos) en torno al parto humanizado, en el primer semestre lectivo del año 2018.

- Pregunta de investigación:

- ¿Qué importancia le dan los técnicos (ginecólogos/as, parteras/os obstetras) y los estudiantes que participan en los partos que se llevan a cabo en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” y el Hospital “Pereira Rossell”, a los principios éticos de la profesión médica vinculados con la implementación de la ley 18.426 de Salud Sexual y Reproductiva creada en el 2008 en Uruguay?

En el marco de esta investigación, habiéndose indagado sobre los planes de estudio correspondientes a las carreras de Parteras y Dr. en Ginecología, se constata que en ambas se dictan materias que contienen información sobre las leyes que protegen la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Por lo cual, se parte de la base de que cada profesional egresado y en formación, tiene conocimientos sobre éstas leyes, motivo por el cual se dispone a abordar las siguientes líneas hipotéticas que se desprenden de la pregunta central de investigación:

- Los profesionales y estudiantes aún en conocimiento de la Ley 18.426 (Salud Sexual y Reproductiva) llevan a cabo prácticas contrarias a lo explicitado en dicha normativa en detrimento de los derechos de las mujeres, afectando su condición física y psíquica. Se afirma esto en relación al grado de incorporación de los principios éticos de ambas profesiones (Parteras, Ginecólogos/as) en correspondencia a lo que expresa la ley en referencia al parto humanizado.
- Existencia de diferencias en las concepciones que tiene cada técnico relacionadas a los modelos de atención del parto, dependiendo del género (hombre, mujer). Siendo las mujeres quienes se encuentran más afines al modelo de parto desde la perspectiva de humanización. Teniendo en cuenta los procesos de formación constante que

requiere el saber médico, en relación a las prácticas y discursos más adecuados a la hora de atender un parto, donde se respeten los derechos de las mujeres que se encuentran en esa situación.

Metodología

En el presente trabajo se utilizó la metodología cualitativa, para lograr responder a la pregunta de investigación, seleccionando como técnica la entrevista semiestructurada.

Se considera fundamental utilizar la técnica de la entrevista ya que es la más pertinente para comprender las representaciones sociales, es decir, el conjunto de normas, valores y saberes sociales; en este caso las percepciones que tiene la población de estudio respecto al tema de investigación.

Se consideró importante realizar la investigación en dichas instituciones, teniendo en cuenta que estas podían facilitar el desarrollo del proyecto debido a la implicancia que tienen con los estudiantes, ya que funcionan como centros de práctica pre-profesional, y asimismo con los técnicos y su vinculación con las mujeres y los partos, destacando particularmente al Hospital “Pereira Rossell”.

En la etapa de solicitud de permisos a las instituciones se generaron inconvenientes que perjudicaron el desarrollo de la investigación de acuerdo a lo planificado, teniendo que dejar por fuera del proyecto al Hospital “Pereira Rossell” debido a la falta de respuestas por parte de la Dirección de dicha institución ante la solicitud de autorización para la realización de entrevistas.

En base al análisis de las respuestas resultantes de las entrevistas realizadas a técnicos y estudiantes (Anexo 1), se seleccionaron categorías de análisis competentes para aproximarnos a la comprensión del problema de investigación planteado.

Diseño:

En este apartado se toma como punto de partida la Ley N° 18.426 sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, se seleccionan ciertos elementos concernientes a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en especial los que hacen referencia al parto humanizado:

Artículo 2°. (Objetivos generales).- Las políticas y programas de salud sexual y reproductiva tendrán los siguientes objetivos generales:

b) garantizar la calidad, confiabilidad y privacidad de las prestaciones; la formación adecuada de los recursos humanos de la salud tanto en aspectos técnicos y de información como en habilidades para la comunicación y trato; la incorporación de la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y las usuarias;

Artículo 3°. (Objetivos específicos).- Son objetivos específicos de las políticas y programas de salud sexual y reproductiva:

c) 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

Artículo 4°. (Institucionalidad y acciones).- Para el cumplimiento de los objetivos generales y específicos enumerados en los artículos 2° y 3° de la presente ley, corresponde al Ministerio de Salud Pública:

c) 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.

Estos artículos fueron retomados con la finalidad de investigar si existe una concordancia entre lo manifiesto normativamente y las prácticas que lleva a cabo el personal de salud encargado del parto y del puerperio.

En aras de indagar sobre el conocimiento y la apropiación que tienen los técnicos y los estudiantes del Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”_(correspondiente a la dependencia de la Udelar) se consideró adecuado llevar a cabo la investigación allí debido a que realizan su práctica profesional estudiantes de la Escuela de Parteras y estudiantes residentes de ginecología, y graduados en la materia.

Se considera pertinente, enmarcar el contexto institucional en el que se inscribe el centro hospitalario, el cual comprende tres niveles de atención diferenciados según el grado de complejidad que están destinados a atender. La institución brinda servicios en el 2° y 3° nivel² procurando una atención oportuna, eficaz y de calidad.

“Son los principales centros de formación y capacitación de Recursos Humanos en el ámbito de las especialidades que se desarrollan a este nivel, existiendo actividades de Educación Médica Continua acreditadas por la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina.” (compromiso de gestión ASSE, 2011, p 2).

Para la realización de dicha investigación se consideró pertinente el tipo de estudio exploratorio que menciona Batthyány (2011) en tanto, “(..) sirven para preparar el terreno, y generalmente anteceden a los otros tipos. Los estudios exploratorios se efectúan, normalmente, cuando el objetivo es examinar un tema o problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes.” (pág. 33).

4- ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS

En esta sección del trabajo se retoman aspectos importantes de los aportes teóricos de diversos autores que han desarrollado trabajos que contribuyen a la comprensión de la temática violencia obstétrica, ya que posee diversas categorías de análisis (Medicalización de la sociedad; Relaciones de poder; Bioética; Bioética feminista; Violencia de género; Violencia Obstétrica; Importancia del código de ética médico). En relación a los testimonios de los informantes calificados, se propone identificar en el discurso de cada uno la importancia que le dan a los principios éticos de su profesión, vinculado al manejo de la normativa que protege los derechos de las mujeres en el término de su parto, como en el transcurso del mismo. En base a estas categorías serán analizados los diferentes relatos obtenidos en las entrevistas, con el objetivo de dar cuenta si las hipótesis planteadas son correctas o no, y también si se da respuesta a la pregunta de investigación.

² El segundo nivel de atención está destinado a la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización, está orientado a satisfacer necesidades de diferentes grados de complejidad.(Ley 18.211 - Artículo 37)
El tercer nivel de atención está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización.(Ley 18.211- Artículo 38)

5- CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Medicalización de la sociedad:

En nuestro país, como en muchas partes del mundo occidental, se desarrolla un proceso de medicalización de la vida social que acompaña el surgimiento de la modernidad a partir del siglo XVIII en Europa, y en Uruguay a finales del siglo XIX. Dicho proceso se caracterizó por la paulatina “(...) permeación y dominio del imaginario colectivo por el poder y saber médicos.” (Portillo en Ortega, 2008, p. 27). En este sentido, adquiere mayor relevancia y, por consecuencia legitimidad en la sociedad, la intromisión del saber médico en áreas de la vida social que antes no estaban en su órbita de intervención.

En la actualidad, se puede constatar que el avance de la medicina por medio de las innovaciones tecnológicas y científicas, continúan permeando el imaginario colectivo e imponiendo su saber como un saber indiscutible, del cual los médicos son poseedores de la verdad absoluta. Este aspecto se ve reflejado en las intervenciones realizadas en el campo particular de la obstetricia, el cual está permeado por distintos paradigmas existentes en el campo de la salud que se encuentran naturalizados y legitimados por la sociedad y en especial por el Estado. En este sentido, se puede decir que se percibe en los entrevistados el reconocimiento de la legitimidad de su saber-poder médico, ejercido sobre los pacientes, independientemente de la profesión dentro de la salud: “Si, creo que los médicos debemos recordar nuestro lugar y nuestra importancia pero nuestro lugar por sobre todas las cosas”. (Entrevista 1). Esto puede visualizarse al momento de la intervención con las mujeres embarazadas, donde el médico es quien decide sobre los procedimientos que deben realizarse al momento del parto, ante lo cual la mujer obedece sin objeciones.

Relaciones de poder:

Se considera pertinente, traer a colación las relaciones de poder existentes en toda intervención médica, desde el momento de la concepción del embarazo y su proceso, hasta ese saber que determina múltiples realidades: el saber del médico, el saber-poder.

Se entiende que es por motivo de este saber que las mujeres (como toda persona sometida a éste, así como también a la naturalización del hombre/mujer paciente) no cuestionan la palabra del médico, sino que acatan la orden que éste último les indica,

reafirmando la superioridad del profesional ante la persona que se dirige a él solicitando su atención.

Trayendo los aportes de Foucault,

(...) lo que define una relación de poder es que es un modo de acción que no actúa de manera directa e inmediata sobre los otros, sino que actúa sobre sus acciones: una acción sobre la acción, sobre acciones eventuales o actuales, presentes o futuras. Una relación de violencia actúa sobre un cuerpo o sobre cosas: fuerza, somete, quiebra, destruye: cierra la puerta a toda posibilidad. (Foucault, 1988, p.14)

Por ello se puede entender que la mujer, ante ese saber-poder del médico tratante, se posiciona con pasividad, actuando de forma particular (adecuándose a lo que el médico espera de ésta). Es así que el médico ejerce el poder, dado que él mismo percibe el futuro accionar del cuerpo femenino y actúa en consecuencia de ese saber.

A raíz de lo visualizado en las entrevistas se constata que en la institución de salud se manifiestan dichas relaciones de poder. Según lo expuesto por los entrevistados los pacientes no cuestionan los mandamientos médicos que les son atribuidos, aunque estos vulneren sus derechos. De todas formas, se observa en el discurso médico en los últimos años, en nuestro país, la existencia de “un cambio social” (según un entrevistado) en el cual el médico procura brindar una atención cuidando ciertas acciones que puedan quebrantar los derechos de los usuarios, en este caso de las mujeres transitando su embarazo.

A modo de síntesis de lo expuesto por los entrevistados, aunque se quiera revertir estas situaciones, lo que persiste actualmente es un elevado grado de poder simbólico.

Definido aquí a partir de Bourdieu. Dicho poder, refiere al

(...) poder de constituir lo dado por la enunciación, de hacer ver y de hacer creer, de confirmar o de transformar la visión del mundo, por lo tanto el mundo; poder casi mágico que permite obtener el equivalente de lo que es obtenido por la fuerza (física o económica) (...). (Bourdieu en Magnone, 2008, s.p)

Se entiende así que el poder simbólico es aquel que no se cuestiona, dado que, si bien se ejerce de modo inconsciente o consciente, quien es sometido a este tipo de poder no lo es,

ya que lo ha naturalizado y lo vive como real, como si no existiera otra posibilidad más que la que se le presenta frente a sus ojos. En este sentido, la mujer entiende, en la mayoría de los casos, que quien tiene la verdad es el médico, debido a que éste tiene conocimiento sobre los procesos biológicos, atribuyendo la importancia y concepción que tuvo la medicina a lo largo de la historia como saber médico-social. Por lo tanto, nuevamente queda en evidencia el motivo por el cual la mujer es el agente pasivo, y el médico el agente activo: la mujer no sabe y acude al médico, el médico sabe, y le dice qué hacer, cómo, cuándo, con quién y en qué posición.

Trayendo a colación los aportes de Magnone, “El sistema pasa por alto el dolor y pretende cuerpos dóciles esperando ser intervenidos.” (2010, s.p). El poder simbólico que presenta el cuerpo médico es tan fuerte, que la mayor parte de las mujeres pierden no solo el sentido de identidad en ese momento, sino que también pierden la intuición respecto del tipo de posición que les favorece en el trabajo de parto. Este elemento es desarrollado por una de las entrevistadas, refiriéndose a la mujer embarazada como un sujeto pasivo del cual “hay que sacar el bebé”, como si fuese un objeto. Se observa respecto a esto, que la concepción que se tiene del cuerpo de la mujer, es comprendida como una máquina, la cual produce y extrae un producto (el bebé), inscriptos al mismo tiempo dentro de una fábrica de producción, en este caso, el hospital (entendido como aparato de medicalización colectivo). Este hecho, lleva a que la mujer pierda el sentimiento de identidad por motivo de la alienación sentida al concebirla como un objeto. Es relevante destacar que este aspecto coincide con el modelo tecnocrático de atención al parto, el cual transversaliza hoy en día todos los aspectos de la vida de las personas.

A su vez, en una de las entrevistas se menciona: “para la paciente salir de la posición estoy enferma, estoy acostada y me atienden así es difícil sacarlas de ahí”. (Entrevista 2). Este hecho responde a una naturalización de las prácticas médicas que se han instaurado al momento del parto, donde el hospital gana importancia, siendo el lugar privilegiado para la atención del embarazo y el parto. (Esteban, 2005)

Bioética:

Se considera pertinente tomar la categoría bioética, ya que, esta investigación se encuentra vinculada al área de la salud, en particular, a la atención brindada por parte de los

estudiantes de parteras obstetras, ginecólogos y los técnicos de dichas carreras, hacia las mujeres con quienes intervienen.

En torno a los procesos de medicalización que fueron mencionados en un principio, se puede vincular a la bioética entendiéndose como “(...) cuestiones éticas involucradas en la comprensión humana de la vida. Nace por la conciencia de una necesidad, de una reflexión crítica sobre los conflictos éticos provocados por los adelantos de la ciencia y la medicina.” (Comité de Bioética de Catalunya, s.f).

Por otro lado, “El discurso bioético respalda, a menudo, los ‘avances científicos’ y despliega una ética del consenso que apunta a regular los hábitos y protocolos científicos (...)” (Guthmann, 2005, p. 94). En lo que refiere a esta investigación, se visualizó que en las entrevistas la bioética está presente en la formación de los estudiantes, y es considerada relevante en cuanto a las leyes de salud sexual y reproductiva que hacen a la profesión, en el sentido que las respalda.

Los progresos de la ciencia médica desarrollados a lo largo del siglo XX, tienen que ver con una ética de carácter secular y plural, la cual está orientada al bienestar de las personas por encima de los adelantos que ha tenido y tiene la ciencia. (Guthmann, 2005). Retomando una de las entrevistas realizadas se puede decir que en lo que refiere a la bioética, quienes hacen uso del ejercicio pre profesional de su práctica mencionan que:

(...) hay una bioética que a vos te hable o te haga corregir tus conductas, entonces yo creo que uno frente la asistencia de un usuario, puede, sobretodo porque la ley va más que nada al trato, y el trato porque tengo que cuidar un derecho del otro. (Entrevista 3).

Es así que se ve reflejado que la bioética actúa de manera positiva, ya que en conjunto con las leyes, intenta que los derechos sean respetados.

Bioética feminista:

Es interesante traer a colación una de las ramas de la bioética, como es la bioética feminista, dado que uno de los ejes en los cuales gira el análisis es el género, entendiéndose por tal como el “(...) conjunto de ideas, prescripciones y valoraciones sociales sobre lo masculino y lo femenino.” “(...) El sexo se refiere a lo biológico, el género a lo socialmente construido, a

lo simbólico”. (Lamas, 2004, p.16). Por lo tanto se relaciona con las formas de ser y estar en la sociedad, con lo socialmente aceptado sobre el rol de mujeres y hombres.

La ética feminista tiene como particularidad “(...) tomar en cuenta lo contingente y el contexto de la vida cotidiana, superando las limitaciones del debate tecno-científico el que, hasta no hace mucho, se centró la Bioética”. (Correa en Leal, 2015, p.169).

De esta manera “O que define a bioética feminista é a busca por mudanças nas relações sociais que se caracterizam pela dominação humana e pela subordinação e que impedem o exercício da liberdade” (Diniz y González, 1998, s.p). Por lo tanto la bioética feminista tiene como objetivo “(...) corporificar a diversidade por meio de estudos cuidadosos que demonstrem a influência das diferenças, sejam elas de classe, gênero, raça ou religião no trato das questões bioéticas”. (Diniz y González, 1998. s.p).

En lo que refiere a las entrevistas, se pudo demostrar que de cierto modo se ve vulnerado el ejercicio de la libertad de decisión de las mujeres en tanto que:

(...) a veces estamos encasillados, en que tiene q hacer lo que yo le digo porque yo digo y no escuchamos en realidad si esa mujer viene con un plan de parto, si viene informada si no viene informada, que es lo que prefiere o no prefiere, y ponete anestesia y esto, pero ella capaz que no quiere o prefiere otra cosa y estamos tratando de convencerla todo el tiempo de que no, de que tiene que hacer lo que nosotros decimos (...). (Entrevista 6).

Violencia de género:

Se considera de gran importancia hacer hincapié en el tipo de violencia basado en género dirigido hacia las mujeres, debido a que la violencia obstétrica es un tipo de esta índole.

En el marco de la ideología patriarcal que permea el conjunto de la sociedad y las interacciones cotidianas entre los sujetos, las mujeres experimentan una relación de desigualdad e inferioridad justificada por medio de las características propias de su sexo, apelando a la naturaleza biológica para ejercer una dominación en todos los ámbitos de su vida.

En lo que refiere a esta categoría se puede visualizar en las entrevistas realizadas que

tanto las mujeres como el equipo profesional está inmerso en una sociedad patriarcal que lo condiciona en su ejercicio profesional, pero que aun así las usuarias siguen en una condición de desigualdad, solamente por el hecho de ser mujeres como también pacientes, mientras que los médicos se encuentran en un lugar privilegiado. En este punto es pertinente resaltar que los entrevistados proponen que si se lograra un cambio de la sociedad patriarcal, es en ese momento donde se podría ver el cambio de los modelos de atención en la salud.

Este sistema se reproduce constantemente innovando en su forma de dominio de unos sobre otros, en especial por medio de las instituciones, a saber: la escuela, las instituciones de salud, la religión, la familia, entre otras. Si bien se tiende a explicar este fenómeno a partir de consideraciones biológicas o naturales, lo cierto es que la principal causa de subordinación por parte del hombre hacia la mujer tiene raíces sociales y culturales.

En este contexto de dominio por parte del hombre sobre la mujer, históricamente reconocido, las Naciones Unidas lo definen como:

(...) todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. (Naciones Unidas, 1994)

Si bien la violencia contra las mujeres se manifiesta de maneras muy visibles, también existen formas de violencia y dominación más tenues, por ejemplo cuando no se tienen en cuenta sus opiniones y/o preferencias ante determinada situación (quitándole la voz como sujetos de derecho), se las discrimina en espacios públicos, se las priva arbitrariamente de condiciones económicas y materiales, se les niega la posibilidad de acceder a servicios, puestos de trabajo de calidad, se viola su intimidad, se las degrada moralmente por sus acciones, y un sinnúmero de actos perpetrados diariamente por su condición de género.

Lo nombrado anteriormente se puede vislumbrar en las entrevistas de manera tal que los profesionales reconocen que en determinadas situaciones se ejerce violencia sobre las mujeres, al punto que no se las tiene en cuenta en las decisiones, no se las informa sobre los procedimientos que se llevan a cabo sobre sus cuerpos. Los profesionales siguen un protocolo en su ejercicio que parece no aceptar modificaciones, se les impone a las mujeres realizar determinadas acciones, sin su consentimiento y sin preguntarles qué es lo que ellas prefieren y

así mismo imponiendo tiempos de espera innecesarios sin la correcta información.

Desde una perspectiva de género vinculada al ámbito de la salud, se puede apreciar como novedoso, que durante el siglo XX, dentro del proceso de institucionalización del parto, el hecho de que los médicos fuesen mayoritariamente varones, mientras que las pacientes eran mujeres acostumbradas a atenderse con parteras, o ser asistidas por mujeres con las que poseían un vínculo cercano.

Por el contrario a lo mencionado en el punto anterior se pudo visualizar con las entrevistas recabadas, que los entrevistados vinculados al área de la salud son en su mayoría mujeres.

Este es un aspecto que, para la subjetividad femenina de la época, no puede soslayarse, ya que la inhibición, la vergüenza y el pudor aparecen como elementos que tiñen las vivencias de los embarazos y que se trasladan a las nuevas modalidades de atención de la salud. (Lehner, 2012, s.p).

A su vez este párrafo se relaciona con aspectos mencionados en las entrevistas, por el hecho de ser el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, una institución en la cual realizan la práctica preprofesional estudiantes de diversas carreras universitarias, lo cual implica que en el proceso de aprendizaje de los futuros profesionales, se realicen procedimientos invasivos para la privacidad de la mujer:

(...) todos queremos aprender de la misma paciente, entonces creo que también tenemos que encontrar el límite, cuantos pueden entrar, cuantos pueden revisarla incluso, nosotros estudiamos ginecología, la gente se tiene que desnudar es real, bueno entonces yo trato de que siempre nos quedemos dos máximo, pero ta a veces es una realidad, que a veces vienen acá y se llevan dos tactos, porque uno tacto para aprender y el otro tacto para corroborar que estaba bien. (Entrevista 2).

Modelos de atención al parto:

En la actualidad, si bien existen distintos modelos sociales y humanizadores para abordar las diversas realidades de las personas en sociedad, el predominante es el modelo médico tecnocrático; del mismo modo que lo es en el marco de las situaciones de parto. Este

hecho se logra explicar a partir de los aportes que trae Davis Floyd (s.d), cuando expone al paradigma o modelo tecnocrático como el hegemónico, como aquel que transversaliza, hoy en día, todos los aspectos de la vida de las personas.

Antes de explicar el concepto, es menester hacer referencia a la noción de “paradigma”, entendiéndolo como “(...) un modelo, una imagen mental de la realidad (...)” la cual implica creencias, convicciones y formas de pensar, enmarcadas en un contexto histórico, de modo que dicho modelo se naturaliza, no se cuestiona, sino que simplemente se vive. Continuando con los aportes de la autora, se logra entender a partir del ejemplo “(...) tal como un pez que no puede ver el agua en el que nada, un ser humano muchas veces no puede ver sus creencias, opera y vive como si sus creencias fueran la realidad.” (Floyd, D. s.d).

Una vez comprendido el concepto de paradigma, se procede a identificar las características que presenta el modelo hegemónico. El mismo, no solo se caracteriza por predominar frente al resto, sino que interesa destacar la determinación de separación entre mente y cuerpo. La concepción que se tiene del cuerpo de la mujer, comprendida como una máquina, la cual produce y extrae un producto (el bebé), inscriptos al mismo tiempo dentro de una fábrica de producción, en este caso, el hospital (entendido como aparato de medicalización colectivo). En este contexto, la tecnología, opera como componente principal en cuanto a la elaboración del producto, por lo que de cierto modo se le quita la voz y decisión de la mujer (entendiéndose como un objeto y no sujeto de derechos) para trasladar ese poder-saber a la máquina que opera en el proceso (Floyd,D. s.d). Este hecho, lleva a que la mujer pierda el sentimiento de identidad por motivo de la alienación sentida al concebirla como un objeto.

Continuando con los aportes de la autora, la tecnocracia hace referencia a un modelo de desarrollo post-industrial, el cual presenta como ideología principal el progreso y desarrollo de nuevas tecnologías, lo cual implica tanto las convicciones que se tienen de la vida y de las formas de ser en el mundo, así como también los valores que predominan (Floyd,D. s.d).

Como se mencionó anteriormente, el modelo tecnocrático no es el único existente en las sociedades, sino que es el predominante. Otro modelo, indicado por la autora, es el humanitario. Éste hace referencia a la concepción de la mujer como sujeto de derechos, no como un objeto, se tiene en cuenta fuertemente los aspectos subjetivos de la mujer en situación: sus sentimientos, inquietudes, pensamientos y deseos. Escuchar a la mujer, es

tenerla en cuenta como individualidad, y no así como aleatoriedad; “En el modelo humanístico, información, decisiones y responsabilidad son compartidas entre paciente y cuidador.” (Floyd, D. s.d).

“El objetivo de este modelo es generar experiencias saludables y positivas durante el embarazo y parto, respetando los derechos y el rol protagónico de la mujer, combinando el humanismo con la tecnología”. (Méndez, 2017, p. 23)

Cabe aclarar, que este modelo es seguido por médicos tratantes de partos; si bien no son la mayoría, existe una convicción humanitaria actual frente a tal situación.

Floyd, expresa un tercer modelo, denominado modelo holístico. Aquí se da la unidad entre cuerpo, mente y espíritu. De este modo, no se concibe a la mujer como una máquina, de hecho tampoco como simple organismo, sino además, como un sistema de energías (Floyd, D. s.d). El hecho de que se incluya el espíritu en la unidad de la mujer, es lo que diferencia de modo radical este modelo de los anteriores.

De esta forma, se puede observar que si bien los entrevistados tienen conocimiento de otros modelos y formas de atender al parto, el modelo médico tecnocrático es el que está legitimado e instaurado como un modelo hegemónico en las prácticas que se llevan a cabo en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. Es decir, en las intervenciones profesionales que se desempeñan durante la asistencia al parto, en las cuales se utilizan determinadas herramientas que de cierto modo delimitan a un tipo de atención, así como también la concepción que está interiorizada por parte de las mujeres embarazadas como la mejor forma de parir, legitiman las acciones del profesional médico incluidas dentro de dicho modelo. En este sentido se menciona que:

(...) Ponele a mi lo del (parto) en vertical me encanta, esta buenísimo, pero hay gente que no le parece, que no le gusta. Nosotros acá hacemos trabajo de parto estable vertical... con pelota, etc., pero en el momento de asistir al parto pasa a camilla, o sea no pujando, pujando pujan sentadas, paradas, como quieran, pero en el momento de asistir nosotros no tenemos banquitos entonces tenemos posición ginecológica, depende mucho del responsable a cargo, y lo que quiera la paciente, porque quizás ella muchas veces está acostumbrada a que hay que parir acostada y prefiere parir acostada (...). (Entrevista 2).

Violencia obstétrica:

A partir del concepto de violencia planteado en el presente documento se puede identificar un tipo de violencia particular: la violencia obstétrica. La misma, es definida 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 en Magnone, 2008, p.3).

A modo de ejemplo, Magnone (2008) indica que en una de las entrevistas realizadas a parteras, se explicó que cuando la violencia (de cualquier tipo) es ejercida en la vida cotidiana de las personas, se tiende a naturalizar y tolerar aún más en el sistema médico violento.

Tanto la violencia de género como la violencia institucional, llevan a la violencia obstétrica; es decir, la última es resultado de la interacción entre las dos primeras.

Cuando se habla de violencia institucional, se habla de aquella que "(...) comprende daños físicos y psicológicos a las personas, como resultado de condiciones inadecuadas en instituciones y en sistemas públicos." (De Bruyn en Magnone, 2008, s.p). Al mismo tiempo, Magnone (2008) toma los aportes de Medina para definir los tipos de violencia obstétrica; por un lado, habla de violencia obstétrica física, la cual refiere a la realización de prácticas invasivas hacia las mujeres, así como su medicalización, no estando justificados por el estado físico-mental de la mujer que pare o de la persona por nacer, del mismo modo cuando no se respetan los ciclos biológicos de la parturienta en situación.

En segundo lugar, habla de violencia obstétrica psíquica; incluyendo

(...) el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales. (Medina en Magnone, 2008, s.p)

A partir de los aportes de los distintos autores, se logra comprender que, si bien se

han alcanzado diversas igualdades formales, las mismas han sido, en su proceso de constitución, perfeccionamientos en los dispositivos de discriminación, marginalización, represión y exclusión. A partir de dichas estrategias, se naturaliza la inferioridad femenina, el poder médico y la violencia simbólica mediante diversos discursos y explicaciones sociales o científicas.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su declaración sobre la “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, consigna que las mujeres tienen derecho a acceder al más alto nivel de salud, teniendo acceso a una atención digna y respetuosa en el embarazo y el parto, lo cual supone no sufrir episodios de violencia o discriminación por su condición (OMS, s.f.). Por medio de esta declaración los países que se adhieren a la misma deben desarrollar estrategias para lograr dicho objetivo; dignificar la atención en salud promoviendo una perspectiva de derechos humanos, incitar a los gobiernos a comprometerse en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios, protegiendo a las madres de situaciones de vulnerabilidad y violencia ejercidos en los centros de salud. Sin embargo, en las prácticas diarias del Hospital aún sigue teniendo predominancia el discurso médico, sobre qué es lo más conveniente a la hora de comenzar el trabajo de parto, cómo debe realizarse, y en qué condiciones, hasta el puerperio de la mujer, se encuentran bajo la influencia de los especialistas.

En este sentido, en las entrevistas realizadas se obtuvieron declaraciones donde se da cuenta de estos aspectos: en primer lugar, en cuanto a las medidas implementadas por el gobierno, da cuenta de un aspecto ético-político, del cual hacen referencia con expresiones como: la “ley impulsada por este gobierno también tiene sus diferencias políticas con respecto a la gente a la cual implementa” (Entrevista 3), “lo pautado por el ministerio es correcto, ahora que se haga o no eso depende de no solo del personal de salud sino también de la mujer que concurra al centro.” (Entrevista 9).

En segundo lugar, al no contemplarse los aspectos generales de la Ley 18.426, sobre todo los relacionados con el parto humanizado, se producen situaciones que impiden el ejercicio de los derechos de las embarazadas, como consecuencia de que los especialistas no respetan los mismos, en opinión de algunos entrevistados: “se siente sumamente vulnerada [la paciente] y justamente es cuando más tendríamos que resguardar estos derechos y es cuando otros profesionales aprovechan esa vulnerabilidad para hacerlo a la apurada.”

(Entrevista 6); “No se respetan los tiempos biológicos del parto”. (Entrevista 7).

En tales ocasiones, no se tienen presentes las declaraciones enunciadas internacionalmente, sobre los cuales Uruguay es un país formalmente comprometido, se recurre a un modelo de atención que sea capaz de lograr extraer el mayor número de bebés posibles, en el menor tiempo posible, recurriendo a cesáreas innecesarias y episiotomías. Se puede constatar esta realidad en base a los datos estadísticos que maneja el Ministerio de Salud Pública en relación a la cantidad de cesáreas practicadas. En el año 2014 se realizó el 44%³ del total de los partos por ésta vía. Según la OMS los países debieran llevar a cabo esta intervención en un porcentaje que ronde entre el 10 y 15% del total de partos. Es notoriamente visible que en Uruguay se excede el número de cesáreas practicadas en base a las recomendaciones de dicha Organización.

Como síntesis del análisis realizado, se considera ilustrativa la siguiente reflexión final de una de las entrevistadas:

En realidad eso justamente, las mujeres tienen derechos y todo y a veces los pasamos por alto, porque vienen y tenemos que ver cómo lo solucionamos, pero cuando quisimos ver, la dejamos tirada media hora ahí al pedo y sin explicarle nada, sin decirle nada, ojo, no es en general, en general es bueno, tienen dudas se las atiende, lo que sea, pero a veces estamos encasillados, en que tiene que hacer lo que yo le digo porque yo digo y no escuchamos en realidad si esa mujer viene con un plan de parto, si viene informada si no viene informada, que es lo que prefiere o no prefiere, y ponete anestesia y esto, pero ella capaz que no quiere o prefiere otra cosa y estamos tratando de convencerla todo el tiempo de que no, de que tiene que hacer lo que nosotros decimos y a veces no es necesario que hagan lo que nosotros decimos, a veces ellas re saben lo que tienen que hacer y molestamos inclusive. (Entrevista 6).

Por otro lado, en los discursos de la mayoría de los entrevistados se reconoce la existencia de violencia obstétrica, tanto en el ámbito público como privado, señalan que en este último se respetan más las decisiones de las mujeres, por ejemplo cuando llevan planes de parto establecidos. Otro factor que juega a favor de la existencia de este tipo de violencia,

³ Dirección General de la Salud. División Epidemiología. Estadísticas Vitales. Nacimientos según tipo de parto y grupo de edad materna. Uruguay 1996-2014.

es la falta de información con la que asisten las pacientes, sobretodo en el ámbito público y en este Hospital en particular: “nosotros trabajamos con una población que muchas veces no conocen sus derechos y muchas veces no les interesa conocerlos, porque mira que aca hay clases de parto y no viene nadie.” (Entrevista 2).

Importancia del código de ética médica:

Los médicos como profesionales que trabajan en relación a la vida y bienestar de las personas ocupan un lugar destacado dentro de la sociedad, por lo que su conducta moral adquiere una gran importancia.

En su estatuto fundacional el Sindicato Médico del Uruguay (SMU) manifiesta una preocupación por la defensa y la presencia de la moral dentro de la profesión médica, tanto en sus conductas individuales como en su capacidad de incidencia social.

Hoy en día existe un Código Nacional de Ética Médica (aprobado en 1995), considerado como un logro histórico del gremio médico. Este Código obliga gremial y moralmente a todos los médicos del país a respetar las pautas que allí se establecen.

En base a dicho Código, consideramos pertinente seleccionar algunos de los artículos presentes en el capítulo N°2: “Declaración de principios éticos fundamentales”, que nos parecen de gran importancia a tener en cuenta en la práctica médica, particularmente en lo referido a la atención en salud de las mujeres durante el embarazo y el parto.

Artículo 2 – “Los profesionales de la medicina deben cuidar la salud de las personas y de la comunidad sin discriminación alguna, respetando la vida y los derechos humanos. El médico debe ejercer inspirado por sentimientos humanitarios”. (Código de ética médica, 1995, p.15)

Artículo 3 : contiene diferentes puntos de los cuales se destacarán los siguientes:

1. “Respetar la vida, la dignidad y la libertad de cada ser humano y nunca procurar otro fin que no sea el beneficio de su salud física, psíquica y social”;

7. “Mantenerse al día en los conocimientos que aseguren el mejor grado de competencia en su servicio específico a la sociedad.” (Código de ética médica, 1995, p.15)

Artículo 4 – “El progreso científico y tecnológico de la medicina se concertará y utilizará de tal manera que el humanismo esencial de la profesión no resulte desvirtuado.” (Código de ética médica, 1995, p.16)

En base a las líneas hipotéticas planteadas anteriormente en este proyecto; es que nos habíamos propuesto cuestionar si estos principios son realmente cumplidos y en qué grado por cada profesional, debido a que aún se contempla en las prácticas médicas violencia obstétrica en nuestro país.

De los que fueron nuestras entrevistas se pueden extraer dos ítems a destacar:

- vinculación del código de ética médico con la ley de salud sexual y reproductiva.
- Importancia de dicho código al momento de la intervención

En base a esto se afirma por parte del total de los entrevistados la existencia de un vínculo entre el código de ética que los rige y la ley 18.426, se destaca que dicho código es fundamental para su intervención profesional; muchos de ellos expresan que es su “guía”, “el pilar fundamental”, “pauta principal” dentro de las prácticas médicas.

De igual forma las leyes toman para los profesionales un carácter fundamental al momento de intervenir con mujeres embarazadas y no , tenerlas presente es fundamental ya que estas constituyen un respaldo para los profesionales del área de la salud.

6- CONCLUSIONES:

En base a lo expuesto y a la información reunida en las entrevistas realizadas puede decirse, en referencia al objetivo general, que fue parcialmente cumplido, ya que no fue posible realizar entrevistas en el Hospital “Pereira Rossell”. De todos modos, se logró comprender la importancia y la apropiación que poseen los profesionales y estudiantes del Hospital “Dr. Manuel Quintela” sobre los principios éticos de la profesión médica y los lineamientos de la ley N°18.426, en torno al parto humanizado.

En suma, en relación a la primer línea hipotética, los profesionales y estudiantes manifiestan que actúan en conocimiento de la Ley 18.426 sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos, pero poseen diferentes grados de incorporación de los principios éticos de la profesión médica, vinculados a lo expresado en la ley en referencia al parto humanizado, esto depende en su mayoría del nivel de estudios alcanzados por los entrevistados.

En cuanto a la segunda línea hipotética, se visualiza que los diferentes técnicos de la salud poseen conocimiento teórico en cuanto a las modalidades y técnicas de atención del parto, sin embargo reconocen diferencias acerca de lo que cada técnico considera mejor al momento de la intervención, así como también depende de las herramientas disponibles en la institución de salud. Según señalan algunos de los entrevistados existen diferentes concepciones personales, filosóficas, políticas y generacionales que entran en juego en el momento de atención a los pacientes. Por este motivo es que consideran, independientemente de si es hombre o mujer, que la Ley 18.426 no es respetada de igual forma por todos los profesionales. En relación a ello, se manifiesta que muchas veces los profesionales se sienten “encasillados” en su forma de intervenir, es decir, que su saber-poder médico se impone sobre la paciente sin tener en cuenta sus opiniones.

Sobre las diferencias en el respeto de la ley, los técnicos señalan que dicha variabilidad es producto de determinadas situaciones que obstaculizan o dificultan sus intervenciones al momento de asistir un parto, en este sentido son mencionados aspectos como: situaciones de riesgo donde decide el médico; casos en los que el profesional prioriza respetar los derechos del bebé; ausencia de instrumentos para realizar diferentes modalidades de parto; utilización de instrumentos a los cuales la paciente se opone; intervención de familiares de la paciente en las decisiones del médico al momento de asistir.

Las dificultades que se presentan al momento de la asistencia del parto llevan a que se siga el modelo tecnocrático de la atención al parto -aún sin ser explicitado por los técnicos- o que no se respete la ley ni los derechos de las pacientes, siendo vulnerados desde formas muy sutiles hasta casos más extremos.

En algunos casos se tiene conocimiento de que la problemática de la violencia obstétrica no es un hecho natural, sino que responde a múltiples determinantes que se relacionan con el contexto histórico, social, cultural y político de la sociedad. Sin embargo, también existe la creencia de que la actuación profesional responde únicamente a valores y decisiones personales, siendo relevante el carácter de la persona interviniente en la atención de mujeres en el transcurso y fin del embarazo.

Por otra parte, es necesario plantear que en los discursos de los entrevistados está presente implícitamente la idea de culpabilización y responsabilización hacia la mujer. Siendo ésta responsable de la situación que vive, constatándose procesos de individualización.

Reflexiones finales:

En este apartado se realiza una reflexión final sobre la investigación llevada a cabo por el grupo de estudiantes.

Se resaltan aspectos positivos de la metodología empleada al momento de recabar la información, ya que al tratarse de un estudio de carácter exploratorio, la técnica de la entrevista permitió indagar adecuadamente sobre los principales ejes de investigación. Se entiende pertinente aclarar que al contar con una muestra reducida de entrevistados pertenecientes a un único centro de salud, no fue posible realizar una comparación que evidencien posibles variables entre las distintas instituciones donde se desarrolla atención a mujeres en el transcurso de su embarazo y puerperio. En consecuencia, esto limita nuestra respuesta a la pregunta de investigación formulada en primera instancia en el proyecto de investigación.

En primer lugar se constata que si bien existe una ley sobre Derechos Sexuales y Reproductivos y un Código de Ética médico, estos no son suficiente para que se respeten completamente los derechos de las mujeres embarazadas, ni evitan eficazmente que se produzcan situaciones de violencia obstétrica. A su vez, también es relevante destacar que la ley N°18.426 no cuenta con sanción sobre las personas que la incumplan, aspecto que da

lugar a que en muchas ocasiones no existan repercusiones sobre las situaciones que transgreden los derechos de las pacientes.

Es menester del Estado, garantizar los derechos de todas las personas, sobretodo en los momentos de mayor vulnerabilidad de sus vidas, es de su competencia la creación de normativas y leyes que amparen y velen por la protección, seguridad y bienestar, en todos los ámbitos institucionales, así como garantizar el respeto y aplicación de dichas normas y leyes.

8- BIBLIOGRAFÍA:

- Batthyány, K y Cabrera, M (2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales*. Apuntes para un curso inicial. Departamento de Publicaciones, Unidad de Comunicación de la Universidad de la República (UCUR). Montevideo, Uruguay.
- Diniz, D. y Gonzalez, A.C (1998): *Bioética Feminista: a emergência da diferença*. En: II Feminist Approaches in Bioethics. Tsukuba-Japón.
- Esteban, Mari Luz (2006) *El estudio de la Salud y el Género. Las ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista*. Salud colectiva. Buenos Aires.
- Floyd, D. (s.f) *Los tres paradigmas de salud y nacimiento desde una perspectiva femenina*. Recuperado de: http://www.aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS_AESMATRONAS/06_MUJER_GENERO/05_TRES_PARADIGMAS.pdf [acceso 18/09/17]
- Foucault, M. (1988) *El sujeto y el poder*. En Revista Mexicana de Sociología, vol. 50 (3), jul-sep 1988 (p.3-20)
- Guthmann, Y. (2005): *El discurso bioético y la legitimación de las nuevas tecnologías reproductivas*. Serias para el Debate, N°4, Lima.
- Jurado Rivera, Camila (2015). *Cómo nacemos hoy: manifestaciones y naturalización de la violencia obstétrica*. Montevideo: UdelaR. FCS.
- Lamas, M. (2004) *Género*, en Zárata, Mónica y Gall, Olivia. Mujeres al timón en la función pública. Manual de liderazgo social.
- Lehner, M.P. (2012). *De las redes informales a la medicalización*. En: Kornblit, A, Camarotti, A y Wald, G (compiladoras). *Salud, sociedad y derechos*. Buenos Aires, Argentina (2012).
- Magnone, N. (2008) *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 13-14 de Septiembre de 2011.
- Magnone, N. (2010) *Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la Humanización*. Recuperado de: http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Mesa_1_Magnone.pdf.
- Méndez, N (2017) *Mujeres, derechos y beneficios en el parto humanizado*. Montevideo, Uruguay. UdelaR: Facultad de Psicología.

- Mitjavila, M. (2016) *Sobre o papel da autoridade cultural da profissão médica nos processos de medicalização da vida, en Vigiar e Mediar: estratégias de medicalização da infância*. v.: 1, p.: 133 - 146, Editorial: LiberArs , São Paulo.
- Ortega, E. (2003) *El Servicio Social y los procesos de medicalización de la sociedad uruguaya en el período neobatllista*. UDELAR/UFRJ. Montevideo.
- Sadler, M (2003) *Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario*. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Antropología.
- Schwarz, P (2009) *La maternidad tomada. Ginecólogos. obstetras y mujeres en interacción. Discursos y prácticas en la clase media*. Revista de crítica social.

FUENTES ELECTRÓNICAS CONSULTADAS:

- Administración de los Servicios de Salud (ASSE) (2011) *Compromiso de Gestión. Centro Hospitalario Pereira Rossell- Hospital de la Mujer*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de: <http://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?4756,22230> [acceso 7/11/2017]
- Administración de los Servicios de Salud (ASSE). Recuperado de: <http://www.asse.com.uy/contenido/Centro-Hospitalario-Pereira-Rossell-5214> [acceso 20/06/2018]
- Administración de los Servicios de Salud del Estado (2011) *Compromiso de gestión, segundo nivel de atención metropolitana*. Montevideo, Uruguay. Recuperado de: <http://www.asse.com.uy/aucdocumento.aspx?4756,22238> [acceso 20/06/2018]
- Colegio Médico del Uruguay. Ley 19.286 (2014) *Código de Ética Médica*. Montevideo. Recuperado de: <http://www.colegiomedico.org.uy/wp-content/uploads/2017/03/codigo-de-etica-medica-web.pdf> [acceso 12/06/2018]
- Observatorio nacional en género y salud sexual y reproductiva en Uruguay. estado de situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay- monitoreo 2010-2014. Recuperado de: <http://www.mysu.org.uy/multimedia/publicacion/informe-observatorio-2010> [acceso 05/06/18].

- Comité de Bioética de Catalunya (s.f) ¿Qué es la bioética?. Recueprado de: <http://comitebioetica.cat/el-comite/que-es-la-bioetica/> [acceso 05/06/18].
- Dirección General de la Salud. División Epidemiología. Estadísticas Vitales. Nacimientos según tipo de parto y grupo de edad materna. Uruguay 1996-2014. Recuperado de: <http://www.msp.gub.uy/EstVitales/>. [acceso 07/06/18].
- Escuela de Parteras (1996) *Plan de Estudios*. Facultad de Medicina, UdelaR. Montevideo, Uruguay. Recuperado de: <http://www.escuparteras.fmed.edu.uy/sites/www.escuparteras.fmed.edu.uy/files/Plan/1.%20PLAN%20DE%20ESTUDIOS%201996%20vigente.pdf> [acceso 05/06/2018]
- Facultad de Medicina (2008) *Nuevo Plan de Estudios 2008* Montevideo, Uruguay. Recuperado de: <http://www.bedelia.fmed.edu.uy/nuevoplандeestudios.html> [acceso 20/07/2017]
- Facultad de Medicina (1995) *Perfil de formación y competencias del Egresado de la carrera de Medicina*. Uruguay: Facultad de Medicina, UdelaR. Recuperado de <http://www.fmed.edu.uy/institucional/perfil-del-medico> [acceso 16/11/2017]
- Leal, A. (2015) “*La bioética feminista y la construcción actual del género*”. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/310/31045570010/> [acceso 28/06/18].
- MR Mujeres en Red. *El periódico feminista*. Uruguay. Recuperado de: <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article1396> [acceso 5/08/2017]
- Naciones Unidas (1994) *Sobre maltrato a la mujer*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/> [acceso el 13/10/17]
- OMS (s.f) *Declaración sobre la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/ [acceso 13/10/17]
- Organización Mundial de la Salud (2016) *Violencia contra la mujer*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/> [acceso 13/10/17]

- Registro Nacional de leyes y decretos Ley N° 18.211 *Creación del Sistema Nacional de Salud*. Reglamentada por: Decreto N° 2/008 de 08/01/2008. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007/61> [acceso: 04/07/2018]
- Registro Nacional de leyes y decretos Ley N° 18.426 *Sobre la salud sexual y reproductiva*. Reglamentada por decreto n°293/010. Recuperado de: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008> [acceso: 5/08/2017]

Anexo 1

Entrevista a estudiantes y profesionales

Antes que nada, queríamos agradecerte por la disposición y el tiempo dedicado a esta instancia. Vamos a realizar una serie de preguntas que nos servirán de guía para comprender un poco más en cuanto a la implementación y apropiación de la Ley 18.426 de los Derechos Sexuales y Reproductivos, y su articulación (si es que la hay) con el Código de Ética de la profesión médica.

- ¿Estás al tanto de la existencia de la Ley 18.426 sobre los Derechos de Salud Sexual y Reproductiva, en términos de lo ella refiere y ampara?
- ¿Crees que esta ley es respetada de igual forma por todo el personal de la salud, sobre todo por parteras obstetras y ginecólogos?
- ¿Creés que las leyes sobre salud sexual y reproductiva se vinculan con el código de ética de la profesión? Si es así, ¿De qué forma?
- ¿Qué tan importante creés que son estos temas cuando tienes que intervenir en una situación con mujeres embarazadas?
- ¿Crees que la atención que se brinda a las mujeres durante su embarazo hasta el parto es la correcta?
- En tu experiencia como estudiante o profesional, ¿visualizas algún/os inconvenientes en cuanto al trato de las pacientes en determinados procedimientos que se llevan a cabo?
- ¿Consideras que se deberían mejorar algunos aspectos en este sentido?
- A modo de concluir, ¿hay algo más que te parezca pertinente agregar?

ENTREVISTA 1: Ginecóloga mujer (18-05-2018)

1)¿Estás al tanto de la existencia de la Ley 18.426 sobre los Derechos de Salud Sexual y Reproductiva, en términos de lo ella refiere y ampara?

Si, hay una dicotomía en su implementación porque hay mucha estructura más .antigua que es difícil derrumbar, mas que nada desde el punto de vista profesional, los que trabajamos en ginecología creo que es una ley que por ser ley es lo que rige, éticamente también es el derecho de las pacientes. De todos los pacientes en realidad, de los que consultan por salud sexual y reproductiva.

2)¿Crees que esta ley es respetada de igual forma por todo el personal de la salud, sobre todo por parteras obstetras y ginecólogos?

No, de igual modo no, con matices, pero hay una tendencia a que si a que sea implementada en todo sentido, pero hay concepciones personales y filosóficas que obstaculizan ese respeto; si está vinculada al código de ética.

3)¿Qué tan importante creés que son estos temas cuando tienes que intervenir en una situación con mujeres embarazadas?

son nuestra guía, es nuestro pilar fundamental, los derechos de las pacientes sexuales y reproductivos, es lo que hacemos todos los días, nuestra pauta principal,

4)¿Crees que la atención que se brinda a las mujeres durante su embarazo hasta el parto es la correcta?

Es difícil generalizar, no lo puedo responder porque no estoy al tanto de todas las situaciones que hay. Las que yo presencio sí, y cada vez más. También por medios de comunicación y de acercamiento de las mujeres, digo mujeres porque son las que nosotros atendemos, pero de las personas hacia los conocimientos de sus propios derechos;

5)¿visualizas algún/os inconvenientes en cuanto al trato de las pacientes en determinados procedimientos que se llevan a cabo?

Sí, sin duda, bastante frecuentes Situaciones como las interrupciones de los embarazos, en los partos especiales, en toma de decisiones en situaciones de riesgo especial si, son las situaciones difíciles de visualizar y de desarrollar, pero sí las vemos diariamente.

6)¿Consideras que se deberían mejorar algunos aspectos en este sentido?

Si, creo que los médicos debemos recordar nuestro lugar, y nuestra importancia pero nuestro lugar por sobre todas las cosas. La que manda excepto situaciones de riesgo inminentes es la paciente, siempre. Correctamente informada siempre.

7)A modo de concluir, ¿hay algo más que te parezca pertinente agregar?

Correctamente informada la mujer puede tomar las decisiones; porque también hay que recordar que tenemos una paciente que está ejerciendo sus derechos pero también tiene un ser vivo que también tiene derechos y que nosotros tenemos que velar por ellos siempre. Y muchas veces las pacientes, sus derechos van en contra de los derechos de la criatura que tiene adentro, entonces también que haya difusión correcta y humanizada y estandarizada me parece que eso está bueno, sin duda.

ENTREVISTA 2: Residente en ginecología mujer (18-05-2018)

1)¿Estás al tanto de la existencia de la Ley 18.426 sobre los Derechos de Salud Sexual y Reproductiva, en términos de lo ella refiere y ampara?

Sí estoy al tanto, ahora hay una vuelta de tuerca con el tema de la interrupción voluntaria del embarazo, que nosotros vemos acá, también el tema de la humanización del parto y tratar de respetar los derechos de ellas, de que estén acompañadas, de la posición que desean para el trabajo de parto, para el parto, acá tenemos la analgesia del parto las 24 hs disponible y es gratis que también es otro beneficio que tienen nuestros pacientes y eso es masomenos lo que manejamos todos los días todo el tiempo

2)¿Crees que esta ley es respetada de igual forma por todo el personal de la salud, sobre todo por parteras obstetras y ginecólogos?

No, en realidad no. no todos lo tomamos igual y es verdad que la gente capaz más veterana y que tiene más experiencia pero que viene también con otras cosas no.. Ponele a mi lo del parto en vertical me encanta, esta buenísimo, pero hay gente que no le parece, que no le gusta. Nosotros acá hacemos trabajo de parto estable vertical.. con pelota, etc pero en el momento de asistir al parto pasa a camilla, o sea no pujando, pujando pujan sentadas paradas, como quieran, pero en el momento de asistir nosotros no tenemos banquitos entonces tenemos posición ginecológica (No es la posición igual) depende mucho del responsable al cargo, y lo que quiera la paciente, porque quizás ella muchas veces está acostumbrada a que hay que parir acostada y prefiere parir acostada.. si o que mismo uno le dice bueno mucho mejor que te pares para pujar que te pongas en cuclillas y para la paciente salir de la posición estoy enferma estoy acostada y me atienden así es difícil sacarlas de ahí. Mandarlas a caminar y todo eso hay muchas que prefieren que no, que prefieren estar acostadas con el suero y esperando a que se lo saques..

3)¿Qué tan importante creés que son estos temas cuando tienes que intervenir en una situación con mujeres embarazadas?

Qué tan importante es cuando intervenís con mujeres embarazadas..Para nosotros es básicos, estas en el momento más importante de su vida, y quizá para nosotros es una guardia más, estar atento y receptivo a las necesidades de ella, estar atento a la situación y a las necesidades de ella, que no sea algo así nomás. ella este momento lo va a recordar para siempre, así que tenemos que ser conscientes del papel que jugamos nosotros

4)¿Crees que la atención que se brinda a las mujeres durante su embarazo hasta el parto es la correcta?

Lo que nosotros hacemos sí, he vivido situaciones igual, sobre todo cuando era estudiante y eso vi situaciones de violencia obstétrica si seguro, vi pacientes vulneradas pujando.

5)¿visualizas algún/os inconvenientes en cuanto al trato de las pacientes en determinados procedimientos que se llevan a cabo?

Si, sobre todo cuando es una emergencia no es fácil tomar las decisiones de lo que ella o el familiar quiere, nos pasa mucho con el tema del forcep, que vienen con la idea de que el forcep es un horror, que mata, que destruye cabezas de niños y que de repente para nosotros

el forcep es una herramienta que salva vidas, que si el feto está en el canal de parto y hay que sacarlo hay que sacarlo; y muchas veces te pasa que el familiar.. porque ella en ese momento esta mas “bueno que hagan lo que tengan que hacer” pero el familiar que no está en esa situación se te pone medio en contra de que apliques.. y es como muy complicado, en esos momentos es más complicado, capaz que habría que no se, explicarle a la paciente antes de llegar a esa situación que puede pasar que le tengas que aplicar forcep, pero a veces te da la impresion tambien de que la estas asustando, para que le hablo de forcep si ni siquiera está en trabajo de parto, imaginate la señora que la tengo caminando que le diga que capaz que si se tranca el bebé en el canal de parto le voy a poner un forcep, no, se muere. Entonces a veces es difícil de manejar esas situaciones pero ta

6)¿Consideras que se deberían mejorar algunos aspectos en este sentido?

Si, ahora hay toda una vuelta de que vienen.. aca no pasa tanto porque las mujeres no conocen tanto sus derechos, pero capaz que en el ámbito privado el tema de que van con el plan de parto, lo que quieren y lo que no quieren; que estaría bueno implementarlo acá, que es difícil porque nosotros trabajamos con una población que muchas veces no conocen sus derechos y muchas veces no les interesa conocerlos, porque mira que aca hay clases de parto y no viene nadie; tenemos que convencer, salir a buscar candidatos para que por favor vengan, cuando en realidad es algo que le das gratis, que tienen nutricionista, que estamos los ginecólogos, todo y capaz que ellas ni se acercan, vos puedes promover todo lo que quieras, pero capaz que a veces las pacientes son muy receptivas y a veces no. y no le dan tanta importancia a eso o capaz que tuvo cinco partos y piensa que no le va a servir para nada, y en realidad todo sirve. Pero si creo que a veces hacemos cosas para incentivar, como las clases de parto, pero es difícil llegarle a las pacientes. pero si obvio que hay mil cosas para hacer todavía.

Hay otra cosa tambien que es un hospital universitario, y el hecho de que sea un hospital universitario, tratamos de que no sea así pero es una realidad que la paciente viene y no hay un médico.. hay un médico, que en realidad soy yo, que soy residente que no me recibí con grado dos, con un interno, estudiante de partera, todos queremos aprender de la misma paciente, entonces creo que también tenemos que encontrar el límite de bueno, cuantos pueden entrar, cuantos pueden revisarla incluso, nosotros estudiamos ginecología, la gente se

tiene que desnudar es real, bueno entonces yo trato de que siempre nos quedemos dos máximo, pero ta a veces es una realidad, que a veces vienen acá y se llevan dos tactos, porque uno tacto para aprender y el otro tacto para corroborar que estaba bien, pero ta tenemos que poner el límite de no vulnerarla; o sea siempre se le explica a la paciente y si dice que “no yo no quiero que haya estudiantes” bueno se van porque ella tiene derecho a estar sola conmigo y de repente te quiere contar algo más personal y tiene ganas que se vaya la gente, pero es real que es complicado, por el funcionamiento del servicio, pero es un hospital universitario que en algún lado tenemos que aprender y pasa aca, pasa en el pereira y en todos lados en todos los servicios, el tema que acá es ginecologico, le genera un estrés a la paciente porque a nadie le gusta de por sí ir al ginecologo, y ta, en otros servicios no pasa tanto

ENTREVISTA 3: Hombre interno (18-05-2018)

1)¿Estás al tanto de la existencia de la Ley 18.426 sobre los Derechos de Salud Sexual y Reproductiva, en términos de lo ella refiere y ampara?

Si se de la existencia de la ley, desde mi punto de vista que no soy ginecólogo ni residente de ginecología lo que te puedo decir, es que es una ley que obliga al estado a cumplir con ciertas pautas, con ciertas metas para asegurar una buena atención a la mujer embarazada o no embarazada durante toda su vida. y también que es una estrategia a nivel nacional de unificar criterios a la hora de atención a la mujer en salud.

2)¿Crees que esta ley es respetada de igual forma por todo el personal de la salud, sobre todo por parteras obstetras y ginecólogos?

No, en realidad no es respetada porque en realidad no todas las mismas personas tienen primero que nada porque al ser una ley impulsada por este gobierno también tiene sus diferencias políticas con respecto a la gente a la cual implementa, parece que, si bien uno puede estar, como es el caso por ejemplo de la ley voluntaria de interrupción del embarazo, con el tema de la objeción de conciencia, que es un tema bastante controversial, hasta qué punto la objeción de conciencia es objetable en realidad por así decirlo, no creo que todo el mundo tenga los mismos intereses en atender a las mujeres de la misma forma, pero por el simple hecho también de lo que ha avanzado la sociedad desde antes hasta ahora y de la forma de practicar la medicina; de la medicina esa paternalista que estaba antes a la medicina

que esta ahora que involucra mucho la decisión de todos los pacientes, no solo de las mujeres y que también una concepción de la sociedad en la que vivimos, una sociedad muy patriarcal también donde en general los médicos de sexo masculino tienen, se creen que tienen ciertas atribuciones sobre los pacientes que en realidad no las tienen, sobre todo con las mujeres, más que nada pasa eso, sobre todo con las adolescentes también, pero en realidad..el ginecólogo es también una especie de bicho raro en ese aspecto, porque es un tipo que está absolutamente dedicado a la salud de la mujer, no todo el mundo la respeta, porque también uno como estudiante presencia ciertos eventos de violencia obstétrica y no obstétrica, o de violencia simplemente hacia la mujer, no por su condición de ser mujer sino por su condición de ser paciente, mas que nada desde ese punto de vista.

3)¿Qué tan importante creés que son estos temas cuando tienes que intervenir en una situación con mujeres embarazadas?

Saber que existe, es más bien como una guía de práctica clínica; saber que hay ciertos derechos que no se pueden vulnerar y saber que hay ciertos deberes que yo tengo que cumplir. Desde ese punto de vista aparecen como obvias, o de sentido común que ahora están mucho más impuestas, digo porque nuestro plan de estudio cambió con respecto al anterior, la gente que da las clases cambió, porque una cosa es que cambie el plan y otra que cambie la gente del plan.. por suerte nosotros somos una generación que tuvo un plan nuevo y cabezas nuevas, también todo tiene un tinte político, generalmente las personas que están más alineadas con las ideas de la ley son las personas que más se van a formar en ese aspecto, hay un cambio social. Y todo lo es el cambio de la sociedad machista, patriarcal, todo influye como uno atiende la salud, sobre todo de las mujeres. y después hay gente que empieza a ser como más cuidadosa en cómo se mueve, en que dice, que no dice, que toca y como toca, hay como una cosa más de conciencia social, es como que uno se empieza a cuidar, se notan cambios...

4)¿Crees que la atención que se brinda a las mujeres durante su embarazo hasta el parto es la correcta?

No la puede responder porque no tiene la experiencia.

5)¿visualizas algún/os inconvenientes en cuanto al trato de las pacientes en determinados procedimientos que se llevan a cabo?

Si, siempre se ve algún inconveniente sobre todo por el tema formativo, porque acá todo se centra independientemente de la ley o no, porque cuando vos estás practicando la medicina, por ejemplo, que eso es una cosa que siempre la hablamos con mis compañeros, hay cosas que son inherente a la persona; nosotros tenemos clase de bioética por ejemplo en la facultad, la bioética está muy bien implementada, existe, hay leyes, hay todo, si sos mala persona en la vida personal lo vas a hacer con tus pacientes, y hay una bioética que a vos te hable o te haga corregir tus conductas, entonces yo creo que uno frente la asistencia de un usuario, puede, sobre todo porque la ley va más que nada al trato, y el trato porque tengo que cuidar un derecho del otro, entonces hasta ahí cuando yo me pongo el límite, entonces se ven inconvenientes en la atención de la paciente, no en los procedimientos, sino en la forma de transmitir esos procedimientos.

6)Consideras que se deberían mejorar algunos aspectos en este sentido?

Mejorando la formación y con los talleres de intervención, cosas mas que nada como el tema de promoción, prevención y educación y sensibilización y empoderamiento de los usuarios, más que nada de las usuarias, más de ese lado cuando uno empodera a la gente empieza a tener conciencia y esta población en realidad es una población particular, no está muy empoderada, capaz que si vas al ámbito privado capaz que si, cambia.

ENTREVISTA 4: Hombre estudiante ginecología (18-05-2018)

1)¿Estás al tanto de la existencia de la Ley 18.426 sobre los Derechos de Salud Sexual y Reproductiva, en términos de lo ella refiere y ampara?

Si la conoce

2)¿Crees que esta ley es respetada de igual forma por todo el personal de la salud, sobre todo por parteras obstetras y ginecólogos?

No se de que se trata mucho..pero no creo que se respete en todos lados igual, nunca me pasó de estar en un lugar donde no se cumpliera, pero no creo que se cumpla parejo en todos lados.

3) Qué tan importante creés que son estos temas cuando tienes que intervenir en una situación con mujeres embarazadas?

Es una situación delicada, en la que hay que respetar a la mujer y a los derechos.

4)¿Crees que la atención que se brinda a las mujeres durante su embarazo hasta el parto es la correcta?

Las que yo he visto sí, yo solo he visto acá nomás pero, considero que se las tratan muy bien, que se respeta que se sientan bien, nunca vi un mal trato acá por lo menos, no se en otros lados .

5)¿visualizas algún/os inconvenientes en cuanto al trato de las pacientes en determinados procedimientos que se llevan a cabo?

No, los partos que he visto acá y los seguimientos de embarazo me parece que son correctos, nunca presencié nada que se trate mal.

6)¿Consideras que se deberían mejorar algunos aspectos en este sentido?

Seguramente hay lugares donde no se cumplan tanto y actuar en ese sentido, que se deban mejorar. siempre hay alguien que te cuenta que no tuvo una buena experiencia pero ta, capaz que dentro por ese lado.

ENTREVISTA 5: Mujer estudiante ginecología (18-05-2018)

1)¿Estás al tanto de la existencia de la Ley 18.426 sobre los Derechos de Salud Sexual y Reproductiva, en términos de lo ella refiere y ampara?

Si se que existe, pero no se que dice

2)¿Crees que las leyes sobre salud sexual y reproductiva se vinculan con el código de ética de la profesión? Si es así, ¿De qué forma?

Si, de manera que lo traten bien a las pacientes..

3)¿Qué tan importante creés que son estos temas cuando tienes que intervenir en una situación con mujeres embarazadas?

Es fundamental, porque la persona se tiene que sentir segura en ese momento que está en el parto, cuidada..

4)¿Crees que la atención que se brinda a las mujeres durante su embarazo hasta el parto es la correcta?

Yo creo que si, pero ta como todo no siempre es así, no siempre se cumple, todo depende del médico, la mayoría sí, pero supongo que hay médicos que no lo cumplen, en los que yo he presenciado si se cumple..

5) En tu experiencia como estudiante o profesional, ¿visualizas algún/os inconvenientes en cuanto al trato de las pacientes en determinados procedimientos que se llevan a cabo?

Si, hay veces de repente que no le explican tan bien a la paciente como hacer el procedimiento o a veces capaz que no le queda tan claro y hay que volver como a explicarle de vuelta

6) Consideras que se deberían mejorar algunos aspectos en este sentido?

Si, capaz que en la facultad mismo enseñar mejor en esos aspectos, pero a veces no es tanto por enseñar sino por como es la persona, si es mala o buena persona digamos ..

ENTREVISTA 6: mujer estudiante de partera (17-05-2018)

1)¿Estás al tanto de la existencia de la ley N° 18.426 sobre el derecho de salud sexual y reproductiva?

Más o menos a que refiere y ampara

Si, en realidad si, nosotros lo damos todos en realidad, tenemos una materia exclusiva que es justamente para eso en la obstetricia, donde vemos todos los derechos que tiene y cuales son los que se cumplen y cuáles no, etc, etc

2)¿Y como lo vez relacionado a eso con el código de ética de la profesión ?

Esta relacionado si y se debería cumplir a rajatabla y bueno, se ve en diferentes centro asistenciales la falencia en realidad que se cumpla, osea esta el derecho, pero, no se cumple mucho.

3)¿Crees que esta ley es respetada de igual forma por todo el personal de la salud?

No, no, hay muchas diferencias, depende quien te atienda y depende quien este en el servicio también, si es un residente, si es un ginecólogo o si es una partera, quien sea.

4) ¿Qué tan importante crees que son estos temas cuando tienes que intervenir en una situación con mujeres embarazadas?

Son sumamente importante justamente porque cuando la mujer viene acá, embarazada a parir justamente está en un momento sumamente vulnerable, donde se deja hacer cualquier cosa, porque ta, puede saber o estar informada o no, pero siempre esta con el me dijeron tal cosa o sea se siente sumamente vulnerada y justamente es cuando más tendríamos que resguardar estos derechos y es cuando otros profesionales aprovechan esa vulnerabilidad para hacerlo a la apurada.

5)¿Crees que la atención que se brinda a las mujeres durante el embarazo hasta el parto es la correcta?

Si, si, capaz que como está establecido si es correcta, si, hay diferentes tipos de controles dependiendo del centro asistencial en el tú estés o lo que sea, son diferentes, pero como esta armado si.

6) En tu experiencia ¿visualizas algunos inconvenientes en cuanto al trato de las pacientes en determinados procedimientos que se llevan a cabo?

Mira lo que me pregunta (le comenta a una compañera que estaba con ella) si, si

¿Piensas que se debería mejorar?

Sí, muchísimo tiene que mejorar muchísimo (justo lo que me pregunta, los derechos sexuales de la mujer, le vuelve a comentar a su compañera) si si deberian de mejorar y urgente.

7) A modo de concluir ¿algo que te gustaría agregar?

En realidad eso justamente, las mujeres tienen derechos y todo y a veces los pasamos por alto, porque vienen y tenemos que ver cómo lo solucionamos, pero cuando quisimos ver, la dejamos tirada media hora ahí al pedo y sin explicarle nada, sin decirle nada, ojo, no es en general, en general es bueno, tienen dudas se las atiende, lo que sea, pero a veces estamos encasillados, en que tiene que hacer lo que yo le digo porque yo digo y no escuchamos en realidad si esa mujer viene con un plan de parto, si viene informada si no viene informada, que es lo que prefiere o no prefiere, y ponete anestesia y esto, pero ella capaz que no quiere o prefiere otra cosa y estamos tratando de convencerla todo el tiempo de que no, de que tiene que hacer lo que nosotros decimos y a veces no es necesario que hagan lo que nosotros decimos, a veces ellas re saben lo que tienen que hacer y molestamos inclusive.

- Muchísimas Gracias
- Gracias a ustedes, que pasen bien.

ENTREVISTA 7: Estudiante de Partera 2 (28-05-2018)

1) ¿Estás al tanto de la existencia de la Ley 18.426 sobre los Derechos de Salud Sexual y Reproductiva, en términos de lo ella refiere y ampara?

Más o menos. En realidad sí, pero no sabía el número de la ley.

2) ¿Y como lo vez relacionado a eso con el código de ética de la profesión ?

No. No se respetan los tiempos biológicos del parto.

3) ¿Crees que esta ley es respetada de igual forma por todo el personal de la salud?

Súper importante, porque cambia todo. Cambia todo lo que le pueda pasar a la mujer. La mujer debe estar informada de todo, de lo que se va hacer con ella.

4) ¿Qué tan importante crees que son estos temas cuando tienes que intervenir en una situación con mujeres embarazadas?

En la mayoría de los lugares creo que sí, que he estado yo como estudiante.

5)¿Crees que la atención que se brinda a las mujeres durante el embarazo hasta el parto es la correcta?

Si. Pero como estudiante no puedo hacer nada.

6) En tu experiencia ¿visualizas algunos inconvenientes en cuanto al trato de las pacientes en determinados procedimientos que se llevan a cabo? ¿Piensas que se debería mejorar?

Si, millones. Como formar mejor a la gente que viene y se cree que es superior a las usuarias, empezando desde ahí desde la empatía, después viendo un poco los conocimientos de las personas.

7)A modo de concluir ¿algo que te gustaría agregar?

Eso. Primero que nada, para poder respetar esta ley y todo esto, lo primordial antes del conocimiento creo que es la empatía con la mujer en la situación que está, que es una situación de súper vulnerabilidad y después bueno, a partir de eso todo lo que hacen con ella, respetarla lo que hacen con ella al máximo posible, desde todas las decisiones que ella tome al momento del parto e incluso después del parto.

ENTREVISTA 8: Entrevista realizada a estudiante de Escuela de Parteras. (28-05-2018)

1)¿Estás al tanto de la existencia de la Ley 18.426 sobre los Derechos de Salud Sexual y Reproductiva?

-Sí

-Más o menos a lo que refiere la ley y ampara?

P:Si Vero me escucha me mata... Ah dale chiquilinas... No vos dale Mabel... Vos tenés más...

P2: Decí que es del parto respetado!!

P: Pero no lo se...

2) No te preocupes igual... ¿Crees que esta ley es respetada por todo el personal de la salud, sobre todo las parteras obstetras y ginecólogos?; ¿Qué nos podrías decir sobre ello?

P: No.

P2: Qué pregunta!!

Que no es respetada... Por qué no es respetada? Porque no, en realidad no se informa de los derechos que tienen, ni se informan los procedimientos que se van a hacer, se hace lo que... todo eso. O no hay libre movimiento... No se deja tener libre movimiento a la usuaria.

3) ¿Qué tan importantes crees que son estos temas cuando tienes que intervenir en situaciones con mujeres embarazadas?

P: Re importantes, si obvio. Qué de informarles y eso?

E: Si, lo de brindarle informaciones

P: Ah, si. Me parece re importante, en realidad es el cuerpo de ella, no deberiamos de hacer o decidir algo sin que ella esté informada primero y segundo sin el consentimiento..

4) ¿Crees que la atención que se brinda a las mujeres durante su embarazo hasta el parto es la correcta?

Eeh.. Depende... No se, no se. Depende del lugar.. E ido a lugares, a policlínicas que si y acá no...

5) En tu experiencia como profesional ¿visualizas algunos inconvenientes en cuanto al trato con las pacientes, en determinados procedimientos que se llevan a cabo?

P: Ay perdón, ¿me la podés volver a repetir?

E: Si. En tu experiencia como profesional, ¿visualizas algunos inconvenientes en cuanto al trato de las pacientes, en determinados procedimientos que se llevan a cabo?

P: En que no le dicen o...

E: Cualquier inconveniente que vos veas que no es adecuado al trato que se les realiza a las mujeres. Por ejemplo, cualquiera de tu participación como partera...

P: No entendí muy bien la pregunta, perdón.

P: Ah, si yo hago algo cuando veo algo?

E: Es si vos ves inconvenientes en cuanto al trato, como...

E2: Si se interviene mal cuando tratan con mujeres embarazadas..

P: Puede ser si, hay de todo

6) ¿Consideras que se deberían mejorar algunos aspectos en este sentido?

P: Si

7)¿Hay algo más que te gustaría añadir?

No, nada. Sobre todo eso que no se les informa mucho a los pacientes...

ENTREVISTA 9: Residente grado ginecología (31-05-2018)

1)¿Estás al tanto de la existencia de la Ley 18.426 sobre los Derechos de Salud Sexual y Reproductiva, en términos de lo ella refiere y ampara?

Si, por supuesto.. bueno en realidad de lo que habla es del parto, teniendo en cuenta la mujer, que la mujer tiene derecho: a estar acompañada, al plan de parto, eso más que nada sobre la embarazada, porque también hay otras cosas como el derecho a acceder al tema de fertilidad que antes no estaba amparado por la ley.. pero sobre el parto humanizado más eso, tener derecho a como llevar su embarazo, a cómo parir, con quien estar,

2)¿Crees que esta ley es respetada de igual forma por todo el personal de la salud, sobre todo por parteras obstetras y ginecólogos?

Es lo que se intenta, para mi se respeta si

3)¿Creés que las leyes sobre salud sexual y reproductiva se vinculan con el código de ética de la profesión? Si es así, ¿De qué forma?

Si claro, mas que nada con el tema del empoderamiento que se le da a la paciente, y de la justicia.. los código de ética, los cuatro principios están justamente basado en eso si

4)¿Qué tan importante creés que son estos temas cuando tienes que intervenir en una situación con mujeres embarazadas?

Son importantes, no solo de la mujer embarazada, es el trato con el paciente y con la persona que viene a consultar a cualquier servicio de salud.

5)¿Crees que la atención que se brinda a las mujeres durante su embarazo hasta el parto es la correcta?

Si, o sea lo pautado por el ministerio es correcto, ahora que se haga o no eso depende de no solo del personal de salud sino también de la mujer que concurra al centro, de lo que ha visto: si, cuando la mujer concurre al centro y se le enseña que tiene que concurrir y controlarse el embarazo y controlarse su estado de salud y entiende y viene el control se hace cómo se tiene que hacer

6) ¿visualizas algún/os inconvenientes en cuanto al trato de las pacientes en determinados procedimientos que se llevan a cabo?

Por suerte nunca tuve una situación de esas,

¿Consideras que se deberían mejorar algunos aspectos en este sentido?

Si, siempre hay cosas para mejorar. en muchas veces al ser un hospital universitario el hospital de clínicas, hay mucha gente de repente no solo estudiantes de medicina, estudiantes de parteras, enfermería.. eso es lo que se podría relacionar como la pérdida de privacidad de la paciente, que igual siempre se le pregunta a la paciente si le molesta que haya gente y si le molesta salen.. eso es lo que yo veo acá.