



Universidad de la República

Facultad de Psicología

VIOLENCIA OBSTÉTRICA:

Conceptualizaciones desde las Usuaris y Profesionales
de la Salud

Modalidad: Artículo Científico

Estudiante: Karen de los Santos

Cédula de Identidad: 4.300.045-3

Tutora: Lic. Carolina Farías

Montevideo, Febrero de 2016

Resumen:

Dicho trabajo presenta una serie de artículos científicos seleccionados a través de distintas revistas arbitradas tales como: EBSCO, REDALYC, TIMBO; los cuales teorizan sobre la temática de violencia obstétrica en general, además sobre las percepciones de las mujeres sobre dicho tema y la percepción del propio personal de salud.

Definiendo a la violencia obstétrica como toda clase de conducta, acción u omisión por parte del personal de salud que ejerce violencia sobre las mujeres en el momento de embarazo y parto, ya sea de manera directa o indirecta, tanto física como psicológica, generando muchas veces secuelas tanto a mediano como largo plazo. Lo que se traduce en un trato deshumanizado, patologizando eventos biológicos como lo son los mismos. En un mundo donde la medicalización de la sociedad en general, y del embarazo y parto en particular, ha trascendido todas las barreras, siendo las mujeres las primeras afectadas por dichos cambios, siguen sufriendo violencia por parte del personal de salud que aun emite un discurso patriarcal, por lo que son ellas quienes verbalizan en este trabajo la manera de sentir y vivir estos acontecimientos. El mismo, se divide en tres capítulos: 1- violencia obstétrica, 2- percepción de las usuarias (mujeres), 3- percepción del personal de salud.

Abstract:

This work presents a series of scientific papers selected through various refereed journals such as EBSCO, REDALYC, TIMBO; which they theorize on the subject of obstetric violence in general, also on perceptions of women on this issue and the perception of their own health personnel.

Defining obstetric violence as any kind of behavior, action or omission on the part of health personnel exerted violence against women at the time of pregnancy and

childbirth, either directly or indirectly, both physical and psychological, generating many times consequences both in the medium and long term. Resulting in a dehumanized treatment, pathologizing biological events such as these. In a world where the medicalization of society in general and of pregnancy and childbirth in particular has transcended all barriers, the first women affected by these changes still continue to suffer violence at the hands of health personnel still emits a speech patriarchal, so it is they who verbalize in this paper how to feel and experience these events. It is divided into three chapters: 1- obstetric violence, 2- perception of users (women), 3- perception of health personnel.

Indice

Resumen.....	Pág. 2
Índice.....	Pág. 3
Introducción.....	Pág. 5
Fundamentación.....	Pág. 7
Capítulo 1: Violencia Obstétrica.....	Pág. 15
Capítulo 2: Percepciones de las Usuarías.....	Pág. 20
Capítulo 3: Percepciones de los Profesionales de la Salud.....	Pág. 27
Conclusiones.....	Pag. 33
Bibliografía.....	Pág. 37

Introducción

El presente trabajo está motivado por un gran interés personal. He tenido la oportunidad de además de ser mujer poder dar a luz y entrar dentro del mundo del "ser madre". He pasado por la experiencia claramente de un embarazo y todo lo que consigo trae. Mi experiencia fue de madre primeriza, lo cual hoy en día puedo decir con propiedad la gran falta de información que se le escapa a la mujer en este momento tan especial pero de tanta vulnerabilidad a la vez. Pude compartir con madres la experiencia de este momento y como lo han transitado cada una de ellas, es increíble las cosas que uno puede llegar a escuchar y sentir a través del relato, lo maravilloso que puede ser el nacimiento de un hijo como a su vez lo muy traumático. ¿En qué momento se olvidaron los derechos de las mujeres cuando deberían ser aún más respetados en ese momento tan especial como lo es el dar a luz? ¿Cómo pueden ser vulneradas y no respetadas en este momento? Esta como tantas otras preguntas y cuestiones son las que me llevaron a querer saber más sobre el tema e investigar para conocer qué es lo que se sabe del mismo y que piensa el mundo acerca de dicho tema.

Por lo tanto este trabajo pretende a través de una revisión bibliográfica mostrar qué se sabe acerca del tema, en qué situación se encuentran distintos países, cuáles son sus enfoques y a que le denominan "violencia obstétrica", si es que se la reconoce como tal. Es decir, cual es la producción científica actual sobre ello.

Para ello se procedió a una revisión sistemática de artículos científicos en bases de datos de revistas arbitradas (SCIELO, REDALYC), lo que incluye artículos tanto en idioma español como portugués. Además se accedió a repositorios de tesis donde se pudo recoger material que brindaba investigaciones tanto de maestrías como de

doctorados. La búsqueda se realizó por medio de palabras claves, las cuales fueron: violencia obstétrica, parto medicalizado, violencia parto.

A partir de los resultados obtenidos, se procedió a la selección de los artículos que se adecuaban al trabajo de revisión que se pretendía realizar.

Para poder comprender un poco más acerca del tema y ver qué es lo que se sabe y habla acerca del mismo, se dividió la temática en distintos ejes: en primer lugar hablar propiamente de lo que significa o que se entiende por "violencia obstétrica", en un segundo lugar las percepciones y significados de la misma para las mujeres (usuarias) y por último la percepción del personal de salud.

Fundamentación

El embarazo, el parto y el nacimiento han sido siempre eventos de gran trascendencia para las mujeres, ya sea como algo especial y otras no tanto; son tan distintos como mujeres puedan existir. Es una experiencia única e irrepetible tanto para ellas como para su entorno. Viéndose siempre cubierto por el momento social, histórico, cultural, racial en el que la mujer este inmersa. (Farias, 2014).

Han ocurrido dos procesos importantes, casi simultáneos, en la historia que han sido de gran impacto en la vida reproductiva de las mujeres. El primero, el paso de la atención de los partos por parte de las parteras a manos de los "profesionales de la salud" (médicos), y por otro lado el traslado de los partos del hogar hacia los hospitales. Es en el siglo XX que se consolida este paso del parto privado al parto público e institucionalizado. Estos cambios se explican por el proceso de la medicalización de la sociedad en general y del embarazo y parto en particular, generando grandes e importantes cambios. (Farias, 2014). Por ejemplo, en 1900, el 5% de las mujeres (estadounidenses) daba a luz en un hospital. Llegando la década del 1930, la cifra alcanzo aproximadamente la mitad de todas la mujeres mientras las que vivían en las ciudades alcanzo un 75%. Para la década de 1960, casi todas las mujeres embarazadas preferían parir en una clínica en lugar de hacerlo en sus casas (Hutter Epstein, 2010). Por lo que el proceso de dar a luz deja de ser compartido por la mujer con sus vínculos más cercanos y es el personal médico, principalmente obstetras, quienes guían, deciden y están presentes en este momento. Según Hutter Epstein (2010), parir en un hospital además de la mujer tener que separarse de sus amigos, familia, hermanas, madres y tías que a menudo eran quienes cuidaban y contenían en este proceso, dejando de parir en sus casas para parir en hospitales, significando no solo un cambio físico sino cultural, pasando de lo familiar a lo desconocido. Este hecho, se concibe como un

acontecimiento aislado del entorno, siendo igual para todas las gestantes, basado fundamentalmente en su carácter biológico (García Jordál, Díaz Bernal, 2010). Las mujeres se vieron desplazadas por la "autoridad" del médico. El rol y el papel de la mujer han sido los principales afectados por dichos cambios, afectando el modo de sentir y vivir el embarazo y el parto por parte de las gestantes. Han sido pensadas como objetos y no como sujetos de derechos, no han sido participes de estos cambios sino que han ido "acompañando" cada uno de ellos. La medicina hegemónica y tecnocrática fue y es la que decide de qué manera vivir y transitar este proceso. Pareciera que las mujeres en lugar de estar ejerciendo un derecho, les estarían haciendo un favor a los funcionarios de la salud que "atienden" de ella en el proceso de embarazo y parto. Este modelo no es solo de la atención al parto, sino que, transversaliza todo el sistema sanitario y la cotidianidad en general.

En el caso del parto este modelo se destaca por la racionalidad, el tecnicismo, el mercantilismo y la falta de principios humanista, en el que la madre y el niño ya no se ven, no se consideran como sujetos, sino que como objetos de asistencia. El parto dejó de ser un evento fisiológico y paso a ser una patología "a tratar". Patologizando lo natural, por ende volviéndose parte del saber médico. (García Jordál, Díaz Bernal, 2010).

Dicho modelo es denominado por Menéndez (1988), como Modelo Médico Hegemónico (MMH), quien lo define como:

El conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. (p.451).

El mismo se caracteriza por tener rasgos estructurales como el biologismo, individualismo, a historicidad, a sociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica y tendencias inductivas al consumo médico. (Menéndez, 1988). "La patologización del parto de bajo riesgo constituye de por sí un proceso en el que se ejerce la violencia simbólica y epistémica y se ocultan pluralidad de voces, especialmente aquellas que desafían esta mirada científicista" (Belli, 2013 p. 28).

Este modelo ha llevado a que hoy en día se realicen determinadas prácticas muchas veces innecesarias para poder acelerar los procesos fisiológicos y hacer más fácil la tarea de los médicos. Algunas de estas prácticas son por ejemplo las cesáreas indiscriminadas, la aplicación de oxitócicos para acelerar el parto, monitoreo fetal continuo en parto de bajo riesgo, inducción por protocolo, uso de anestesia epidural, episiotomías de rutina, rasurados, enemas, uso de fórceps y ventosas, y/u otros. Todas estas realizadas constantemente en embarazos de bajo riesgo. (Magnone, 2010, Farias, 2014).

Si bien resultaría ingenuo no reconocer los innegables beneficios que los avances en este campo han logrado conquistar, las prácticas de rutina durante el momento del parto, aplicadas de forma sistemática, mecanicista y medicalizada, adquieren un carácter negativo, que muchas veces deriva en situaciones de violencia para las mujeres. (Belli, 2013, p. 27)

Muchas de estas prácticas no se encuentran sustentadas en la evidencia científica. Es más, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Chalmers, Mangiaterra, & Porter, 2001) reconoce que se continúa practicando en el mundo un cuidado perinatal y uso

de tecnología inapropiados, a pesar que existe aceptación generalizada acerca de principios de cuidado basados en las evidencias. Por este motivo, han sido identificados una serie de principios y recomendaciones acerca del cuidado perinatal y se han desarrollado materiales educativos para facilitar la implementación de los mismos por parte de la Oficina Regional de la OMS en Europa. Fueron diez los principios que la OMS asignó como Cuidado Perinatal de los cuales algunos de ellos pueden ser cuestionados de acuerdo a lo expresado anteriormente, en cuanto a las practicas constitutivas de violencia obstétrica. Entre ellas, el cuidado del embarazo y parto normales debe:

1. Ser no medicalizado, lo que significa que el cuidado fundamental debe ser provisto utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias y se debe aplicar la menor tecnología posible.
2. Ser basado en el uso de tecnología apropiada, lo que se define como un conjunto de acciones que incluye métodos, procedimientos, tecnología, equipamiento y otras herramientas, todas aplicadas a resolver un problema específico. Este principio está dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología o la aplicación de tecnología sofisticada o compleja cuando procedimientos más simples pueden ser suficientes o aún ser superiores.
3. Ser basado en las evidencias, lo que significa avalado por la mejor evidencia científica disponible, y por estudios controlados aleatorizados cuando sea posible y apropiado. (Chalmers, Mangiaterra, & Porter, 2001)

En el Uruguay rige desde su aprobación en el año 2008 la Ley N° 18.426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva”. La misma establece como uno de sus objetivos “(...) 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 (...)" (Uruguay, Poder Legislativo, 2008, Art. 3, inc. c).

Por lo que cabe cuestionarse si realmente se está cumpliendo con lo expresado en dicha ley. ¿Realmente son respetados los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres a la hora de dar a luz? ¿Cómo se entendería este trato no-humanizado hacia las mismas?

En nuestro país es la cesárea una de las prácticas que más se realizan tanto en ámbitos públicos como privados, registrando en el sub-sector privado tasas de 44% y en el público 21% (Magnone, 2011).

Mientras que en una investigación más reciente, los datos sobre el uso de la práctica de cesárea son aún más escalofriantes; "...según información proporcionada por el MSP/SIP, se acerca peligrosamente a 50% (valores nacionales) del total de nacimientos, alejándose significativamente de las recomendaciones de la OMS." (Farias, 2014, p.16). "En nuestro país, la cesárea alcanza un promedio nacional del 50%, de ellas 33,4% se producen en el subsector público y 55,3% en el subsector privado" (Farias, 2014, p.7)

Siendo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que no hay justificación para que la tasa de cesárea por región sea mayor a un 10 - 15%. (Farias, 2014).

Por lo que cabe destacar que muchas de las prácticas realizadas (en este caso particular, la cesárea) por el cuerpo médico hoy en día, son prácticas que violentan a las mujeres. Enajenado el cuerpo de la mujer, trayendo pérdida de su autonomía y la dependencia, generando repercusiones muchas veces negativas en la vida de las mujeres (Camacaro Cuevas, 2008). "...lejos de poner en práctica los derechos de las mujeres refuerza las desigualdades tradicionales en lo social y en lo cultural, y

reproduce así los estereotipos de género formulados a lo largo de la historia" (Blima Schraiber, 2010, p.13).

Por lo que muchas veces este suceso tan particular como lo es el embarazo y todo lo que consigo trae se ve obstaculizado e interferido por la violentación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en procesos de parto y puerperio. "La violencia obstétrica constituye también una violación a los Derechos Humanos, tanto como manifestación de la violencia de género contra las mujeres como desde el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano" (Villaverde, 2006, citado por Belli, 2013, p.30).

Este tipo de violencia es denominada como "Violencia Obstétrica", un término relativamente nuevo y que se puede conceptualizar como otra forma de violencia de género, permitiendo teorizar acerca de la misma. Dicha categoría revela un nuevo tipo de violencia ejercido hacia la mujer la cual hoy en día sigue siendo víctima de discriminación, de maltratos, abuso por parte de la sociedad que sigue transmitiendo un discurso patriarcal (Farias, 2014). Aunque este término es relativamente nuevo como se mencionó anteriormente, no quiere decir que dichas prácticas y dicha violencia no fuese ejercida desde siempre, desde que la mujer comenzó a dar a luz...como lo escribió Hutter Epstein (2010) "La culpa la tuvo Eva" en uno de sus capítulos del libro ¿Cómo se sale de aquí?. Las negras esclavas eran conejillos de india para los médicos, estudiantes de medicina y hombres estadounidenses que se estaban "interiorizando" en el tema de la Ginecología y la Obstetricia.

Cualquiera podía pagar una entrada que le daba derecho a observar (de pie, eso sí) a médicos hacer todo tipo de perrerías a mujeres desnudas. Los estudiantes de medicina podían solicitar un sitio en la primera fila desde el que, al tiempo que ayudaban a mantener abiertas las piernas de la paciente, veían mejor. (Hutter Epstein, 2010, p.53)

Volviendo a la violencia obstétrica, está en especial se enfocaría en todo lo que tiene que ver en cuanto a la violencia ejercida hacia la mujer en el momento del parto, haciendo énfasis en los actos constitutivos y propios de lo que es la violencia obstétrica. Generando de esta manera una violación hacia los derechos del ser humano, en este caso principalmente la mujer. Siendo la violencia obstétrica:

Toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. (Medina, 2001, p.3)

Según Belli (2013) la violencia obstétrica puede definirse como:

El tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente – aunque no con exclusividad- en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto. (p. 28)

Aquí algunas de las definiciones de violencia obstétrica, historia y memoria de décadas pasadas, para poder comprender como se ha llegado a los días de hoy. Esta categoría, como se mencionó anteriormente, es relativamente nueva, pero el maltrato, las omisiones, el dolor, la muerte, y la violencia hacia las mujeres ha sido desde los comienzos mismos de la medicina y la institucionalización del embarazo y parto que hoy en día se sigue viviendo. Para continuar profundizando esta temática, se procederá a presentar las distintas investigaciones sobre la misma y qué concepciones y definiciones se dan de violencia obstétrica en distintas regiones. Se continuará con los estudios que dan cuenta de la percepción propia de las mujeres (usuarias de los

sistemas de salud) sobre la violentacion de sus derechos a la hora de dar a luz a sus hijos. Posteriormente se continuará con la percepción de los profesionales.

Capítulo 1: Violencia obstétrica

Existen varias definiciones acerca de la temática de la violencia obstétrica, diferentes maneras de conceptualizar este tipo de violencia. En algunos artículos se denomina como "violencia institucional" (Aguiar, d' Oliveira, & Schraiber, 2013) en otros "violencia consentida" (Wolff, Waldow, 2008) otros "violencia simbólica" (Casal Moros, Alemany Anchel, 2013). De las revisiones realizadas y de las distintas opciones en cuanto a definición de violencia obstétrica, se optó por la definición brindada por Medina (2008) quien la define como:

Toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. (Medina, 2001, p.3)

A nuestro entender esta definición abarcaría todo lo que implica de una forma u otra la violencia obstétrica. Entre ellos, medicalización y patologización del embarazo/ parto, el sistema de salud, cuerpo femenino solo como reproductor, trato deshumanizado.

Por otro lado, cabe destacar que pocos países han legislado sobre Violencia Obstétrica. Concretamente en Latinoamérica, Venezuela fue el primer país en promulgar una Ley que protegiera a la mujer de este tipo de violencia incluyéndola en la "Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia", en el año 2006. Posteriormente, algunos estados de México adoptaron dicho concepto en el año 2008 y Argentina lo hizo en el 2009 cuando se votó a favor de la "Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres". El Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) apoyó también el

proyecto de ley en Venezuela y luego incluyó el concepto en sus documentos oficiales y recomendaciones generales a los países. (UNFPA, 2007, en Arguedas, 2014)

Según la "Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia" (Venezuela), la violencia obstétrica es:

la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de la salud, que se expresa en un trato deshumanizado, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que traigan pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (Ley Venezuela, 2006, p. 30)

En el art. 51 se describen cuáles serían los actos constitutivos de la misma:

No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. (Arguedas, 2014, p.158)

Si no se cumple con la misma, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa ... debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda (Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia – Art. 51).

En cambio en la legislación argentina se define la violencia obstétrica como: "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" (Arguedas, 2014, p. 159).

Siguiendo la línea de Marbella Camacaro (2006), quien habla acerca de los profesionales de la salud como los seres que ejercen violencia hacia las mujeres en el momento de parto y parto, generando un cierto grado de omnipotencia en cuanto a todo lo que tiene que ver con el cuerpo de las mismas, ella expresa lo siguiente:

Ellos tenían el poder de hablar, de decidir, apoderarse del cuerpo de las mujeres, inclusive en aspectos relativos exclusivamente al territorio corporal, sexual y psíquico de las mujeres, la extrañeza de los hombres científicos frente al útero, por no poseerlo, y el poder de dictar toda la vida social, cultural, política y científica fue la impronta de una obstetricia que patologizó los procesos naturales de las mujeres (menstruación, menopausia, parto), acostarlas para parir es el acto de mayor sumisión y obediencia, por parte de la mujer frente al poder médico. (Marbella Camacaro (2006) citado en Villegas Poljak, 2009, p. 138)

En otro artículo llamado "Violencia simbólica en la atención al parto", sin embargo, se encuentran diferencias en las definiciones, se refiere a la violencia obstétrica como "violencia sanitaria" pero luego de un cierto recorrido opta por denominarla como "violencia simbólica".

Según Olza (2008), citada por Casal Moros & Alemany Anchel, (2014): "En la actualidad la atención al parto está deshumanizada y el personal de obstetricia ejerce un tipo de "violencia sanitaria" contra las parturientas que debe ser eliminada del sistema". (Casal Moros, Alemany Anchel 2014 p.64).

A demás de clasificarla como "violencia sanitaria", plantean la comparación con lo que Pierre Bourdieu denomina como "violencia simbólica", considerando que sus

características coinciden con muchas de las situaciones que se dan en el ámbito sanitario. (Casal Moros & Almenay Anchel, 2014).

Según Boudieu & Wacquant - Loïc, (1999) en Casal Moros & Almenay Anchel (2014), la violencia simbólica es: "esa forma de violencia que se ejerce sobre un agente social con su complicidad" (p.63).

"El agente dominado no es consciente de su estado de sumisión, no se siente obligado a actuar y pensar de forma distinta, porque hacerlo significaría ir en contra del orden lógico o "natural" de las cosas" (Casal Moros & Alemany Anchel, 2014 p.63).

Entonces, se reconoce a la violencia obstétrica, como violencia sanitaria. Siguiendo la lógica de Ibone Olza, la misma es la ejercida hacia la mujer desde una postura imperativa, déspota, destratando a la misma, no tanto violencia física sino más bien violencia simbólica.

Según Casal Moros & Alemany Anchel, (2014):

Se podría considerar a los profesionales sanitarios como el "agente dominante" que ejerce el "poder simbólico"; a las futuras madres como "el agente dominado", ya que en su mayoría han aceptado su condición y se ponen en manos de profesionales, delegando cualquier tipo de responsabilidad en ellos; y al capital simbólico como aquello que la futura madre "debe" al agente dominante a cambio de garantizar su salud y la del futuro niño. (p: 64)

Considerando el capital simbólico como aquello que el agente dominado, debe al agente dominante.

En un mundo donde la medicalización de la sociedad ha trascendido todas las barreras, incluso la de la maternidad, la violencia obstétrica se acentúa en el mundo de las mujeres, durante su embarazo, parto y puerperio, generando en ellas diferentes maneras de vivenciarla.

Dicha violencia es manifestada tanto a nivel físico (aplicación de oxitócicos, episiotomías, rasurados, etc.) como a nivel psicológico (trato deshumanizado, trato impersonal, distante, etc.). No es un tema nuevo, el de la violencia ejercida hacia la mujer, pero en este caso se le ha podido dar una categoría, un nombre. La gestante es la primera afectada por dicha violencia, muchas veces viviéndola de manera angustiante sin saber específicamente de que se trata lo que le está sucediendo. A pesar de esto, las mujeres siguen sometándose a este tipo de violencias, tal vez porque desde pequeñas la medicalización ha sido impuesta en sus cuerpos. Por lo que naturaliza todo lo que está sucediendo, siendo incapaces muchas veces de ver el daño que se les ejerce. Los mensajes de “cuerpos defectuosos” están a la orden del día (toallitas para tapar el olor menstrual, medicamentos para apaciguar los síntomas pre- menstruales, medicamentos para combatir los efectos de la menopausia, y en el embarazo control tras control convirtiéndose en una “bomba de tiempo”, donde en cualquier momento puede estallar si es que el médico no la atiende. A continuación, en el siguiente capítulo, se expondrá específicamente cuáles son esas vivencias y representaciones que tienen ellas en cuanto a la violencia obstétrica.

Capítulo 2: La percepción de las mujeres

En un contexto de medicalización e institucionalización del embarazo, parto y puerperio, existe una fuerte crítica y percepción de que las mujeres no son participes activas en el proceso de dar a luz y todo lo que eso implica, ya sea desde de la programación de tener un hijo o no, de qué manera, como y donde; son ellas igualmente las que pasan por esto y hablan a raíz de la manera que se les son tratadas. En este sentido este capítulo recoge la producción sobre lo que ellas piensan, sienten y saben acerca de violencia obstétrica. Los datos que se revelan son tomados de estudios que se han realizado debido a la preocupación de los investigadores poniendo énfasis en las vivencias subjetivas de las protagonistas.

Un estudio realizado a 425 puérperas atendidas en la Maternidad “Concepción Palacios” en Venezuela entre mayo y agosto de 2011 sobre aspectos relativos a violencia obstétrica reveló que el "trato deshumanizante" es la práctica más referida por las entrevistadas, en los cuales entrarían actos tales como: obstaculizar el apego precoz (1 de cada 4 mujeres), críticas por llorar o gritar durante el parto (21.6%), imposibilidad de preguntar, manifestar miedos e inquietudes (19.5%), burlas y comentarios irónicos y descalificantes (15.3%) (Terán, Castellanos, González Blanco, & Ramos, 2011).

También reveló que existe una mayor tendencia a percibir el trato deshumanizante con mayor frecuencia en las mujeres de mayor nivel educativo, considerando que tal vez podría ser porque ellas poseen un mayor conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, favoreciendo su propias decisiones y acciones que tienen que ver con su salud. Al contrario de las mujeres con menor nivel educativo las cuales en

ocasiones naturalizan estas prácticas y las consideran necesarias, muchas veces volviéndose incuestionables. (Terán, Castellanos, González Blanco, & Ramos, 2011).

En cuanto a las personas que las usuarias identifican como principales perpetradores del trato deshumanizado, aparece el personal de enfermería (70%), en segundo lugar sería el personal médico. Los actos médicos sin consentimiento informado fueron reportados por el 66,8 % de las mujeres, el principal de ellos fue la realización de tactos vaginales reiterados por múltiples examinadores y el segundo corresponde a la administración de oxitócicos. Existen muchos otros actos médicos sin consentimiento de las mujeres tales como: el rasurado, el enema, decúbito dorsal obligatorio, episiotomía, cesárea. La posición decúbito dorsal obligatorio fue referida por casi 25% de las pacientes y 23,5 % percibieron la cesárea como violencia. (Terán, Castellanos, González Blanco, & Ramos, 2011).

La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología publica en 2006 “Recomendaciones sobre temas de ética en Ginecología y Obstetricia” donde se plantean diferentes señalamientos relacionados al consentimiento informado el cual lo define como:

El consentimiento informado es el que se obtiene con libre albedrío, sin amenazas ni incitaciones, tras revelar debidamente a la paciente una información adecuada y comprensible y con un lenguaje que ella entienda acerca de: a) La estimación del diagnóstico, b) El objeto, método, duración probable y ventajas que puedan esperarse del tratamiento que se propone, c) Otras formas de tratamiento, incluidas las que sean menos intrusivas, los posibles dolores o incomodidades, riesgos y efectos secundarios del tratamiento propuesto. (Terán, Castellanos, González Blanco, & Ramos, 2011:17)

Igualmente y a pesar de esto se considera que existe una elevada percepción de violencia obstétrica debido a la realización de procedimientos médicos sin consentimiento informado y trato deshumanizante por parte del personal de salud.

Deberían de aplicar el consentimiento informado de manera sistemática y no lo hacen. (Terán, Castellanos, González Blanco, & Ramos, 2011).

En una sala de hospitalización del Servicio de Obstetricia del Hospital Central de Maracay (Venezuela) se revelan datos acerca de las prácticas que se ejercen de manera rutinaria en dicha sala y que incurren en actos de violencia obstétrica. Para comenzar una de las primeras prácticas de rutina que se ejerce a las embarazadas es la aplicación de oxitócicos. Se evidencio que al 80% de las embarazadas se lo suministraron, "lo que pone a dichas embarazadas en una situación de riesgo a desarrollar complicaciones por el uso del mismo, ya que la aplicación de dicho medicamento debe ser realizada en condiciones estrictamente necesarias, respondiendo a las condiciones individuales de cada caso". (Camacaro, Ramírez, Lanza, & Herrera, 2014, p.117).

La realización de la episiotomía es otra de las prácticas habituales, donde al 75% de las mujeres con partos vaginales se les realizó la misma.

Sobre la práctica de la episiotomía, la evidencia científica internacional pone de manifiesto que su uso rutinario no está justificado: no presenta beneficio para la madre o el bebé, aumenta la necesidad de sutura perineal y el riesgo de complicaciones en el proceso de cicatrización, produce dolor, molestias innecesarias y efectos a largo plazo potencialmente perjudiciales (García Jordá, Díaz-Bernal, Acosta Álamo, 2012:1899).

Al 86,7% de mujeres les indicaron que debían realizar la auto estimulación de los pezones con la finalidad de incrementar la contractilidad uterina durante el momento del parto. "Esta conducta de rutina impacta negativamente en el apego precoz del recién nacido o nacida, ya que las indicaciones a favor de la lactancia materna señalan que se debe poner inmediatamente el/la recién nacido/a al pecho de la madre" (Camacaro, Ramírez, Lanza & Herrera, 2014, p.118).

Existe un 97,7% de mujeres sometidas a revisión uterina, lo que significa que después del parto son expuestas nuevamente a medicamentos (oxitócicos) para acelerar la expulsión de la placenta. "Es relevante recordar que todas las instituciones hospitalarias del país siguen estas pautas de rutina médica porque es un modelo de atención obstétrica hegemónico institucionalizado en Venezuela y casi toda América Latina" (Camacaro, Ramírez, Lanza, & Herrera, 2014, p.119).

Otra investigación que se realizó en La Habana, entre abril de 2007 y marzo de 2010 a 36 mujeres en parto, diez familiares y nueve obstetras. Siendo la misma de orden interpretativo la cual recolecto información más del tipo cualitativa y descriptiva dándole importancia al sentido las motivaciones y expectativas que tanto mujeres, familiares y prestadores de salud otorgan al parto y todo lo que implica revelo entre otras cosas la falta de información de las mujeres provocando una falta de conocimiento sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Lo cual genera que ellas no cuestionen determinadas prácticas que se realizan rutinariamente tales como la episiotomía, rotura artificial de membranas, la aplicación de oxitocina, la presión sobre el útero durante el expulsivo. Revelo también en los discursos de las mismas, lo que significa que no puedan elegir si estar acompañadas o no en el momento del parto y por quien. Refleja también como importante que el encuentro con el recién nacido no pueda ser espontaneo ya que el acto médico hace que esto sea imposible muchas veces debido a las rutinas de control que se le ejercen al recién nacido, generando frustración y angustia en las mujeres (García Jordá, Díaz Bernal, & Acosta Álamo, 2014).

Las mujeres carecen de poder y de autonomía para decidir sobre sus propios partos, pierden protagonismo al ser descalificados sus conocimientos y al no crear condiciones para que ellas y sus parejas tomen decisiones y sean sustituidas por las de un equipo

de expertos, que además excluye a los padres del trabajo de parto y el parto y separa a las madres de las criaturas. (García Jordá, Díaz Bernal, & Acosta Álamo, 2014:1900).

En el Centro Obstétrico de un hospital- escuela, público federal que se encuentra en una ciudad del sur de Brasil, se habla de violencia consentida. Es la violencia que reciben las mujeres en trabajo de parto y el parto. Considerando que las mujeres no se quejan y no emiten opinión acerca de las practicas constitutivas de violencia por miedo a la opresión. Están experimentando un momento muy importante como lo es el nacimiento de un hijo que saben que luego de esto "vendrá lo mejor", el momento de felicidad y de alguna manera esos malos tratos luego quedaran en el olvido. (Wolff, & Waldow, 2008). Además constató que esto es una realidad que se da comúnmente en instituciones públicas, cuyas actitudes de los profesionales cambian en las instituciones privadas. Podría ser esto lo que explique de alguna manera el maltrato a las madres, aunque evidentemente no lo justifique (Wolff, & Waldow, 2008).

Otra secuela que puede generar la violencia obstétrica en las mujeres, es el estrés post traumático provocado después del parto (TEPT) por manos de los profesionales de la salud. En muchos estudios se ha evidenciado presencia de estrés post traumático en las mujeres, por ejemplo, en un estudio británico, un tercio de las mujeres describían su parto como traumático y confesaban haber temido por su vida o la de su bebé, o que este sufriera serias secuelas (Soet, Brack, & Dilorio, 2003, citado por Olza, 2014).

Según Beck & Watson, citado por Ibone Olza (2014), el parto traumático se ha definido como aquel en el que "hay un peligro real o amenaza vital para la madre o para su bebé" (p.80). Son muchos los profesionales de la salud que desconocen e ignoran los signos de estrés post traumático, las emociones de las parturientas y su aspecto psicológico. (Beck, 2004b citado por Olza, 2014).

En este caso, en un análisis realizado sobre las percepciones y experiencias de las mujeres con partos traumáticos mostró como a menudo el trauma de las mujeres es el resultado de las acciones (u omisiones) de las matronas, médicos y enfermeras mas que el parto mismo. (Elmir, Sch mied, Wilkes, & Jackson, 2010 citado por Olza, 2014)

Según Ibone Olza (2014):

Para las usuarias es fácil comprender el concepto de violencia obstétrica. Nombrarlo puede facilitar que muchas mujeres revelen sus traumas de parto como primer paso para la recuperación emocional. Conseguir que los profesionales comprendan en profundidad la violencia obstétrica parece crucial, ya que esta puede ser consecuencia de la medicalización extrema del parto, que también conlleva una negación de los aspectos más espirituales del mismo (Callister, 2004, en Olza, 2014, p.81)

Son muchas las prácticas rutinarias realizadas por parte del personal de la salud hacia la mujer, las cuales son reconocidas por las gestantes como violentas. Entre ellas está la episiotomía, la aplicación de oxitócicos, inducción del parto, rasurado, enemas, tacto indiscriminado, etc. Muchas veces son aplicadas sin su pleno consentimiento, mientras que otras veces las mujeres no encuentran justificación y/o respuesta al porque se realizan tal o cuales prácticas y porque proceden de determinadas maneras. Existe un cierto de grado de "ocultamiento" de información, dejando a las gestantes fuera de la toma de decisiones. Su autonomía deja de ser, volviéndose inhabilitadas para poder opinar, preguntar, por ende ser partícipes de dicho acontecimiento.

Ellas verbalizan en muchos de los estudios revisados, sentimientos tales como el dolor, angustia, vergüenza, extrañeza, miedo, cuando son tratadas por parte del personal médico de manera violenta, muchas veces en silencio, sin poder manifestar nada de lo que les sucede, sin poder cuestionarse, tal vez por sentir que lo que les sucede es "normal" o tal vez producto del mismo miedo y bloqueo que les genera

dicha situación. Situación de extrema vulnerabilidad como lo es el embarazo, parto y puerperio, dichos tratos generaran en la gestante marcas tanto físicas como emocionales, que muy difícil se borrarán de sus historias y narraciones. (Magnone, 2010, Farias, 2013)

Capítulo 3: la percepción de los profesionales de la Salud

Al igual que se mencionó en el capítulo anterior sobre las voces y representaciones que tienen las mujeres en cuanto al tema de violencia obstétrica, en este capítulo se expondrá cuáles serían esas concepciones y representaciones que tiene los profesionales de la salud (ya sean médicos, obstetras, enfermeros y todo el personal de salud que trabaje alrededor de la mujer) sobre dicho tema.

Según Roberto Castro (2009) la relación entre el profesional de la salud y la mujer como usuaria, se basa en una relación de saber - poder, haciendo de ella una relación jerárquica generando un vínculo complejo atravesado por determinantes de clase y género.

Según Joaquina Erviti (2009):

Los discursos de los profesionales de la salud producen y reproducen identidades femeninas, así como etiquetaciones sobre la conducta femenina vinculadas con su afiliación genérica, mediadas por la moral hegemónica y el orden genérico prevaleciente que controlan y supervisan la conducta sexual y reproductiva (p.104).

Para los profesionales que atienden a las mujeres en las salas de atención de parto, las mujeres embarazadas se constituyen en "objetos" de atención, construidas desde la noción médica del cuerpo-máquina, como "receptores" del feto que deben ser vigiladas y sometidas a intervenciones rutinarias, así como colaborar para el resultado exitoso del trabajo médico que es el nacimiento de un ser vivo en óptimas condiciones (p.110).

En los testimonios de los médicos, las mujeres no son visualizadas como sujetos de derechos. "Por el contrario, la intervención de los profesionales médicos sobre los cuerpos, los deseos y las decisiones de las mujeres durante el embarazo y el parto, desde su mirada, se torna no sólo justificable sino deseable" (Erviti, 2009, p.111).

En un estudio que se realizó en el centro obstétrico de dos hospitales en el SUS (en São Paulo) se hace referencia a dos tipos de comunicación que se da entre las mujeres (parturientas) y los profesionales de la salud. Ellas son: la comunicación terapéutica que sería aquella en la cual se le da un lugar al otro, en este caso la parturienta, se la contiene, se la respeta, se la escucha; y la no terapéutica que sería todo lo contrario a la anterior, dejando de lado el individuo, forjando una relación más impersonal, del modelo intervencionista. Se destacó que entre profesionales y parturientas prevalece la comunicación no terapéutica, es decir, la atención obstétrica se vuelve impersonal y se refleja un ejercicio de poder por parte de los profesionales de la salud. (Fortunato Caron, Silva, 2002).

Por otro lado, en diferentes centros de Venezuela, entre los meses de junio – octubre 2010 se realizó una encuesta al personal de salud (500 entrevistados) que dio como resultado los siguientes datos:

El 87 % de los encuestados conoce la existencia de una Ley que protege a la mujer en contra de cualquier tipo de violencia; 45,7 % de ellos identificó la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Un 89,2 % conoce el término violencia obstétrica, señalando al ejecutor como cualquier personal de salud 82,4 %. El 63,6 % ha presenciado maltrato a una embarazada; y de estos, 42,8 % resultó ser por parte del médico y 42,5 % por enfermería. En 94,6 % no existen los medios para la atención del parto vertical, y se emplea 54,4 % consentimiento informado. Respecto a mecanismos de denuncia 72,6 % desconoce los mismos y 71,8 % desconoce los organismos encargados de prestar ayuda. Un 5,4 % ha realizado denuncias por violencia de las cuales 7,4 % han sido de violencia obstétrica. (Faneite, Feo, & Toro Merlo, 2012, p.4)

Por lo tanto, el termino violencia obstétrica resulto ser reconocido por los entrevistados, no así la existencia de la Ley específica que la define. Los actos

constitutivos de violencia obstétrica no están claros. El consentimiento informado es aplicado "a discreción" según el personal de salud. Mientras que las formas de denuncia y los lugares donde poder realizar las mismas, como los organismos que se encargan de las víctimas de violencia obstétrica son desconocidos por los entrevistados.

Según Wolff & Waldow (2008) en Camacaro, Ramírez, Lanza & Herrera (2014), llegan a la conclusión de que el profesional de salud actúa de manera abusiva e irrespetuosa, mostraría ciertos prejuicios y trataría a los pacientes como objetos. Considerando que los tactos en demasía y sin delicadeza, incluyen un factor de riesgo para la parturienta y el bebé. Otro estudio de las mismas autoras reconoce que la rutina de trabajo de los profesionales de la salud a la hora de atender un embarazo y parto les da la sensación de seguridad frente a cualquier emergencia y patología que pueda surgir de inmediato. (Camacaro, Ramírez, Lanza & Herrera, 2014).

Para poner un ejemplo claro, un Residente en una investigación realizada en Venezuela expreso: "...para prevenir un desenlace peor hacemos la episiotomía como rutina, a todas, al menos que venga ya pariendo, y sin embargo a veces se le hace..." (Camacaro Cuevas, 2014, p.156).

En lo que refiere a nuestro país en particular, un estudio realizado, que constato en entrevistas realizadas a profesionales de la salud pertenecientes a Uruguay (médicos, enfermeras, parteras) tanto en instituciones públicas como privadas del mismo se señala que:

...tanto el sistema de salud como los usuarios/as tienden a creer que cuanto más tecnología implicada en la atención del parto mejor resultados se obtendrán. Por ejemplo, casi no existen mujeres que se resistan a la colocación de un monitor

electrónico y prefieran la auscultación tradicional (método fiable y que permite la movilidad de las mujeres). (Magnone, 2011, p.82)

Por ejemplo, en el discurso de las parteras reconocen que los médicos no están aptos para esperar los tiempos propios de la naturaleza de un embarazo. Y que existe una tendencia institucional por desocupar camas lo antes posible así pueden ingresar otros pacientes. (Magnone, 2011).

La directora de la Escuela de Parteras (Uruguay) plantea:

En el Pereira hay tanto trabajo, y hay una creencia entre los médicos que si intervienen aceleran los procesos.... No es muy lógico, pero bueno es lo que ellos creen. Hay estudios que muestran que los trabajos de parto duran lo mismo si se les rompe membrana o no, y romper las membranas trae complicaciones (posibles infecciones, la membrana protege la cabeza del bebé, etc.), no hay motivo para hacerlo, de repente hacen una ronda y les rompen las membranas a todas las mujeres, son intervenciones innecesarias. De repente ponen una inducción en una mujer que no tiene el cuello maduro. Y se sabe que es muy difícil que prenda, y muchas veces termina en cesárea". (E. 7, partera). (Magnone, 2011, p. 83).

Los profesionales de la salud que comparten una visión más tecnológica y hegemónica del cuerpo de las mujeres, donde rige la ciencia dura, no son más que máquinas programadas para hacer tal o cual procedimiento. Les cuesta ver al ser humano en este caso, la mujer, como un sujeto, donde su subjetividad juega un papel preponderante a la hora de tomar decisiones en cuanto a su embarazo, parto, por ejemplo. (Magnone, 2011).

El sistema social y el sistema médico han evolucionado hacia una forma de atención al parto y nacimiento, que más que orientada a tener en cuenta las necesidades de cada mujer singular, garantizan protocolos de atención que aseguran un nivel adecuado de

morbimortalidad, a la vez que defiende al profesional (que no se sale de los modos legitimados de atención) (Magnone, 2011, p.80).

Siguiendo la línea de pensamiento de Magnone (2011), hace una fuerte crítica como lo venimos planteando hacia el sistema sanitario y por ende a los profesionales de la salud que atienden de las mujeres en el momento de parto y parto, para ella:

...los profesionales que atienden a las mujeres en las salas de atención de parto, las mujeres embarazadas se constituyen en “objetos” de atención, construidas desde la noción médica del cuerpo-máquina, como “receptores” del feto que deben ser vigiladas y sometidas a intervenciones rutinarias, así como colaborar para el resultado exitoso del trabajo médico que es el nacimiento de un ser vivo en óptimas condiciones. (Erviti, 2010, p.110)

Volviendo a Medina (2008), citado por Magnone (2010) quien define:

...a la violencia obstétrica física como la realización hacia las mujeres de prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico. Mientras que la violencia obstétrica psíquica incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga participe de las diferentes actuaciones de los profesionales. (p.94)

Es el personal de salud claramente quien ejerce de manera directa o indirecta algún tipo de violencia hacia la mujer en el embarazo, parto y puerperio. Muchos de ellos, pueden reconocer determinadas prácticas de rutina como violentas, pero siempre encontrarán una justificación desde la medicina, aunque esta no sea del todo viable o

verídica para justificar el uso de las mismas (casi siempre buscando su propio beneficio). La mayoría de las prácticas que realizan de manera sistemática a menudo son violentas para las mujeres, mientras que para ellos es tan solo un paso a seguir de acuerdo a los procedimientos "necesarios" para llevar a cabo un parto. Más allá de las prácticas rutinarias que se les realizan a las mujeres que podrían relacionarse más con un tipo de violencia directa, del tipo más física, existe otro tipo de violencia menos directa la cual genera de igual manera efectos secundarios en las gestantes. Ella es la violencia emocional que forma parte también de la violencia obstétrica. La cual se traduce en un trato deshumanizado hacia las mujeres, tratándolas de manera impersonal, no respetando sus necesidades, sus deseos, etc.

El personal médico se encuentra en una postura ambivalente, por un lado reconoce que algunas de las prácticas tanto directas como indirectas no son "adecuadas" a la hora de tratar a las mujeres, pero a su vez es muy difícil que vean y reconozcan que esa manera "no adecuada" de dirigirse hacia las mismas, es sentida y vivida por ellas como un acto violento, el cual genera grandes consecuencias y un montón de sentimientos no agradables.

Entonces, ¿hasta dónde la medicalización de la sociedad (medicalización del embarazo y parto en particular) y todo lo que consigo trae, son favorables o no, son justificables o no por parte del personal médico? ¿Qué tan conscientes o inconscientes son del daño realizado hacia las principales afectadas las mujeres? Y por tanto, ¿Qué tan capaces son de prevenir efectos negativos a mediano y corto plazo (como se presentó en el capítulo anterior)?

Conclusiones

En esta revisión sobre violencia obstétrica se fueron encontrando ciertas evidencias sobre el tema principal que es la violencia obstétrica. Dichos trabajos revelan temas centrales que giran en torno a la historia de cómo fue el proceso del llegar al término de "violencia obstétrica". Como se menciona en un principio el paso del parto por manos de las parteras a los profesionales de la salud y el paso de la asistencia en hogares (donde se contenía a la mujer en su entorno natural rodeada de afectos y contención) a dar a luz en las instituciones médicas, ha generado grandes cambios apoyando una vez más el discurso patriarcal donde la mujer se somete a los mandatos de la "medicina de turno". En especial la práctica de la obstetricia y la ginecología, donde la atención al parto es reconocida como una de las mayores subordinaciones del género. (Magnone, 2010).

También revelan información sobre la medicalización de la sociedad en general, y del embarazo y parto en particular. Existe una tendencia y necesidad de patologizar todos los hechos naturales tales como lo son el nacimiento, el embarazo, el puerperio, la menopausia, entre otros acontecimientos propios de la biología de la mujer. Todo rige de acuerdo al saber y poder médico, que se ha vuelto en muchos casos un saber incuestionable para la sociedad (en este caso la mujer). Podría traducirse el hecho de medicalizar todos los acontecimientos en especial el embarazo y parto una manera del médico de poder sentirse "seguro" ante un hecho tan desconocido y particular como lo es el mismo. Medicalizar un parto de bajo riesgo, es asegurar al personal de la salud cualquier imprevisto que pueda surgir (según sus declaraciones). (Camacaro, 2008).

La mayoría de los artículos científicos que he utilizado se han planteado investigaciones en cuanto a la temática mediante estudios del corte más cuantitativos

que cualitativos. Revelan porcentajes basados en entrevistas, tanto a las usuarias como al personal de salud, principalmente a enfermeras, médicos y obstetras.

Se podría considerar que la mayoría de los casos de violencia obstétrica son ejercidos por los enfermeros en primer lugar y luego por los médicos (por lo general hombres). Confirmando el discurso patriarcal que existe detrás de determinadas prácticas, que aún sigue.

Se podría llegar a pensar y a cuestionar si realmente son los propios enfermeros como revelan las encuestas los principales perpetuadores de violencia hacia las mujeres. ¿Por qué? No son ellos quienes realizan episiotomías, rasurados, rotura de membrana, cesáreas innecesarias, inducciones de parto entre otras prácticas violentas, sino que, son los propios médicos quienes las realizan. Además las mujeres (medicas) también realizan este tipo de prácticas y aun así siguen siendo reconocidos como los principales perpetuadores de violencia los enfermeros. No será como plantea Medina (2008), que ellos son los principales perpetuadores de violencia psicológica hacia las mujeres y por eso es que son los más nombrados? Esto no se trata de un juicio de valores ni mucho menos, ni de encontrar al más/menos "culpable", sino que es una manera de poder ver y pensar de manera diferente los datos que muchas veces son tomados tan objetivamente olvidando el lado más subjetivo de los mismos.

Existen a su vez estudios realizados tanto en instituciones públicas como privadas, lo que demuestra que hay una diferencia en el trato con las mujeres dependiendo ya sea su posición socio-económica, su nivel educativo y la franja etaria a la cual pertenecen. Se puede ver en dichos resultados la violencia que sufre la mujer en este momento. Muchas veces es consciente de dicho trato y violencia ejercida sobre ellas y muchas otras lo ve como algo natural, que debe pasar. Si la atención al embarazo y parto dependen entonces de la situación socio económica, la etnia a la que pertenezca, si se

atiende en una institución pública o privada, para nuestro entender esto va más allá de la violencia obstétrica propiamente dicha. Transversaliza y rompe otras barreras que van más allá de esto. Considero que este tipo de violencia toca fuertemente los derechos humanos en este caso el de las mujeres. Más allá de la violentación a sus derechos sexuales y reproductivos es una violentación a sus propios derechos como sujetos ante la sociedad.

De acuerdo a Belli (2013): "la violencia obstétrica constituye también una violación a los Derechos Humanos, tanto como manifestación de la violencia de género contra las mujeres como desde el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano" (Villaverde, 2006 en Belli, 2013, p.30)

Por todo lo anteriormente mencionado, es de suma relevancia tener en cuenta la experiencia singular y subjetiva de las mujeres y su relación con la maternidad. Escuchar a las mujeres que pasan por la experiencia de la maternidad es de mucha importancia ya que cada una de ellas lo vive y transita de maneras diferentes (cosa que dudo mucho suceda en la mayoría de los casos, de acuerdo a los estudios revisados).

No debemos dejar de lado el aspecto psicológico, sería importante que en la formación médica se pudiera visualizar aún más este aspecto sobre todo en nuestra disciplina (considerando que desde la medicina no se especializa en el trato adecuado hacia las mujeres, se enseña a verlas como objetos y no como sujetos de derechos), ya que el embarazo, parto y puerperio juega un papel trascendente en las emociones de las mujeres. Cuanto más aún, si en este momento de tanta vulnerabilidad donde sus derechos no son respetados y son violentadas tanto física como psicológicamente desde el trato deshumanizado que reciben en las instituciones sanitarias.

La violencia obstétrica no es un tema nuevo, no es algo que suceda solo en estos tiempos, sino que es un tema de muchos años, donde la mujer ya sea desde las negras esclavas hasta las blancas estadounidenses han tenido que pasar por muchos tipos de violencia para poder llegar a hoy en día, donde a pesar de todo lo escrito, existe una nueva alternativa a esta realidad. Otra cara de la misma moneda. Una alternativa a la violencia obstétrica, a la medicalización del embarazo y parto y por ende todo lo que consigo trae. Este movimiento, conocido como "Humanización del Parto", que ha comenzado su labor desde comienzos del año 2002 (Magnone, 2010), generando una mirada diferente, alentadora de la realidad que hoy se nos plantea y se nos muestra como única verdad y posibilidad de transitar el embarazo/ parto. Una mirada distinta, donde específicamente este momento y estas protagonistas en particular, serán vistas y tratadas de manera "más humana", donde el sentimiento, el ser, el sujeto pueda formar parte de este proceso tan particular y único como lo es el embarazo y parto. Muchas de las conductas violentas expresadas a lo largo del trabajo, tales como los malos tratos, la falta de información brindada hacia las mujeres sobre su propio estado, el no- cuidado de ellas, el no ser respetadas como seres únicas y por lo tanto irrepetibles, las practicas rutinarias que generan cierta violentacion a sus propios derechos tanto humanos como sexuales y reproductivos, todas estas cuestiones se vuelven a replantear en lo que refiere al movimiento "Humanización del Parto", como se mencionó anteriormente generando nuevas miradas a esta realidad que es bastante violenta, y por sobre todo luchando por el Respeto principalmente y sobre todo de los Derechos Humanos y por ende de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres, niños y sus propias parejas.

Referencias bibliográficas:

- Aguiar, J., D'Oliveira, A.F., Pires, L., & Schraiber, L.B. (2013). Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. 29(11), 2287-2296.
- Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169.
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación de los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1(7), 25-34
- Benítez Guerra, G. (2008). Editorial Violencia obstétrica. *Revista de la Facultad de Medicina*. 31(1), 5-6.
- Camacaro Cuevas, M. (2009) Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. 14 (32), 147-162.
- Camacaro, M., Ramírez, M., Lanza, L., & Herrera, M. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y Praxis Latinoamericana*. 113-120.
- Casal-Moros, N., Alemany-Anchel, M. J. (2014). Violencia simbólica en la atención al parto, un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. *Index Enferm*. 23(1-2), 61-64. Editorial

Castro, R., y López, A. (Ed). (2010). *Poder Médico y Ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*.

Montevideo. Editorial:

Chalmers. B, Mangiaterra. V, y Porter. R. (2001). Principios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) acerca del cuidado perinatal: guía esencial para el cuidado antenatal, perinatal y postparto. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*. 21(3), 202-207.

Costa, L., Rodrigues H. (2000). Corpo, poder e o ato de partear: reflexões à luz das relações de gênero. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 53(1), 39-46.

Faneite, J., Feo, A., & Toro Merlo, J. (2012). Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 72(1), 4-12.

Farias, C. (2014). Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia. (Tesis de Maestría). Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay. Recuperado de: www.colibri.udelar.edu.uy/browse?type=author&order=ASC&rpp=20&value=Farias%2C+Carolina

Fortunato Caron, O. A., Silva, I.A. (2002). Parturiente e equipe obstétrica: a difícil arte da comunicação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 10(4), 485-492.

García-Jordá, D., Díaz-Bernal, Z., & Acosta Álamo, M. (2012). El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17(7), 1893-1902.

García Jordá, D., Díaz Bernal, Z. (2010). Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Revista Cubana Salud Pública*. 36(4), 330-336.

Hutter Esptein, R. (2010). ¿Cómo se sale de aquí? Una historia del parto. Madrid:

Editorial Turner Noema

Magnone, N... (2011) Derechos y poderes en el Parto: Una mirada desde la perspectiva de la Humanización. Tesis de Maestría. Universidad de la República. Uruguay.

Medina, G (2008). Violencia Obstétrica. Disponible en: coebioteica.salud-oaxaca.gob.mx./biblioteca/libros/ceboax-0670.pdf.

Menéndez, E.L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

Regina Wolff, L., Regina Waldow, V. (2008). Violência consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. *Saúde e Sociedade*, 17(3), 138-151.

Rocha, O; Pereira, W. (2004). Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. *Texto & Contexto – Enfermagem*. 13(3), 391-400.

Teran, P., Castellanos, C., González Blanco, M. & Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 73 (3), 171-180.

UNFPA (2007). *Ley orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Recuperado de: http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf

UNFPA (2007). UNFPA Strategy and Framework for Action to Addressing Gender-based Violence 2008-2011. Nueva York: Gender, Human Rights and Culture Branch UNFPA Technical Division

Uruguay, Poder Legislativo (2008). Ley N° 18426. Defensa del derecho a la salud

Sexual y reproductiva. Publicado en el Diario Oficial el 10 de diciembre de 2008.

Recuperado de:

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18426&Anchor=>

Villegas Poljak, A. (2009). La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. 14(32), 125-146.

