

Violencia gineco-obstétrica y justicia reproductiva. Una reflexión psicoantropológica

Obstetric-gynecological violence and reproductive justice. A psychoanthropological reflection

Thais Oliveira Brandão, Ana M. Martínez-Pérez

RESUMEN

La violencia gineco-obstétrica es un problema social que afecta y vulnera el derecho de las mujeres a decidir libremente sobre la función sexual y reproductiva de su cuerpo evitando que su salud sea plenamente garantizada. La idea de justicia reproductiva articula el derecho a una atención en salud que rompa con las inequidades en salud de las mujeres en función de su condición socioeconómica, étnica, de nivel educativo o lugar de residencia. La atención en salud y el cuidado del cuerpo de las mujeres fueron (bio)medicalizados en el siglo pasado en occidente, estableciendo procedimientos que naturalizaron el *disciplinamiento* de las mujeres para que, mediante la pérdida del control de estos eventos fisiológicos, se convirtieran en prácticas de intervención clínica propias de una atención patogénica. El enfoque desde el que se plantea la investigación combina la perspectiva de género y los derechos humanos teniendo en cuenta la interseccionalidad. Esta etnografía *multisituada* permite la triangulación de datos al tiempo que las narrativas recogidas constituyen en sí mismas herramientas didácticas para los procesos de formación del personal en prevención de violencia gineco-obstétrica, una categoría latinoamericana que denuncia un problema global. Al fin, este texto se enmarca en una línea de investigación que pretende llevar a cabo una suerte de autopsia verbal a la violencia gineco-obstétrica en su relación con el concepto de justicia reproductiva, en diferentes lugares (España, Ecuador, Brasil), estableciendo un análisis comparativo de las narrativas de atención en embarazo, parto y puerperio siempre que se trate de casos de bajo riesgo.

Palabras clave: Violencia gineco-obstétrica; justicia reproductiva; interseccionalidad; narrativas; formación en prevención.

ABSTRACT

Obstetric and gynaecological violence is a social problem that affects and violates women's right to freely decide on the sexual and reproductive function of their bodies, preventing their health from being fully guaranteed. The idea of reproductive justice articulates the right to health care that breaks down inequalities in women's health based on their socio-economic status, ethnicity, educational level, or place of residence. Health care and the care of women's bodies were (bio)medicalized in the last century in the West, establishing procedures that naturalized the disciplining of women so that, through the loss of control over these physiological events, they became clinical intervention practices typical of pathogenic care. The research approach combines a gender and human rights perspective, considering intersectionality. This multi-sited ethnography allows for the triangulation of data, while the narratives collected constitute didactic tools for the training of personnel in the prevention of gynaecological-obstetric violence, a Latin American category that denounces a global problem. Finally, this text is part of a line of research that aims to carry out a kind of verbal autopsy of gynaecological-obstetric violence in relation to the concept of reproductive justice in different places (Spain, Ecuador, Brazil), establishing a comparative analysis of the narratives of care in pregnancy, childbirth and puerperium, provided that they are low-risk cases.

Keywords: Obstetric and gynaecological violence; reproductive justice; intersectionality; narratives; training in prevention.

INFORMACIÓN:

<http://doi.org/10.46652/rgn.v7i34.990>
ISSN 2477-9083
Vol. 7 No. 34, 2022. e210990
Quito, Ecuador

Enviado: septiembre 01, 2022
Aceptado: noviembre 18, 2022
Publicado: noviembre 25, 2022
Publicación Continua
Sección Dossier | Peer Reviewed



AUTORES:

Thais Oliveira Brandão

Universidad de Santiago de Compostela-España
thaisuni@gmail.com

Ana M. Martínez-Pérez

Universidad Rey Juan Carlos - España
ana.martinez@urjc.es

Conflicto de intereses

Las autoras declaran que no existió conflicto de interés posible.

Financiamiento

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Agradecimiento

N/A

Nota

El artículo no se desprende de un trabajo anterior, tesis, proyecto, etc.

ENTIDAD EDITORA

1. Introducción

*Como mujeres, hemos sido criadas para temer.
Si no puedo desterrar el miedo completamente, puedo aprender a contar menos con él.
Porque entonces el miedo se convierte no en un tirano en la lucha contra el cual malgasto
mi energía, sino un compañero, no particularmente deseable, pero sí uno cuyo conocimiento
puede ser útil.*
Audre Lorde

En este texto nos posicionamos como madres (lactantes), como feministas (con perspectiva de género y derechos humanos), como psicólogas y antropólogas (como promotoras de salud), como docentes y formadoras de profesionales de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia a la Violencia Gineco-obstétrica (en adelante, VGO) declarando que en cada parte del mundo “muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en los centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a un cuidado respetuoso, sino que también amenaza sus derechos a vida, salud e integridad física” (OMS, 2014, p. 6). La violencia gineco-obstétrica se produce en los procedimientos de atención asociados a embarazo, parto y puerperio, incluyendo aborto terapéutico y espontáneo. La justicia reproductiva es importante en tanto hay poblaciones de mujeres migrantes, de origen latinoamericano y mujeres gitanas en España, afrobrasileñas en Brasil o afroecuatorianas en Ecuador, pero también mujeres indígenas, mujeres trans, adolescentes y mujeres jóvenes que han sido violentadas y tienen embarazos no deseados. Partimos de la idea de que todas las mujeres atendidas por el sistema de salud, tanto como los recién nacidos, tienen derecho a un trato digno y exento de violencia en forma de ensañamiento terapéutico u otras faltas de respeto a su toma de decisiones y a la soberanía sobre sus cuerpos.

En el marco explicativo de la violencia, podemos comprender que, si bien los seres humanos nacemos como titulares de derechos, somos sujetos con una dignidad que solo nos podría ser arrebatada siendo tratados como objetos, esta cosificación se consigue mediante violencia y solo puede ser restituida la dignidad humana mediante una reparación del daño. Son muy diversas las manifestaciones de este proceso: robo bebés o desapariciones forzadas, trata, explotación, violación, maltrato, tráfico, esclavitud... Algunas de estas manifestaciones fueron contempladas en 2011 en la promulgación del Convenio de Estambul (Consejo de Europa, 2011), sin embargo, otras muchas quedan fuera de este marco normativo y nuestras etnografías pretenden evidenciarlas. Existen titulares de derechos, de responsabilidad y de obligación, cada cual tiene un nivel de corresponsabilidad en este proceso de resarcir el daño que la violencia sistémica, en demasiadas ocasiones originada en los propios estados, perpetrata.

Con respecto al derecho a la salud no solo debe ser contemplado como un derecho humano y universal, sino que debe establecerse la necesidad de dar un giro a esa atención de forma que sea inclusiva, salutogénica, centrada en la comunidad y en cada persona que recibe cualquier medida con-

ducente a mejorar sus condiciones de vida. Como se establece en el Modelo interseccional sindémico (Ostrach & Singer, 2012) el proceso de salud-enfermedad opera como un vector que transversaliza las condiciones de vida en diferentes ámbitos: económico, medioambiental, de redes sociales, étnico, de género, social y biológico o fisiológico. Los recursos de resistencia generalizada estarán operando para construir con sentido de coherencia un modo de calidad de vida (Antonovsky, 1996).

Teniendo en cuenta que en la comparación aparecen similitudes y diferencias, ponemos el énfasis en los procesos de reivindicación por parte del feminismo que persiguen el doble propósito de que las mujeres no sean agredidas nunca más en el cumplimiento de su derecho a la salud, pero también que se garantice el derecho a la atención en salud en el pleno ejercicio de la libertad, hacia una idea de salud como placer. A partir de estudios de género y feministas, se problematiza en qué medida y con qué consecuencias el sistema biomédico se ha apoderado de los cuerpos y procesos biológicos de las mujeres haciendo que los derechos humanos y la salud sexual y reproductiva sean relegadas a un segundo plano o incluso violentadas ante la amenaza de un riesgo para su integridad o la de sus criaturas.

Esta objetivación y patologización del cuerpo de las mujeres es objeto de numerosos estudios que revelan y reconocen el trato abusivo, negligente y violento de las mujeres durante su atención ginecológica y especialmente la salud reproductiva en establecimientos de salud en varias partes del mundo (Bohren et al., 2015, 2018; Meijer, 2019). Con este artículo pretendemos ahondar en el concepto de violencia gineco-obstétrica forjado en Latinoamérica, a la luz de los estudios feministas y de la antropología médica, enunciando desde la base interpretativa de la justicia reproductiva, para abordar sus principales consecuencias con el fin de visualizar, prevenir y combatir esta forma de violencia contra las mujeres.

2. Metodología

Desde nuestra experiencia como docentes e investigadoras, entendemos las narrativas en su doble condición de herramientas didácticas y de atención clínica (Charon, 2016), pero también como relatos de enfermedad (Mesa Freydell et al., 2022) que permiten diseccionar el proceso de salud-enfermedad-cuidados desde la visión en primera persona (Pink, 2015). Nuestra propuesta metodológica se extiende desde las clases impartidas a estudiantes del área de salud, acompañamiento de mujeres en el parto, escucha clínica de madres, grupos de ayuda mutua y otras formas de atención y empoderamiento en salud desde hace 5 años. Esta investigación tiene una naturaleza cualitativa y colaborativa, de tal modo que se persigue generar sinergias entre agentes diversos para contribuir a diseñar una política pública de atención en salud pública a las mujeres en situación de embarazo, parto y puerperio. El enfoque desde el que se plantea la investigación se construye mediante una perspectiva de género, desde los derechos humanos y teniendo en cuenta la interseccionalidad. En este sentido, se apuesta por una etnografía *multisituada* (Marcus, 2001) con una perspectiva metodológica plural triangulada entre el

método etnográfico, biográfico y la investigación acción participativa. Las mujeres con las que hemos conversado no aparecen referidas porque esta reflexión parte de la observación participante registrada en diarios de campo.

Desde el punto de vista de las prácticas utilizadas en la metodología, nos estamos centrando en la observación participante y en el hecho de ser sujetos en proceso de investigación tanto como mujeres y feministas. Como investigadoras nos hemos ido encontrando en el contexto de las propias investigaciones que hemos desarrollado en los últimos años en torno a la violencia gineco-obstétrica con testimonios de mujeres que hablaban de sus experiencias vitales de un modo genérico hasta que nombrábamos el concepto de violencia gineco-obstétrica y al ponerle nombre, se sentían reconocidas o al menos identificadas. Así nos han ido dando testimonios de las propias frases que los profesionales de salud les han dicho en diferentes paritorios de los tres países en una recogida de datos que queda reflejada en la sistematización de la observación participante. En nuestro rol como investigadoras, hemos cumplido con las tareas de difusión de resultados de investigación y al compartir textos como Manifiesto contra la violencia al nacer (Martínez-Pérez, 2022), o el tríptico o el vídeo realizados en la investigación de Experiencias de parto en Quito (UDLA-EPEN, 2017). En esos momentos de procesos de recepción visual o auditiva, resultaba muy evidente la identificación incluso con el dolor experimentado en unos cuerpos que, por lo demás, tienen memoria.

El propio concepto de VGO opera en nosotras como ocurriría con los analizadores construidos en el análisis institucional. Un analizador construido es ese elemento que nos permite generar el análisis que al mismo tiempo puede ser una institución, instituyente o instituida, y así, en el caso de la violencia gineco-obstétrica se produce un salto cualitativo al nombrarla. Durante el trabajo de campo, en las conversaciones con las mujeres sobre sus experiencias de parto, la mayoría de las mujeres no eran conscientes de haber sufrido VGO hasta que alguien, en este caso las investigadoras, le pone nombre y la tipifica dando indicadores y un marco explicativo. Como investigadoras y docentes, primero, y activistas, después, hemos cumplido con esa función de visibilizar en nuestros procesos de investigación qué estaba pasando con este problema, también en el trabajo docente de formación de profesionales de salud. Las informantes han hecho suyo el concepto produciéndose una identificación con los procesos vividos por otras mujeres.

3. Desarrollo

Algunas reflexiones para empezar: para ser madre hay que tener un útero, pero para ser mujer no hay que ser madre; la salud reproductiva es salud sexual, pero toda salud sexual no es reproductiva; si la justicia es patriarcal, no es justicia, porque sólo sirve para una parte de la población; si todo el mundo no disfruta de ellos, no son derechos humanos, son privilegios; la democracia es cada vez más incompatible con el capitalismo, menos aun cuando se trata de un sistema depredador y patriarcal que encuentra su razón de ser en la violencia; la propuesta es pensar la justicia reproductiva después de asumir que la violencia es sistémica y por tanto inherente a la estructura social de la que formamos

parte; visto desde un enfoque de derechos humanos, entendemos justicia, salud y educación como derechos inalienables que no pueden ser conculcados por el mismo estado que debe garantizarlos. Dicho esto, que establece un marco epistemológico, articulamos un análisis conceptual de los tres términos sobre los que reflexionamos con las mujeres entrevistadas en los tres países en los que hemos trabajado.

3.1 Violencia Sistémica

Existe una amplia gama de manifestaciones de la violencia sistémica que queda estructuralmente oculta. Es la base sólida de la violencia directa o física, que ahora es visible o más visible que hace una década. Hablamos de violencia sistémica porque sería una simplificación considerarla un mero enfrentamiento entre varones y mujeres, ni siquiera entre lo masculino y lo femenino. La violencia es sistémica porque esta situación de cohesión social mediante relaciones interpersonales violentas afecta a todo el sistema sociocultural.

Decimos que la violencia es sistémica cuando no puede ser atribuida a una persona en concreto, sino que encuentra sus raíces en un sistema sociocultural que genera sus condiciones materiales de posibilidad, le da sentido y la encubre. La violencia sistémica se ejerce mediante cualquier práctica o discurso normativo cuyo efecto, intencionado o no, es dañar a colectivos subordinados. Partimos de una idea de violencia asociada a la inevitabilidad del daño, sin embargo, la violencia del sistema sociocultural se naturaliza y se considera inevitable precisamente porque la tradición, la cultura o el sentido común dicen que “siempre se ha hecho así”. Por otro lado, decimos que el daño no puede ser atribuido a una sola persona, tratando de trascender la dualidad victimario-víctima y asumiendo que otras muchas personas intervienen haciéndolo posible, con su silencio, con sus aplausos, con su complicidad.

La violencia sistémica es, desde esta óptica, inmune a las respuestas punitivistas que tanto reivindica hoy la ultraderecha, sin embargo, lejos de “crímenes y castigos” podría resolverse sustituyendo el vínculo violento por el de los afectos. Esta violencia con demasiada frecuencia se presenta como una suma de casos aislados y así se encubre su carácter estructural. (Martínez-Pérez y Cabezas, 2022).

3.2 Violencia Gineco-Obstétrica

La VGO viola el derecho a la igualdad, no discriminación, información, integridad, salud y a la autonomía reproductiva. Viola los derechos que tenemos por la condición de ser humanos, mujeres y usuarios del sistema de salud, pero que son constantemente cuestionados, como en el caso de esta pandemia, donde las violaciones de los derechos garantizados a una experiencia de nacimiento respetada han aumentado a niveles alarmantes (Sadler et al., 2020).

Venezuela fue el primer país en inaugurar un concepto y una legislación ampliamente difundidos sobre violencia obstétrica, y la caracterizó como “el acto deshumanizador, el abuso de procedimientos y la pérdida de autonomía que afectan la calidad de vida de las mujeres” (ley 38.668 de 2007, p. 9). Recientemente, el término se extendió a la violencia ginecológica-obstétrica en países vecinos como Ecuador, donde se destaca que “las mujeres no embarazadas pueden sufrir violencia durante la atención ginecológica, cuando se realiza con maltrato invasivo o físico o psíquico” (Ley orgánica, 2018, p. 13). Este tipo de violencia, además, tiene algunas facetas invisibles, como todas las formas de violencia contra las mujeres. Por un lado, es la violencia institucional, que se expresa en las relaciones jerárquicas de poder del sistema médico, cuando, por ejemplo, se apropia de los procesos fisiológicos de las mujeres en su fase fértil, medicalizando sus cuerpos a través de la tecnología, patologizando procesos que están exentos riesgo, para seguir controlándolos y silenciarlos como sujetos.

Esta cara de VGO está directamente al servicio del capitalismo, y sus verdugos no son necesaria o exclusivamente los y las profesionales de la salud, ya que también estes experimentan violencia en su entorno laboral sufriendo algunas de sus consecuencias traumáticas al presenciar la violencia obstétrica en su labor cotidiana (Olza, 2014). Por otro lado, también es tipificada como un tipo de violencia de género. Esta segunda cara de VGO es quizás la más obvia, aunque permanece oculta por un modelo médico hegemónico (Menéndez, 2022) que se orienta a la enfermedad y patologiza un proceso fisiológico exento de riesgo. Se trata de una forma de violencia específicamente dirigida al cuerpo de las mujeres en su ciclo de vida reproductiva. Con la negación de derechos básicos en el acceso a la salud de un cuerpo sano y mediante su objetivación, la VGO se apropia de modelos sociales y cotidianos de opresión del cuerpo de la mujer y, por tanto, se hace urgente encarnarlo, hacerlo visible desde este mismo cuerpo, porque asume la misma forma que otras formas de violencia al servicio del patriarcado. Hace tres décadas, la OMS ya hizo fuertes recomendaciones sobre el respeto al embarazo, el parto y la posparto en una importante reunión en Fortaleza, Brasil (OMS, 1985). En 2014, publicó una advertencia contundente sobre estos abusos, presentando la evidencia científica de su relación con la maternidad, en el documento antes referido (OMS, 2014).

Y finalmente, en 2019, la OMS validó oficialmente la definición de “violencia obstétrica” afirmando que “Las mujeres y las niñas sufren esta violencia cuando buscan otras formas de atención de salud sexual y reproductiva, como exámenes ginecológicos, aborto, tratamientos de fertilidad y anticoncepción receptivo, y en otros contextos de salud sexual y reproductiva” (OMS, 2019, p. 6). Sin embargo, la falta de información sobre la atención a la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio, junto con la acogida de sus acompañantes y recién nacidos, también víctimas de un contexto general de violencia institucional, contribuye a que a lo largo de los años la VGO haya sido estandarizada y aceptada por la población general.

Esta capacidad de invisibilidad es denunciada constantemente por los Observatorios de la Violencia Obstetricia a nivel mundial (Red de Observatorios de Violencia Obstétrica, 2016), ambos en el sistema público de salud y en instituciones privadas. Violencia contra la mujer en los centros

de atención, partos y quirófanos es también una consecuencia de la aplicación de este paradigma biomédico por el cual la institucionalización de los procesos reproductivos y sexuales desplaza a las mujeres como protagonistas de sus ciclos de vida saludables que pasan a ser ocupadas por el profesional de la salud como ocurriría en cualquier patología necesitando una intervención de emergencia.

3.3 Justicia Reproductiva

Entendemos la justicia reproductiva como un conjunto de acciones encaminadas a remover barreras y obstáculos que les impiden a las mujeres la plena realización de sus planes de vida buscando el cambio dentro de diseños institucionales y estatales signados por el patriarcado y la heteronorma. Racismo obstétrico es el modo en que el sistema biomédico desatiende, infra diagnostica y menosprecia los sentimientos de una persona embarazada basándose en ideas preconcebidas sobre la mayor o menor validez de unos cuerpos frente a otros y obviando los mecanismos de subordinación.

Cuando aumenta la situación de vulnerabilidad de las mujeres, estos eventos de abuso se ven incrementados de forma cuantitativa y cualitativa, tal y como está documentado en el caso de las mujeres afrodescendientes, adolescentes, de escasos recursos, migrantes, gitanas, lesbianas, presas, mujeres con diversidad mental y/o funcional. Se da, por tanto, un patrón de aumento de la violencia asociado a una mayor vulnerabilidad social, como ocurre con la violencia de género (Leal et al., 2015; 2017).

La maternidad como experiencia física, psíquica, colectiva y política comienza antes del embarazo y no tiene porqué coincidir exactamente con la experiencia de parto. El derecho a dar a luz es individual y necesita ser visto a través de la lente de la interpretación y la decolonialidad e interseccionalidad para ser ampliada y garantizada en toda su singularidad. Comprendemos la interseccionalidad en la diversidad sexo-genérica, de etnia y origen, de clase y prestigio social, según la profesión y los años de recorrido por el sistema educativo, según el acceso al sistema de salud y la discapacidad. Por eso cuestionamos la vigencia del concepto de derechos reproductivos, cuando se presenta como restringido al derecho a tener hijos o no. Entendemos que estos derechos deben revisarse y las feministas negras nos ayudan a repensar esta estrategia acuñando el término justicia reproductiva (Ross & Solinger, 2017).

La justicia reproductiva amplía la mirada sobre los derechos reproductivos porque reúne los conceptos y prácticas de derechos humanos y justicia social para el pleno ejercicio de la salud reproductiva. El concepto "Justicia reproductiva" fue creado en 1994, poco después de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, que tuvo lugar en El Cairo (UNFPA, 1995) y desde el movimiento de mujeres afroamericanas se amplió, dado que la justicia reproductiva reconoce los contextos de vulnerabilidad en el ejercicio de la ciudadanía por parte de las mujeres al reconocer las intersecciones de múltiples opresiones como la etnia, el género y la clase.

En este sentido, Angela Davis (2016), nos ayuda a comprender la fuerza de este concepto en la práctica, cuando en su libro entiende que, para ejercer el derecho reproductivo en la decisión del aborto, por ejemplo, es necesario que se garanticen otros derechos, al igual que el medio ambiente debe estar libre de opresión racista y sexista, y dice lo siguiente:

Cuando un número tan grande de mujeres negras y latinas recurren al aborto, las historias informan no tanto sobre el deseo de estar libre de embarazo, sino sobre las miserables condiciones sociales que las razas llevan a renunciar a traer nuevas vidas al mundo. (p. 217)

En otras palabras, el debate va mucho más allá de la elección sobre el derecho a tener hijos o no; como las feministas señalan, el derecho a ser madre fue históricamente negado o forzado, y señalar que al menos tres derechos deben ser repensados en el caso de las mujeres negras: 1. El derecho a no tener hijos (acceso a la información sobre anticoncepción y aborto); 2. El derecho a tener hijos (negación histórica de la maternidad y principales víctimas fatales de VGO); 3. Y el derecho a tener un ambiente seguro para criar a sus criaturas.

Así, el concepto de justicia reproductiva aparece como fundamental para reflexionar sobre la lucha contra las numerosas formas de violencia contra las mujeres, porque pone en evidencia el acceso a los servicios económicos, sociales y formuladores de políticas para que las mujeres puedan tomar decisiones saludables sobre sus cuerpos, sexualidad y reproducción, pero no solo individualmente, sino tomando en cuenta sus familias, sus contextos sociales y comunitarios.

Cuando visibilizamos la VGO, también estamos tratando de descentralizar la idea de un derecho individual, libre y responsable, pues no abarca las experiencias cotidianas de socialización pública y colectiva de sus experiencias reproductivas, ya que se incluyen en el contexto de violaciones generalizadas que sufren las mujeres más vulnerables las personas sufren a diario y eso puede dejar marcas físicas y psíquicas concretas. En estos términos, hablar de interseccionalidad resulta imprescindible a la hora de articular la construcción de la identidad en la diversidad sexo-genérica, de etnia y origen, de clase y prestigio social, según la profesión y los años de recorrido por el sistema educativo, según el acceso al sistema de salud y la discapacidad. Solo podemos analizar la VGO siendo conscientes en todo momento de que las mujeres atendidas por el sistema de salud no vienen exentas de su realidad social, sino que están sujetas a su contexto, no pueden ser tratadas como objetos a menos que sea violentándolas.

Durante el trabajo de campo en los tres países en los que hemos ido hablando de un modo más o menos formal con las mujeres sobre su experiencia de parto, hemos podido recoger una serie de frases pronunciadas por profesionales de salud en maternidades, paritorios y quirófono. En todos los casos se trata de madres que tuvieron partos con bajo o nulo riesgo, con criaturas entre 2 y 20 años y que han podido acudir a un centro hospitalario, público o de titularidad privada.

“No te preocupes que hasta que venga una pelandrusca y te lo quite, va a estar contigo.”

“Tendrás grietas en los pezones hasta que se te haga un callo.”

“He pedido a los estudiantes que realicen 18 tactos vaginales porque tienen que aprender.”

“Vas a ver como ahora sí sale tu hijo (se sube en la barriga).”

“No grites que pierdes la fuerza.”

“Abre las piernas como las abriste antes.”

“Tu hijo está bien, pero está sucio y tenemos que lavarlo.”

“No llores que tú bebé se va a ahogar.”

“Uy viene con dos vueltas de cordón, es cesárea.”

“Tu marido no puede estar aquí, esto es un hospital y no un hotel.”

“No te podemos dar agua por si hay que entrar en el quirófono.”

“Si hubo cesárea, tiene que ser por cesárea.”

“No lo estás haciendo bien, puja cuando yo te diga.”

“Para la episiotomía no hace falta anestesia.”

“¿Cómo te vas a levantar ahora si estás monitoreada?”

“No preguntes tanto, esto que te ponemos es oxitocina para que lo tengas antes”.

3.4 Consecuencias de este tipo de violencia

Las mujeres que viven la violencia obstétrica pueden ser víctimas de un trauma muy similar al experimentado por las mujeres víctimas de abuso sexual.

Sara Cohen Shabot, 2015

Hay numerosas consecuencias físicas y psíquicas en torno a una experiencia VGO, sin embargo, nos centraremos aquí en las secuelas psíquicas o emocionales, apoyándose en investigaciones que insisten en acercar la salud colectiva a la experiencia de uno mismo como producción de conocimiento, porque este conocimiento, al tomar forma en la colectividad, tiene poder de transformación (Lorde, 2019; Stoller, 2014).

Ha sido denunciado varias veces por profesionales de las ciencias sociales y activistas del movimiento feminista (Diniz & Chacham, 2006) que el efecto cascada de las intervenciones, sin consentimiento ni evidencia, solo se resuelve con otra intervención. El modelo médico hegemónico genera cadenas de procedimientos que pretenden paliar el efecto secundario producido por la actuación

anterior. En el caso de VGO, estos procesos iatrogénicos quedan asociados a prácticas clínicas que, en ocasiones, terminan atentando contra la integridad corporal de las mujeres, generando sentimientos de culpa, victimización, cosificación, alienación del cuerpo, ira, e incluso trauma. Hay estudios que comparan los efectos de las situaciones de violencia obstétrica con las narrativas de mujeres víctimas de violación sexual, siendo eventos traumáticos y las consecuencias derivadas de ellos, similares (Shabot, 2015).

De hecho, los traumas psicológicos y emocionales contribuyen enormemente como factor de riesgo para enfermedades mentales en mujeres puerperales víctimas de VGO. Como ejemplo, señalamos los trastornos de estrés postraumático, los traumatismos en púerperas y las depresiones posparto que aumentan como consecuencia de estas prácticas (Olza, 2013). El relato del vaciamiento de las singularidades y el hecho de la autonomía del propio cuerpo afectan la autoestima y el sentido de la capacidad maternal, lo que sumado a otras vulnerabilidades sociales como violencia machista, dificultades económicas o experiencias traumáticas previas, generan un nivel de sufrimiento psíquico que deviene en enfermedad (Brandão, 2022).

El parto medicalizado y no humanizado hace que perdamos de vista la posibilidad de contextualizar el evento fisiológico en el marco de un mero acontecimiento social, cultural y político. Dado que como hecho social no es universal, conviene no olvidar los aspectos simbólicos sobre las percepciones de quienes experimentan un parto y las interpretaciones de quienes observan e intervienen en él, variables tan importantes como el propio evento.

4. Conclusión

Como estrategia de prevención, sugerimos y monitoreamos (Falcón et al., 2017; Martínez et al., 2020) la formación en perspectiva de género como parte fundamental de la formación universitaria de profesionales de la salud que están en el escenario de la atención de la salud reproductiva de la mujer. Creemos que esta herramienta es fundamental para prevenir la violencia de género y con ella la VGO ya que esta deconstrucción tiene connotaciones culturales, históricas y colectivas. Así podemos acompañar a las mujeres siendo el foco de la atención ginecológica y materno- infantil, al tomar decisiones en función de sus necesidades y de la evidencia científica, pero también para que las mujeres puedan vivir su salud de una forma libre de prácticas coercitivas y objetivadoras que vulneran sus cuerpos y derechos.

El cuerpo de una mujer dando a luz es interpretado por el sistema médico hegemónico como una experiencia que amenaza los poderes del patriarcado y del capitalismo, lo cual termina justificando la opresión de sus derechos libres, sexualizados y subversivos. Cambiar prácticas, ideas y leyes no es tarea fácil, pero la investigación científica sería una de las vías adecuadas, evidenciando cualquier maltrato institucional, psicológico o físico, e incentivando la generación de políticas públicas que aseguren el goce de la salud plena, cualquiera que sea el cuerpo, la identidad y el ciclo vital vivido.

Resulta insuficiente pedir el paso del modelo biomédico al biopsicosocial, que no deja de enmarcarse en una definición de salud que data del año 1946. Como mujeres con un derecho inclusivo a la salud queremos modelos salutogénicos para tener libertad de decidir cómo queremos ser atendidas, incluso en situación de riesgo, pero principalmente cuando éste sea bajo o poco relevante. Exigimos protocolos para desprotocolizar lo no patológico, para que cada persona sea atendida de acuerdo con su diversidad mental, social, económica, sexo-genérica y étnica. El modelo médico hegemónico (Menéndez, 2022) termina legitimando el control sobre nuestros cuerpos al amparo de unos sistemas de salud que, si bien es cierto que han conseguido reducir las tasas de mortalidad materna e infantil en los tres países, no pueden ampararse en ello para dar por válidos procedimientos desde el ensañamiento terapéutico y la patologización de un evento vital, por lo demás de bajo o nulo riesgo para la vida de madre y recién nacido.

Referencias

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Gülmezoglu, A. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, 12(6), e1001847.
- Bohren, M., Vogel, J., Fawole, B., Maya, E., Maung Maung, T., Diouldé Baldé. M., Oyeniran, A., Ogunlade, M., Adu-Bonsaffoh, K., Oo Mon, N., Alpha Diallo, B., Bangoura, A., Adanu, R., Landoulsi, S., Metin Gülmezoglu, A., Tunçalp, O. (2018). Methodological development of tools to measure how women are treated during facility-based childbirth in four countries: labor observation and community survey. *BMC Medical Research Methodology*, 18(132). <https://doi.org/10.1186/s12874-018-0603-x>
- Brandão, T. (2022) Género y salud mental materna en pandemia: Cuando la violencia es del sistema. *Metodos. Revista de ciencias sociales*, 10(1), 55-70. <http://dx.doi.org/10.17502/mrcs.v10i1.521>
- Charon, R. (2016). *The principles and practice of Narrative Medicine*. Oxford UP.
- Collins, P. (2000). *Black Feminist Thought*. Routledge.
- Consejo de Europa. (2011). *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica*. <https://rm.coe.int/1680462543>
- Davis, A. (2016). *Democracia de la Abolición: Prisiones, Racismo y Violencia*. Editorial Trotta.
- Diniz, S. G., & Chacham, A. S. (2004). “The Cut Above” and “the Cut Below”: The Abuse of Caesareans and Episiotomy in Sao Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters*, 12(23), 100–110.

- Ehrenreich, B., & English, D. (2010). *Por tu propio bien: 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Capitan Swing.
- Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva*, 2, 9-20.
- Falcon, K., Meijer, M., Moreno, M., Cañadas, S., & Brandão, T. (2017). El papel de la formación universitaria en la erradicación de la violencia de género: prevención de prácticas de violencia obstétrica en la Universidad de las Américas. En *Memorias II Seminario Internacional de Educación Superior y Género. Universidad Técnica de Ambato* (pp. 363 – 379). Universidad Técnica de Ambato.
- Ley No. 38.668. (2007, 23 de abril). *Gaceta Oficial de Venezuela. Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Asamblea Legislativa de Venezuela.
- Marcus, G. (2001). Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Aalteridades*, 200111(22), 111-127.
- Martínez Pérez, A., Brandão, T., y Falcón, K. (2020). Una experiencia de prevención de violencia gineco-obstétrica en educación médica. En *Memorias del VII Congreso REDU* (pp. 328-332). Yachay Tech Universidad Ecuador <https://acortar.link/kmApv7>
- Martínez Pérez, A., & Cabezas Fernández, M. (2022). Violencia sistémica y género: disidencias y resistencias. *Methaodos. Revista De Ciencias Sociales*, 10(1), 6-9. <https://doi.org/10.17502/mrcs.v10i1.554>
- Martínez Pérez, A. (2020). Manifiesto contra la violencia al nacer En A. Martinez (ed), *Desvelando el iceberg: relatos de violencia sistémica* (pp. 149-156). Universidad de las Américas.
- Meijer, M., Brandão, T., Cañadas, S., & Falcon, K. (2019). Components of obstetric violence in health facilities in Quito, Ecuador: A descriptive study on information, accompaniment, and position during childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 148(3), 355-360. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13075>
- Menéndez, E. (2022). Relaciones sociales y procesos de salud/enfermedad: las razones y los hechos. *Cuadernos de antropología social*, 55,11-27. <https://doi.org/10.34096/cas.i55.11359>
- Mesa Freydell, N., Martínez Pérez, A., & Schneider Fontán, J. (2022). Thematic analysis of illness narratives as an example of an approach to better understand the lived experience of women diagnosed with breast cancer in Spain. *BMJ Open*, 12, e060935. <https://doi:10.1136/bmjopen-2022-060935>
- Olza, I. (2013). PTSD and obstetric violence. *Midwifery Today*, 105, 48- 68.
- Olza, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 111, 79-83.

- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. <https://acortar.link/aaMhot>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y a violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. *Observatorio violencia org*. <https://observatorioviolencia.org/documentos/14789/>
- Ostrach, B., y Singer, M. (2012). At special risk: Biopolitical vulnerability and HIV/STI syndemics among women. *Health sociology review*, 21(3), 258-271.
- Pink, S. (2015). Going forward through the world: thinking theoretically about first person perspective digital ethnography. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 49(2), 239-252.
- Red de Observatorios de Violencia obstétrica. (2016). *Declaración conjunta 8 de marzo de 2016*. <https://acortar.link/r93rtw>
- Registro Oficial Suplemento 175. (2018, 5 de febrero). Ley orgánica integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. <https://acortar.link/hMRWa>
- Ross, L., & Solinger, R. (2017). *Reproductive Justice: An Introduction*. University of California Press.
- Sadler, M., Leiva, G., & Olza, I. (2020). COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sex Reprod Health Matters*, 28(1), 1785379. <http://doi.org/10.1080/26410397.2020.1785379>
- Shabot, S. C. (2015). Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies*, 39, 231–247.
- Stoller, P. (2014). *Yaya's story: the quest for well-being in the world*. The University of Chicago Press.
- UDLA-EPEN. (2017, 1 de octubre). Experiencias de parto contado por mujeres en Quito, Ecuador [video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=NdjYxsea-ZQ>
- UNFPA. (1995). *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. UNFPA.
- Verdonk, P., & Janczukowicz, J. (2018). Editorial: Diversity in Medical Education. *MedEdPublish*, 7(1).

AUTORAS

- Thais Oliveira Brandão.** Doctora en Psicología Social por la Universidad de Santiago de Compostela, España (2012). Graduada en Psicología en Brasil (Unifor, 2002). Máster en Psicología Social (Brasil, UFC 2005), Máster en Género, Identidad y Ciudadanía (España, Universidad de Cádiz, 2010).
- Ana M. Martínez-Pérez.** Formada en Antropología, con un Doctorado en Ciencias políticas y sociología, por la Universidad Complutense de Madrid. Profesora titular de Sociología en la Universidad Rey Juan Carlos desde 2003.