

Parirás con dolor

Reconstrucciones del abordaje y conceptualizaciones en torno a la violencia obstétrica

Orobich, Ludmila

Resumen

La presente comunicación tiene como objetivo describir algunos de los aspectos conceptuales que giran alrededor de la violencia obstétrica. Para ello realizaré una revisión de un cúmulo de bibliografía que ayudan a abordar la complejidad de la problemática en cuestión. Los aportes de las diferentes investigaciones serán claves en este estado preliminar de la cuestión en tanto permitirán (re) tomar y (re) construir algunas dimensiones constitutivas de la violencia obstétrica.

Introducción

El título de la presente comunicación retoma un capítulo del Génesis conocido como la "Desobediencia del Hombre". En él se describe cómo dios frente al incumplimiento de Adán y Eva decide castigarlos. La condena a la que somete a la mujer frente a su "desobediencia" consiste en multiplicar el sufrimiento de sus embarazos y sentir dolor en sus partos (Génesis 3:16). Sentencia que al día de hoy parece prolongarse.

La idea de realizar la presente comunicación surge como una necesidad de relanzar un trabajo presentado unos años atrás en el marco del Taller de Investigación Ciencias Sociales y Salud al que titulé igual que este trabajo "Parirás con dolor"¹. El objetivo entonces consiste en describir algunos de los aspectos conceptuales que giran alrededor de la violencia obstétrica primeramente a partir de una contextualización que incluye la legislación que versa sobre la temática en cuestión, y seguidamente un acercamiento teórico que toma los aportes de algunas investigaciones que considero clave.

¹ El actual Plan de Estudios de la Licenciatura en Sociología incluye un área metodológica que apunta a la formación en investigación a partir de la realización de talleres.

Marco legal

El objetivo de este apartado es recorrer la legislación nacional vigente que aborda la violencia obstétrica como objeto de prevención, detección y sanción del Estado dejando deliberadamente de lado la historización, esto es las transformaciones en la cosmovisión y la atención que ha recibido y recibe el embarazo y el parto en el devenir histórico ya que será material de otra producción.²

En nuestro país la Ley 25.929³ cuya sanción data del año 2004, pone de relieve los derechos que las mujeres y las personas recién nacidas tienen durante el embarazo, el momento del nacimiento y el postparto. Entre ellos es válido destacar a) ser tratadx de manera respetuosa por el equipo de profesionales y no profesionales de la salud y ser consideradx una persona sana durante todo el proceso; b) ser informadx en todo momento sobre el desarrollo del parto y el estado de salud propio y el de la persona por nacer como así también sobre las distintas intervenciones que pueden realizarse y las alternativas a ellas; c) gozar de un parto natural que respete los tiempos fisiológicos, limitando las intervenciones y la medicalización del mismo cuando existan razones que lo ameriten y previo consentimiento; d) el acompañamiento de la persona de confianza en todas las instancias, e) a permanecer cerca de su hijx durante la estadía en la institución.

Nuestro ordenamiento jurídico cuenta también con la Ley Nacional 26.485⁴ sancionada en el año 2009, cuya reglamentación permite nominar la violencia obstétrica como una de las modalidades en la que se expresa los tipos de violencia hacia las mujeres. Esta consideración no es menor ya que las definiciones legales que rigen en nuestro país conectan la violencia obstétrica a la violencia de género (Castrillo; 2016).

Así, en el Artículo 4° (2009) define que se entiende por violencia contra las mujeres

(...) toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes. Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón. (Artículo 4° Ley 26.485, 2009)

En cuanto a la violencia obstétrica afirma que se trata de

² Martínez. B. y Orobich, L. (2018) “De la casa al hospital: una breve historización de la atención del embarazo y parto”

³ Ley 25.929 “De derechos de padres e hijos al momento del nacimiento” conocida como Ley de Parto Humanizado o respetado

⁴ Ley Nacional 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.

Aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929 (Artículo 6° Ley 26.485, 2009) ⁵

En este sentido y retomando los aportes de Castrillo (2016) es interesante destacar la complementariedad que presentan dichas normativas, en tanto la primera de ellas enumera una serie de derechos que cualquier persona gestante tiene durante el embarazo, el parto y el postparto, cuyas trasgresiones se constituyen en prácticas propias de la violencia obstétrica cuya nominalización aparecerá cinco años más tarde

El desglose y análisis de estos instrumentos legales permiten apreciar dos cuestiones. La primera de ellas está asociada con el valor simbólico, en tanto permiten deconstruir algo que estaba naturalizado al nombrar algunas prácticas como violentas. Por otra parte, no es posible soslayar el sesgo heterosexista de ambas leyes en tanto identifican sólo a las mujeres como pasibles de violencia obstétrica dejando de lado a cualquier persona con capacidad de gestar.

Se puede afirmar entonces que la violencia obstétrica es una de las formas en las que se expresa la violencia de género situada puntualmente en el ámbito institucional de la salud – siendo éste privado o público- y en el que se identifica un conjunto de sujetos que la ejerce, esto es el personal sanitario y una población “que la padece”, las mujeres y las personas por nacer. En esta instancia resulta necesario conceptualizar a la violencia obstétrica desde un marco más amplio que el meramente jurídico, motivo del siguiente apartado

Acercamiento teórico

⁵ Conjuntamente el Decreto 1011/2010 considera trato deshumanizado “(...) el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no.” A su vez considera personal de salud a “(...) a todo aquel/la que trabaja en un servicio, se trate de los/as profesionales (médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/ as sociales, psicólogos/as, obstétricas/os, etc.) o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo o de maestranza.”.

¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica?

Me propongo en este apartado realizar un acercamiento teórico al concepto de violencia obstétrica al retomar aportes de un cúmulo de investigaciones que intentan dar respuesta a dicha pregunta.

La emergencia de prácticas violentas en la relación médico-paciente es posible en tanto ésta expresa relaciones de poder y al decir de Castrillo (2016) posiciones de clase, jerarquías y sujeción a la vez que supone, entre otras cosas, a los pacientes como sujetos subalternizados y pasivos. Aquellos actos que se constituyen en violencia obstétrica, en tanto violan los derechos sexuales y reproductivos, son posibles porque se sustentan y son expresión de un discurso patriarcal que atraviesa la medicina, reproduciendo la subordinación de género al apropiarse de los procesos vitales de la mujer especialmente desde la obstetricia y ginecología (Villegas Poljak, 2009).

Magnone Aleman (2011) en un estudio llevado a cabo en Montevideo se posiciona críticamente ante el actual sistema de atención de salud, al cual caracteriza como modelo tecnocrático, que por sus propiedades inherentes contribuyen a la violación de los derechos de las mujeres. Su abordaje permite iluminar y problematizar la violencia obstétrica como una forma de violencia hacia las mujeres ejercida en el campo de la salud reproductiva, como el producto de la intersección entre la violencia institucional en salud y la violencia de género.

La lectura que Canevari Bledel (2016) realiza de las legislaciones argentinas es fructífera en tanto confirma que la violencia obstétrica encuentra su expresión en cada uno de los tipos de violencia. Entonces:

- La violencia obstétrica como violencia *sexual* se expresa en la realización de tactos sucesivos e invasivos, la falta de respeto al pudor, la desnudez a la que son sometidas las mujeres y aquí lo hago extensible a las personas gestantes, que implica un despojo del control sobre el propio cuerpo.
- La violencia obstétrica se expresa como violencia económica, sobre todo en los servicios privados, que cobran un plus por la atención del parto e imponen la internación de la persona gestante y de la persona recién nacida muchas veces de manera injustificada.
- La violencia obstétrica como violencia psicológica en aquellos casos en los que se culpabiliza a las personas gestantes de su situación, se les responsabiliza plenamente en casos en los que pueda correr riesgo su vida como la de su hijo. También son actos constitutivos de violencia psicológica la humillación, infantilización, ridiculización, las acusaciones, las amenazas y la desvalorización

de los saberes y decisiones. En esta línea Medina (2009) coincide con esta operacionalización y advierte también que el blindaje de la información por parte del personal de la salud es violencia psicológica cuando no notifican a la persona gestante y a su familia del transcurso del parto y del estado del niño por nacer.

- La violencia obstétrica en su expresión *física* se materializa, por ejemplo, en el legrado sin anestesia, la episiotomía, la maniobra de Kristeller, entre otras prácticas que se plantean como necesarias por el personal médico, muchas de las cuales son reconocidas por el dolor que ellas traen aparejadas. En este sentido y volviendo a los aportes de Medina (2009) ésta se contornea cuando se llevan a cabo prácticas de índole invasivas, entre las nombra por ejemplo el suministro de medicación que no esté justificada por el estado de salud de la persona gestante o de aquella por nacer intervenciones quirúrgicas innecesarias, como así también el no respeto los tiempos naturales del parto.
- La violencia simbólica en los servicios de salud se pone en juego cuando opera el sexismo y el racismo. La discriminación a las personas pobres o lxs que tienen muchxs hijxs, la centralización de los derechos de la persona por nacer en detrimento de los derechos de la gestante, el anonimato con el que el personal médico y no médico tratan a las personas y a sus familias subalternizándolas y despersonalizándolas al llamarlas “mami”, “gordita”, la desvalorización del tiempo de lxs parturientxs y sus familiares (no sólo de los tiempos fisiológicos del embarazo y el nacimiento sino también en la dilatación de las largas esperas) y la sobrevaloración del tiempo de lxs profesionales, constituyen la matriz de la violencia simbólica. Por su parte, Marton y Echazu (2010) incluyen en esta dimensión un conjunto de prácticas que identifican en el espacio de la consulta médica, perpetuada por lxs especialistas que tienen que ver por un lado con la forma violenta e imperativa con que se transmite y promociona la lactancia materna ignorando muchas veces los deseos, posibilidades y necesidades de las personas gestantes y por otro lado, con una naturalización (por parte del discurso médico hegemónico) de la díada madre-hijx, aquí persona gestante, que deriva en una plena responsabilización de la primera por el bienestar del niño. La violencia traspasa la agresividad física y psíquica-verbal y se cuela en prácticas y discursos que, las más de las veces pasan desapercibidas por su carácter de aparente naturalidad y normalidad.

Estas dimensiones pueden ser separadas analíticamente, aunque en la práctica se

pueden presentar de manera conjunta.

Por su parte Arguedas Ramírez (2014) realiza un aporte fructífero al construir sus fundamentos sobre la teoría foucaultiana del poder. Señala que la intervención de los cuerpos sólo se hace posible mediante una construcción subjetiva del cuerpo embarazado y del proceso del parto como anormales, alterados. El poder obstétrico opera como una forma de poder disciplinario dentro de la institución médica, en donde la violencia obstétrica emerge como un mecanismo de control que mediante el disciplinamiento de aquellos cuerpos capaces de embarazarse y parir, produce subjetividades. Mediante una serie de tecnologías disciplinarias (tales como el control del tiempo, de los ritmos, la vigilancia, la observación) se vuelven dóciles los cuerpos, allanando el camino para la obediencia y la tutelación de los mismos.

(...) la noción de poder obstétrico como una forma de poder disciplinario que funciona dentro de la institución médica - que es a su vez una institución patriarcal - nos permite comprender que la violencia obstétrica es un mecanismo para disciplinar los cuerpos de las mujeres, para reforzar el mandato social inscrito en la categoría sexo/género y para perpetuar las relaciones de poder que subordinan a las mujeres y naturalizan el deber de obediencia y de docilidad." (Arguedas Ramírez, 2014)

La violencia obstétrica resume expresiones de control y opresión a la vez que naturaliza las funciones socialmente construidas, tales como la maternidad, reforzándolas mediante la obediencia y la docilidad.

Castro (2014) aporta una mirada sociológica al abordar la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres en los servicios de salud en México, al incorporar las nociones bourdieanas de *campo* y *habitus*. Las instancias de formación, residencia y especialización de los futuros cuadros médicos resultan como situaciones impregnadoras de una serie de prácticas que, posteriormente, redundan en una práctica profesional autoritaria. El curriculum oculto, como dispositivo de la educación en general y particularmente de la educación médica, que entraña procesos de interiorización de las jerarquías de la profesión, el uso del castigo y el disciplinamiento como recurso didáctico y una evidente desigualdad de género, sientan las bases para el surgimiento de un *habitus* profesional que produce y reproduce relaciones de poder. La violencia por parte del personal sanitario hacia las mujeres y personas gestantes que transitan su labor de parto emergen como un reflejo de las estructuras de poder propias del campo médico, que es estructurado a la vez que es estructurante del *habitus* médico. En palabras del autor:

(...) postulo que existe una vinculación estructural entre el conjunto de mensajes,

enseñanzas, conminaciones, recriminaciones, clasificaciones, etiquetaciones, descalificaciones, regulaciones y jerarquizaciones (de clase, de género, etcétera), que los estudiantes de medicina y los médicos viven en carne propia o atestiguan de cerca durante los años de formación, y los rasgos autoritarios que eventualmente exhiben durante su práctica profesional y que encuentran su vehículo más propicio en el habitus médico (Castro, 2014).

En consonancia con esto, Fernandez Moreno (2007) sostiene que el estudiantado aprende que hay rutinas y procedimientos que resultan incuestionables. La postura, los gestos y la actitud que deben adoptar (de distancia, de no vinculación e impersonalidad) se aprenden en la institución. Con las personas que acuden al servicio de salud se entabla una comunicación basada en la instrucción.

Introducir el concepto de niveles de responsabilidad esbozado por Villanueva Egan (2010 y 2016) resulta enriquecedor ya que amplía el abanico de sujetos implicadxs cuyas prácticas se constituyen en violencia obstétrica. Por una parte, vincula la responsabilidad del personal sanitario de perpetrar acciones u omisiones violentas. Así insiste en que las malas prácticas tales como la estandarización y rutinización de ciertos procedimientos como lo son la episiotomía y la cesárea -que bajo ciertas circunstancias y basados en juicios médico-científicos rigurosos pueden ser fructíferos, pero que aplicados sin estas consideraciones pueden resultar contraproducentes- deben ser eliminadas y corregidas en tanto forman parte de un (mal) accionar por parte del grupo de profesionales y por ende la atribución de responsabilidad en estos casos recae sobre ellxs. Ahora bien, no es viable soslayar el deber que el Estado (junto con sus instituciones) tiene en estos casos, como garante del cumplimiento de los derechos y de mejoras en la infraestructura institucional, como responsable de propiciar políticas públicas orientadas a brindar un servicio sanitario de calidad, y como promotor del acceso universal a la salud. El concepto entonces se amplía. Abrir el abanico de actores involucradxs mediante la concepción de la responsabilidad en diferentes niveles evita la criminalización y judicialización contra el personal médico.

Por este camino liga la violencia obstétrica con deficiencias organizacionales en los servicios de obstetricia, fallas en la infraestructura, deficiencias estructurales y, lo que es más importante, con la forma en que se concibe a las mujeres.

...la violencia obstétrica se refiere a una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud, público y privados, y es un producto de un entramado

multifactorial en donde intersectan la violencia institucional y la violencia de género. Prácticas enmarcadas en procesos de violencia estructural y en la falta de reconocimiento del carácter de sujetas morales y titulares de derechos que tienen las mujeres embarazadas usuarias de los servicios de salud, se traducen en actos concretos que violentan el derecho a la integridad personal de las mujeres" (Villanueva Egan, 2016).

En esta instancia resulta fundamental aclarar que hablar de intervenciones médicas durante el embarazo y el parto no implica pensar y asociar causalmente estas prácticas, que actualmente persisten pero que cada vez son más cuestionadas, con violencia obstétrica. En esta línea nuevamente los aportes de Castrillo (2015 y 2016) son de gran utilidad para recuperar la perspectiva de lxs sujetos, entendiendo que es necesario retomar las significaciones que éstxs dan a sus experiencias.

Algunas prácticas médicas consideradas por el personal sanitario⁶ como rutinarias y óptimas para el mejor desenvolvimiento de los procesos de embarazo, parto y post parto, pueden ser significadas por otras personas como prácticas violentas (Castrillo, 2016). En palabras de la mencionada investigadora "(...) ser víctima de VO (en consonancia con los trabajos reseñados) implica una significación subjetiva que depende de varios factores, como hemos mencionado [entre ellos sociales, culturales e históricos]" (2016).

Conclusiones

El objetivo de esta breve comunicación fue realizar un abordaje a la problemática de la

⁶ Haciendo este término extensivo, tal como lo operacionaliza el Decreto Nro. 1011/2010.2 "(...)a todo aquel/la que trabaja en un servicio, se trate de los/as profesionales (médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/ as sociales, psicólogos/as, obstétricas/os, etc.) o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo o de maestranza."

violencia obstétrica a partir del acercamiento a los marcos legales y una reconstrucción teórica que permita nominarla como una forma de violencia de género.

El título elegido retoma el capítulo del Génesis en el que Dios castiga al hombre y a la mujer por su desobediencia. Eva es condenada a parir sus hijos con sufrimiento.

Tal como se enuncia en la Biblia, parir con dolor parece ser una cuestión inevitable para aquellas personas gestantes. Sin embargo, la lucha y la organización diaria que llevamos adelante desde el feminismo para vivir una vida sin violencias, revierte el carácter de sentencia. La idea de humanizar (nos) el parto tiene que ver con que se respeten nuestras decisiones y con resignificar y volver a conquistar el lugar y el protagonismo que nos fue arrebatado. Concebir un embarazo y un parto respetado implica un ejercicio efectivo de la autonomía y la libertad de las personas gestantes como resultado del respeto y la escucha de sus elecciones personales a partir de la disposición de la información necesaria que garantice y respalde dicha decisión.

Cuestionarlo todo, problematizar-nos, un camino doloroso pero que puede llegar a implicar parir nuevas formas de ejercer nuestros derechos, de (re) pensar las maternidades y el modo en que cada persona decida traer sus hijos/as al mundo. Parir entonces nuestra autonomía.

Bibliografía

- Arguedas Ramírez, G. (2014) “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”
- Canevari, C. (2016) “El marco legal de la violencia obstétrica: derechos y reverses”
- Castrillo, B. (2015) “Intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto. Reflexiones conceptuales y análisis de relatos de partos de la ciudad de La Plata”
- Castrillo, B. (2016) “Dime quién lo define y te diré quién es el violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica”, en Revista Sexualidad, Salud y Sociedad N° 24, Centro Latinoamericano de Sexualidades y Derechos (CLAM).
- Castro, R. (2014) “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”
- Fernandez Moreno, S. Y. (2007) “La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: Afectaciones del derecho a la salud y las condiciones de trabajo en salud”
- Magnone Aleman, N. (2011) “Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica”: artículo que forma parte de la tesis titulada “Derechos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la humanización”.
- Marton, B. y Echazu, G. (2010) “La violencia simbólica en la consulta médica: la naturalización de la díada madre-hijo y la promoción compulsiva de la lactancia materna.
- Medina, G. (2009) “Violencia obstétrica en Revista de Derecho de Familia y de las Personas”
- Villanueva Egan, L. A. (2010) “El maltrato en la salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”
- Villanueva Egan, L. A. (2016) “¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica?”

Legislaciones consultadas

- Ley N° 26.485 de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales” (2009). Link: http://www.cnm.gov.ar/LegNacional/Ley_26485_decreto_1011.pdf
- Ley N° 25.929 de Parto Humanizado, de “Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer, por parte del Senado de la Nación. Declaración sobre difusión del Parto Humanizado” (2004). Link: <http://www.cnm.gov.ar/LegNacional/LEY%2025929.pdf>