

VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN URUGUAY. DESAFÍOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES

Violència Obstètrica a Uruguai. Desafiaments davant la protecció dels Drets Reproductius de les dones

Obstetric Violence in Uruguay. Challenges for the Protection of Women's Reproductive Rights

Natalia Magnone Alemán¹, María Carolina Farías Rodríguez²

Autora correspondencia: Natalia Magnone Alemán

Corre electrónico: natalia.magnone@cienciassociales.edu.uy

1. Licenciada en Trabajo Social. Doctora en Ciencias Sociales. Docente e investigadora del Departamento de Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. (Montevideo, Uruguay). ORCID: [0000-0002-8727-878X](https://orcid.org/0000-0002-8727-878X)

2. Licenciada en Psicología. Magíster en Psicología Social. Docente e investigadora del Programa Género, Sexualidad y Salud Reproductiva del Instituto de Psicología de la Salud, Facultad de Psicología, Universidad de la República. (Montevideo, Uruguay). ORCID: [0000-0002-1843-5390](https://orcid.org/0000-0002-1843-5390)

Fecha de recepción: 23/05/2022 Fecha aceptación: 24/06/2022



RESUMEN

OBJETIVO. El objetivo de este artículo es discutir las dificultades que la normativa sobre la violencia obstétrica acarrea para el abordaje estructural del problema, así como analizar los desafíos que imprime para la protección de los derechos reproductivos de las mujeres. **MATERIALES Y MÉTODOS.** análisis de contenido de la normativa sancionada en Uruguay en torno a los derechos reproductivos y la violencia basada en género, triangulando con el análisis de las entrevistas en profundidad realizadas a abogadas especializadas en violencia obstétrica. **RESULTADOS Y DISCUSIÓN.** Si bien en Uruguay la violencia obstétrica está definida legalmente e integrada como una expresión de la violencia basada en género, se constatan dificultades para su implementación en el ámbito sanitario y judicial. En nuestro estudio encontramos que la normativa vigente establece premisas vagas y sin lineamientos claros para la prevención y sanción de la violencia obstétrica. Por otra parte, evidenciamos que, si bien hace más de cuatro años que se la definió en la estructura legal, todavía no ha sido integrada en la jurisprudencia uruguaya. Por su parte, el ámbito sanitario tiende a desconocer la existencia de la violencia obstétrica, y cuando la aborda, lo hace como un problema meramente relacional entre profesionales y usuarias. **CONCLUSIONES.** Para la construcción de políticas públicas que prevengan la generación de estas violencias, es necesario tener en cuenta las dinámicas estructurales que gobiernan las prácticas asistenciales y jurídicas. Debemos dejar de concebir las situaciones de violencia obstétrica como meros problemas relacionales y entender que responde a las lógicas sociales que producen la violencia basada en género.

Palabras claves: violencia obstétrica; derechos reproductivos; legislación.

RESUM

OBJECTIUS. L'objectiu d'aquest article és explorar les dificultats que la normativa sobre la violència obstètrica implica per a l'abordatge estructural del problema, així com analitzar els desafiaments que imprimeix per a la protecció dels drets reproductius de les dones. **MATERIALS I MÈTODES.** Anàlisi de contingut de la normativa de l'Uruguai entorn dels drets reproductius i la violència basada en gènere, combinat amb l'anàlisi de les entrevistes en profunditat realitzades a advocades especialitzades en violència obstètrica. **RESULTATS I DISCUSSIÓ.** Si bé a l'Uruguai la violència obstètrica està definida legalment i integrada com una expressió de la violència de gènere, es constaten dificultats per a la seva implementació en l'àmbit sanitari i judicial. En el nostre estudi trobem que la normativa vigent estableix premisses vagues i sense línies d'actuació clares per a la prevenció i sanció de la violència obstètrica. D'altra banda, evidenciem que, si bé fa més de quatre anys que es va definir en l'estructura legal, encara no ha estat integrada en la jurisprudència uruguaiana. Per la seva part, l'àmbit sanitari tendeix a desconèixer l'existència de la violència obstètrica, i quan l'aborda, ho fa com un problema merament relacional entre professionals i usuàries. **CONCLUSIONS.** Per a la construcció de polítiques públiques que previnguin la generació d'aquestes violències, cal tenir en compte les dinàmiques estructurals que governen les pràctiques assistencials i jurídiques. Cal deixar de concebre les situacions de violència obstètrica com un problema merament relacional i entendre que respon a les lògiques socials que produeixen la violència basada en el gènere.

Paraules clau: violència obstètrica; drets reproductius; legislació.

ABSTRACT

AIM. The aim of this article is to discuss the difficulties that the regulations on obstetric violence pose for a more structural approach to the problem, and to analyze the challenges they pose for women's reproductive rights. **MATERIALS AND METHODS.** Our materials and methods include the content analysis of the regulations set forth in Uruguay regarding reproductive rights and gender-based violence in conjunction with the analysis of in-depth interviews conducted with lawyers specialized in obstetric violence. **RESULTS AND DISCUSSION.** Although in Uruguay obstetric violence is legally defined and integrated as a further expression of gender-based violence, there are still difficulties with the implementation in the healthcare and judicial spheres. In our study, we found that current regulations establish vague premises without clear guidelines for the prevention and punishment of obstetric violence. On the other hand, we found that, although it was defined in the legal structure over four years ago, it has not yet been integrated into Uruguayan jurisprudence. Meanwhile, the healthcare field tends to ignore the existence of obstetric violence, but when it does address it, it does so as a merely relational problem between professionals and users. **CONCLUSIONS.** We propose that, in order to create public policies that prevent the emergence of this violence, it is necessary to take into account the structural dynamics that govern healthcare and legal practices. We must stop perceiving obstetric violence situations as merely relational problems and understand that they respond to the social rationales that cause gender-based violence.

Keywords: Obstetric Violence; Reproductive Rights; Legislation.

INTRODUCCIÓN

En varios países de América Latina la violencia obstétrica (VO) ha sido definida como figura legal.¹ Tales definiciones recogen miradas estructurales de la sociedad y la conciben como una violencia basada en el género que se expresa en el ámbito de la salud sexual y reproductiva (Quattrocchi, 2018).

Uruguay, en el año 2017, también definió a la violencia obstétrica en el marco de la *Ley de Violencia hacia las Mujeres basada en Género*, manteniendo los rasgos de las definiciones de sus antecedentes legales en otros países. Tal definición, al retomar una concepción estructural y de género, imprime un desafío para las instituciones sanitarias, en cuanto que los organismos internacionales como nacionales de salud suelen tratar estas problemáticas como si fueran asuntos de relacionamiento interpersonal, de allí las nociones de «disrespect» o «trato no respetuoso» utilizadas en las nomenclaturas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014). Y es que el *establishment* médico concibe este tipo de asuntos como problemas de la calidad de atención en la relación médico-paciente, invisibilizando de esta forma la condición estructural, y por tanto también institucional, del problema.

Desde nuestra perspectiva de análisis, entendemos que no se trata de «tratos irrespetuosos», sino de violaciones de los derechos sexuales y reproductivos de las personas gestantes. Si bien los malos tratos y abusos se expresan en una acción concreta relacional, esta conlleva las relaciones sexo-genéricas y de poder impuestas socialmente, así como también reproduce aspectos de la formación médica y las condiciones laborales e institucionales propias de los sistemas de salud. Al decir de Castro (2010):

[...] la «mala calidad» de la atención que el orden médico ve en los casos de abuso y maltrato, ciertamente puede estar vinculada de origen a deficiencias en las competencias técnicas y a omisiones o errores de juicio médico, pero no se agota sólo en ello [se deberían incluir además] a) la manera en que se forma a los médicos en las universidades y en los hospitales de enseñanza; b) la estructura rígidamente jerarquizada del campo médico; c) las condiciones de trabajo en las grandes instituciones de salud, y d) el impacto de estas cuestiones en el desarrollo del hábitus médico. (Castro, 2010, p. 58)

¹ En Venezuela en el año 2007, en Argentina en el año 2009, en México en el año 2014, y en Brasil y Uruguay en el año 2017.

Abordando el problema desde lo relacional, se estaría mirando el emergente, perdiendo la oportunidad de actuar sobre las bases mismas de ese accionar.

Breve contexto de asistencia al parto en Uruguay

En el año 2007 Uruguay puso en funcionamiento el Sistema Integrado de Salud (SNIS), lo cual implicó un cambio profundo en la concepción de la salud como derecho humano fundamental. Se reestructuraron todos los aspectos generales incluyendo: estructura, cobertura, financiamiento y evaluación (Aran y Laca, 2011; OPS, 2021). El SNIS incluye en sus principios rectores la calidad integral de la atención desde una perspectiva de derechos humanos, la accesibilidad, sustentabilidad, eficiencia y la equidad en las prestaciones.

En lo que refiere a la asistencia del embarazo y nacimiento, encontramos que el SNIS logra una cobertura en todo el territorio nacional, ubicando al país entre los mejores en los registros de mortalidad materna e infantil de la región (MSP, 2019a). Como contracara, el modelo de asistencia es intervencionista y hospitalocéntrico (Magnone, 2011), concentrando la asistencia del parto en el segundo y tercer nivel de atención.² Más del 95 % de los nacimientos tienen lugar en hospitales de mayor complejidad, siendo principalmente asistidos por médicos ginecólogos. Las parteras profesionales³ (matronas) atienden un tercio de los nacimientos. En el año 2020 se registraron un total de 35 874 nacimientos, de los cuales el 45,7 % fueron por vía cesárea.⁴

Por otra parte, el país tiene un recorrido importante en lo que refiere a la legislación sobre derechos humanos en el ámbito reproductivo. Desde el año 2001 cuenta con una Ley de Acompañamiento durante el Parto y el Nacimiento (Ley N° 17386). En el año 2008 se sancionó la Ley de Salud Sexual y Reproductiva (Ley N° 18426) que definió el

² Si bien la hospitalización del parto es un proceso histórico que comienza a mediados del siglo pasado, en el año 2012 el MSP derogó una ordenanza que permitía que mujeres no primerizas y con embarazos de bajo riesgo tuvieran a sus hijos e hijas en el primer nivel de atención. En ese contexto se aprobó el Documento Técnico de Maternidades (Ordenanza No. 693 del MSP del 23/11/2012) que recomienda el parto institucionalizado en el segundo y tercer nivel de atención (hospitales de referencia y hospitales con alta tecnología, respectivamente), haciendo que el modelo de asistencia se torne cada vez más hospitalocéntrico.

³ En Uruguay, la carrera de Obstetra Partera tiene grado de licenciatura y su titulación es otorgada por la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Las obstetras parteras recibidas por la UdelaR son las únicas con habilitación legal para el ejercicio profesional en el territorio nacional.

⁴ Información obtenida a partir del portal de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública (consultado en 2022). Ver informes en: <https://uins.msp.gub.uy/>

derecho al parto humanizado, entre otros asuntos. En 2012 y 2013 respectivamente se sancionan las leyes de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley N° 18987) y de Reproducción Humana Asistida (Ley N° 19167).

Similar al resto de los países que han legislado en VO, Uruguay la incorpora en la ley integral de violencia de género sancionada en el año 2017 (Ley N° 19580). En el marco de esta, en el año 2019, se realizó un relevamiento sobre violencia obstétrica en la *Segunda Encuesta de Prevalencia de la Violencia de Género* (INE, 2019). En ella se detectó que casi una de cada cinco mujeres declara haber sufrido violencia obstétrica en su último parto. En este artículo nos proponemos discutir las dificultades que la normativa sobre VO acarrea para el abordaje más estructural del problema, así como sus imbricaciones con el concepto de «humanización del parto». A su vez, nos interesa analizar los desafíos que imprime para el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para lograr lo propuesto, se realiza análisis de contenido de la normativa sancionada en torno a la protección de los derechos de las mujeres en el parto y nacimiento. Similar a otras técnicas de investigación, el análisis de contenido debe ser sistemático, replicable y válido, pero lo que lo distingue de las demás es que combina intrínsecamente la observación, la producción de datos y la interpretación. Se interesa tanto por los datos expresos como los latentes, en un ir y venir entre el texto y su contexto; el marco de referencia de la información que quien lee puede inferir del propio texto para captar el significado (Andréu, 2002, p. 2).

En primer lugar, se realizó una búsqueda de normativa en el Diario Oficial del Estado Uruguayo (IMPO), seleccionando las leyes y decretos promulgados desde el año 2000 sobre embarazo, nacimiento, parto y cesárea. De igual forma y con las mismas palabras claves, se rastrearon las guías clínicas y normas de atención que emitió el Ministerio de Salud Pública en el mismo período. Luego se seleccionaron los documentos para el análisis, destacando la Ley de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva (N° 18426); primera propuesta de definición de violencia obstétrica en el Proyecto de Ley de Violencia hacia las mujeres basada en género y definición final de violencia obstétrica en dicha ley (N° 19580) y su Decreto Reglamentario (N° 339/19).

La información obtenida del análisis de contenido de los documentos normativos fue triangulada con los datos provenientes de las entrevistas en profundidad realizadas a abogadas especializadas en VO. Las abogadas entrevistadas se integran en Gestar derechos, una de las primeras asociaciones interdisciplinarias de mujeres profesionales dedicadas a la recepción, acompañamiento y tramitación judicial de quejas o denuncias relacionadas con VO desde una perspectiva de género y Derechos Humanos. La selección del colectivo fue intencional y teórica, ya que, al momento en que se realizó el estudio, era el único colectivo que se autoidentificaba desde el trabajo exclusivo sobre VO. Se entrevistó en profundidad a dos de sus integrantes, ambas abogadas y coordinadoras de la organización. Se elaboró una pauta de entrevista para orientar las áreas de exploración. La misma se organizó en torno a la normativa nacional sobre VO y Parto Humanizado y la aplicabilidad de las normas en el ejercicio jurídico cotidiano. Las propias abogadas entrevistadas plantearon dos situaciones paradigmáticas analizadas también en este trabajo. Las entrevistas fueron grabadas previa obtención del consentimiento informado de las entrevistadas. Posteriormente se procedió a su codificación y análisis mediante método inductivo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En lo que sigue presentamos los resultados a partir de tres dimensiones: análisis de la norma, ejercicio legal sobre denuncias y experiencias de mujeres en situación de VO. La primera dimensión recoge una discusión sobre los límites y posibilidades de la normativa vigente en relación con la asistencia del parto para la protección de los derechos reproductivos de las mujeres. La segunda analiza las dificultades que existen para denunciar situaciones de VO. La última problematiza dos situaciones de VO patrocinadas por las abogadas de Gestar Derechos, que dan cuenta de las contradicciones existentes entre las nociones de VO y Parto Humanizado, así como de las dificultades para que se respete la autonomía reproductiva de las mujeres.

3.1. Lo que no (s) dicen las normas

En el año 2008 la Ley de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva (N° 18426) definió el parto humanizado en su artículo 3 inciso 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».

Si bien este artículo configura un marco general para la asistencia del parto —que fue retomada en las normas para la asistencia del parto creadas por el Ministerio de Salud Pública— se constata una brecha entre lo formal (lo que dice la norma) y lo sustantivo (lo que pueden garantizar las prestadoras de salud) (Magnone, 2017), lo que se traduce en vivencias de irrespeto y violencia hacia las mujeres asistidas.

El Decreto Reglamentario de la citada Ley (DR N° 293/10) no hizo referencia a cómo deberían establecerse los protocolos para cumplir con la premisa de «promover» el parto humanizado. A modo de ejemplo, en el inciso k, del artículo 6, establece la «*Creación de condiciones para la humanización del parto institucional*», sin mayor detalle ni líneas de acción posible, ni responsables establecidos para lograr tal objetivo.

Tanto los sentidos de «promover» de la ley, como «creación de condiciones» del decreto reglamentario son premisas vagas y sin lineamientos claros, ni para los prestadores de salud ni para las mujeres en situación de embarazo y parto.

Por otra parte, es interesante analizar el proceso de incorporación de la VO en la discusión para la formulación del proyecto de Ley de Violencia de Género, proceso que propició la participación de sociedad civil, Estado y organismos internacionales. La primera formulación propuesta planteaba a la violencia obstétrica como:

Toda acción, omisión o patrón de conducta del personal de la salud, dirigida a la apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de una mujer, que afecta su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo y que se expresa en un trato deshumanizador, el abuso de medicalización y la patologización de los procesos naturales.

Luego de una extensa discusión en la comisión parlamentaria encargada de formular la redacción del articulado sobre VO y tras nueve meses de intercambio, el artículo fue reconsiderado, procediendo a votar por unanimidad la siguiente redacción:

Violencia obstétrica. Toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo, o abuso de técnicas y procedimientos invasivos. (Ley N° 19580)

Proyecto de Ley	Ley promulgada
<p>Toda acción, omisión o patrón de conducta del personal de la salud, dirigida a la apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de una mujer, que afecta su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo y que se expresa en un trato deshumanizador, el abuso de medicalización y la patologización de los procesos naturales.</p>	<p>Toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo, o abuso de técnicas y procedimientos invasivos.</p>

Tal como muestra el cuadro, quedaron recortadas en la redacción final las nociones de apropiación del cuerpo, trato deshumanizador, medicalización y patologización de los procesos naturales. De este modo, se disminuye el contenido explicativo, quedando la VO reducida al abuso de técnicas y procedimientos invasivos.

La referencia a la afectación de la autonomía queda en una redacción vaciada de contenido, ya que se anulan los mecanismos mediante los cuales es más probable que se produzca la limitación a la autonomía: la medicalización y la patologización (Sala, 2022; Alvez, 2019; Camacaro, 2009). Ambos conceptos incluyen mecanismos concretos para lograr sus fines, tales como coerción y presión para «acatar» las indicaciones médicas como propias (Erviti, 2010).

Llama particularmente la atención la exclusión del término «deshumanización», ya que es el que más se acercaba a la legislación vigente («promover el parto humanizado» de la Ley N° 18426). La violencia ejercida hacia las mujeres en sus eventos reproductivos y la deshumanización en tales momentos incluyen no solo «técnicas y procedimientos invasivos», sino que también implica no informar sobre el proceso, realizar las maniobras sin avisar y sin consentir, no llamar a las mujeres por su nombre, infantilizar y culpabilizar a las gestantes, así como realizar actos que menosprecian la sexualidad y el cuerpo. Por su parte, la patologización implica considerarlas como pacientes en procesos patológicos en vez de como personas sanas en procesos fisiológicos de reproducción (Camacaro, 2009).

Incluso con estos recortes, no deja de ser un gran logro legislativo y normativo que la VO se integre a las expresiones de violencia de género. Sin embargo, este logro parece desvanecerse cuando se analiza su Decreto Reglamentario (DR 339/019).

El Decreto Reglamentario de la Ley N° 19580 casi no incluye referencia a la VO; por el contrario, se retoma el término utilizado en la Ley de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva: parto humanizado. En concreto, el artículo 14 del DR establece:

PARTO HUMANIZADO. Los prestadores de servicios de salud deberán adoptar las medidas necesarias para garantizar que la atención de las mujeres durante la consulta preconcepcional, el embarazo, el nacimiento y el puerperio así como de los/las recién nacidos/as, respete los principios del modelo asistencial humanizado-respetado, de acuerdo con las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública vigentes. (lit. H del art. 6 de la Ley N° 19.580 de 22 de diciembre de 2017 y Ley N° 18.426 del 1° de diciembre de 2008)».

Los siguientes artículos continúan con una serie de recomendaciones, de buen trato, respeto, información, plan de parto, etc., pero sin nombrar la VO. Recién el artículo 16 del DR, titulado «Prevención de la violencia obstétrica», plantea:

*Las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento constituyen **normas técnicas** de aplicación obligatoria para los prestadores de servicios de salud. El **apartamiento injustificado** de las mismas, así como toda forma de trato humillante o discriminatorio constituye violencia obstétrica (literal h del art. 6 de la Ley N° 19.580 de 22 de diciembre de 2017) y dará lugar a las sanciones administrativas que correspondan y habilitará el derecho al cambio de prestador de salud en las condiciones y conforme al procedimiento previsto en el lit. c del art. 2 del Decreto N° 375/012 de 12 de noviembre de 2012⁵.*

La redacción de este artículo asume que la norma técnica garantiza por sí misma el derecho de las mujeres y que, cumpliéndola, no se estaría incurriendo en ninguna situación de VO *per se*. De este modo se da por supuesto que la prevención de VO se da siempre y cuando las prestadoras sigan las normas, guías y recomendaciones del MSP. Pero esto no es necesariamente así.

Con esta formulación de prevención de VO no se problematiza ni se pone en tela de juicio al propio sistema sanitario, ni se tienen en cuenta los mecanismos mediante los cuales se lleva a cabo este tipo de violencia. No se logra asumir la VO como una violencia **también institucional**, sino solo como un problema de relación usuaria-profesional (Quatrocchi y Magnone, 2020).

⁵ El énfasis en negrita es de las autoras

Ejemplo de ello es el *Documento Técnico de Maternidades* (MSP, 2012). Este documento implica el traslado obligatorio hacia una maternidad de segundo o tercer nivel aunque ello implique trasladar a la mujer en trabajo de parto hacia otro departamento o región, o que se la exponga a mayor riesgo de complicaciones o incluso nacimientos durante el mismo. Otro ejemplo refiere a la separación de la mujer y el bebé luego de la realización de una cesárea. En varias de las instituciones del SNIS, aún hoy se traslada a la mujer a una sala de recuperación anestésica en la cual no se le permite el acompañamiento ni la permanencia conjunta con su hijo/a. En varios de estos casos, la separación protocolar puede ser de entre una o dos horas, o incluso más. Esta situación no se da por igual en todas las instituciones y refiere únicamente a protocolos organizacionales, e incluso edificios, y no a las necesidades y condiciones de la mujer y el bebé (Farías, 2015).

Otro asunto que problematizar es el **apartamiento injustificado**. Nos obliga a preguntarnos sobre qué es y qué no es lo justificado. Sabemos que muchas veces la categoría de riesgo obstétrico es utilizada para amenazar o coaccionar a las mujeres para que acepten las indicaciones médicas (Magnone, 2011). La posibilidad de definir qué es riesgo compete solo y de forma autoritaria al poder médico. La norma abona al biopoder, las instancias donde se toman las decisiones son médicas y de muy difícil impugnación (Arguedas, 2016). Por otra parte, el Decreto Reglamentario de la Ley no da lugar a las usuarias ni a las organizaciones civiles para disputar este biopoder.

El arte de denunciar VO

Si bien la violencia obstétrica ha sido definida legalmente hace más de cuatro años, todavía no ha sido integrada en la jurisprudencia uruguaya. Las abogadas de Gestar Derechos realizaron un estudio de sentencias judiciales y afirman que si bien observan casos en los que las mujeres denuncian haber sido violentadas en sus partos no hay referencias explícitas a VO (Entrevista abogada, octubre 2021). De hecho, son ellas las primeras en integrar el concepto de VO como agravante en las denuncias civiles y penales sobre vulneraciones a los derechos en el embarazo y parto. Según afirman, en la jurisprudencia aparecen casos que son claramente VO, pero aparecen bajo carátulas de otras figuras legales.

El decreto reglamentario de la Ley N° 19580 (DR 339/019) establece la vía administrativa como la forma para canalizar las denuncias y quejas.⁶ El soporte físico para realizarlas es un espacio en el sitio web del Ministerio de Salud Pública. Se establece un espacio virtual que es tanto para realizar agradecimientos y comentarios como para recibir denuncias por parte de las y los usuarios.

Según la experiencia de la organización entrevistada, ante denuncias por la vía administrativa se dan tres tipos de respuestas: i) se acepta el hecho y le dan la posibilidad a la mujer de cambiarse de mutualista; ii) no contestan y por tanto se debe recurrir al Ministerio de Salud Pública como institución jerárquica y administrativamente superior; iii) se niega la existencia de VO y lo consideran como una situación de «mala interpretación» por parte de la mujer sobre las indicaciones o informaciones médicas. En cualquier situación, desde lo formal, estos procesos administrativos quedan en el reclamo individual de la usuaria y no implican necesariamente sanciones a los responsables (profesionales e instituciones), así como tampoco cambian las prácticas o actitudes de los involucrados.

La VO no está tipificada como delito y, por ello, solo puede tramitarse mediante denuncia administrativa. Las abogadas plantean que, cuando hay casos de mayor gravedad en donde hay secuelas físicas o psicológicas que ameritan la responsabilidad médica o de la institución, pueden iniciar una demanda civil o penal. Para poder llevar adelante una demanda judicial (civil o penal) se requiere establecer otro tipo de situaciones que sí tengan tipificación como delito en el Código del Proceso Penal. Es por ello por lo que se recurre a lo civil cuando consideran que hay algo mal desde el punto de vista técnico, mala praxis, por ejemplo. Es más probable un fallo favorable para la mujer si hay secuelas graves para ella o su hijo/a. Sin embargo, aspectos como la violencia verbal, simbólica o emocional, son más difíciles de probar. Por su parte, para denunciar en la vía penal tienen que recurrir a alguna figura delictiva, y lo que más se parece es violencia privada, física o amenaza.

De todas maneras, sea civil o penal, el equipo de Gestar Derechos encuadra las denuncias en VO como una forma de visibilización y posicionamiento jurídico del problema.

⁶ Se habilita el Sistema Único de denuncias a instituciones de salud, a través del sitio web <https://www.gub.uy/tramites/sistema-unico-denuncias-instituciones-salud>.

Siempre hay que ver caso a caso. hemos utilizado más la terminología violencia obstétrica, y no tanto parto humanizado. -...- si manejamos más los términos que están en el decreto o la ley de pacientes y usuarios de la salud en términos de consentimiento informado, decisiones informadas y autonomía. Lo que tiene el (concepto de) parto humanizado es que dice lo que debería pasar (contacto piel con piel, la lactancia, etc). [...] Nosotras siempre nombramos la ley (Ley de Violencia de Género), es un instrumento, que se puede haber quedado corto pero que está y hay que usarlo. En cada cosa tratamos de visibilizar la ley. (Entrevista abogada, octubre 2021)

Sin embargo, saben que esto puede ser mal recibido o poco entendido por el poder judicial, pues están capacitados (en el mejor de los casos) en algunas manifestaciones de la violencia de género, pero nada aún sobre la VO.

Contradicciones entre la humanización del parto y la violencia obstétrica

En este apartado presentamos dos situaciones paradigmáticas —relatadas por las abogadas de Gestar Derechos— que dan cuenta de las dificultades de las instituciones de salud para asumir una normativa que pretende centrarse en la autonomía de las mujeres.

¡Parirás por vía vaginal, aunque no quieras!

La primera situación se trata de una mujer que expresó al equipo de salud tener problemas psicológicos para enfrentar un trabajo de parto. Manifestó que quería una cesárea porque la idea de parir la aterraba. Si bien en Uruguay existe el derecho de las mujeres a solicitar una cesárea (MSP, 2019b), en este caso la institución le negó el derecho. Fundamentaron la negación en que la recomendación era promover el Parto Humanizado, y por tanto debían promover el nacimiento «por las vías naturales». Una de las abogadas de Gestar Derechos plantea:

En este caso [...] vos vas a la Ley, los equipos de salud tienen que promover el parto natural y eso colinda con que vaya y pida una cesárea, porque a su vez nosotras denunciemos en otros casos violencia obstétrica cuando hay cesáreas innecesarias. Entonces, ¿qué pasa si la mujer la pide y es innecesaria desde el punto de vista biológico? Yo siento que el Decreto no te da elementos para que ella pueda exigirla. (Entrevista abogada, octubre 2021)

Desde cierto punto de vista, esta situación parecería una contradicción. Mientras las normas de parto humanizado pretenden disminuir el exceso de cesáreas y promover el parto vaginal, la normativa sobre violencia obstétrica se basa en la autonomía de las mujeres. Si planteamos una noción de autonomía reproductiva —inspirada en la definición de autonomía de género de Fernández (2006)—, centrada en el grado de

libertad que las mujeres tienen para obrar de acuerdo a sus elecciones, no cabe duda de que el pedido de cesárea debería haberse respetado. El problema deviene de una mala interpretación de la norma y la mala interpretación se explica por la baja capacidad de los equipos de salud de las maternidades para comprender los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Más aún, da cuenta de las dificultades para visualizar a una mujer en situación de parto como una ciudadana con derechos en vez de una «paciente» construida —desde la lógica médica— como «objetas pasivas de los servicios de las que se espera ante todo su colaboración y su acatamiento a las órdenes médicas» (Castro, 2010, p. 56).

Incluso afirmamos que la contradicción como tal no existe en lo formal, ya que la normativa de Parto Humanizado también plantea el respeto de las mujeres para decidir informada y conscientemente. Por tanto, se aplicó una mirada restrictiva de la normativa, jerarquizando una interpretación de obligación de parto vaginal, cuestión que no se sostiene desde la norma.

¡Si tienes COVID, te hacemos cesárea!

La segunda situación refiere a una imposición de cesárea a una mujer por el solo hecho de tener Covid-19. Esto no es un caso aislado; en Uruguay, como en el resto de América Latina, se constató un aumento en la vulneración de derechos obstétricos en el marco de la pandemia, así como también mayor presión para realizar cesáreas (Farías y Magnone, 2020; Rea et al., 2020; Gallardo, 2021). En esta situación, si bien la mujer intentó revertir la indicación, asesorada legalmente con la organización Gestar Derechos, fue obligada a someterse a la cesárea y violentada en la atención.⁷ Según las abogadas entrevistadas:

[...] los profesionales de la salud que asistieron a la mujer, reaccionaron violentamente, subieron videos a las redes sociales mientras la mujer entraba al quirófano, victimizándose y planteando que no se sentían respaldados, que siendo los equipos de salud, eran denunciados en plena pandemia. (Entrevista abogada, octubre 2021)

Podemos observar cómo, a partir de un proceso de una mujer que trata de exigir derechos que le corresponden, las personas del equipo de salud significan el hecho como un ataque personal. Volviendo a lo planteado al inicio del artículo, se visualiza una

⁷ En el ejemplo planteado, los atropellos y malos tratos también fueron ejercidos sobre las abogadas que acompañaron y llevaron adelante la denuncia, y, sobre todo, sobre la mujer, lo que derivó en la apertura de un proceso judicial.

tendencia a interpretar los conflictos en torno a la asistencia del parto como asuntos de vínculo personal y no como escenarios estructurales de producción de violencia.

El hospital, como dispositivo, es un espacio que convoca lo patológico. Y a la vez, es allí donde van mujeres, la mayoría de las veces sanas, a transitar sus procesos reproductivos. Si en un marco sin pandemia ya se dan situaciones institucionales que estructuralmente provocan violencia obstétrica, esto se vio aumentado en un contexto de mayor complejidad sanitaria (Fariás y Magnone, 2020). A su vez, se incrementó la resistencia del sistema de salud y de los profesionales en ubicarse como posibles victimarios, dado que en la pandemia se sintieron especialmente en riesgo. Al igual que ha ocurrido en diversos países del mundo, los profesionales dicen sentirse agredidos cuando se los pone en tela de juicio como ejecutores de actos de VO.

Según las abogadas de Gestar Derechos, la existencia de la VO en la norma jurídica ayudó a su visibilización social, pero puede haber resultado en procesos más difíciles para las mujeres, ya que se encuentran con equipos que reaccionan más violentamente al ser interpelados. En cierta forma, para las entrevistadas, la Ley de Violencia de Género ha sido más asumida y apropiada por las mujeres que por los equipos sanitarios, haciendo posible que las mujeres puedan identificar que lo que les ocurrió fue producto de actos de VO ejercidos por la institución de salud.

A MODO DE CONCLUSIÓN

En este artículo nos propusimos analizar el tratamiento a la VO desde una perspectiva estructural y hemos detectado varios elementos que dan cuenta de las dificultades para que la normativa sea internalizada tanto por las instituciones sanitarias como por el sistema judicial.

Analizar las modificaciones acontecidas desde la primera definición en el Proyecto de Ley de Violencia de Género hasta su promulgación y reglamentación nos permite acercarnos a la discusión y negociación (no siempre política, sino también profesional y técnica) para llegar a la definición que finalmente es incluida en la Ley N°19580 (art. 6 inc. h). Se observa cómo se recortaron nociones estructurales de la definición de VO, en particular, los términos de medicalización, patologización y deshumanización, vaciando de contenido explicativo aspectos que hacen al fenómeno. Por otra parte, a partir del análisis de la norma se desprende que la definición de VO no logra establecer cuáles son los actos constitutivos de la misma, ni cuáles son las consecuencias de incurrir en ella. El

artículo de prevención, incluido en el Decreto Reglamentario de la Ley N° 19580, no problematiza al sistema sanitario como un actor en sí mismo que puede producir VO.

Se constata que, tras varios años desde su definición legal, la VO aún no ha sido integrada a la práctica jurídica, debiéndose recurrir a otras figuras legales como mala praxis o violencia privada, lo cual dificulta la protección específica a los derechos reproductivos de las mujeres, pues asuntos como la autonomía reproductiva no pueden ponerse en juego.

Tal como analizamos en las dos situaciones paradigmáticas, queda en evidencia las dificultades del sistema sanitario para aplicar normativas sin violentar a las mujeres durante procesos reproductivos. El sistema de salud y los/las profesionales no han podido integrar lo que significa asistir respetando la autonomía reproductiva, lo que redundaría en la reproducción de prácticas que violentan, sin intención de revisar acciones que deben ser cambiadas.

En suma, reconocemos que la existencia de una definición legal de VO implica la visualización del problema, pero ello no significa que tenga consecuencias directas en la prevención de tales prácticas. Se requiere para ello un proceso de cambio más profundo. Para construir políticas públicas que disminuyan la generación de estas violencias, es necesario tener en cuenta las dinámicas estructurales que gobiernan las prácticas asistenciales y jurídicas. Debemos dejar de concebir las situaciones de VO como meros problemas relacionales y entender que responden a la intersección de las lógicas sociales que producen la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVEZ, Patricia. *La medicalización del proceso de nacimiento y el cuerpo gestante: un análisis de las representaciones y discursos de los profesionales de la salud*. [Tesis de Grado sin publicar]. Uruguay: Universidad de la República, 2019
- ANDRÉU, Jaime. *Técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*. Editorial Fundación Centro de Estudios Andaluces, 2002.
- ARAN, Daniel; LACA, Hernán. Sistema de salud de Uruguay. En: *Salud Pública de México*. 2011, vol. 53, núm. 2, pp. 265-274.
- ARGUEDAS, Gabriela. Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica. En: *Solar: Revista De Filosofía Iberoamericana*. 2016, vol. 12, núm. 1, pp. 65-89.
- CAMACARO, Marbella. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico imprints de la praxis obstétrica. En: *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. 2009, vol. 14, núm. 32, pp. 147-162.
- CASTRO, Roberto. Habitus 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; López, Alejandra (eds.). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo y Cuernavaca: CRIM-UNAM 2010, pp. 49-72.
- ERVITI, Joaquina. Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos. En: Castro, Roberto; López, Alejandra (eds.). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo y Cuernavaca: CRIM-UNAM 2010, pp. 101-122.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (INE). *Encuesta Nacional de Prevalencia de Violencia Basada en Género y Generaciones (EVBGG)*. 2019. [Consulta: 19 de abril de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3BmapPI>.
- FARIAS, Carolina. Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia. [Tesis de Maestría en Psicología Social sin publicar]. Uruguay: Universidad de la República, 2015
- FARIAS, Carolina; MAGNONE, Natalia. Parir en Uruguay en contexto de pandemia por el covid-19. En: Heil Vázquez, G.; Silva, J.; Janz Woitowics, K. (coord.). *Vivências de mulheres no tempo e espaço da pandemia de Covid-19: Perspectivas transnacionais*. Curitiba: CRV, 2020, pp. 71-88.
- FERNÁNDEZ, Ana María. *Poder y autonomía: violencias y discriminaciones de género*. Madrid: Consejería Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, 2006.

- GALLARDO, Romina. How the pandemic affects women's rights in Uruguay. En: *Open Global Rights*. 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3RVs2qW>.
- MAGNONE, Natalia. *Derechos y poderes en el parto. Una mirada desde la perspectiva de humanización*. [Tesis de Maestría en Sociología sin publicar]. Uruguay: Universidad de la República, 2011.
- MAGNONE, Natalia. Entre lo formal y lo sustantivo: la calidad de asistencia al parto en Uruguay. En: *Revista Sexualidad, Salud y Sociedad*. 2017, vol. 27, núm. 9, pp. 97-117.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP-Uruguay). *Documento Técnico de Maternidades (Ordenanza No. 693/013)*. 2012. [Consulta: 15 de abril de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3zrTASa>.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP-Uruguay). *Uruguay lidera en América baja de indicadores de mortalidad materna y embarazo adolescente*. 2019a. [Consulta: 15 de abril de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3zsKULm>.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (MSP-Uruguay). *Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional*. 2019b. [Consulta: 15 de abril de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3PyvNWf>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Declaración sobre Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. 2014. [Consulta: 1 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3PVCbXH>.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Funcionamiento del sistema de salud en Uruguay*. 2021. [Consulta: 1 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/funcionamiento-sistema-salud-uruguay>
- QUATTROCCHI, Patrizia. Violência Obstétrica. Aportes desde América Latina. En: *Gênero e Direito*. 2018, vol. 7, núm. 1.
- QUATTROCCHI, Patrizia; MAGNONE, Natalia (coord.). *Violencia Obstétrica en América Latina. Conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Argentina: Cuadernos del ISCO, 2020. Disponible en: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/7>.
- REA, Daniela; CARRIÓN, Lidiette; CARIBONI, Diana. Mujeres de América Latina «bajo presión» para aceptar cesáreas durante la pandemia. En: *Open Democracy*. 2020. [Consulta: 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://bit.ly/3J1ObEA>.
- SALA, Viviana Valeria Vallana. «La enfermedad normal»: Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. En: *Sexualidad, Salud y Sociedad*. 2022, vol. 34, pp. 90-107.
- URUGUAY. Ley N° 17386 sobre acompañamiento a la mujer en el parto, parto y nacimiento. En: *Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay*. 30/08/2001. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17386-2001>

- URUGUAY. Ley N° 18426 sobre salud sexual y reproductiva. En: *Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay*. 10/12/2008. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
- URUGUAY. Ley N° 18987 sobre interrupción voluntaria del embarazo. Ley de Aborto. En: *Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay*. 30/10/2012. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>
- URUGUAY. Ley N° 19167 sobre la regulación de las técnicas de reproducción humana asistida. En: *Publicada en el Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay*. 29/11/13. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19167-2013>
- URUGUAY. Ley N° 19580 sobre violencia hacia las mujeres basada en género. En: *Diario Oficial de la República Oriental del Uruguay*. 09/01/2018. Disponible en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>