

# Violencia obstétrica en América Latina

conceptualización, experiencias,  
medición y estrategias

Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone  
(compiladoras)





# Violencia obstétrica en América Latina

conceptualización, experiencias,  
medición y estrategias

*Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone  
(compiladoras)*

Violencia obstétrica en América Latina : conceptualización, experiencias, medición y estrategias / Patrizia Quattrocchi... [et al.] ; compilado por Patrizia Quattrocchi ; Natalia Magnone. - 1a ed. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2020.  
Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo / Spinelli, Hugo; . salud colectiva ; 8)

Archivo Digital: descarga y online  
ISBN 978-987-4937-50-6

1. Violencia Obstétrica. 2. Derechos de la Mujer. 3. Perspectiva de Género. I. Quattrocchi, Patrizia. II. Quattrocchi, Patrizia, comp. III. Magnone, Natalia, comp. CDD 618.2

## Colección *Cuadernos del ISCo* Serie *Salud Colectiva*

Director: *Hugo Spinelli*

Editores ejecutivos: *Jorge Arakaki, Viviana Martinovich, Jescy Montoya*

Fotografía de tapa: *Free-Photos, Pixabay*

Ilustraciones interiores: *Ana Erman, Serie Nudos (fragmentos)*

Corrección de estilo: *Gabriela Presentado*

Diagramación: *Viviana Martinovich*

© 2020, Patrizia Quattrocchi, Natalia Magnone

© 2020, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-4937-50-6 (PDF)

DOI 10.18294/9789874937506

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727

[edunla@unla.edu.ar](mailto:edunla@unla.edu.ar)

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Werthein"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958

<http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons

Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.

## Índice

Presentación	
Por una mejor asistencia del parto y nacimiento	V
<i>Natalia Magnone</i>	
Prólogo	
Despertando las metáforas que dormían en la ciencia	VII
<i>Michelle Sadler</i>	
Parte I	
Capítulo 1	
Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma	3
<i>Paola Sesia</i>	
Capítulo 2	
Género, responsabilidad penal y castigo: ¿cómo el derecho penal comprende a la violencia en la salud materna?	31
<i>Carlos Herrera Vacaflor</i>	
Capítulo 3	
Violencia obstétrica en México: hallazgos de una encuesta nacional de violencia contra mujeres	57
<i>Roberto Castro, Sonia M. Frías</i>	
Capítulo 4	
Poder obstétrico, aborto terapéutico, derechos humanos y femicidio de Estado: una reflexión situada en América Latina	77
<i>Gabriela Arguedas Ramírez</i>	
Parte II	
Capítulo 5	
Violencias más allá del espacio clínico y rutas de la inconformidad: La violencia obstétrica e institucional en la vida de mujeres urbanas e indígenas en México	103
<i>Graciela Beatriz Muñoz García, Lina Rosa Berrío Palomo</i>	

Capítulo 6	
El parto como “atropellamiento”: ideología médica, visión pesimista del parto normal y violencia obstétrica	131
<i>Janaina Marques de Aguiar, Ana Flávia Pires Lucas D’Oliveira, Carmen Simone Grilo Diniz</i>	
Capítulo 7	
Chile Crece Contigo: un programa puesto a prueba por mujeres gestantes	145
<i>Nairbis Sibirian</i>	
Capítulo 8	
Activismos por el parto respetado: prácticas, apropiaciones y disputas en Entre Ríos, Argentina	171
<i>María Fernanda González, Ana Laura García Presas, Marina Mattioli</i>	
Epílogo	
Violencia obstétrica desde América Latina hasta Europa: similitudes y diferencias en el debate actual	195
<i>Patrizia Quattrocchi</i>	
Compilación y autoría	203

## Presentación

# Por una mejor asistencia del parto y nacimiento

*Natalia Magnone*

*Universidad de la República, Uruguay*

Este volumen está integrado por un conjunto de trabajos que, desde distintas miradas, dan cuenta de un tema actual y urgente desde la perspectiva de salud pública: la capacidad de los sistemas sanitarios para ofrecer a todas las mujeres embarazadas, sea cual sea su etnia, condición sociocultural y de salud, una experiencia positiva en términos de gestar y parir a sus hijos e hijas y, al mismo tiempo, ofrecer a los recién nacidos una venida al mundo respetuosa de los tiempos fisiológicos y de sus reales necesidades; en ambos casos en el pleno respeto de los derechos humanos.

Si bien el modelo de asistencia médica al parto está siendo cuestionado en muchas partes del mundo, es en América Latina en donde surge la denominación de violencia obstétrica. Dada la movilización activista en torno al tema, la incorporación de la violencia obstétrica en leyes contra la violencia de género, así como la existencia de un conjunto de etnografías e investigaciones que muestran la experiencia desde el punto de vista de las mujeres nos pareció oportuno convocar a una actividad para realizar un balance en términos de alcances y desafíos de investigación. Surge así un encuentro fecundo con motivo del Simposio “Derechos y violencias en la atención del embarazo, parto y nacimiento: alcances y desafíos en la investigación y la política de salud”, en el marco del 56° Congreso Internacional de Americanistas, realizado en julio de 2018 en Salamanca, España, en el que participaron trece referentes de ocho países distintos, la mayoría son autoras y autores del presente volumen. El Simposio tuvo tres sesiones organizadas en “conceptualización y metodología de medición de la violencia obstétrica”, “experiencias desde las mujeres asistidas” y “experiencias desde los profesionales

de la obstetricia”. La intensa discusión dio pie a transformar las ponencias en capítulos de un libro que pudiera ofrecer a los lectores trabajos inéditos de gran interés y actualidad.

En la Parte I, presentamos dos trabajos que discuten los alcances, obstáculos y desafíos de esta violencia desde la dimensión legal. Paola Sesia analiza la inserción de la violencia obstétrica en la legislación mexicana, así como las múltiples resistencias que este proceso ha suscitado, en particular, desde el sector salud. Por su parte, Carlos Herrera Vacaflor problematiza el uso del derecho penal como respuesta a esta problemática y se pregunta sobre la capacidad del derecho penal para prevenirla y contenerla. El tercer trabajo, realizado por Roberto Castro y Sonia Frías Martínez, examina la Encuesta Nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares, realizada en el año 2016 en México. A partir de los datos analizan asociaciones entre la violencia obstétrica y distintas manifestaciones de la violencia de género. En el cuarto trabajo, Gabriela Arguedas Ramírez toma el problema de la obstaculización del aborto terapéutico (y su eventual femicidio si la mujer muere a consecuencia de un embarazo que pone en riesgo su vida) para mostrar cómo sigue operando lo que denomina *el poder obstétrico-pastoral*.

En la Parte II, reunimos cuatro trabajos que dan cuenta de la experiencia de las mujeres y de los profesionales implicados en la asistencia obstétrica. En primer lugar, Graciela Muñoz García y Lina Berrio Palomo se enfocan en las consecuencias de la violencia obstétrica en la vida de las mujeres a posteriori de la intervención médica y en las oportunidades y barreras que aparecen ante las distintas rutas para dar cuenta de una queja sobre la asistencia del parto en México. Nairbis Sibrian hace el seguimiento de mujeres gestantes usuarias del programa público Chile Crece Contigo y muestra que, a pesar de las tecnologías y procedimientos del saber autorizado en torno al parto, las mujeres logran desplegar cierta capacidad de agencia. Janaina Marques de Aguiar, Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira y Carmen Simone Grilo Diniz dan cuenta de los presupuestos por los cuales actúan los profesionales de la obstetricia en el contexto brasileño, problematizando el uso discrecional de la evidencia científica en torno al parto. Por último, María Fernanda González, Ana Laura García Presas y Marina Mattioli exponen la experiencia, en Argentina, de grupos activistas que defienden el parto respetado, a la vez que dan cuenta de las nuevas estrategias utilizadas para la construcción de “la ciudadanía reproductiva”.

Junto a Patrizia Quattrocchi agradecemos a todas las personas que participaron, como ponentes y como público del Simposio, así como a las y los autores que se comprometieron e impulsaron este libro.

Montevideo, junio de 2019

## Prólogo

# Despertando las metáforas que dormían en la ciencia

*Michelle Sadler*

*Universidad Adolfo Ibáñez, Chile*

La violencia obstétrica es el concepto que articula los aportes que se encuentran en el presente volumen. Sitúa un tipo de violencia ejercido bajo el alero de la obstetricia, rama de la medicina moderna que se enfoca en la gestación, parto y puerperio. Se trata, como se describe en los próximos capítulos, de una violencia de género que ejerce el *poder obstétrico* sobre las mujeres; *poder obstétrico* que es definido en el capítulo de Gabriela Arguedas como “una forma de poder disciplinario fusionado con la jerarquía masculinista del género, que naturaliza funciones socialmente construidas, con respecto a la gestación, el parto y la maternidad”.

Comencemos entonces planteando que hay un campo, en el que se ubican los capítulos de este volumen, que podríamos denominar como de *medicalización de los procesos del ciclo vital femenino*, a saber, gestación, embarazo y parto. Fueron autores como Foucault (1963), Zolá (1972), e Illich (1975) quienes problematizaron la extensión de la jurisdicción de la medicina moderna hacia diversos ámbitos de la sociedad, reflexión que desde entonces fue posicionándose en la agenda de las ciencias sociales para criticar las formas de dominio que la biomedicina ejerce sobre colectivos e individuos. Antropólogos médicos contemporáneos como Menéndez (2003) han definido la medicalización como un conjunto de prácticas, ideologías y saberes utilizados básicamente por la institución médica, la cual refiere a una extensión de las funciones curativas y preventivas hacia funciones de control. Se trata de:

Un proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente solo eran aconteceres ciudadanos. Este proceso implica no solo que los sujetos y grupos vayan asumiendo dichos aconteceres ciudadanos en términos de enfermedad y no de lo que tradicionalmente han sido, es decir conflictos y padeceres, sino que pasen a explicarlos y atenderlos, en gran medida a través de técnicas y concepciones biomédicas. (Menéndez, 2003, p. 193)

Un ejemplo quizás paradigmático de medicalización es el proceso de gestación y nacimiento, que comenzó a sufrir profundas transformaciones a partir del siglo XVIII. Pasó de ser concebido como un proceso normal del ciclo de vida, que ocurría principalmente en los hogares, a ser definido como un riesgoso proceso que requiere de un estricto control en instituciones biomédicas. Estos cambios sucedieron de la mano de la gradual legitimación de la ciencia —en este caso de la biomedicina—, que llevó al reemplazo de unos cuidados integrales por una atención centrada en el cuerpo físico y escindida de las dimensiones emocionales y espirituales de lo humano, y en la cual lo masculino era concebido como superior a lo femenino. Esto quedaba explícito en los fundamentos de la nueva ciencia moderna que se configuraba en la época. Joseph Glanvill, uno de los fundadores de la Sociedad Real de Londres para el Avance de la Ciencia Natural, una de las primeras sociedades científicas en la Europa del siglo XVII, planteaba que la verdad no tiene posibilidad cuando las afecciones predominan y lo femenino es norma, insistiendo en que el ideal científico —cuyas herramientas eran la lógica y el análisis— debía desligarse de lo emocional. Bacon llamaba a utilizar esta nueva filosofía experimental para inaugurar el verdadero nacimiento masculino del tiempo, para guiar a los hombres a la naturaleza, con todos sus hijos, para llevarla a su servicio, y hacerla su esclava, para conquistarla y dominarla, para sacudirla hasta sus cimientos (Sheperd, 1993). Se trataba entonces de lo masculino, asociado a la ciencia, razón y objetividad; dominando y controlando a lo femenino, asociado a la naturaleza, emociones y subjetividad.

Mientras la obstetricia, nacida al amparo del nuevo paradigma, ganaba poder, las mujeres gestantes y parturientas, sus familiares, las parteras y practicantes tradicionales de salud lo iban perdiendo, en la medida en que el conocimiento biomédico iba permeando imaginarios y prácticas como el modo válido y *autoritativo* (Jordan, 1993) para lidiar con el proceso de nacimiento. Conocimiento fundado en los principios de racionalismo científico, separación tajante entre mente y cuerpo físico, ciencia sobre naturaleza,

masculino sobre femenino (Sheperd, 1993). Y, de gran relevancia, con un foco en la naturaleza (potencialmente) patológica del proceso de nacimiento impulsado por la obstetricia, a diferencia de su anterior concepción como proceso fisiológico normal del ciclo vital. Este nuevo conocimiento fue producido por médicos hombres en el marco de la comprensión de los procesos fisiológicos femeninos como “desviados” de la norma masculina y por ende, patológicos por naturaleza (Rothman, 1982; Davis-Floyd, 1993).

...los hombres que establecieron la idea del *cuerpo-como-máquina* también establecieron firmemente el cuerpo masculino como el prototipo de esta máquina. A medida que se apartaba del estándar masculino, se consideró que el cuerpo femenino era anormal, inherentemente defectuoso y que estaba peligrosamente bajo la influencia de la naturaleza, la cual, debido a su carácter imprevisible y a sus monstruosidades ocasionales, se consideraba que era intrínsecamente defectuosa y que necesitaba que el hombre la manipulara constantemente. La desaparición de la partera y el creciente número de partos manipulados mecánicamente por tocólogos comportó casi inmediatamente la amplia aceptación cultural de la metáfora del *cuerpo-como-máquina* en Occidente y la aceptación de la metáfora del cuerpo femenino como una máquina defectuosa, una metáfora que finalmente constituyó la base filosófica de la obstetricia moderna. Así pues, a causa de sus propios orígenes conceptuales, la obstetricia se vio obligada a desarrollar herramientas y tecnologías para manipular y mejorar el proceso de dar a luz intrínsecamente defectuoso y, por tanto, anómalo y peligroso. (Davis-Floyd, 1993)

Como plantea Davis-Floyd (1993), la obstetricia logró esta manipulación del parto mediante la adopción del modelo de la cadena de montaje industrial como metáfora de base para el parto hospitalario: el hospital como fábrica, el cuerpo femenino como máquina, y el bebé como producto del proceso. En la cadena de montaje, cada mujer perdió su individualidad y pasaron a tratarse todos —o la gran mayoría— de los partos con un set estándar de intervenciones obstétricas para “manejar” el riesgo inherente al proceso. De este parto como producción en serie nos habla el capítulo de este volumen de las autoras Janaina Marques de Aguiar, Ana Flávia Pires Lucas D’Oliveira y Carmen Simone Grilo Diniz, en el cual describen que entre profesionales de salud en Brasil prevalece la idea del parto como riesgoso, frente al cual se considera que el mayor uso de tecnología permite superar cualquier imprevisto. Las autoras describen que las intervenciones son consideradas por los

equipos de salud como necesarias para el bien de las usuarias y como un ejercicio legítimo de su autoridad, en desmedro de la autonomía y voluntad de las mujeres.

Este modelo de cadena de montaje fue problematizado, desde la década de 1980, por la academia, el feminismo y las mismas agencias internacionales de salud. En 1985, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó las recomendaciones sobre el nacimiento “*Appropriate technology for birth*” (WHO, 1985). Junto con un llamado a usar la tecnología obstétrica con cautela y solo para aquellos casos necesarios, esta declaración puso énfasis en que toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y tiene un papel central en todos los aspectos de la atención, incluidas la participación en la planificación, realización y evaluación del cuidado, y en que los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales en la comprensión de cómo proporcionar un adecuado cuidado perinatal (WHO, 1985). Desde entonces se ha ido fortaleciendo un movimiento de salud pública que busca disminuir las intervenciones obstétricas innecesarias y poner a las mujeres en el centro de un cuidado digno y respetuoso; apoyado en un cuerpo creciente de literatura que plantea que la tecnología obstétrica debe usarse con criterio y restricción debido a sus posibles efectos iatrogénicos en la salud materna y neonatal.

De la mano con el uso restringido de la tecnología obstétrica, el trato que reciben las mujeres durante la atención ha ido cobrando mayor atención y posicionándose también en la agenda de salud internacional. En 2010, se publicó la primera revisión sistemática sobre la falta de respeto y abuso en la atención institucional del parto (Bowser & Hill, 2010). El informe propuso siete categorías para organizar las formas de abuso reportadas en la atención del parto: abuso físico, atención no consentida, atención carente de confidencialidad, atención que vulnera la dignidad, discriminación basada en atributos específicos, abandono durante la atención, y detención en instituciones de salud. Estas categorías se constituyeron en la base conceptual para dos importantes manifiestos posteriores: “Promoviendo un Cuidado Materno Respetuoso: Los Derechos Universales de las Mujeres en Edad Reproductiva”, de la White Ribbon Alliance, en 2011, y la “Declaración para la Prevención y Erradicación de la Falta de Respeto y el Maltrato durante la Atención del Parto en Centros de Salud” de la OMS, en 2014, en la cual se reconoce que muchas mujeres alrededor del mundo sufren un trato irrespetuoso, negligente y ofensivo durante el parto. Esta situación no solo viola el derecho a un trato respetuoso y digno durante el parto, sino que pone en riesgo el derecho a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. En la declaración se hace un llamado a un accionar efectivo, de investigación y apoyo respecto a esta temática de salud y derechos humanos, y se destaca la importancia de

involucrar a las partes interesadas, incluidas las mujeres, en los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención y eliminar las prácticas ofensivas e irrespetuosas (OMS, 2014).

Tras la constatación de que durante décadas se ignoró la experiencia vivida por las mujeres en la atención del nacimiento, las más recientes recomendaciones internacionales tomaron un giro hacia la centralidad de estas y el cuidado centrado en el trato digno y respetuoso. En 2018, en las “Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva”, este organismo define esa experiencia como:

...aquella que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. (OMS, 2018, p. 2)

Este documento también reconoce la excesiva medicalización del proceso de gestación, parto y nacimiento como una práctica grave que tiende a socavar la capacidad de la mujer para dar a luz y afecta de forma negativa su experiencia de parto; basándose en la premisa de que “la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y nacimiento fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales a través de la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas” (OMS, 2018, p. 2).

También en 2018, una colaboración entre la Organización Internacional MotherBaby Childbirth (IMBCO) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) dio como resultado “*The International Childbirth Initiative (ICI): 12 steps to safe and respectful motherbaby-family maternity care*”, la cual propone doce pasos para implementar la atención del nacimiento en todo el mundo (Lalonde *et al.*, 2019). El primero de los doce pasos es el más relevante y resume el enfoque de la propuesta: tratar a cada mujer y a cada recién nacido con compasión, respeto y dignidad, sin abuso físico, verbal o emocional, entregando cuidado culturalmente seguro y pertinente que respete las costumbres y valores individuales, y los derechos a la autoexpresión, a la toma de decisiones informadas y a la privacidad. Esta iniciativa marca un hito, pues representa una historia de colaboración entre activistas por la salud de las mujeres y la academia que escalaron a nivel global.

Estos últimos documentos fueron posibles y gestados a la luz de un intenso debate académico sobre la violencia reportada en la atención. Comentábamos que en 2010 Bowser y Hill realizaron la primera sistematización sobre el tema que, si bien marcó un hito, fue luego complejizada por otros equipos de investigación. Freedman *et al.* argumentaron que esas categorías no diferenciaban adecuadamente entre las formas de abuso que emanan de conductas individuales y aquellas que derivan de deficiencias de los sistemas de salud. Propusieron un modelo para evaluar las interacciones a nivel individual, estructural y político que dan forma al problema, tomando además en consideración la normalización o naturalización de ciertas prácticas irrespetuosas y abusivas. En este sentido, en el nivel individual propusieron distinguir entre conductas abusivas sobre las cuales hay consenso, de aquellas que las usuarias no reconocen como tales pero que, sin embargo, otros sí; o de aquellas que ellas sí consideran abusivas a pesar de que los proveedores no concuerden. Definieron la falta de respeto y el abuso en la atención del parto como: las interacciones o condiciones en los establecimientos de salud que el consenso local considera humillantes o poco dignas, y aquellas interacciones o condiciones que las usuarias experimentan como humillantes o poco dignas, o que tienen la intención de serlo reconociendo sus vínculos con las dinámicas sociales más amplias de la desigualdad y el poder desigual entre los grupos (Freedman *et al.*, 2014). Así, argumentaron que una definición completa del problema debe integrar la relación compleja entre las expectativas, la normalización y los derechos, al mismo tiempo que reconocer el vínculo entre la acción individual y las condiciones sistémicas que lo sostienen (Freedman & Kruk, 2014).

Una nueva revisión sistemática de los estudios disponibles en torno al abuso en la atención de nacimiento dio origen al texto publicado en 2015 por Bohren *et al.*, quienes reorganizaron y profundizaron las siete categorías originales propuestas por Bowser y Hill (2010), y prefirieron hablar de maltrato (*mistreatment*) en lugar de abuso y falta de respeto, considerándolo un concepto más abarcativo. Estas nuevas siete categorías fueron formuladas como: abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, estigma y discriminación, incumplimiento de los estándares profesionales de atención, relación deficiente entre usuarias y proveedores de salud, y condiciones y limitaciones de los sistemas de salud (Bohren *et al.*, 2015).

Tras la publicación de Bohren *et al.* (2015), y como comentario a esta, Jewkes y Penn-Kekana (2015) relevaron que el maltrato en el parto es un componente de la violencia hacia la mujer (como ya lo planteaba desde hacía años el movimiento latinoamericano contra la violencia obstétrica). En el mismo año, un editorial publicado en el prestigioso *International Journal of Gynecology and Obstetrics* titulado “*The unfinished agenda of women’s reproductive health*” (La

agenda inconclusa de la salud reproductiva de las mujeres), afirmaba que a medida que han mejorado los indicadores clínicos de salud materna, el foco se ha desplazado a la calidad de la atención y esto ha visibilizado el problema relacionado al género respecto a la falta de respeto y abuso que las mujeres sufren en el parto a manos del personal de salud (Purandare & Adanu, 2015). Estos comentarios mostraban quizás la mayor falencia de los conceptos anglosajones para referirse al tema: el hecho de no abordarlo como un problema de género, lo cual sí fue eje central de los estudios latinoamericanos.

En Latinoamérica la discusión del abuso y violencia ejercida en la atención del nacimiento se remonta a la década de 1980. Para dar algunos ejemplos, en Brasil, un estudio pionero de 1981 consistió en una etnografía en torno a las experiencias femeninas de atención de salud, describiendo explícitamente al parto institucional como violento (Grupo Ceres, 1981; citado en Diniz *et al.* 2015). En el año 1992, un proyecto de investigación-acción en torno a la violencia en salud, mostraba también que las experiencias de parto eran vividas por las usuarias como violentas, con actitudes agresivas e intimidantes del personal de salud (Souza, Michaliszyn & Cunha, 1992; citado en Diniz *et al.* 2015). En 1998, el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer publicó un reporte sobre los abusos vividos por las mujeres en la atención del nacimiento en Perú (CLADEM & CRLP, 1998). En 2002, las autoras brasileñas D'Oliveira, Diniz y Schraiber denunciaron la violencia contra la mujer en los servicios de salud en un importante artículo en *The Lancet*; mientras en México se publicaban los resultados de un estudio sobre la violación de los derechos reproductivos de las mujeres durante el parto (Castro & Erviti, 2003). En paralelo, en Chile, una tesis de antropología mostraba similares abusos cometidos en la atención hospitalaria del parto (Sadler, 2003). En este volumen, los capítulos de Roberto Castro y Sonia Frías Martínez, y de Carlos Herrera Vacaflor hacen mención a algunos de estos y otros estudios en la región.

En el año 2006, en Venezuela, se acuñaba el concepto de violencia obstétrica en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, donde fue codificado como uno de los 19 tipos de formas punibles de violencia contra la mujer (República Bolivariana de Venezuela, 2007). En el artículo 15 de la Ley se encuentra su definición (citada en varios de los capítulos de este volumen):

Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida

de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

Desde entonces, son varios los países latinoamericanos que cuentan con leyes y proyectos de ley que se refieren a la violencia obstétrica, como se expone en este volumen, tanto en el capítulo de Paola Sesia como en el de Carlos Herrera Vacaflo. Como han planteado Sadler *et al.* (2016), a diferencia de los conceptos anglosajones de maltrato, abuso y falta de respeto en la atención, se trata de un concepto que tiene el potencial de abordar las dimensiones estructurales de la violencia dentro de las múltiples formas que la falta de respeto y el abuso pueden tomar. Los conceptos de abuso y falta de respeto han situado la problemática principalmente en el nivel micro de las prestaciones de salud —instituciones, funcionarios y profesionales de salud que no cumplen con estándares mínimos de cuidado—, pero prestando menos atención a las estructuras de poder e inequidades de género que enmarcan dicha falta de cuidado y ejercicio de violencia, así como el rol que la biomedicina juega en dichas interacciones. Sesia aventura como hipótesis que la preferencia de los conceptos de abuso, falta de respeto y de maltrato en los círculos de salud global “tenga que ver con una actitud pragmática de promover la mejora institucional de la atención materna sin antagonizar a la profesión médica, y para poder contar con el apoyo de las autoridades de salud a nivel nacional e internacional”. Argumenta que evitar el uso del concepto “reduce la magnitud, extensión y profundidad de la problemática, le quita su carácter sistémico y evita cuestionar a fondo la ideología y praxis de la ginecología y la obstetricia hegemónicas”.

Roberto Castro y Sonia Frías Martínez, en este volumen, citando a Bohren *et al.* (2018), plantean que ambos enfoques pueden ser articulados: la definición de violencia obstétrica es crucial para mantener la perspectiva de género que debe guiar la investigación, mientras los indicadores sugeridos en la literatura sobre abuso en la atención del parto pueden guiar los estudios empíricos. Si bien los conceptos podrían articularse, Paola Sesia argumenta en este volumen que el de violencia obstétrica contiene poder como categoría epistémica al ser capaz de englobar “un argumento convincente de que este tipo de violencia es sistémica en naturaleza, siendo una manifestación imbricada de violencia de género y al mismo tiempo de violencia institucional que se manifiesta en ciertos espacios sociomédicos específicos”. La autora describe cómo la utilización del concepto ha llevado a una contienda epistémica; en el caso de México relata cómo ha sido disputada tanto por parte del gremio médico como por las autoridades de salud en los niveles federal y estatales, al

mismo tiempo que se ha consolidado en los ámbitos legislativo y de defensa de los derechos humanos.

Si bien el concepto de violencia obstétrica no ha sido integrado —ni reconocido en muchos casos— por gremios médicos, sí está siendo ampliamente utilizado por organizaciones de mujeres que buscan instalarlo en la agenda pública. Así queda en evidencia, en este volumen, en el capítulo de María Fernanda González, Ana Laura García Presas y Marina Mattioli sobre el activismo por el parto respetado en Argentina, en el cual muestran la apropiación y uso del concepto por parte de organizaciones de mujeres de la provincia de Entre Ríos. Las autoras exponen cómo las organizaciones reclaman el cumplimiento de las leyes de parto respetado, disputan el saber hegemónico y denuncian la violencia obstétrica. Concluyen que los colectivos activistas son más que espacios de apropiación de los derechos reproductivos vinculados al parto respetado y a la violencia obstétrica; son espacios “de creación de una conciencia crítica respecto a la necesidad de su ampliación, con la inclusión de la erradicación de todo tipo de violencia contra las mujeres y el derecho al aborto legal, seguro y gratuito.”

Esta necesidad de vinculación de la violencia obstétrica con otros tipos de violencia articula tanto el capítulo de Castro y Frías Martínez como el de Arguedas Ramírez. En el primero se analizan datos de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), realizada en México en 2016, para mostrar una asociación entre la violencia obstétrica y otras diversas violencias de género que experimentan las mujeres, tanto en el ámbito extrafamiliar como en el contexto de su relación de pareja. Estos resultados demuestran la gran relevancia de situar la investigación sobre violencia obstétrica en el marco de las inequidades y violencias de género mayores que son constitutivas de las sociedades donde se insertan.

Gabriela Arguedas Ramírez, por su parte, plantea que el concepto de violencia obstétrica puede utilizarse para el análisis de la negación o entorpecimiento del acceso a un aborto legal, lo cual constituiría una forma de autoritarismo médico que constituye un acto de violencia obstétrica. En este sentido, “una política de acceso seguro al aborto debe pensarse como parte integral de una política más amplia en materia de derechos reproductivos”. La autora plantea que las muertes maternas producidas por la falta de acceso —denegación o atraso— a un aborto y “aun existiendo las condiciones técnicas y jurídicas para hacerlo” deberían calificarse como femicidio de Estado. “Dejar morir, cuando se puede y se debe actuar para salvar la vida de una persona, es también asesinato”, dice, y cuando es por resultado de imposibilitar un aborto terapéutico, “esa muerte materna califica como femicidio, dado que se le dejó morir en razón de prejuicios y estereotipos de género asociados con la

idea de maternidad y de deber ser de la mujer en una sociedad conservadora y patriarcal”. Sigue la autora: “De ahí que, si una mujer no quiere aceptar ese destino de negación a sí misma, reciba un castigo social ejemplarizante, expresado a través de violentas formas de ejercicio del poder obstétrico”.

Similares argumentos ha desarrollado la filósofa Sara Cohen Shabot (2016), para quien la violencia obstétrica se constituye en una herramienta para domesticar al cuerpo rebelde, fuerte, activo y creativo que emerge en el trabajo de parto. Es como si dicho cuerpo parturiente desafiara su “feminidad”, por tanto se hace necesaria la violencia para hacerlo nuevamente “femenino” y devolverlo a su condición de objeto. Violencias, que como vemos en los capítulos de este libro, pueden dejar profundas huellas y consecuencias en las vidas de las mujeres, como queda manifiesto en tres casos —los de Rosa, Viviana y Margarita— ocurridos en México que se presentan en el capítulo de Graciela Muñoz García y Lina Berrio Palomo. A Rosa, las consecuencias de la colocación de un dispositivo intrauterino durante una cesárea (a la que se le obligó a consentir a pesar de haber rechazado cualquier método anticonceptivo en las consultas prenatales) llevaron a que tuviera que practicársele una histerectomía total. Luego estuvo hospitalizada más de un mes por complicaciones de la herida, realizándole dolorosas curaciones cotidianas: “*me hacían curaciones y en una terminé desangrándome, me tuvieron que cauterizar en el quirófano porque me estaba desangrando [...] fue una tortura, por el dolor sí [...] pero más por el maltrato*”. Asimismo, Viviana —cuyo caso es descrito en el mismo capítulo— vivió una histerectomía que fue necesaria tras los desgarros vaginales provocados por las maniobras instrumentales utilizadas en el parto (realizadas por una doctora conocida como la “*Ninja, porque siempre usa fórceps y se la pasa regañando a todas las mujeres*”). Estas mujeres desplegaron estrategias no judiciales para buscar reparación, ingresando quejas médicas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico o la Comisión Nacional de Derechos Humanos de México.

También encontramos mujeres que activan estrategias antes del momento del parto, como vemos en el capítulo de Nairbis Sibrian sobre experiencias de atención prenatal en el sistema público de salud de Chile. La autora describe casos de mujeres que cambian intencionalmente sus trayectorias de atención médica durante la gestación ante la inconformidad con la atención recibida. La autora muestra que “cada vez es más frecuente la emergencia de saberes prácticos que cuestionan, profanan, negocian o acuerdan modos de gestionar el nacimiento hacia formas más colectivas y cuidadosas”.

Los capítulos dejan en claro la gravedad de los actos de maltrato a los que se pueden ver sometidas las mujeres durante la atención de nacimiento. Vimos incluso el uso del concepto de *tortura* en la experiencia de Rosa (revisada más arriba), lo cual describe la magnitud de los maltratos vividos durante la

atención. El uso del concepto de *tortura* para analizar la violencia contra la mujer ha sido utilizado, por ejemplo, por la abogada Rhonda Copelon para referirse a la violencia doméstica. La autora planteó que la violencia doméstica puede ser comprendida como tortura por cuanto se trata de una violencia sistémica y estructural, construida a partir de la supuesta superioridad masculina e inferioridad femenina como un mecanismo de control patriarcal sobre las mujeres (Copelon, 1994). En este volumen, el capítulo de Paola Sesia vincula la violencia obstétrica con tortura, mencionando que en México la Suprema Corte publicó lineamientos para el sistema judicial del país acerca de cómo actuar en caso de tortura o maltrato, allí se menciona a la violencia obstétrica, descrita brevemente como “conductas que pueden constituir actos de tortura o maltrato” (CSJN, 2014, p. 68, citado por Sesia, en este volumen). La Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, instrumento creado dentro de la Organización de Estados Americanos que entró en vigencia en 1987, define la *tortura* en su artículo 2:

...todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflija a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica.

Probablemente me he detenido en la analogía con la *tortura* pues durante los días en que estoy escribiendo este prólogo, me encuentro además analizando testimonios de mujeres chilenas sobre sus experiencias de parto, en los cuales este concepto se ha repetido. Se trata de miles de testimonios de parto, tal como fueron vertidos en una pregunta abierta incluida en la primera Encuesta sobre Nacimiento en Chile que aplicamos desde el Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (OVO Chile, 2018). En estos testimonios, aparece explícitamente la palabra “tortura” en 40 oportunidades. Algunos extractos:

- *Definitivamente el hospital tortura a las madres, sobre todo a las primerizas que no sabemos cómo defendernos ni cómo defender a nuestros bebés* [testimonio 987].
- *Todo era horrible, y además oía los gritos y llantos de otras mujeres en otras salas, parecía sala de tortura* [testimonio 2689].
- *Fue la peor experiencia que he tenido, dicen que el parto es lo más maravilloso del mundo, para mí fue una tortura tener a mi hija* [testimonio 2756].

- *Fue la peor tortura que he vivido en mi vida [...] Al recordar eso, esa sala me parecía como un matadero, siento que aún me duele, me da rabia, me da pena, creo que fue muy cruel todo lo que pasó [testimonio 3091].*
- *Cuando me dieron el alta con mi hijo, lo único que quería era irme luego de ese lugar de tortura, fue por ello que no puse ningún reclamo ni demanda, no quería volver a pisar ese hospital, la atención fue horrible [testimonio 6571].*
- *El parto fue realmente terrorífico, me sentí torturada en ese momento [testimonio 6831].*
- *Me sentí como en una sala de tortura donde retaban a mujeres que gritaban de dolor, que pedían que pasara su pareja, su mamá [testimonio 7335].*
- *Nunca hubiese imaginado que [mi parto] se transformaría en una tortura [testimonio 7693].*
- *Terrible... en lugar de ser una experiencia linda fue una insoportable tortura [testimonio 8693].*

En 2008, un artículo de Thomson y Downe mostró que en las narrativas de partos traumáticos se repiten descripciones de violencia, tortura y abuso. Las autoras plantearon que, de forma similar a víctimas de tortura, en la atención del parto la agencia de las mujeres fue restringida físicamente (imposibilidad de movimiento), psicológicamente (supresión de sus sentimientos) y cognitivamente (a través de la imposibilidad de comprender e involucrarse en la toma de decisiones). Identificaron similitudes con literatura más amplia sobre abuso y trauma en las sensaciones de las mujeres de desconexión, alienación y aislamiento de relaciones sociales; en el desbalance de poder entre las víctimas y las figuras abusivas de poder, y en la inducción de la pasividad y dependencia de las mujeres, causándoles la sensación de impotencia.

Resulta doloroso reconocer que se permita y perpetúe un modelo de atención de salud que agrede en estas formas a las mujeres. Recientemente, se publicó una revisión sistemática y metaanálisis sobre irrespeto y maltrato en el parto y aborto en América Latina, que nos muestra que se trata de un problema generalizado en la región. En los 18 estudios revisados:

Más de un tercio de las mujeres entrevistadas informaron haber sufrido alguna forma de irrespeto o maltrato o tener descontento con la atención recibida; y miles reportaron alguna forma de abuso física o verbal, discriminación, incumplimiento de las normas profesionales de la atención, problemas en la relación con los proveedores de atención y derivados de las limitaciones logísticas o del funcionamiento de los establecimientos de salud. (Tobasía-Hege, Pinart, Madeira *et al.*, 2019)

Se trata de testimonios similares a los reportados en distintos rincones del mundo. Se trata de un problema grave y urgente que afecta a miles de mujeres cada día. Y de eso trata justamente este volumen: de dimensionar la gravedad de la violencia obstétrica y las secuelas que deja en las vidas de mujeres y familias, de concebirla como una expresión de violencia de género y a su vez vincularla con otras formas de violencia de género, de discutir sus alcances epistémicos y relevancia en los distintos niveles de la sociedad en que se articula y posibilita.

Como han planteado Browner y Sargent (1990), las sociedades reflejan sus valores nucleares y principios estructurales en las formas en que conciben y organizan el comportamiento sexual y reproductivo de sus integrantes. Se nos plantea entonces el desafío de develar esos valores y principios, de sustraer el carácter de “ciencia objetiva” a las premisas obstétricas para mostrar cómo son moldeadas por la cultura y los estereotipos de género presentes en ella. Como planteara la antropóloga Emily Martin (1991), un claro desafío feminista es el de despertar a las metáforas que duermen en la ciencia. Es un desafío al que les invitamos a participar.

## Referencias

- Bohren, M. A.; Vogel, J. P.; Fawole, B.; Maya, E. T.; Maung, T. M.; Balde, M. D.; et al. (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*, v. 18, n. 1, p. 132. doi: 10.1186/s12874-018-0603-x.
- Bohren, M. A.; Vogel, J. P.; Hunter, E. C.; Lutsiv, O.; Makh, S.K.; Souza, J.P.; et al. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, v. 12, n. 6, p. 1-32. doi: 10.1371/journal.pmed.1001847.
- Bowser, D.; Hill K. (2010) *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: Report of a landscape analysis*. Harvard: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health University Research; 2010. Recuperado de: <https://tinyurl.com/ultf4zp>.
- Browner, C.; Sargent, C. F. (1990). Anthropology and Studies of Human Reproduction. En: Johnson, T.; Sargent, C. F. (eds.). *Medical anthropology: Contemporary theory and method*. New York: Greenwood Press. p. 215-229.
- Castro, R.; Erviti, J. (2003). La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En: Rico, B.; López, M.; Espinoza, G. (coords.). *Hacia una política de salud con enfoque de género*. México: SSA-UNIFEM. p. 245-263.
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM); Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP). (1998). *Silencio y complicidad: violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*. Lima: CLADEM, CRLP.

- Cohen Shabot, S. (2016). Making loud bodies “feminine”: A feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Human Studies*, v. 39, n. 2, p. 231-247. doi: 10.1007/s10746-015-9369-x.
- Copelon, R. (1994). Recognizing the egregious in the everyday: Domestic violence as torture. *Columbia Human Rights Law Review*, v. 25, n. 2, p. 291-367.
- D’Oliveira, A.; Diniz, S. G.; Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, v. 359, n. 9318, p. 1681-1685. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6.
- Davis-Floyd, R. (1993). The technocratic model of birth. En: Tower Hollis, S.; Pershing, L.; Young M. J. (eds.). *Feminist theory in the study of folklore*. Champaign: University of Illinois Press. p. 297-326.
- Diniz, S.; Salgado, H. O.; Andrezzo, H. F. A.; Carvalho, P. G. C.; Carvalho, P. C. A.; Aguiar, C. A.; Niy, D. Y. (2015). Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, v. 25, n. 3, p. 377-384. doi: 10.7322/jhgd.106080.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique: Une archéologie du regard médical*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Freedman, L. P., Kruk, M. E. (2014). Disrespect and abuse of women in childbirth: Challenging the global quality and accountability agendas. *The Lancet*, v. 384, n. 9948, p. 42-44. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60859-X.
- Freedman, L. P.; Ramsey, K.; Abuya, T.; Bellows, B.; Ndwiga, C.; Warren, C.E.; et al. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: A research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, v. 92, n. 12, p. 915-917. doi: 10.2471/BLT.14.137869.
- Illich, I. (1975). *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral.
- Jewkes, R.; Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of women in childbirth: Time for action on this important dimension of violence against women. *PLoS Medicine*, v. 12, n. 6, p. e1001849. doi: 10.1371/journal.pmed.1001849.
- Jordan, B. (1993). *Birth in four cultures, a crosscultural investigation of childbirth in Yucatán, Holland, Sweden and the United States*. Illinois: Waveland.
- Lalonde, A.; Herschderfer, K.; Pascali Bonaro, D.; Hanson, C.; Fuchtner, C.; Visser, G. (2019). The International Childbirth Initiative: 12 steps to safe and respectful Mother-Baby-Family maternity care. *International Journal of Obstetrics & Gynecology*, v. 146, n. 1, p. 65-73. doi 10.1002/ijgo.12844.
- Martin, E. (1991). The egg and the sperm: How science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. *Signs, Journal of Women in Culture and Society*, v. 16, n. 3, p. 485-501.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 185-207. doi: 10.1590/S1413-81232003000100014.

- Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. (2018). *Resultados Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile*. Santiago de Chile: OVO Chile. doi: 10.13140/RG.2.2.29371.52007.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud: Declaración de la OMS*. Ginebra: OMS. Recuperado de: <https://tinyurl.com/wbfhdou>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Resumen de orientación (español)*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/w9ummm5m>.
- Purandare, C.; Adanu, R. (2015). The unfinished agenda of women's reproductive health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 131, sup.1, p. S1-S2. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.04.025.
- República Bolivariana de Venezuela. (2007). Ley 38668: Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*. Recuperado de <https://tinyurl.com/rk5xmjh>.
- Rothman, B. K. (1982). *In Labor: Women and power in the birthplace*. New York: W. W. Norton.
- Sadler, M. (2003). *Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario*. Memoria para optar al título de Antropóloga Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago.
- Sadler, M.; Santos, M.; Ruiz-Berdún, D.; Leiva Rojas, G.; Skoko, E.; Gillen, P.; Clausen, J. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, v. 24, n. 47, p. 47-55. doi: 10.1016/j.rhm.2016.04.002.
- Sheperd, L. J. (1993). *Lifting the veil: The feminine face of science*. Boston: Shambala.
- Tobasía-Hege, C.; Pinart, M.; Madeira, S.; Guedes, A.; Reveiz, L.; Valdez-Santiago, R.; et al. (2019). Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: Revisión sistemática y metaanálisis. *Pan American Journal of Public Health*, v. 43, p. e36. doi: 10.26633/RPSP.2019.36.
- Thomson, G.; Downe, S. (2008). Widening the trauma discourse: The link between childbirth and experiences of abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, v. 29, n. 4, p. 268-273. DOI:10.1080/01674820802545453.
- White Ribbon Alliance. (2011). *Promoviendo un Cuidado Materno Respetuoso: Los Derechos Universales de las Mujeres en Edad Reproductiva*. Washington DC: WRA.
- World Health Organization (WHO). (1985). Appropriate Technology for Birth. *The Lancet*, v. 2, n. 8452, p. 436-437.
- Zolá, I. (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*, v. 20, n. 4, p. 487-504. doi: 10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x.





# Parte I



## Capítulo 1

# Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma

*Paola Sesia*

*Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS),  
Pacífico Sur, México*

### Introducción

A partir de múltiples investigaciones antropológicas y salubristas sobre problemas de salud y mortalidad materna en México, surge mi interés en la problemática de la *violencia obstétrica*, tanto como una categoría epistémica que nombra de manera innovadora una problemática institucional de viejo cuño, así como su uso —en la práctica— en disputas legales y sociopolíticas que se han desarrollado en el país en los últimos años. En particular, el texto explora cómo y hasta qué punto *violencia obstétrica*, como un marco conceptual de reciente creación, se está arraigando en la legislación mexicana y en la defensoría de los derechos humanos, al mismo tiempo que continúa enfrentándose a resistencias diversas dentro del sistema de salud y por distintos actores.

Después de recordar que la conceptualización de *violencia obstétrica* se originó en América Latina y es en esta región donde más se ha arraigado, el objetivo de este capítulo es construir dos argumentos, más o menos tentativos.

En primer lugar, la *violencia obstétrica* es una categoría epistémica poderosa —aun siendo polisémica, imprecisa y hasta ambigua— para explicar lo que sucede en muchos de los partos que ocurren dentro del sistema público de

salud en México, precisamente, porque nombra una realidad compleja y a veces escurridiza, pero innegablemente presente en estos contextos; además de que engloba un argumento convincente de que este tipo de violencia es de naturaleza sistémica, siendo una manifestación imbricada de violencia de género y, al mismo tiempo, de violencia institucional, que se manifiesta en ciertos espacios sociomédicos específicos: las unidades de salud y, especialmente, los hospitales del sector público (INEGI, 2016).

En segundo lugar, y precisamente por su poder explicativo abarcador, esta categoría epistémica se ha percibido como una amenaza y ha sido disputada tanto por parte del gremio médico que provee la atención, como por las autoridades de salud a nivel federal y de los estados; al mismo tiempo que se ha consolidado en los ámbitos legislativo y de defensa de los derechos humanos. En este sentido, la *violencia obstétrica* está lejos de ser una categoría conceptual y de forma de nombrar, neutral y universalmente aceptada por todos los actores involucrados. Nombrar y argumentar a nivel epistémico implica e involucra disputas políticas y usos o negaciones estratégicos por las diferentes partes interesadas. El capítulo intenta explorar algunos de estos conflictos para mostrar cómo es precisamente el campo de la disputa política con el sector salud donde la episteme *violencia obstétrica* ha encontrado su mayor resistencia, al mismo tiempo que sin dudas ha visibilizado una problemática estructuralmente presente desde hace mucho tiempo, pero que no se reconocía como tal debido a que había sido profundamente naturalizada y normalizada en el ámbito clínico, sobre todo, en el sistema público de salud. En ese sentido, estamos frente a un fenómeno que se podría definir como una *contienda o disputa epistémica*, en la cual lo legal, lo judicial y lo político se imbrican y se confrontan entre sí.

### *La violencia obstétrica: Un poderoso constructo legal y de derechos humanos en América Latina*

Como es de conocimiento general (Medina, 2009; Herrera Vacaflor, 2016), la primera aparición oficial y legal del concepto de *violencia obstétrica* ocurrió en 2006 en Venezuela cuando la Asamblea Nacional de la República Bolivariana aprobó la Ley Orgánica sobre el Derechos de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Su artículo 15 establece:

Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y

patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (República Bolivariana de Venezuela, 2007)

El artículo 51 establece qué actos la constituyen:

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 recién nacido a su madre, sin causa médica justificada; alterar el proceso natural de un parto normal medicalizándolo de manera innecesaria, por ejemplo, mediante fármacos que aceleran el parto, sin obtener el consentimiento voluntario e informado de la mujer; practicar el parto por cesárea, sin que haya necesidad de la misma y sin el consentimiento voluntario y plenamente informado de la mujer. (República Bolivariana de Venezuela, 2007)

Este artículo de la ley incluye, además, multas específicas para el personal de salud que haya realizado esas intervenciones y la notificación obligatoria de las multas incurridas a los colegios gremiales correspondientes<sup>1</sup>.

La definición venezolana es general y ejemplificativa, por lo que presenta, de alguna manera, incongruencias en lo que contiene explícitamente pero también en lo que excluye, ya que las especificaciones de cuáles son los actos definidos y castigables no incluyen todas las posibles manifestaciones de lo que hoy hemos llegado a considerar situaciones de *violencia obstétrica*. Por ejemplo, no especifica todas las posibles situaciones de *trato deshumanizado* o todos los posibles *abusos en la medicalización* del evento obstétrico. No desagra cada gran categoría incluida en la definición de en qué consiste la *violencia obstétrica*, dejando de lado otras ocurrencias de trato deshumanizado como el descuido, abuso verbal y actitudes denigrantes, entre otras. Al mismo tiempo, no incluye otras prácticas obstétricas que son realizadas frecuentemente, aunque no sean basadas en la evidencia científica actualizada, ni estén

---

<sup>1</sup>Aunque la Ley se refiere al personal de salud en su conjunto, en la práctica y si revisamos las reacciones de los gremios profesionales involucrados, se ha interpretado como si se refiriera específicamente al personal médico, sobre todo a especialistas ginecoobstetras. En el caso mexicano, hay evidencia anecdótica de que el personal de enfermería —entre otros— incurre de manera significativa en conductas que se tipifican como *violencia obstétrica* de acuerdo al estatuto venezolano.

recomendadas, causando dolor innecesario y posiblemente daño y lesiones a la madre y/o al recién nacido. Un ejemplo es la revisión manual rutinaria de la cavidad uterina, la cual es una práctica obstétrica todavía muy extendida en México después del alumbramiento de la placenta (Sachse *et al.*, 2012; Sachse, Sesia & García, 2013), que se ejecuta la mayoría de las veces sin anestesia o analgesia y/o sin informar ni pedir autorización a la parturienta aun cuando, de acuerdo a la medicina basada en la evidencia (MBE), se trata de una práctica que se tendría que erradicar y que provoca muchísimo dolor<sup>2</sup>.

Sin embargo, y como puede deducirse del primer enunciado expuesto, el estatuto venezolano establece tres grandes campos de actuación obstétrica que deben considerarse actos de *violencia obstétrica*: el trato irrespetuoso o deshumanizador; la práctica común de la sobreintervención clínica y la patologización del evento; y la expropiación del proceso del parto a manos del personal de salud, quitándole centralidad y autonomía de decisión a la mujer. En este sentido, lo que esta ley hace es posicionar firmemente la definición dentro del discurso (y la práctica) de la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; además de especificar también quiénes son, en este caso, los perpetradores de esa violencia (el personal de salud).

Cómo se originó este estatuto en Venezuela y en qué medida fue el resultado de una participación activa del movimiento feminista, el movimiento del parto humanizado y/o de activistas de derechos humanos es un capítulo de su genealogía que valdría la pena explorar con mayor detenimiento a futuro pero que, en este momento, trasciende los objetivos de este capítulo. Lo que sí queda claro es que la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Venezuela argumentó *a posteriori* que fue excluida de la discusión previa y de la eventual aprobación de la ley<sup>3</sup>, algo que lamentaron de manera explícita en un editorial publicado en 2010 en el *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, en el que el presidente de la asociación venezolana desafió algunas de las premisas de la ley, advirtiendo a otros colegas ginecoobstetras del hemisferio sobre la probable promoción y aprobación de iniciativas similares de ley en otros países latinoamericanos y les pidió que estuvieran pre-

---

<sup>2</sup>En una investigación que se realizó en el estado de Oaxaca, entre 2011 y 2012, mujeres entrevistadas reportaron que esta práctica “duele hasta más que el mismo parto” (Sachse *et al.*, 2012).

<sup>3</sup>En un editorial publicado en el *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, en 2010, el doctor Pérez D'Gregorio declaró: “a la comunidad obstétrica de Venezuela le gustaría mandar un mensaje a nuestros colegas en otros países para elevar la conciencia sobre las futuras legislaciones concernientes a la violencia obstétrica. Las legislaciones deberían ser adaptadas a las condiciones propias de las prácticas obstétricas en cada país en particular. En nuestra región hay diferencias importantes entre los países. Nosotros, como obstetras, nos gustaría contar con la oportunidad de participar en las regulaciones de las leyes que incorporan aspectos de las prácticas obstétricas”. (*International Journal of Gynecology and & Obstetrics*, 2010)

parados para que otros proyectos legislativos similares fueran debatidos con la participación del gremio.

En Argentina, en 2009, fue aprobada una ley similar que, junto con una ley previa que abogaba por la promoción del parto humanizado dentro del sistema público de salud, se volvió la pieza central en la legislación contra la *violencia obstétrica* en el país (Medina, 2009; Herrera Vaccaflor, 2016). Abogadas y académicas feministas editaron dos informes exponiendo el amplio abuso y maltrato que estaban recibiendo las mujeres durante el trabajo de parto y el parto en hospitales públicos; el primero fue publicado en 2003, solo un año antes de la ley de 2004 que promovía la humanización del parto, y el segundo fue publicado el mismo año en que la *violencia obstétrica* fue tipificada y regulada legalmente en el país.

Al mismo tiempo, en México, los estados de Veracruz en 2008 y Chiapas en 2009 fueron los primeros en incluir la *violencia obstétrica* en las leyes estatales como una forma específica de violencia de género que afecta los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, incluyendo la pérdida de la autonomía personal y la deshumanización del trato hacia las mujeres mientras dan a luz en unidades de salud institucionales. Estas leyes fueron influenciadas por el estatuto venezolano y ambas identifican al personal de salud como los perpetradores de este tipo de violencia en entornos institucionales. En Veracruz, feministas y activistas por los derechos de las mujeres y promotores en salud materna participaron activamente en este empuje legislativo para que fuera aprobada la iniciativa.

Después de unos años de estancamiento, se generó un nuevo impulso a partir de 2015 y 2016. Durante el año 2018, Ecuador y Uruguay incluyeron la *violencia obstétrica* dentro de su marco legal (República del Ecuador, 2018; República Oriental de Uruguay, 2017)<sup>4</sup> mientras que hay proyectos de ley en Colombia (Blél Scaff, 2017), Costa Rica (Redondo Poveda, 2015), Chile (Carvajal Ambiado & Hernando Pérez, 2015), México (Anaya Mota, 2018), y Perú (Zeballos Patrón *et al.*, 2017). En México, hasta 2017, 20 entidades federativas habían incluido la *violencia obstétrica* como una de las formas reconocidas de violencia de género en sus marcos legales (CNDH, 2017).

---

<sup>4</sup>Bolivia, en la Ley 348 (Estado Plurinacional de Bolivia, 2013) y Paraguay, en la Ley 5777 (República del Paraguay, 2016), incluyeron la *violencia obstétrica*, pero bajo la tipificación de *violencia contra los derechos sexuales y reproductivos* (véase CEPAL, 2019). Se recurre a dos canales argumentativos principales en la legislación latinoamericana: el primero, incluye la *violencia obstétrica* como parte del entramado legal en contra de la violencia de género y, el segundo, consiste en emitir leyes específicas para garantizar un parto humanizado y/o respetado, como es el caso de las leyes aprobadas en Ecuador, Bolivia y Argentina —Ley 26485 (República Argentina, 2010)—, así como del proyecto legislativo en Chile.

Más allá del empuje reciente, fue a partir de la aprobación temprana de las legislaciones venezolana, argentina y en los dos estados mexicanos que se puede argumentar que la *violencia obstétrica* se ha construido como una categoría epistémica novedosa en América Latina para nombrar, identificar y articular acciones en contra de un problema muy común de una atención en salud materna subestándar y deshumanizada y de un maltrato multifacético que muchas mujeres embarazadas sufren en las manos del personal de salud, sobre todo en el sector público. Este concepto, que abreva en el marco legal internacional de los derechos humanos, ha sido promovido por movimientos feministas latinoamericanos, se ha introducido en legislaciones que promueven la equidad de género, la no discriminación, la autonomía y los derechos de las mujeres, provee un marco explicativo amplio, y ha adquirido poder legal en algunos países de la región a nivel nacional o subnacional. Abogadx, académix y activistas feministas del parto humanizado y de los derechos humanos han contribuido a su desarrollo y a la aceptación de esta categoría en las arenas legislativas, judiciales y hasta políticas en América Latina.

### *La violencia obstétrica como un constructo epistémico poderoso para explicar lo que sucede en el sistema institucional de atención materna en México*

México ha alcanzado un altísimo porcentaje de cobertura de la denominada “atención calificada”<sup>5</sup> durante el parto; atención que en el sistema público es gratuita y que contempla, según cifras oficiales, el 98% de los nacimientos. La expansión de la cobertura es resultado de políticas deliberadas para que las mujeres dieran a luz en hospitales, como parte de las estrategias para disminuir la mortalidad materna sobre todo a partir de la aprobación en Naciones Unidas y ratificación en México de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el año 2000. Sin embargo, y de manera similar a otros países latinoamericanos de ingresos medios<sup>6</sup>, la cobertura no es sinónimo de calidad de atención. Los datos disponibles revelan que, por lo contrario, la atención obstétrica institucional en México presenta serias disfunciones (Lazcano *et al.*, 2013).

---

<sup>5</sup>En México, el personal calificado incluye a médicos pasantes en servicio social, médicos generales, médicos residentes y médicos especialistas en ginecoobstetricia. Recientemente, han comenzado a prepararse modificaciones a la Ley General de Salud para integrar a las enfermeras obstetras y especialistas perinatales.

<sup>6</sup>Véase, como ejemplo, Herrera Vacaflor (2016) para el caso de Argentina.

En lo estructural, los servicios son distribuidos de manera inadecuada a lo largo y ancho del país, se subutilizan las clínicas de primer nivel de atención por falta de equipo, personal o de recursos financieros necesarios para operar, mientras que los hospitales públicos están sobresaturados por una excesiva demanda; al mismo tiempo que enfrentan carencias en insumos y medicamentos; los recursos humanos y financieros disponibles son inadecuados o distribuidos de manera desigual entre estados, niveles de atención y/o turnos. También hay desigualdades profundas en los niveles de formación y la tipología del personal disponible (Lazcano *et al.*, 2013; Gobierno de México, 2013a).

En lo organizativo, el sistema de salud mexicano se caracteriza por ser segmentado y fragmentado en cuanto a la provisión de los servicios y en el financiamiento, la gobernanza del sistema es endeble, así como lo son la supervisión y la regulación (Lazcano *et al.*, 2013; Gobierno de México, 2013a; CNEGSR, 2009). Hay serios problemas en las habilidades técnicas y en los conocimientos de mucho personal médico; problemas que inician en las escuelas de medicina y continúan en el internado y las residencias (Walker *et al.*, 2011; CNEGSR, 2009; Freyermuth, 2011; Lazcano *et al.*, 2013; Sachse *et al.*, 2012).

Estos problemas son particularmente pronunciados en los estados más marginados y pobres del país y en zonas rurales e indígenas (CNEGSR, 2009; Freyermuth, 2011; Lazcano *et al.*, 2013; Gobierno de México, 2013b; Sachse *et al.*, 2012; Sesia *et al.*, 2013); problemas que no se han resuelto con la descentralización y se han acentuado a partir de 2017 con los recortes en el presupuesto de salud al final de la administración de la presidencia de Peña Nieto (2012-2018).

Esta problemática compleja y multifacética se refleja en los porcentajes altísimos de cesáreas innecesarias<sup>7</sup> y en el uso rutinario de prácticas obstétricas invasivas, dolorosas, deshumanizadas y hasta dañinas para las mujeres (DeMaria *et al.*, 2012; Sachse *et al.*, 2012, Sachse, Sesia & García, 2013; Smith-Oka, 2013; Valdez-Santiago *et al.*, 2013, Walker *et al.*, 2011). Estos procedimientos rutinarios son contrarios a las normas nacionales —aun si estas también presentan contradicciones— (DGSR, 2001; Secretaría de Salud, 2016a; CENETEC, 2014) y a los lineamientos internacionales de acuerdo a la medicina basada en la evidencia (Chalmers, Mangiaterra & Porter, 2001; FIGO, 2012; WHO, 2018).

Los problemas son más profundos, sin embargo, que el puro desconocimiento de la medicina basada en la evidencia o las normas, las carencias de

---

<sup>7</sup>En 2015, la tasa de cesáreas alcanzó el 45% del total de los nacimientos (Secretaría de Salud, 2016b) y constituye un porcentaje realmente alarmante que rebasa la tasa recomendada del 10 al 15% por la Organización Mundial de la Salud o del 15 al 20% de la Norma Oficial Mexicana SSA-007-2016.

recursos o las deficiencias en la gobernanza del sistema. Reflejan, además, problemáticas sistémicas y estructurales tanto de sobremedicalización y patologización de procesos fisiológicos naturales, como de abusos y un trato deshumanizado hacia las mujeres pacientes, por ser pacientes y por ser mujeres. Una encuesta nacional de 2016 cuantificó el maltrato, abuso y falta de respeto entre mujeres que habían dado a luz, y mostró que aproximadamente entre tres o cuatro de cada diez reportaron haber sufrido estas prácticas institucionales durante su último parto en el país (INEGI, 2016); los porcentajes fueron particularmente altos en clínicas u hospitales del Seguro Social donde se atienden derechohabientes de la seguridad social (41% de las mujeres que se atendieron ahí) y en hospitales o clínicas públicas de la Secretaría de Salud en las entidades federativas (39%).

Es probable que estos datos estén subregistrando la prevalencia del maltrato, abuso y falta de respeto, si consideramos que muchas mujeres en México no están concientizadas de que tienen derechos, no conocen otro tipo de atención, están acostumbradas a una obstetricia hospitalaria abusiva y sobremedicalizada y han normalizado ser receptoras de un trato denigrante; también es posible que la conciencia de tener derechos sea más alta entre mujeres que tienen seguridad social ya que, en promedio y entre otras características diferenciales, se tiene un nivel de escolaridad más alto y hay costumbre de reconocer que, como derechohabientes, se puede exigir una mejor atención.

La información de corte cualitativo disponible apunta a un fenómeno generalizado y sistémico de comportamientos, actitudes y prácticas que pueden bien ser nombradas como *violencia obstétrica*, especialmente en hospitales públicos que atienden a mujeres que provienen de sectores sociales urbanos o rurales de menor ingreso o que son indígenas (Castro & Erviti, 2003, 2014; Smith-Oka, 2013; Valdez-Santiago *et al.*, 2013; Villanueva, 2010). En un estudio previo que realizamos en el hospital público más grande e importante del estado de Oaxaca, en el sur y uno de los más pobres del país (Sesia, Van Dijk & Sachse, 2014), realizamos entrevistas extensas con ginecoobstetras y observamos sus prácticas, al igual que las prácticas de otro personal médico colaborador, tanto durante emergencias obstétricas como durante la atención de partos normales. Encontramos que es común que se compartan de manera imbricada por lo menos tres representaciones sociales (Jodelet, 1989) hegemónicas, en las cuales las diferencias de clase, etnicidad/raza y género permean concepciones esencialistas establecidas con respecto a una naturaleza pasiva y sumisa de la embarazada y parturienta indígena y de clase social baja.

Por un lado, estas mujeres se conciben como parte de la *otredad*, consideradas no solo diferentes, sino inferiores en la jerarquía social (atrasadas, ignorantes, sin educación, incapaces de hablar bien español) con respecto al *nosotros*

(el gremio médico, pero también de enfermería) que se considera a sí mismo como educado, científico, moderno y urbano. Al mismo tiempo, las mujeres indígenas se conciben como pacientes obedientes, dóciles y receptivas que, por naturaleza, no cuestionan el trabajo del personal médico o de enfermería. Finalmente, es común considerarlas como muy nobles en espíritu y corazón y, en general muy agradecidas por la atención gratuita que el hospital les ofrece, independientemente de cómo son tratadas y los resultados de la atención recibida.

Si las pacientes son percibidas como inferiores, sumisas, agradecidas e ignorantes, es fácil imaginarse cómo pueden volverse objeto de un trato condescendiente, irrespetuoso, descuidado y despótico, sin que estas conductas sean consideradas anormales, reprobatorias o hasta sancionables por parte de quienes las ejecutan sino, por lo contrario, como algo normal, rutinario y natural.

En este contexto, aun negar atención puede concebirse como un acto sin repercusiones, ya que las mujeres pobres y/o indígenas se ven como “sujetos-objeto” que no se quejan y/o que no le exigen al sistema. *Violencia obstétrica* puede dar cuenta de todos estos actos, que resultan no solo de concepciones y prácticas biomédicas en expansión, sino de estereotipos y discriminación imbricada de género, étnico-racial y de clase; en un país donde la desigualdad y la polarización social son particularmente marcadas, reproduciéndose y profundizándose en el sistema de salud.

La formación médica de por sí tiende a desensibilizar al dolor humano y a asumir una actitud distante ante los pacientes, como una estrategia de acomodo ante la exposición continua al dolor, el sufrimiento y la muerte en la práctica profesional cotidiana. En México, sin embargo, el problema es aún mayor. Castro nos ha enseñado cómo los médicos en formación (como es el caso de los médicos internos de pregrado y/o los médicos residentes) vienen entrenados en un *habitus* profundamente autoritario y jerárquico, en el que se les enseña a no cuestionar sus superiores, sufren castigos, sanciones y hasta escarnio público cuando se atreven a hacerlo y, al final, es común que interioricen y reproduzcan el maltrato y abuso que recibieron durante la formación como conductas normales y naturalizadas, una vez que inicien a ejercer la profesión (Castro, 2014).

También es importante reconocer que el sistema público de salud en México reconoce a los pacientes como receptores de atención y no como sujetos con derechos. Cuando ocurre una violación a esos derechos, los mecanismos de auditoría clínica y el sistema de sanciones administrativas internas en la unidad de salud o desde los niveles superiores simplemente no se activan si el médico en cuestión es integrante del sindicato, tiene base y/o goza de otro tipo de protección. Por otro lado, y particularmente si es personal que no tiene los medios para defenderse, este será el primero en ser castigado y las sanciones pueden llegar a ser muy duras y hasta extremas, sin

tomar en cuenta circunstancias atenuantes y/o las deficiencias sistémica-estructurales que comúnmente inhiben al personal de salud para que hagan su trabajo de manera apropiada y debida. Cuando además hay presión política o mediática para actuar y sancionar violaciones, las autoridades de salud tienden a no asumir una responsabilidad institucional, sino a buscar a quién responsabilizar entre el personal durante la atención y el turno correspondiente, para así poder encontrar y castigar a un directo culpable (Sesia, 2017).

En este contexto, podemos ver cómo un constructo que nombra y argumenta todas estas problemáticas interrelacionadas y multifacéticas bajo una sola gran categoría como *violencia obstétrica*, que nos permite enseñar su naturaleza sistémica y estructural, de discriminación genérica y de carácter institucional, alcanza un gran poder explicativo. *Violencia obstétrica* es una episteme poderosa porque toma en cuenta todas y cada una de las conductas, situaciones y contextos que comúnmente suceden o intervienen durante el parto institucional hospitalario en México, sobre todo, en el sector público, como un fenómeno social que es multifacético, ligado a relaciones de poder profundamente desiguales, y al cual había que dar nombre.

Expone cómo varias formas de conocimiento y prácticas hegemónicas y diversas formas de *biopoder* convergen (Foucault, 1977), enfatizando como estas prácticas son sistémicas y estructurales y no accidentes individualizados. Por un lado, tenemos la hegemonía de la biomedicina como un modelo de conocimiento científico, organización del trabajo y como prácticas de atención clínica: aquí la biomedicina tiende a medicalizar y patologizar los procesos fisiológicos y, en el contexto hospitalario, tiene una voz dominante en la toma de decisiones y el curso del tratamiento médico (Menéndez, 2003). Por el otro, y más específicamente en la atención obstétrica, el biopoder o control disciplinar sobre el cuerpo no se ejerce sobre cualquier individuo, sino específicamente hacia la persona-mujer y el cuerpo femenino, con efectos en la subjetividad y agencia de la paciente —que es la agente que da a luz— que son objetivados, vueltos pasivos, y silenciados dentro de estructuras jerárquicas y patriarcales de una especialidad médica —la ginecoobstetricia— que es profundamente patriarcal en sus orígenes históricos, práctica médica e interacciones socioclinicas (Oakley, 1984).

En la salud global (OMS, 2014), en investigaciones recientes en África y Asia (Diamond-Smith *et al.*, 2016; Kruk *et al.*, 2014; Warren *et al.*, 2013), en revisiones sistemáticas (Bradley *et al.*, 2016; Bohren *et al.*, 2015; Bowser & Hill, 2010) y en *policy papers* (Freedman *et al.*, 2014; Jewkes & Penn-Kekana, 2015) se privilegian hoy en día otras definiciones —como “falta de respeto, abuso y maltrato”— sobre este constructo latinoamericano. Sin embargo, es importante reconocer que estos conceptos no tienen el mismo poder explicativo abarcador e integral

de la episteme *violencia obstétrica*; entre otras razones porque tienden a escindir o permiten la escisión de la problemática interrelacional del maltrato y la falta de respeto entre personal médico y paciente, por un lado, de la problemática inherente a la obstetricia —como disciplina y como ejercicio profesional— de la patologización y sobremedicalización del parto y de la expropiación de la autonomía de la mujer en el evento hospitalario, por el otro.

Esta escisión permite reducir lo segundo a una cuestión técnica de calidad o falta de calidad de la atención, al mismo tiempo que evita evidenciar y/o cuestionar de fondo la genealogía, la ideología y la práctica intervencionista, autoritaria y patriarcal de la ginecoobstetricia, como especialidad de la biomedicina. Además y como lo subrayan Sadler *et al.* (2016), nombrar la problemática como *maltrato* en lugar de *violencia obstétrica* la reduce a la dimensión micro de la interacción comportamental entre individuos e invisibiliza las condiciones macroestructurales que la hacen posible, la reproducen, la profundizan y la naturalizan; esta crítica mantiene su validez independientemente de la definición concreta que se le proporcione a los conceptos de *maltrato*, *abuso* y *falta de respeto* en la atención materna, ya que en esta literatura hay definiciones de por sí muy elaboradas y desagregadas (Bohren *et al.*, 2015; Bowser & Hill, 2010) y que, sin embargo, no ponen en el centro la violencia sistémica ejercida en contra de la mujer al quitarle centralidad y autonomía de decisión, a través de los mecanismos de expropiación del proceso del parto a manos del personal de salud y en contextos estructurales específicos que promueven y justifican esta expropiación.

Aun si trasciende el objetivo de este capítulo, cabe aventurar a nivel de hipótesis que una de las razones probables por la preferencia de estos conceptos en los círculos de la salud global para nombrar esta problemática tenga que ver con una actitud pragmática de promover la mejora institucional de la atención materna sin antagonizar a la profesión médica y para poder contar con el apoyo de las autoridades de salud a nivel nacional e internacional. Además, hay que recordar que el personal médico y gerencial formado en la salud constituye el *pool* de los participantes más activos involucrados en el desarrollo de la misma agenda de la salud materna global en organismos multilaterales o internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), por mencionar algunos.

## *El establecimiento de la violencia obstétrica en México como paradigma legal desde una perspectiva de derechos humanos*

En México, el establecimiento de la *violencia obstétrica* como un paradigma explicativo y legal ha tenido avances significativos en los últimos años, al mismo tiempo que el constructo ha sido resistido y, en algunos casos, bloqueado por parte del gremio médico y las autoridades de salud a nivel histórico y en la actualidad.

Como se mencionó previamente, los estados de Veracruz en 2008 y Chiapas en 2009 fueron los primeros en incluir *violencia obstétrica* en sus leyes estatales en contra de la violencia de género. En ambos casos, se tipificó la violencia obstétrica como delito, introduciéndola en el código penal de las dos entidades. En los siguientes años, el proceso de inclusión de la categoría *violencia obstétrica* en leyes estatales se estancó y; en algunos casos, sufrió un franco retroceso. La experiencia vivida en la entidad federativa de Oaxaca, una de las más pobres del país, es un excelente ejemplo de este proceso de estancamiento.

Entre 2011 y 2012, el Instituto de la Mujer Oaxaqueña —organismo del gobierno estatal que promueve la equidad de género en la entidad— presentó un proyecto legislativo para introducir la tipificación de *violencia obstétrica* en el código penal del estado. Pero para 2012, las profesiones médicas ya estaban conscientes y alertas en contra de estas iniciativas y se organizaron con el pleno apoyo no solo de los sindicatos, sino también de las autoridades de salud del estado. La ofensiva fue concertada de manera organizada y extremadamente rápida, amenazando con ir a huelga y paralizar el sistema público de salud si esta tipología de violencia era introducida en la ley, penalizándola además como un delito. El mismo secretario de Salud hizo declaraciones públicas a la prensa en las que sostuvo que la iniciativa no solo vulneraba los derechos del personal de salud, sino que era profundamente indignante ya que atentaba contra el *ethos* médico, y añadió que él apoyaba plenamente y participaba en el movimiento del gremio médico.

La alianza entre el gremio médico, las autoridades en salud y los sindicatos fue extremadamente exitosa ya que logró bloquear toda inclusión o alusión a *violencia obstétrica* en la legislación estatal; a tal punto, que seis años después y bajo circunstancias muy distintas, el estado de Oaxaca es uno de los pocos que sigue sin incluir *violencia obstétrica* en su propia legislación en contra de la violencia de género. La reacción del gremio<sup>8</sup> en alianza estrecha

---

<sup>8</sup>El relato de lo que ocurrió en el estado de Oaxaca en 2012 es resultado de mi propio trabajo de campo en la entidad, que incluyó conversaciones informales con varios de los protagonistas en ambos bandos, además de presenciar confrontaciones en foros que se realizaron como

con las autoridades de salud se extendió en contra de todo intento de promover la humanización del parto o hasta de promover prácticas basadas en la evidencia científica en la obstetricia dentro de las unidades de la Secretaría de Salud del estado, sobre todo las hospitalarias. Los pocos obstetras que estaban atendiendo partos normales no medicalizados y centrados en la mujer, en el sistema público de salud, fueron hostigados o presionados para que dejaran de atender en el sector público; además se cortó el contacto y la colaboración con organizaciones de sociedad civil o de la academia que estaban trabajando a favor de la salud materna y el parto humanizado.

Otras iniciativas legislativas similares sufrieron también bloqueo en otros estados entre el 2009 y el 2014, en las que el concepto de *violencia obstétrica* fue repudiado no solo por el gremio médico, sino también por las autoridades estatales y hasta federales de salud en México.

Pero entonces, entre octubre 2013 y septiembre 2014, ocho casos de violaciones de derechos humanos perpetradas en contra de mujeres durante el trabajo de parto o el parto (negación de la atención, mortalidad materna y casos de maltrato) fueron denunciados y hubo quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), el máximo organismo supervisor en el país, además de ser peticionados ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), solicitando su intervención ante los actos y omisiones del gobierno mexicano frente a estas problemáticas. Las organizaciones que llevaron estos casos introdujeron de manera deliberada la argumentación de *violencia obstétrica*, para denunciar no solo las conductas de los prestadores de servicios, sino al sistema público de salud por permitir y fomentar dichos comportamientos; para construir estos casos a nivel legal de manera colectiva como una problemática sistémica; y para apelar a la reparación del daño y la transformación radical del parto hospitalario a través de la judicialización.

Uno de estos casos, el de Irma, una mujer mazateca que tuvo que dar a luz en el pasto al lado de la clínica de su pueblo después de habersele negado el acceso, se volvió emblemático y dio la vuelta al mundo en una fotografía que se volvió viral en las redes sociales, creando un gran revuelo y escándalo para la Secretaría de Salud del estado y la federal (Sesia, 2017). Este y otros siete casos se expusieron juntos por dos organizaciones mexicanas de sociedad civil —Parto Libre y el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)<sup>9</sup>— ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en 2014,

---

parte del impulso hacia la aprobación de la iniciativa.

<sup>9</sup>Parto Libre promueve el parto humanizado y el protagonismo y autonomía decisional de la mujer durante el nacimiento, y GIRE defiende los derechos reproductivos de las mujeres en el mar-

como casos ilustrativos de violaciones a los derechos humanos de las mujeres implicadas por *violencia obstétrica*, argumentando que las violaciones presentaban patrones comunes y que estas fallas son sistémicas y estructurales dentro del sistema público de salud en México, sobre todo cuando se trata de mujeres indígenas y de escasos recursos.

Aunque se reconoció que se habían violado los derechos humanos de estas personas, una de las autoridades de la Secretaría de Salud federal presente en la audiencia, el subsecretario de Salud Dr. Kuri Morales, manifestó lo siguiente:

Solo el 0,32% de todos los nacimientos en México son fortuitos [...] Reconocemos que ocurren actos tanto de mala práctica como de discriminación; no consideramos que sean sistémicos. El Estado mexicano [...] está adoptando las medidas para corregirlos y, cuando procede, sancionarlos. Es importante destacar que de los 2,2 millones de nacimientos que ocurren al año, la mayoría no ocurre en circunstancias adversas, sino [que] son resueltos de manera adecuada. Haciendo una cuenta, estamos hablando de cerca de 5800 nacimientos al día. Los que los reciben de manera feliz no son noticias. No estamos negando que ocurren situaciones que no queremos que ocurran, tenemos que trabajar para que no se den. (CIDH, 2014)

Es decir, se contraargumentó que se trataba de casos de mala práctica médica y/o discriminación, no de violaciones por *violencia obstétrica*; durante la audiencia, las autoridades federales y estatales presentes evitaron utilizar en todo momento la episteme. Se reconocieron problemas de distinta índole y se enlistaron múltiples acciones emprendidas por la Secretaría de Salud federal para resolverlos, pero al mismo tiempo se negó que estos casos fueran representativos de un problema sistémico de la atención obstétrica en los servicios públicos de salud. Al contrario, se argumentó que se trataba de una casuística numéricamente muy reducida de situaciones —partos fortuitos y mala práctica médica— ante un volumen muy alto y normalmente exitoso de atenciones obstétricas en el país.

Pero para ese entonces y gracias en parte al escándalo provocado por el caso de Irma, se comenzó a revertir la tendencia. La episteme *violencia obstétrica*

---

co de los derechos humanos y se ha involucrado en el litigio estratégico de interés público ante violaciones a los derechos reproductivos en el ámbito nacional e internacional, incluyendo casos de muerte materna y violencia obstétrica. Ambas organizaciones llevaron el caso de Irma en la Audiencia sobre Salud Materna y Denuncias de Violencia Obstétrica en México (CIDH, 2014).

fue gradualmente más aceptada y utilizada en el campo legal y judicial, para legislar desde la perspectiva de los derechos humanos o en la defensa de estos. En 2014, la Suprema Corte publicó lineamientos para el sistema judicial en México acerca de cómo actuar en caso de tortura o maltrato. De manera casi encubierta, en la página 68 de la Guía aparece la episteme *violencia obstétrica*, descrita brevemente como “conductas que pueden constituir actos de tortura o maltrato” (SCJN, 2014, p. 68).

En 2016, la Comisión Nacional de Derechos Humanos publicó un informe acerca del estatus de la violencia de género en la legislación mexicana. Por primera vez, el informe incluyó a *violencia obstétrica* como una de las tres formas reconocidas que específicamente violan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El informe encontró que para ese entonces 20 de las 32 entidades federativas habían incluido *violencia obstétrica* en sus respectivas legislaciones estatales, como una forma específica de violencia de género. Con la excepción de Veracruz y Chiapas, el resto de los estados (18, de un total de 20 estados) lo hicieron entre los años 2014 y 2016 (CNDH, 2016); al finalizar el 2018, ese número subió a 23<sup>10</sup>. Finalmente, en diciembre 2018, se registra una nueva iniciativa para reformar a nivel federal la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia y de la Ley General de Salud en materia de *violencia obstétrica* en el Senado de la República (Anaya Mota, 2018).

Ante la creciente inclusión de *violencia obstétrica*, como una manifestación de la violencia de género, en las leyes estatales y la inclusión dentro de su definición de prácticas clínicas como las cesáreas innecesarias y otras intervenciones medicalizadas comunes en la atención obstétrica hospitalaria, el gremio del personal médico especialista en ginecología y obstetricia manifestó abiertamente su oposición y rechazo en múltiples ocasiones. En 2015, la Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECCOG) emitió un comunicado:

Estamos en total desacuerdo con que se le denomine *violencia obstétrica* a la intervención médica o a la realización de procedimientos operatorios que cuentan con una validación y sustento científico y

---

<sup>10</sup>Cinco de estas entidades federativas —Chiapas, Estado de México, Guerrero, Veracruz, y Quintana Roo— han tipificado la violencia obstétrica como un delito, por lo que *violencia obstétrica* aparece en sus respectivos códigos penales, estableciendo penas que van de uno a ocho años de cárcel, dependiendo del código penal de cada estado. La criminalización de la violencia obstétrica ha provocado un fuerte debate y mucha oposición en el país, incluyendo por parte de organizaciones de sociedad civil que promueven los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y/o el parto humanizado y que han impulsado la visibilización de la violencia obstétrica y el litigio de casos de violaciones ante organismos de derechos humanos y en tribunales, como es el caso del mismo GIRE.

que demuestran el beneficio en la vida y la salud de la madre y su hijo, claramente señaladas en la normatividad oficial mexicana. Las condiciones de la actual infraestructura hospitalaria en nuestro país no permiten realizar las prácticas de acompañamiento durante el trabajo de parto y nacimiento, que serían deseables. Dicha infraestructura es uno de los principales factores que intervienen en este complejo proceso y los ginecoobstetras somos totalmente ajenos a ella [...] La carencia de instalaciones apropiadas, de suministros esenciales y de personal calificado son una realidad inobjetable [...] No ha sido, ni será la solución, enfocarse en generar leyes de carácter punitivo para quienes tienen como objetivo único y esencial el cuidado y bienestar de las mujeres durante el proceso reproductivo [...] La Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología [...] respaldará solidaria y legalmente a cualquier especialista en Ginecología y Obstetricia que sea señalado por su quehacer científicamente validado y oficialmente normado. (FEMECOG, 2015)

En este pronunciamiento resalta no solo el rechazo a nombrar como *violencia obstétrica* e incluir en leyes en contra de la violencia de género a prácticas medicalizadas y patologizantes que se han vuelto muy rutinarias en la atención hospitalaria del nacimiento, aun cuando estas no responden (o no siempre lo hacen) a la medicina basada en la evidencia o implican riesgos adicionales para la salud de la madre y el hijo, aumentan el sufrimiento de la mujer, y le restan protagonismo y capacidad de decisión libre e informada. Es decir, son intervenciones que se han naturalizado y normalizado dentro del sistema de salud y en la práctica ginecoobstétrica, cuyas consecuencias negativas se minimizan o invisibilizan, y que se justifican en la mirada del personal especialista como prácticas de “conocimiento legitimado” (Bellón Sánchez, 2015), oficialmente normadas y científicamente sustentadas; o sea, como parte de un quehacer médico que se mistifica al pensarlo, justificarlo y transmitirlo como si estuviera siempre y exclusivamente guiado por el conocimiento objetivo de la ciencia y la búsqueda altruista del bienestar de la mujer.

La declaración también evidencia la preocupación de la Federación ante las posibles amenazas legales que pudiesen surgir para sus agremiados como consecuencia de la inclusión de *violencia obstétrica* en las leyes estatales y su intención de apoyarlos legalmente si enfrentaran demandas o denuncias. Finalmente, y a diferencia de la posición manifestada por las autoridades federales de salud en la Audiencia de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, se reconoce aquí ampliamente que sí, existen

condiciones estructurales y sistémicas en la atención hospitalaria que impiden aplicar buenas prácticas basadas en la medicina basada en evidencia, como el acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto, o intervenir en casos necesarios de urgencia por falta de insumos o recursos humanos suficientes; en otras palabras, se denuncia que efectivamente hay condiciones sistémicas que promueven incurrir en situaciones que podrían caer dentro de la definición de *violencia obstétrica* y que el personal médico operativo no controla.

Pese a la oposición frontal del gremio médico y la negación de las autoridades federales de salud, la episteme *violencia obstétrica* ha ingresado firmemente no solo en las leyes estatales en contra de la violencia de género, sino también en la defensoría de los derechos humanos en el país. En 2014, la Comisión Nacional de Derechos Humanos emitió su primera recomendación utilizando el argumento de *violencia obstétrica*; entre 2015 y finales del 2018, las recomendaciones para el gobierno federal, los gobiernos estatales, las instituciones públicas de seguridad social y la Secretaría de Salud federal o estatales fueron 43 (Tabla 1.1)<sup>11</sup>.

Tabla 1.1. Recomendaciones emitidas por año, Comisión Nacional de Derechos Humanos, 2014-2018.

	2014		2015		2016		2017		2018	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total recomendaciones emitidas	55	100,0	59	100,0	71	100,0	81	100,0	67	100,0
Total recomendaciones emitidas en el campo de la salud (incluyendo por violencia obstétrica) / total recomendaciones emitidas	18	32,7	24	40,7	24	33,8	24+1*	29,6	19	28,3
Total recomendaciones emitidas por violencia obstétrica / recomendaciones emitidas en el campo de la salud	1	5,5	14	58,3	11	45,8	12+1*	50,0	6	31,6
Total recomendaciones emitidas por violencia obstétrica / recomendaciones totales	1	1,8	14	23,7	11	15,5	12+1*	16,0	6	8,9

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

\*La recomendación adicional refiere a la Recomendación General 031/2017 sobre violencia obstétrica que la CNDH emitió en julio 2017 para todo el sector salud. Se incluyó por la enorme relevancia que esta recomendación tiene para nuestro campo de estudio, pero no se incluyó en los cálculos de los porcentajes de las recomendaciones en violencia obstétrica de cada año, versus las recomendaciones totales emitidas por la CNDH o las recomendaciones emitidas en el ámbito de la salud.

<sup>11</sup>En este período, la Comisión Nacional de Derechos Humanos emitió un total de 333 recomendaciones, de las cuales entre un 30% y un 40% son por problemáticas de violaciones relativas al campo de la salud (por ejemplo, violaciones al derecho a la salud o al derecho de la protección en salud). Esta Comisión supervisa todo tipo de violaciones a derechos humanos cometidas por servidores públicos u organismos públicos en México.

En julio de 2017, la Comisión Nacional de Derechos Humanos emitió la Recomendación General 31 para todo el sector salud mexicano, para enfrentar y buscar soluciones ante la problemática sistémica de *violencia obstétrica* (CNDH, 2017). La recomendación reconstruye la genealogía reciente del concepto y reconoce plenamente su poder explicativo para entender, nombrar y actuar ante un fenómeno complejo de ejercicio de violencia de género y violencia institucional donde se imbrican relaciones asimétricas de género, el patriarcado, sexismo y autoritarismo de la ciencia médica y la obstetricia en particular, el poder de la medicina como depositaria de un conocimiento legitimado, la expropiación del cuerpo de la mujer y la sobremedicalización y patologización de un evento fisiológico en el cual a la mujer se le quita autonomía, decisión y protagonismo de manera rutinaria. El documento contiene seis recomendaciones para el sector salud para reconocer la existencia y magnitud del problema y para transformar al sistema de salud y la atención obstétrica con el fin de evitar su reproducción en los servicios. Cabe reconocer que se trata de la tercera recomendación general emitida hacia el sector salud en los más de veinte años de existencia de este organismo, por lo que se resalta la importancia que la Comisión Nacional de Derechos Humanos le da a la problemática.

Cómo está respondiendo la Secretaría de Salud federal ante esta Recomendación General no está todavía claro; menos aún, en estos momentos con el cambio de administración federal a finales del 2018 y el propósito de construir un sistema único público de salud como prioridad principal del nuevo gobierno. El Instituto Mexicano del Seguro Social, por su lado, contestó de manera casi inmediata a la Comisión Nacional de Derechos Humanos ofreciéndose a cumplir cabalmente con las recomendaciones<sup>12</sup>; sin embargo, llama la atención que en su comunicado nunca menciona a la

---

<sup>12</sup>En el Comunicado 241/2017, del 18 de agosto del 2017, titulado “El IMSS atiende recomendación general de la CNDH, dirigida a diversas autoridades del Sector Salud, relacionada con la atención obstétrica, como parte del derecho a la protección a la salud de las mujeres” se declara brevemente: “El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) colaborará ampliamente con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos en el seguimiento y cumplimiento de la Recomendación General emitida [...] Las recomendaciones generales se fundamentan en estudios generales realizados por esa Comisión Nacional, por lo que el IMSS dará cabal cumplimiento a la Recomendación General 31/2017. Es importante señalar que, al tener conocimiento de la Recomendación, la Dirección General del IMSS instruyó a la Dirección de Prestaciones Médicas y a la Unidad del Programa IMSS-PROSPERA para dar cumplimiento los puntos recomendatorios señalados en la Recomendación, así como para reforzar la capacitación al personal médico institucional del régimen ordinario y del Programa IMSS-PROSPERA en la debida atención obstétrica, con estricto apego a las normas respectivas” (IMSS, 2017). Cabe recordar que el IMSS ha recibido el mayor número de quejas y ha sido receptor del mayor número de recomendaciones de la Comisión Nacional de Derechos Humanos por violencia obstétrica desde 2015 a la fecha.

*violencia obstétrica* por su nombre como causal de la Recomendación General 31/2017. Finalmente, es de suponerse que hay también un interés económico de la institución de cumplir con las recomendaciones, para así reducir las quejas, demandas y denuncias en su contra, ya que cada una de ellas implica el desembolso de fondos, que pueden ser cuantiosos, para las víctimas de las violaciones.

Más allá de las respuestas o ausencia de respuestas, queda claro que aceptar las recomendaciones, no implica necesariamente la observancia, ya que la Comisión Nacional de Derechos Humanos no tiene mecanismos efectivos para darles seguimiento y, menos, obligar al cumplimiento. Además, y aún más importante, recurrir a la argumentación de *violencia obstétrica* en quejas ante esta Comisión, en recomendaciones de este organismo, o en juicios legales en tribunales no implica que se haya avanzado en erradicarla del sistema de salud. En general, y la argumentación de *violencia obstétrica* no es la excepción, la judicialización de estas violaciones en México ha funcionado en el mejor de los casos para reparar el daño a las víctimas, pero no ha comprobado ser hasta ahora efectiva para transformar el sistema de salud (Sesia, 2017).

Al parecer, las autoridades de las máximas instituciones públicas de salud que proveen la gran mayoría de las atenciones obstétricas a las mujeres mexicanas —la Secretaría de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social, incluyendo el IMSS-Bienestar— continúan disputando, ahora silenciosamente, con la Comisión acerca de si esos problemas se pueden nombrar y argumentar como *violencia obstétrica*; y una estrategia posible es justamente la no utilización de la episteme en sus comunicaciones públicas. Aun reconociendo que sí existe una problemática y externalizando la necesidad de tomar medidas concretas para erradicarla, la preferencia es por el uso de terminologías que minimicen su naturaleza sistémica y estructural: negligencia médica o mala práctica individual; reconocimiento de algunos episodios más sonados de maltrato; la aceptación de su ocurrencia esporádica entre médicos desactualizados que practican una obstetricia obsoleta y no basada en la evidencia científica; respuestas institucionales para reaccionar ante la interposición de quejas por violaciones a los derechos de las mujeres en la Comisión Nacional de Derechos Humanos y/o los organismos correspondientes a nivel estatal; y comunicación pública de estrategias adoptadas para hacer frente a esas “problemáticas en la atención obstétrica”.

Evitar nombrar esa realidad como *violencia obstétrica* reduce la magnitud, extensión y profundidad de la problemática, le quita su carácter sistémico y evita cuestionar a fondo la ideología y praxis de la ginecología y la obstetricia hegemónicas. Estas otras formas de nombrar, por otro lado, vuelven el problema más manejable, más reducido, más acotado y como un resultado

de acciones violatorias pero esporádicas, individuales y/o fortuitas, conteniendo de alguna manera la crisis que el sector está experimentando en este ámbito de la atención. Finalmente, permite evitar confrontaciones y mantener una alianza con el gremio médico que trabaja en estas instituciones y que ha sido mucho más frontal para expresar abiertamente su antagonismo y rechazo al uso de la episteme y a organizarse para defenderse a nivel jurídico y ante los medios masivos de comunicación cuando son acusados de perpetrar *violencia obstétrica*.

Resulta evidente que hay posicionamientos comunes entre autoridades de salud y personal médico operativo, pero también hay diferencias de postura entre ellos que es importante reconocer, ya que no se trata de un frente compacto y uniforme<sup>13</sup>. La diferencia tal vez más importante que persiste entre los posicionamientos, intereses y estrategias de autoridades en salud vs. prestadores de los servicios, tiene que ver con la resistencia de las autoridades en salud en reconocer que las violaciones también ocurren porque los contextos en donde se dan los partos hospitalarios enfrentan situaciones de corte estructural (por ejemplo, la saturación de los servicios, las carencias en personal, equipo y fármacos, los espacios inapropiados para una atención más humanizada y de acuerdo a la medicina basada en la evidencia, entre otros) que rebasan las responsabilidades individuales del personal, no les permiten desempeñar oportuna y adecuadamente sus funciones, y en realidad son más bien responsabilidades institucionales. Por otro lado, el personal médico lo que más teme son las consecuencias legales, laborales y financieras por su actuación, incluyendo sanciones que las mismas autoridades de salud ejercen contra ellos, sobre todo cuando tienen mayores dificultades en defenderse por no pertenecer al sindicato, no tener un contrato definitivo de trabajo y/o no gozar de otro tipo de protección dentro de la institución donde trabajan.

---

<sup>13</sup>Tampoco hay frentes internos compactos en el gremio médico, el cual de por sí presenta una profunda diversidad interna en cuanto a perfiles profesionales (pasantes, médicos generales, residentes y especialistas), jerarquías, formación e inclinaciones personales. Ni se puede afirmar que todas las autoridades en salud mantengan la misma postura; por ejemplo, en la Secretaría de Salud federal. La Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud emitió, en 2018, lineamientos para promover el “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio: enfoque humanizado intercultural y seguro” con la finalidad de “garantizar la reducción de la morbilidad materna e infantil, la atención médica calificada, digna, respetuosa y con perspectiva de género” en todo el sistema nacional de salud en el país (Secretaría de Salud, 2018). Aunque no se menciona la problemática de *violencia obstétrica* en sí como motivadora del impulso del modelo, este modelo es el que la Comisión Nacional de Derechos Humanos propone en su Recomendación General 31/2017. El modelo promueve el parto humanizado y centrado en la mujer como la protagonista del evento del nacimiento, como el objetivo fundamental hacia el que debe de transitar la atención obstétrica pública en México (Secretaría de Salud, 2018).

Para ambos tipos de actores, argumentar estos problemas como *violencia obstétrica* es además difícil de digerir porque tiene un significado connotativo perturbador ya que la idea de ejercer violencia en la práctica médica va en contra de un *ethos* profesional centrado ideológicamente en la búsqueda del bienestar de la paciente atendida; precisamente porque la episteme revela sin tapujos la existencia de prácticas discriminatorias, denigrantes y hasta dañinas arraigadas, generalizadas y no reconocidas como tales, por parte de los prestadores de servicio que trabajan en el sistema público de salud donde esas prácticas son promovidas, solapadas y/o toleradas de manera naturalizada. Finalmente, implica reconocer por parte de los funcionarios de salud y del mismo personal prestador de los servicios que la forma en que se otorga la atención obstétrica a nivel hospitalario está sistemáticamente viciada y necesita una profunda transformación.

## Conclusiones

*Violencia obstétrica* es una categoría epistémica poderosa que se ha originado en América Latina en la última década y que se ha establecido paulatinamente en el ámbito del discurso y la práctica legal, legislativo y de la defensa de los derechos humanos en México. La episteme nombra, explica y enfrenta una problemática de violencia de género e institucional que viola en múltiples maneras los derechos humanos de las mujeres embarazadas y parturientas en el país. Se trata de un problema presente y frecuente en la atención obstétrica que se ofrece en el sistema público de salud y ante el cual esta forma particular de nombrarlo presenta una capacidad analítica abarcativa que logra desnaturalizar el carácter patriarcal de la obstetricia hospitalaria, evidenciar la apropiación de procesos fisiológicos por parte de una biomedicina en expansión, y enseñar el carácter imbricado de clase social, etnia-raza y género en un trato discriminatorio diferenciado entre las pacientes atendidas. *Violencia obstétrica* como constructo explicativo revela que estos problemas son inherentes a las formas en que el sistema biomédico institucional público de salud está organizado en México y las formas en que la obstetricia es enseñada y practicada en el país. Su capacidad argumentativa y analítica integral no es alcanzable por otros conceptos, como *abuso* o *maltrato*, presentes en la literatura y preferidos en la política global en salud materna.

Como hemos visto en este texto, su incorporación en las legislaciones en contra de la violencia de género, y su uso en la defensa de los derechos humanos de las mujeres embarazadas y en procesos de judicialización para exigir la reparación del daño a víctimas y la transformación radical del

sistema de salud ha sido creciente sobre todo a partir de 2015, por lo que hoy en día se tipifican comúnmente conductas, situaciones y condiciones que han enfrentado mujeres violentadas durante la atención institucional a su maternidad como *violencia obstétrica*.

Sin embargo, esta forma de nombrar, explicar y afrontar ha creado un campo indudable de *disputa epistémica* con el personal de salud y con los hacedores de la política pública en salud que niegan explícita y rotundamente su existencia o la ignoran en sus discursos y acciones. La disputa, sin embargo, no es solo acerca de una categoría epistémica para nombrar un problema social específico. Admitir su existencia tiene consecuencias legales y materiales concretas que se perciben como profundamente amenazadoras por el personal de salud y por las autoridades del sistema de salud por igual, aunque no siempre por las mismas razones. Reconocer que la violencia obstétrica existe y aqueja al sistema de salud, conlleva admitir la existencia de responsabilidades institucionales sistémicas por parte de las autoridades, y la identificación, atribución y/o deslinde de responsabilidades individuales para el personal de salud, ante mujeres víctimas. En ambos casos, implica la adopción de sanciones o medidas de respuesta correspondientes a la gravedad de los hechos. Finalmente, conlleva un cuestionamiento profundo e inquietante de la brecha existente entre el *ethos* profesional, por un lado, y una práctica obstétrica que lastima, denigra y violenta derechos; cuestionamiento que sobre todo el gremio médico que más ejerce dicha atención no está muy dispuesto a escuchar; menos, a aceptar que represente un problema real, tangible y profundo y que, por lo tanto, necesite transformarse.

La contienda epistémica se entrecruza, profundiza y refleja, entonces, con la disputa legal, judicial y política. Para quienes hacemos investigación al mismo tiempo que incidencia en la política pública en salud, es crucial reconocer no solo que estamos frente a una poderosa episteme, sino también que existen tensiones y conflictos en su uso entre las diferentes partes interesadas.

## Referencias

- Anaya Mota, C. E. (2018). Iniciativa con Proyecto de Decreto que reforma diversas disposiciones de la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia y de la Ley General de Salud en materia de violencia obstétrica. *Gaceta del Senado de la República*, LXIV/IPPO-66/87516, 11 dic 2018. Recuperado de: <https://tinyurl.com/uz27vg6>.
- Azhar, Z.; Oyebode, O.; Masud, H. (2018). Disrespect and abuse during childbirth in district Gujrat, Pakistan: A quest for respectful maternity care. *PLoS ONE*, v. 13, n. 7. doi: 10.1371/journal.pone.0200318.

- Bellón Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, v. 7, n. 18, p. 93-111.
- Blel Scaff, N. (2017). *Proyecto de ley por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica*. Colombia: Senado de la República. Recuperado de: <https://tinyurl.com/vhtw69z>.
- Bohren, M. A.; Vogel, J. P.; Hunter, E. C.; Lutsiv, O.; Makh, S. K.; Souza, J. P.; et al. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, v. 12, n. 6, p. e1001847. doi: 10.1371/journal.pmed.1001847.
- Bowser, D.; Hill K. (2010). *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: Report of a landscape analysis*. Harvard: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health University Research; 2010. Recuperado de: <https://tinyurl.com/ultf4zp>.
- Bradley, S.; McCourt, C.; Rayment, J.; Parmar, D. (2016). Disrespectful intrapartum care during facility-based delivery in sub-Saharan Africa: A qualitative systematic review and thematic synthesis of women's perceptions and experiences. *Social Science & Medicine*, v. 169, p. 157-170. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.09.039.
- Carvajal Ambiado, L.; Hernando Pérez, M. (2015). *Establece los derechos de la mujer embarazada en relación con su atención antes, durante y después del parto, y modifica el código penal para sancionar la violencia obstétrica*. Boletín No. 9902-11. 28 ene 2015. Recuperado de: <https://tinyurl.com/tplqoqn>.
- Castro, R.; Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, v. 19, n. 1, p. 37-42.
- Castro, R.; Erviti, J. (2003). Violations of reproductive rights during hospital births in Mexico. *Health Human Rights*, v. 7, n. 1, p. 90-110.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, v. 76, n. 2, p. 167-197.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR). (2009). *Estrategia integral para acelerar la reducción de la mortalidad materna en México*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de: <https://tinyurl.com/wbts3jk>.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). (2014). *Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Evidencias y Recomendaciones. Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-052-08*. México: CENETEC. Recuperado de: <https://tinyurl.com/wq57tjo>.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. (2019). *Leyes de violencia*. Recuperado de: <https://oig.cepal.org/es/laws/1/country>.
- Chalmers, B.; Mangiaterra, V.; Porter, R. (2001). WHO principles of perinatal care: The essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth*, v. 28, n. 3, p. 202-207.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2014). *150 Período de Sesiones: Salud materna y denuncias de violencia obstétrica en México*. Recuperado en: <https://tinyurl.com/wjyfkwn>.

- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2016). *Diagnóstico de la violencia contra las mujeres a partir de las leyes federales y de las entidades federativas*. México: CNDH. Recuperado de: <https://tinyurl.com/vpms5vs>.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2017). *Recomendación General No. 31/2017 sobre la Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*. Ciudad de México: CNDH. Recuperado de: <https://tinyurl.com/uc5ysq8>.
- DeMaria, L.; Campero, L.; Vidler, M.; Walker, D. (2012). Non-physician providers of obstetric care in Mexico: Perspectives of physicians, obstetric nurses and professional midwives. *Human Resources for Health*, v. 10, n. 6. doi: 10.1186/1478-4491-10-6.
- Diamond-Smith, N.; Sudhinaraset, M.; Melo, J.; Murthy, N. (2016). The relationship between women's experiences of mistreatment at facilities during childbirth, types of support received and person providing the support in Lucknow, India. *Midwifery*, v. 40, p. 114–123. doi: 10.1016/j.midw.2016.06.014.
- Dirección General de Salud Reproductiva (DGSR). (2001). *Manual de atención del embarazo saludable, parto y puerperio seguros: Recién nacido sano*. Ciudad de México: Arranque Parejo en la Vida, Secretaría de Salud. Recuperado de: <https://tinyurl.com/rk56aph>.
- Estado Plurinacional de Bolivia (2013). Ley 348: Ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia. *Gaceta Oficial de Estado Plurinacional de Bolivia*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/uq476ee>.
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). (2012). FIGO Guidelines. Management of the second stage of labor. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 119, n. 1, p. 111–116.
- Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología (FEMECOG). (2015). *Pro-nunciamento*. Recuperado en: <https://tinyurl.com/unlu2v5>.
- Foucault, M. (1977). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Freedman, L. P.; Ramsey, K.; Abuya, T.; Bellows, B.; Ndwiga, C.; Warren, C.; et al. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bulletin World Health Organization*, v. 92, p. 915–917. doi: 10.2471/BLT.14.137869.
- Freyermuth, G. (2011). Programa Atención materna y perinatal. En: Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de las Mujeres (eds.). *Monitoreo de la atención a las mujeres en servicios públicos del sector salud*. México: INMujeres, CIESAS. p. 51-119.
- Gobierno de México. (2013a). *México: Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/y3v5j52o>.
- Gobierno de México. (2013b). *México: Programa Sectorial de Salud 2013-2018*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/tq9j8ro>.
- Herrera Vacaflor, C. H. (2016). Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters*, v. 24, n. 47, p. 65-73. doi: 10.1016/j.rhm.2016.05.001.
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2017). *El IMSS atiende recomendación general de la CNDH, dirigida a diversas autoridades del Sector Salud, relacionada con la atención*

- obstétrica, como parte del derecho a la protección a la salud de las mujeres*, No. 241/2017. Recuperado en: <https://tinyurl.com/vllop7d>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016*. México: INEGI. Recuperado de: <https://tinyurl.com/yx6c4zlg>.
- Jewkes, R.; Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of women in childbirth: Time for action on this important dimension of violence against women. *PLoS Medicine*, v. 12, n. 6. doi: 10.1371/journal.pmed.1001849.
- Jodelet, D. (1989). Représentations sociales: un domaine en expansion. En: Jodelet, D. (ed.). *Les représentations sociales*. Paris: Presse Universitaire de France. p. 45-78.
- Kruk, M.; Kujawski, S.; Mbaruku, G.; Ramsey, K.; Moyo, W.; Freedman, L. (2014). Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: A facility and community survey. *Health Policy and Planning*, v. 33, n. 1, p. 26-33. doi: 10.1093/heapol/czu079.
- Lazcano, E.; Schiavon, R.; Uribe, P.; Walker, D.; Suárez-López, L.; Luna-Gordillo, L.; Ulloa-Aguirre, A. (2013). Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna. *Salud Pública de México*, v. 55, n. 2 p. 214-224.
- Medina, G. (2009). Violencia obstétrica. *Revista de Derecho y Familia de las Personas*, v. 4.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 185-207.
- Oakley, A. (1984). *The captured womb: A history of the medical care of pregnant women*. Oxford: Blackwell.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Declaración WHO/RHR/14.23. Recuperado de: <https://tinyurl.com/tpjujy>.
- Pérez D'Gregorio, R. (2010). Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, v. 111, n. 3, p. 201-202. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.09.002.
- Redondo Poveda, M. (2015). Ley para proteger a la mujer embarazada y sancionar la violencia obstétrica, Expediente No. 19537. *La Gaceta, Diario Oficial*, v. 137, n. 125, p. 3-4. Recuperado de: <https://tinyurl.com/s4vkg56>.
- República Argentina. (2010). Ley 26485: Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. *Boletín Oficial de la República Argentina*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/vsq22wl>.
- República Bolivariana de Venezuela. (2007). Ley 38668: Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*. Recuperado de <https://tinyurl.com/rk5xnmjh>.
- República del Ecuador. (2018). Oficio SAN-2018-0395: Ley orgánica integral para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres. *Registro Oficial, Órgano del Gobierno de Ecuador*, v.1, n. 175. Recuperado de: <https://tinyurl.com/s923vlg>.
- República del Paraguay. (2016). Ley 5777: De protección integral a las mujeres, contra toda forma de violencia. *Gaceta Oficial de la República del Paraguay*, n. 252. Recuperado de: <https://tinyurl.com/uysff5g>.

- República Oriental de Uruguay. (2017). Ley 19580: Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. *Diario Oficial*, n. 29.862, p. 25-39. Recuperado de: <https://tinyurl.com/qtvqqco>.
- Sachse, M.; Sesia, P.; García, M. (2013). Calidad de la atención durante el parto normal en establecimientos públicos de Oaxaca. *Avances en Ciencia, Salud y Medicina. Revista de Investigación Médica de Oaxaca*, v. 1, n. 1, p. 17-36.
- Sachse, M.; Sesia, P.; Pintado, A.; Lastra, Z. (2012). Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. *Revista CONAMED*, v. 17, n. 1, p. 4-15.
- Sadler, M.; Santos, M. J.; Ruiz-Berdún, D.; Rojas, G. L.; Skoko, E.; Gillen, P.; Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, v. 24, n. 47, p. 47-55. doi: 10.1016/j.rhm.2016.04.002.
- Secretaría de Salud. (2016a). Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/w3kj7ja>.
- Secretaría de Salud (2016b). *Informe sobre la Salud de los Mexicanos 2016: Diagnóstico General del Sistema Nacional de Salud*. Ciudad de México: Secretaría de Salud. Recuperado de: <https://tinyurl.com/tod329u>.
- Secretaría de Salud. (2018). *Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio: enfoque humanizado intercultural y seguro*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de: <https://tinyurl.com/r2kfdmb>.
- Sesia, P. (2017). Maternidades violentadas, ¿maternidades justiciables?: Una primera aproximación a la judicialización de la violación de los derechos en salud materna en México. En: Saldaña, A.; Davids, T.; Venegas, L. (Eds.). *¡A toda madre! Una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México*. México: Itaca/INAH. p. 71-112.
- Sesia, P.; García, M.; García, N.; Carmona, G.; Sachse, M. (2013). Resultados del monitoreo de las redes de servicios de salud materna del estado de Oaxaca. En: Freyermuth, G.; Sesia, P.; (coords.). *Monitoreos, diagnósticos y evaluaciones en salud materna y reproductiva: Nuevas experiencias de contraloría social*. México: CIESAS. p. 149-179.
- Sesia, P.; Van Dijk, M.; Sachse, M. (2014). Características del manejo obstétrico en la atención pública de segundo nivel en la era del Seguro Popular: Un estudio de caso en un hospital público de Oaxaca. En: Page, J.; (coord.). *Enfermedades del rezago y emergentes desde las ciencias sociales y la salud pública*. México: PROIMMSE-IIA-UNAM. p. 241-265.
- Smith-Oka, V. (2013). Managing labor and delivery among impoverished populations in Mexico: Cervical examinations as bureaucratic practice. *American Anthropologist*, v. 115, n. 4, p. 595-607. doi: 10.1111/aman.12046.
- Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). (2014). *Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en asuntos que involucren hechos constitutivos de tortura y malos tratos*. México: SCJN. Recuperado de: <https://tinyurl.com/qt6b9ys>.
- Valdez-Santiago, R.; Hidalgo-Solórzano, E.; Mojarro-Iñiguez, M.; Arenas-Monreal, L. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: El abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista CONAMED*, v. 18, n. 1, p. 14-20.

- Villanueva, L. A. (2010). El maltrato en las salas de parto: Reflexiones de un ginecoobstetra. *Revista CONAMED*, v. 15, n. 3, p. 148-151.
- Walker, D.; DeMaria, L. M.; Suarez, L.; Cragin, L. (2011). Skilled birth attendants in Mexico: How does care during normal birth by general physicians, obstetric nurses, and professional midwives compare with world health organization evidence-based practice guidelines? *Journal of Midwifery & Women's Health*, v. 57, n. 1, p. 18-27. doi: 10.1111/j.1542-2011.2011.00075.x.
- Warren, C.; Njuki, R.; Abuya, T.; Ndwiga, C.; Maingi, G.; Serwanga, J.; et al. (2013). Study protocol for promoting respectful maternity care initiative to assess, measure and design interventions to reduce disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy and Childbirth*, v. 13, n. 1. doi: 10.1186/1471-2393-13-21.
- World Health Organization (WHO). (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO. Recuperado de: <https://tinyurl.com/y3qzc-zkw>.
- Zeballos Patrón, H.; Arce Cáceres, R.; Álvarez, M. C.; Aguirre, M. D. E.; Glave Remy, M.; Huilca Flores, M.; et al. (2017). *Proyecto de Ley 1986/2017-CR de promoción y protección del derecho al parto humanizado y a la salud de la mujer gestante, del infante por nacer y el recién nacido*. Congreso de la República, Lima, Perú, 9 de octubre de 2017. Recuperado de: <https://tinyurl.com/s27am27>.



## Capítulo 2

# Género, responsabilidad penal y castigo: ¿cómo el derecho penal comprende la violencia en la salud materna?

*Carlos Herrera Vacaflor*

*Faculty of Law, University of Toronto, Canadá*

### Introducción

La resistencia de distintas disciplinas frente a la extendida cultura de maltrato y prácticas abusivas contra mujeres embarazadas en la provisión de servicios de salud materna se viene desarrollando desde la década de 1980 (OMS, 1985). Esa resistencia demanda servicios de salud materna de buena calidad en los que se abandonen intervenciones médicas no ajustadas a la evidencia y a las buenas prácticas clínicas, existan recursos físicos y humanos que garanticen su seguridad y bienestar en instituciones de salud, y se otorgue información adecuada y poder de decisión que permita su participación en la atención médica (WHO, 1996). La resistencia frente al abuso y maltrato en la salud materna también identificó otra problemática por fuera de lo estrictamente clínico: que la provisión de salud materna sea digna y respetuosa. Ello como respuesta al maltrato físico, psicológico, económico, sexual, o que involucre discriminación o estigma (White Ribbon Alliance, 2011; WHO, 2014; Miller & Lalonde, 2015). A partir del siglo XXI, en América Latina, esta resistencia obtuvo su reconocimiento legal. El abuso y el maltrato contra la mujer embarazada en instituciones de salud fueron conceptualizados como violencia

contra la mujer y denominados *violencia obstétrica* (CLADEM, 1998; D'Oliveira, Diniz & Schraiber, 2002; Castro & Erviti, 2003; Magnone Alemán, 2011; Belli, 2013; Arguedas Ramírez, 2014; Leiva Rojas, 2018). En otras partes del mundo esta problemática también es conceptualizada como una violación de derechos humanos. Se sostiene que las mujeres tienen el derecho humano de acceder a servicios de salud materna respetuosos, de buena calidad y con prácticas de medicina basada en evidencia (White Ribbon Alliance, 2011; Bowser & Hill, 2010; Bohren *et al.*, 2015). Particularmente en América Latina, el reconocimiento legal de esta problemática como violencia contra la mujer y a sus derechos humanos también dispuso mecanismos de reparación legal y de responsabilidad y castigo penal. La violencia obstétrica se criminaliza y frente a su comisión se han prescrito al menos tres formas de castigo: pecuniario, inhabilitación profesional y privación de la libertad (Montiel, 2017).

Este capítulo propone problematizar el uso del derecho penal como respuesta legal necesaria contra la violencia obstétrica. ¿Puede el derecho penal contener la violencia obstétrica? ¿Pueden las víctimas confiar en la función del castigo penal para prevenir y sancionar este tipo de violencia contra la mujer? Aquí ofrezco una aproximación de respuesta en la que señalo de qué modo la introducción del derecho penal puede afectar la resistencia que se viene gestando desde la década de 1980 en distintas disciplinas contra la violencia obstétrica. El propósito principal es cuestionar la afirmación inmediata de que debe existir una respuesta penal frente a la violencia obstétrica expresada como la asignación de responsabilidad penal especial (Borges, 2018). Para ello, presento dos argumentos. En primer lugar, señalo que la responsabilidad penal propuesta en diferentes jurisdicciones de América Latina no logra identificar el origen social que conduce a la violencia obstétrica: la cultura de abuso, maltrato y conflicto ético en la formación médica (Castro, 2015; Rubashkin & Minckas, 2018). En segundo lugar, muestro los problemas que la construcción de un tipo penal especial de violencia obstétrica puede presentar para la prevención y protección de la mujer embarazada. En este caso, la redacción de un tipo penal especial de violencia obstétrica presenta la posibilidad de cerrar la continua reflexión y los aportes de distintas disciplinas sobre qué es la violencia obstétrica. Asimismo, un tipo penal especial de violencia obstétrica, al identificar a los trabajadores de la salud como autores del delito puede condicionar aún más la relación médico-paciente; aunque el delito especial de violencia obstétrica, en efecto, puede representar un logro simbólico. Dicho delito señala que, como sociedad, hemos reclamado a nuestros legisladores que se reconozca al abuso y el maltrato de la mujer embarazada en los servicios de salud materna como una problemática social arraigada que el Estado debe reconocer como disvaliosa y

asignar responsabilidad penal y castigo a quienes la cometen. Este capítulo muestra que tal decisión legislativa, además de regular el comportamiento, también regulará problemáticamente el significado de la violencia obstétrica, el pensamiento alrededor del concepto, la actitud y, por consiguiente, el comportamiento (Garland, 1990).

Este trabajo está organizado en cuatro partes. En la primera parte, se presentan razones de por qué esta discusión es relevante. A tal fin, se observa que el uso del derecho penal para la sanción y prevención de la violencia obstétrica no es una novedad, sino que es una decisión legislativa que gana tracción en distintos regímenes legales del mundo. Además, se detalla cómo ciertos tratados internacionales de derechos humanos confían en el derecho penal como una herramienta adecuada para la prevención y sanción de la violencia contra la mujer. En la segunda parte, este trabajo muestra, a modo introductorio, cómo la violencia obstétrica funciona como violencia de género contra las mujeres. Aquí explico cómo el accionar del personal médico conceptualiza a la mujer embarazada y su cuerpo y, a su vez, cómo ese accionar se propone *dominar* a las mujeres embarazadas con la función de afirmar su supremacía sobre ellas y *suprimir* acciones que no se ajusten a esa supremacía médica (Gómez, 2005). En la tercera parte de este trabajo analizo, por un lado, los problemas de técnica legislativa que contienen los delitos especiales por violencia obstétrica en América Latina. Por otro lado, expongo los límites de la responsabilidad penal para contener esta problemática social y, así, pongo en cuestión la confianza que los tratados internacionales depositan en ella como herramientas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica. Finalmente, a modo de conclusión, en la cuarta parte resumo las reflexiones vertidas a lo largo del capítulo.

### *La violencia obstétrica y el derecho penal: una relación incipiente*

Pronto dejará de ser una novedad la decisión legislativa de crear un delito de violencia obstétrica que asigne responsabilidad penal y castigo contra el personal de salud o quien lo cometiére. En América Latina al menos dos países ya prevén este delito: Venezuela y tres estados de México: Chiapas, Veracruz y Guerrero. En el resto de América Latina, se han presentado proyectos de ley en Chile (Carvajal & Hernando, 2015), Colombia (Blel Scaff, 2017), Costa Rica (Redondo Poveda, 2015) y Guatemala (Hernández Herrera *et al.*, 2018). Estos proyectos proponen un delito especial de violencia obstétrica y prescriben diferentes castigos como el económico, de inhabilitación profesional o de privación de la libertad. En Italia se presentó también un proyecto de ley que

introduce castigo de privación de la libertad para el personal de salud frente a la comisión de violencia obstétrica (Zaccagnini, 2016). Las leyes existentes y estos proyectos de ley muestran que se considera necesaria una respuesta legal a esta problemática. Bajo la finalidad de proteger la salud, autonomía y dignidad de la mujer, esa respuesta puede involucrar la responsabilidad penal y al poder punitivo del Estado.

Pues bien, ¿por qué resulta necesario recurrir al derecho penal como respuesta legal? En esta sección propongo dos respuestas. Por un lado, digo que el llamado al derecho penal —como pertinente para prevenir y sancionar la violencia obstétrica— radica en la conceptualización de los maltratos y abusos como violencia. Por otro lado, explico que este llamado es más bien un mandato constitucional del derecho internacional de los derechos humanos. Este argumento es paradigmáticamente aplicable en América pues una gran cantidad de Estados reconocen explícitamente la jerarquía supraconstitucional o constitucional de los tratados internacionales de derechos humanos (Uprimny, 2011). De este modo, esta sección muestra cómo la decisión legislativa de crear un delito de violencia obstétrica resulta, en principio, razonable y una exigencia del derecho internacional de los derechos humanos para que las mujeres puedan gozar de sus derechos.

En América Latina, el abuso y el maltrato de las mujeres embarazadas han sido conceptualizados y se reconocen, cada vez con más fuerza, como violencia. La observación y la recopilación de testimonios por parte de distintas disciplinas sobre víctimas del abuso y el maltrato han visibilizado la problemática. Así, por ejemplo, ya en Argentina en la década de 1990 se entendió a la negativa por parte del personal de salud a brindar información a la mujer embarazada, el maltrato verbal, la práctica de intervenciones médicas sin consentimiento en los servicios de salud materna como violencia hacia la mujer y como violencia institucional (Giberti & Fernández, 1992; Fernández, 1993; Checa & Rosenberg, 1998; Larguía, 1998). Del mismo modo, en Brasil a comienzos del siglo XXI, también se identificó como violencia el rechazo a la atención obstétrica oportuna o de emergencia al igual que el abuso sexual, psicológico y físico (D'Oliveira *et al.*, 2002). Finalmente, en Perú también se ha identificado al trato coercitivo, humillante y discriminatorio como violencia, así como también la denegatoria de información sobre tratamientos, la agresión física y la práctica de sufrimientos innecesarios (CLADEM & CRLP, 1998). Castrillo explica que estos estudios observacionales y cualitativos basados en entrevistas son una valoración moral que se realiza desde cierta distancia frente al hecho ocurrido. También es una decisión de visibilizar para luego disputar y deslegitimar la acción, el saber y el poder médico-profesional por ser violento e injusto (Castrillo, 2016).

De este modo, esos trabajos —realizados desde la sociología, la antropología médica, la medicina, la salud pública, la psicología, entre otras disciplinas, sobre el abuso y el maltrato hacia mujeres embarazadas como violencia— muestran la existencia y la gravedad del problema. Por un lado, identifican y distinguen prácticas o saberes médicos ineficaces, agresivos, o inseguros, de aquellas otras intervenciones eficaces, seguras y respetuosas. Por el otro lado, muestran que el abuso y maltrato contra las mujeres embarazadas refleja, en una gran cantidad de casos, una discriminación ulterior: la violencia se dirige contra las mujeres por el solo hecho de serlo en el marco de un servicio, en principio, dirigido únicamente a mujeres<sup>14</sup>. Finalmente, esos trabajos, desde distintas disciplinas nos indican cómo esas prácticas afectan a la mortalidad y morbilidad materna. Todo ello enmarca a la violencia obstétrica como un asunto de justicia social, en donde trabajadores de la salud, agentes estatales e instituciones de la salud públicos y privados, entre otros, atentan contra la integridad física y psíquica de las mujeres y contra la igualdad (Cook, 1998; Checa & Rosenberg, 1998). Así, los movimientos sociales y las distintas disciplinas encauzan esta injusticia social a través del derecho, y en particular del lenguaje de los derechos sexuales y reproductivos, como una demanda por la igualdad y por la protección del bienestar de las mujeres embarazadas por parte del Estado y como un reclamo por reparación y castigo para sus víctimas (Cook *et al.*, 2000; Belli, 2013; Erdman, 2015; Sesia, 2017). De este modo, la creación de leyes sobre maternidad respetada o de prevención, erradicación y sanción de la violencia contra las mujeres son expresiones de una sociedad que aspira a prevenir y remediar esta injusticia social. Dada la gravedad y la extraordinaria persistencia en el tiempo de la violencia obstétrica como problema social es que resulta razonable recurrir a un derecho penal excepcional en donde un delito penal específico refleje la severidad de la cuestión.

Asimismo, también se puede argumentar que el derecho penal es relevante para la prevención y sanción de la violencia obstétrica porque es un mandato hacia los Estados por parte del derecho internacional de los derechos humanos. Esto es así para aquellos países que hayan incorporado tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía supraconstitucional o

---

<sup>14</sup>He aprendido que la violencia obstétrica no es más una problemática que únicamente afecta a las mujeres, sino a las personas gestantes en general. Si bien los trabajos de distintas disciplinas sobre esta problemática se han concentrado en la mujer gestante, soy consciente de que el abuso, el maltrato y la atención obstétrica/maternal de mala calidad afecta a diferentes individualidades de personas gestantes. No obstante ello, si bien soy consciente de que mi abordaje debe ser inclusivo, no me adentraré a desarrollar este nuevo paradigma dentro de la salud materna y la violencia contra la mujer debido a límites de extensión de este capítulo. Restará problematizar en el futuro si las respuestas legales aquí estudiadas construyen un género y, por consiguiente, neutralizan y excluyen otros géneros.

constitucional, mediante los procedimientos prescriptos por su orden legal interno. Por ejemplo, consideremos los mandatos de dos instrumentos internacionales de derechos humanos relevantes al tema aquí en estudio: La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de Naciones Unidas, y la Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará), de la Organización de los Estados Americanos (OEA). La ratificación de estas convenciones no solo reconoce e incorpora ciertos derechos humanos al orden legal interno de cada Estado parte; además ordena, en primer lugar, la prohibición legal de toda discriminación contra la mujer y, en segundo lugar, legislación penal que efectivamente sancione y erradique la violencia contra la mujer (Beloff & Kierszenbaum, 2018). La lectura más literal de estos instrumentos internacionales no solo exige la criminalización de acciones que discriminan o implican violencia contra las mujeres, también exigen la creación de delitos y procedimientos judiciales eficaces.

Así, la redacción de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, en su artículo 2 inciso b, establece que los Estados Partes se comprometen a “...adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer” (Naciones Unidas, 1981). El Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) en su Recomendación General No. 19 explicitó que “los Estados Partes adopten todas las medidas jurídicas y de otra índole que sean necesarias para proteger eficazmente a las mujeres contra la violencia”. En particular, recomienda “...medidas jurídicas eficaces, como sanciones penales, recursos civiles e indemnización para protegerlas contra todo tipo de violencia” (UN-CEDAW, 1992). En igual sentido, Rashida Manjoo, relatora especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, en su informe de 2013 recomendó que, conforme al deber de debida diligencia de los Estados Partes, ellos deben “...cumplir su responsabilidad de proteger, prevenir y castigar mediante [...] la adopción o modificación de leyes” (Manjoo, 2013). Asimismo, la relatora especial expresó que los Estados tienen la obligación de investigar todos los actos de violencia contra la mujer y que las sanciones por violencia contra la mujer sean “...lo suficientemente severas como para actuar de elemento disuasorio para conductas futuras [y] contengan y disuadan a los delincuentes” (Manjoo, 2013). Posteriormente, el CEDAW encomendó de modo insoslayable:

...que todas las formas de violencia por razón de género contra la mujer en todas las esferas que constituyan una violación a su integridad física, sexual o psicológica se tipifiquen como delito e introducir,

sin demora, o reforzar, sanciones legales proporcionales al delito, así como recursos civiles. (UN-CEDAW, 2017, p. 12-13)

En el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, la Convención de Belém do Pará prescribe en su artículo 7 inciso b que los Estados Partes convienen en “actuar con debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer.” Luego, en su artículo 7 inciso c, sostiene que los Estados Partes convienen en “incluir en su legislación interna normas penales [...] para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer” (OEA, 1994). Conforme el mandato de este instrumento internacional, su órgano de monitoreo para el efectivo cumplimiento de la Convención —el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI)— expresó:

...el deber de prevención requiere que los Estados atiendan efectivamente las violaciones a los derechos humanos de las mujeres como un hecho ilícito [...] es necesario establecer contra las y los funcionarios responsables, principalmente el código penal, ya sea como delito separado o estipulando agravante. (OEA-MESECVI, 2017)

Respecto a la violencia obstétrica, el MESECVI recomendó a los Estados Partes, en diferentes oportunidades, que “penalicen la violencia obstétrica” (OEA-MESECVI, 2012; 2015).

Sobre la base de lo prescripto en estos diferentes instrumentos del derecho internacional de derechos humanos, Beloff y Kierszenbaum explican que el mandato de criminalización cumple la “función de garantía secundaria” del derecho fundamental a proteger. Sin la existencia de la criminalización, podría ocurrir que la mera prohibición legal de incurrir en una violación de derechos fundamentales de las mujeres carezca de eficacia (Beloff & Kierszenbaum, 2018). Así, la decisión legislativa de crear un delito especial de violencia obstétrica confirma y expresa la voluntad de la sociedad de proteger un valor fundamental y crucial para la vida de las mujeres y asegurar el respeto a sus derechos. Por lo tanto, la creación de un delito de violencia obstétrica, por un lado, resulta una respuesta legal frente a una problemática social perversa y extendida en el tiempo dentro de los servicios de salud materna. A su vez, es el mandato existente en varios instrumentos de derecho internacional para la protección efectiva de la vida y el bienestar de las mujeres frente a la violencia.

En la próxima sección expongo en qué modos los actos de violencia obstétrica expresan una violencia de género contra las mujeres exclusiva y únicamente por el hecho de ser mujeres. Ello permite analizar cómo la

tipificación de los delitos de violencia obstétrica captura las particularidades de esta violencia de género y las interseccionalidades presentes en ella. Cabe recordar que este trabajo no argumenta que el derecho penal no debe tener injerencia alguna en la protección de la mujer contra la violencia obstétrica, sino que busca mostrar en qué modos la creación de un delito específico de violencia obstétrica afecta la resistencia contra dicha problemática tanto para la relación mujer embarazada-personal de salud y para el activismo y las ciencias sociales que reflexionan sobre ella.

### *¿Cómo es la violencia obstétrica una violencia de género?*

Expongo aquí una respuesta a esta pregunta a partir de la reflexión de distintas disciplinas como la salud pública, la antropología médica, la sociología, la psicología y los estudios críticos de género, entre otras. A modo de resumen, aquí se muestra cómo ciertas prácticas médicas consideradas innecesarias y dañinas para las mujeres embarazadas fueron conceptualizadas primero como injerencias abusivas y maltratos, y práctica obstétrica de mala calidad, para luego ser conceptualizadas como violencia de género contra la mujer. Para esto, en una primera sección, a partir del trabajo de distintas disciplinas, se identifican las prácticas médicas como también determinadas falencias en el sistema de salud que afectan a las mujeres embarazadas. Así se verá en qué modos se interfiere en el bienestar de las mujeres y su gravedad. Una segunda sección revela, desde la psicología y estudios de género, las motivaciones detrás de dichas prácticas, aquello que comunican y construyen en los diferentes cuerpos que afectan. Estos trabajos destacan el carácter violento del abuso y el maltrato en los servicios de salud materna contra la mujer.

### *Abusos, maltratos y prácticas médicas de mala calidad en servicios de salud materna*

Los estudios de salud pública, sociología y antropología médica han identificado, a grandes rasgos, al menos tres grandes formas de explicar cómo se expresa la violencia obstétrica. Por un lado, están los abusos, maltratos y tratos indignos que sufren las mujeres embarazadas a largo de los servicios de salud materna: prenatal, trabajo de parto, parto, posparto y puerperio. Por otro lado, está la práctica clínica de mala calidad que involucran las intervenciones forzadas, rutinarias o que no se apegan a la evidencia científica o a las guías y recomendaciones de buena práctica clínica, la sobremedicalización.

Y, finalmente, aquellas prácticas o hechos que involucran a establecimientos de salud, el Estado y otros actores estatales que afectan a la mujer embarazada en los servicios de salud materna. Ellos pueden ser la restricción física o privación de la libertad por parte del establecimiento médico o por agentes carcelarios; la falta de recursos físicos en el establecimiento de salud; o la falta de establecimientos médicos dentro de una población.

Respecto al abuso, maltrato y trato indigno, la investigación de Bowser y Hill identifica un abanico de prácticas médicas e institucionales que se han descrito bajo siete categorías: abuso físico, tratamientos no consentidos, ausencia de confidencialidad en el tratamiento, abuso verbal, discriminación, denegar atención de salud materna y privación de la libertad en instituciones de salud (Bowser & Hill, 2010). Acerca de aquellas prácticas clínico-obstétricas que no se ajustan a la medicina basada en la evidencia, refieren a intervenciones que no son seguras, o no son eficaces, o se rehúsan a ejercer una atención personalizada, o que resultan ser inapropiadas o innecesarias debido a los riesgos que conllevan frente los pocos beneficios que traen a la salud de la mujer embarazada (Miller & Lalonde, 2015; WHO, 2014).

En cuanto a prácticas o hechos que expresan el carácter estructural e institucional de la violencia obstétrica, se puede destacar la ausencia de recursos y calidad inapropiada en servicios que afectan la privacidad e intimidad en las salas de trabajo de parto y parto; como también condiciones de baja calidad de temperatura e iluminación. A ello también se suma el problema de inaccesibilidad a servicios de salud materna sea por condición geográfica, cultural o económica (Abalos *et al.*, 2017). Particularmente ligado a la inaccesibilidad económica, mujeres embarazadas han sido sujetas a abusos físicos y privación ilegítima de la libertad en establecimientos médicos (Bowser & Hill, 2010). Finalmente, también se ha registrado la privación ilegítima de la libertad —que afecta la libre movilidad, la dignidad y la integridad física de la mujer embarazada— por parte de fuerzas seguridad contra mujeres embarazadas prisioneras. Ello se ha expresado a través de la custodia y atosigamiento policial en servicios de salud materna, durante el parto y, además, con la aplicación de grilletes a la mujer embarazada prisionera durante el trabajo de parto y parto (Dignam & Adashi, 2014; Herrera Vacaflor, 2016).

### *De los abusos y maltratos a la violencia: un estudio de motivaciones y significados*

¿Cómo se han conceptualizado dichas prácticas como violencia contra la mujer? Pues bien, aquí se considera la reflexión de Castrillo que entiende que

debemos concentrarnos en cómo las víctimas construyen y dan significado a las prácticas que sufren, como también al rol de los testigos de esas prácticas que las visibilizan y conceptualizan acorde a su perspectiva de análisis (Castrillo, 2016). Esto porque, según explica Castrillo, la valoración de lo violento es subjetivo y construido de modo disímil por las distintas partes involucradas. Así, por ejemplo, respecto a las agresiones y maltratos que sufren las mujeres embarazadas, “victimarios” o personal de salud han expresado: “el problema son ellos mismos [los pacientes], ellos son su problema” (Vega, 2017, p. 492). Se requiere entonces considerar los testimonios y cuestionamientos al paradigma vigente de atención en salud materna, para atender al derecho a la autonomía, la dignidad y la integridad física de la mujer embarazada (Castrillo, 2016).

Desde la psicología, Fernández ha conceptualizado que la maternidad es el estatus y función social que es emplazado en la mujer por parte del proyecto social (Fernández, 1993). Así, las fuerzas sociales producen significados que constituyen individuos, funciones y proyectos. En consecuencia, dichas fuerzas sociales le adscriben a la mujer el proyecto de la reproducción como maternidad: algo natural y aprendido; el concepto de *instinto maternal* opera como herramienta bajo la cual el proyecto social construye en la mujer procesos psíquicos, culturales y sociales que guiarán su conducta como si fuesen propios y deseados (Fernández, 1993). Sobre esta base, en el paradigma vigente de salud materna, observado desde la sociología y la antropología médica, toda acción y reacción no conformista o resistente a ese “instinto maternal” o proyecto de maternidad se le responde con una agresión, un maltrato, un abuso, una intervención médica innecesaria y riesgosa o no consentida para su salud por parte del personal de salud (Checa, 1996; Larguía, 1998; INSGENAR, 2003; Magnone, 2010; GIRE, 2013). Esa respuesta por parte del actual paradigma de salud materna y sus operadores, el personal de salud, funciona como una práctica de dominación cuyo objetivo es dual: por un lado, en términos de Gómez, a través de la práctica violenta se pretende advertir a la mujer embarazada sobre la “conveniencia” o “necesidad” de que desista de la subordinación y que se encarrile dentro del proyecto social; y por otro lado, así se le muestra a la mujer embarazada la jerarquía existente en donde su subordinación “es instrumental” para el orden del saber-conocer-actuar médico (Gómez, 2005). De este modo, en las prácticas presentes en la violencia obstétrica, las intervenciones del personal médico operan de manera performativa una identidad de género en la mujer embarazada sobre la base de estereotipos que sirven al proyecto social patriarcal de mujer-madre (Gómez, 2005; Cook *et al.*, 2010): un cuerpo pasivo, sumiso, obediente, cuyas reacciones contra esa jerarquía pueden ser la histeria, el nerviosismo, la

irracionalidad, la irresponsabilidad por no procurar otra vida, la ausencia de amor (Fernández, 1993).

Esta construcción o corrección a la identidad de las mujeres a través de la violencia en los servicios de salud materna no afecta a todas uniformemente. La violencia obstétrica no solo ocurre por el hecho de ser mujer, en ocasiones la discriminación, la comunicación del dominio médico sobre la mujer se expresa por razones de raza, clase socioeconómica, creencia religiosa, entre otras dimensiones de desigualdad en las que operan estas interseccionalidades. Así, dentro de la violencia obstétrica se pueden “coconstruir” opresiones que se relacionan entre sí (Granzka, 2014). Por ejemplo, la violencia obstétrica ejercida sobre mujeres embarazadas indígenas en casos donde el establecimiento médico se rehúsa a proveer atención obstétrica o realiza esterilización involuntaria construye y emplaza una identidad distinta sobre esa mujer. Gómez explica que la violencia puede tener un uso “excluyente” cuyo propósito es “aniquilar al otro u otra antes que mantenerlo como inferior o subordinado” (Gómez, 2005, p. 28). Este empleo de la violencia, sostiene Gómez, resulta paradigmático aplicado a casos donde la lógica de definición de “nosotros” frente al “ellos” entendido bajo la “igualdad homogenizada” cobra cierta ansiedad cuando esa “otredad” no es “visible”: casos de violencia por prejuicio sexual (Gómez, 2005, p. 30). No obstante, aquí mantengo que ciertas expresiones de violencia obstétrica, como en los ejemplos recién señalados contra mujeres indígenas, sí comunican esa connotación excluyente.

La negación a proveer atención obstétrica de emergencia a una mujer indígena, quien como consecuencia de ello realiza su parto en el pasto de las inmediaciones de la institución médica resulta un ejemplo del poder excluyente de la violencia. Ese caso es el de Irma, una mujer originaria de Jalapa de Díaz, un municipio indígena mazateco del estado de Oaxaca en México. Luego de lo ocurrido, el personal clínico de esa institución, el responsable de la jurisdicción sanitaria, y el secretario de Salud de Oaxaca excusaron la negación a proveer tratamiento médico sobre la base de que Irma no comunicó su emergencia en castellano, sino en lengua mazateca. Así, según ellos, Irma fue responsable de no explicar su problema. Esto fue refutado por Irma al explicar lo sucedido en español (Sesia, 2017). De similar modo, el Programa Nacional de Planificación Familiar que llevó a cabo Fujimori en Perú, cuyo propósito era disminuir la pobreza y alcanzar el crecimiento económico por medio de la reducción poblacional, también comunica el poder excluyente de la violencia. Dicho plan, que preveía metas semanales de esterilizaciones quirúrgicas, ordenó a las instituciones de salud y al personal médico coaccionar y forzar a las mujeres a realizarse esterilizaciones quirúrgicas. Esto impactó de modo más desproporcionado en mujeres pobres, rurales e

indígenas en Perú (Ewig, 2010). Gómez afirma que en el uso excluyente de la violencia ocurre que “el perpetrador no solo afirma su identidad sino también la identidad de quien suprime” (Gómez, 2005, p. 30). Así, el perpetrador “reescribe” la identidad de su víctima y la construye bajo su propósito. En los ejemplos señalados en México y Perú, la violencia obstétrica “reescribe” a las mujeres indígenas como sujetos “hiperfértils” cuya reproducción o existencia dentro de una sociedad significan una barrera para metas de reducción de pobreza o atención médica y, por consiguiente, deben ser excluidas de la sociedad. Este uso excluyente de la violencia muestra cómo la violencia obstétrica puede afectar de modo distinto a mujeres por razones de raza, estatus socioeconómico, creencia religiosa, entre otras dimensiones de desigualdad.

Esta sección presentó cómo la violencia obstétrica es una violencia contra las mujeres. Los abusos y maltratos, tanto en la provisión como en las intervenciones médicas del personal de salud contra las mujeres embarazadas, son violentos al expresarse como método de dominación. Asimismo, el personal médico clasifica los deseos y decisiones reproductivas como subversivos; en consecuencia, aplican un método de jerarquización que “re-escribe” a las mujeres como madres que deben ser pasivas, dóciles, y obedientes al proyecto social de reproducir acorde a su saber-actuar-poder. También vimos cómo el uso excluyente de la violencia expresa el propósito de suprimir la vida y reproducción de mujeres por razones de raza, estatus socioeconómico o creencia religiosa, entre otras dimensiones. En la siguiente sección, expongo cómo el delito de violencia obstétrica ha sido legislado en dos países de América Latina y cómo esos delitos enmarcan lo que analizamos en esta sección y cómo, en general, la criminalización de la violencia obstétrica puede afectar la relación mujer embarazada-personal médico, los derechos sexuales y reproductivos y la reflexión sobre esta problemática.

### *El delito de violencia obstétrica: ¿cómo funciona y cómo afecta a la defensa del parto respetado?*

Hasta ahora vimos cómo el abuso, el maltrato y las deficientes políticas de salud materna han sido conceptualizados como violencia contra la mujer. He mostrado cómo diferentes disciplinas dentro de las ciencias sociales, a grandes rasgos, han consensuado en que la violencia obstétrica es un fenómeno social perverso que históricamente afecta y ha afectado el bienestar, la autonomía, y la privacidad de las mujeres. Frente a ello, señalé que la protección de la vida y el respeto por los derechos de la mujer embarazada se encauzaron a través del lenguaje de los derechos humanos, en particular, los derechos sexuales y

reproductivos. A través de este lenguaje es que se ha reconocido, y paradigmáticamente en América Latina, el derecho de la mujer a cursar un parto seguro, digno, y respetuoso. Asimismo, diferentes estados, por ejemplo, en América Latina, han asumido el compromiso de erradicar, prevenir y sancionar la violencia obstétrica. En ciertas jurisdicciones, frente al reconocimiento de este fenómeno social perverso se acudió al sistema penal y, en concreto, a la creación de la figura de un delito para combatir la conducta indeseada. Este trabajo también mostró cómo el llamado al sistema penal para que intervenga ante el problema es una decisión razonable y exigida por el derecho internacional.

Esta sección cuestiona la intervención del sistema penal en el abuso y maltrato contra la mujer embarazada en los servicios de salud materna. Para ello, la crítica descansa en dos diferentes aspectos. Por un lado, brindo una crítica teórica que discute el modo en que el derecho penal comprende este fenómeno de abuso y maltrato a la mujer embarazada. Señalo que la violencia obstétrica, fenómeno producto de la desigualdad de géneros y la discriminación, requiere soluciones específicas y replanteos estructurales que tiendan a identificar y modificar su origen social. Por otro lado, analizo cómo el derecho penal comprende a la violencia obstétrica en las jurisdicciones donde se ha legislado como un delito especial. A tal fin, tomo como ejemplo los delitos de violencia obstétrica que actualmente operan en el Estado de Veracruz (México) y en Venezuela. El análisis muestra, en primer lugar, los problemas asociados a cómo la redacción de un delito especial comprende a la violencia obstétrica y así asienta un significado del fenómeno para el derecho. En segundo lugar, señalo que la redacción de ese delito especial en Veracruz y Venezuela no protege a todas las mujeres en el ámbito de la salud materna y, a su vez, no contempla un abordaje amplio sobre qué constituye violencia obstétrica.

Sobre la base de estos argumentos sostengo que la intervención del derecho penal en la violencia obstétrica —a través de un delito penal especial— enfrenta grandes problemas en la comprensión integral de este fenómeno social. En consecuencia, el abordaje insuficiente del sistema penal se observa en la forma en que se ha redactado el delito en Venezuela y Veracruz, los cuales no logran una efectiva protección y prevención de violencia obstétrica tal como ha sido exigido por distintos organismos de derecho internacional.

### *La intervención penal para contener la violencia obstétrica*

Cierta bibliografía que reflexiona sobre la violencia obstétrica considera que la creación de un delito especial de violencia obstétrica es necesaria. Este pedido de intervención al sistema penal se justifica, por un lado, en la

necesidad de que haya una comprensión de la gravedad de la problemática. Frente a su extensión en la historia y el impacto de la violencia obstétrica en la mortalidad y morbilidad materna de un país, las autoras han destacado que las acciones y omisiones del personal médico que dañan a las mujeres no pueden permanecer sin que el Estado establezca algún mecanismo de responsabilidad penal (Pickles, 2015; Borges, 2018). Por otro lado, este llamado al derecho penal se ha esgrimido a partir del poder simbólico que ello ejerce en la sociedad para producir un cambio de percepción respecto de las prácticas abusivas, maltratos que se han naturalizado e intervenciones dañinas e inseguras hacia mujeres embarazadas (Borges, 2018). Finalmente, Montiel reflexiona sobre la violencia obstétrica como hecho punible y señala que la inclusión de un delito penal específico refuerza la protección de la salud, la integridad corporal y la vida de las mujeres ya reconocida como derechos fundamentales por el sistema jurídico de un Estado (Montiel, 2017). A su vez, reconoce que una sanción penal podría contribuir a erradicar este tipo de violencia de los servicios de salud materna (Montiel, 2017). Sobre la base de todo ello, podríamos resumir que la intervención del derecho penal en la violencia obstétrica nos interpela a que comprendamos la gravedad del fenómeno; representa un punto de inflexión en nuestra sociedad que ahora reconoce que este tipo de violencia está prohibido y debe condenarse; y funciona como una garantía secundaria de los derechos fundamentales de las mujeres (Beloff & Kierszenbaum, 2018).

Sin embargo, la criminología crítica cuestiona esa enérgica retórica de la “seguridad a través de la pena” que goza de un gran apoyo popular y deposita una confianza de la sociedad en las instituciones del Estado (Larrauri, 2007). Garland sostiene que estos modos de expresión punitiva, si bien tienen como objetivo proteger a las víctimas, escucharlas y permitirles comunicar rabia, también provocan una segregación punitiva. Por un lado, esta segregación punitiva funciona como un registro instrumental para la protección ciudadana y la administración del riesgo y, respecto del autor del delito, se lo sujeta a largas condenas y a una existencia en adelante etiquetada. Por otro lado, el ideal de la protección ciudadana y la expresión de sus sentimientos se instrumentan sin un análisis serio y carecen de un estudio serio sobre costos o proyecciones estadísticas de la efectividad de la intervención penal (Garland, 2007).

Con relación a la violencia de género, Larrauri sostiene que la respuesta brindada por el derecho penal fracasa en capturar este fenómeno estructural como violencia de género, dado que el derecho penal, por sí solo, no captura las ramificaciones sistémicas de la violencia institucional y de la desigualdad de género y, por consiguiente, no las combate (Larrauri, 2007). En cambio, en el sistema penal lo que sucede es individualizar la problemática en un autor de la conducta disvaliosa a la cual se la acusa y se investiga y juzga

una acción. En este caso, un delito específico sobre violencia obstétrica, una violencia de la cual aún se investiga sus orígenes y cuyas dimensiones son estructurales. De este modo, en cierto punto, las distintas expresiones de la violencia de género se pueden reducir a “casos aislados”, en ignorancia de su común trasfondo sociológico, y así dejar intacto el contexto social sistémico que lo construye y disemina (Gómez, 2005). Depositar una gran confianza en el sistema penal como herramienta necesaria contra la violencia obstétrica puede ser insuficiente y causar una desatención por parte del Estado en identificar el origen social de poder de dominación dentro del personal de salud (Castro, 2015). Castro muestra este problema en la violencia obstétrica en los modos en que se lo ignora como un problema sociológico dentro del sistema de salud y sus actores. Así, se conceptualizan a los maltratos y abusos en salud materna como lo hace el discurso médico hegemónico, “un mero problema en la calidad de atención”, o como una “crisis de valores que enfrenta la medicina actual”, o como “un problema de la realidad cultural en la ética médica” (Castro, 2015; Montiel, 2017).

Los estudios sociológicos de Castro sobre el *habitus* médico en México ofrecen evidencia de cómo los prestadores de servicios de salud sufren violencia a lo largo del proceso de formación en donde conviven y se acomodan dentro de un campo autoritario y jerárquico. Frente a esa identificación del origen social del abuso, el maltrato y la desigualdad de género en la formación médica, Castro muestra como esto afecta a las usuarias en la prestación de servicios de salud materna. Por ejemplo, se evidencia en los desafíos éticos que enfrentan los estudiantes de medicina durante su práctica de residencia en servicios de obstetricia en Argentina. Rubashkin y Minckas estudian los dilemas éticos de un estudiante extranjero cuya práctica de residencia se llevó a cabo en un área de obstetricia de alto riesgo en un hospital de Buenos Aires. A través de un análisis cualitativo, los autores relatan como el estudiante observa cómo ocurre el abuso y el maltrato en la atención obstétrica, pero al no encontrar reacción de su entorno durante la atención entiende que dichas prácticas han sido naturalizadas e internalizadas como conductas “razonables” o de “sentido común” (Rubashkin & Minckas, 2018).

Sobre la base de esta evidencia, es importante destacar los problemas presentes al decidir dar intervención al derecho penal en la prevención y sanción de la violencia obstétrica. El abordaje a partir del derecho penal de la violencia de género en general requiere de un seguimiento sobre su efectividad. Para ello es importante comprender integralmente la problemática, su trasfondo sociológico, por ejemplo. A partir de ello, medir la percepción de abusos y maltratos en el tiempo, realizar evaluaciones sobre si las mujeres se sienten tratadas de forma justa por el sistema penal o de forma adecuada por

los trabajadores de la salud, son criterios que pueden mostrar si disminuye la violencia. Por el contrario, medir el número de denuncias (penales) o de sentencias usualmente son consideradas trampas ya que no se puede evaluar el éxito de la intervención penal a partir de “cómo aumenta el tamaño del problema” (Larrauri, 2011). Aquí radica uno de los problemas del MESECVI, que mide el cumplimiento de esa Convención a partir del número de sentencias sobre violencia obstétrica (OEA-MESECVI, 2017).

### *¿Cómo comprende el derecho penal a la violencia obstétrica?*

Aquí analizo cómo funciona el delito de violencia obstétrica tal como ha sido redactado en dos jurisdicciones sobre las cuales actualmente opera: Venezuela y México. A partir de ello también muestro cómo el derecho penal desatiende ciertos aspectos de la violencia obstétrica tal cual como ha sido prescripto y cómo afecta la relación mujer embarazada-personal de salud, y cómo el derecho penal construye un significado de qué es la violencia obstétrica, el cual difiere de su continua conceptualización por parte de otras ciencias sociales.

Venezuela, en su Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia prescribió el delito de violencia obstétrica que enumera un listado específico de acciones y omisiones ejecutados por personal de salud que constituyen un delito a la vez que establece una pena económica. El artículo 51 establece que los siguientes son actos constitutivos del delito:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. 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.
4. 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.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), 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. (República Bolivariana de Venezuela, 2007)

Respecto de México, presentamos el delito de violencia obstétrica legislado por el Estado de Guerrero. En México no existe un delito especial de violencia obstétrica legislado a nivel nacional, pero distintos Estados de su unión optaron por tipificar ese delito; ellos son: Guerrero, Chiapas y Veracruz (GIRE, 2015). Aquí presentaremos el delito de violencia obstétrica legislado en Guerrero porque tiene una redacción distinta a la venezolana. El Estado de Guerrero prescribe en su artículo 202 un delito general de violencia de género que establece:

...se le impondrán de dos a ocho años de prisión y multa de doscientos a quinientos días de salario mínimo a quien por razones de género, cause a persona de otro sexo, daño o sufrimiento económico, físico, obstétrico, patrimonial, psicológico, sexual o laboral tanto en el ámbito privado como en el público, afectando los derechos humanos o la dignidad de las personas. (Estado Libre y Soberano de Guerrero, 2019)

El código penal de Guerrero define cómo entiende la violencia obstétrica a los efectos del delito sábana de violencia de género del siguiente modo:

Artículo 203. Definiciones: [...] III. Violencia Obstétrica: Acción u omisión intencional por parte del personal de la salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia en su atención médica que se exprese en un trato deshumanizado en un abuso de medicación y patología de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo y sexualidad; considerando como tales, la omisión de la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. (Estado Libre y Soberano de Guerrero, 2019)

De la simple lectura de ambos delitos se puede observar, como primera diferencia, la elección de pena establecidas: mientras que Venezuela impone una pena económica, el estado de Guerrero prescribe la privación de la libertad de dos a ocho años además de una pena económica. En cierto sentido, la pena en el estado de Guerrero pretende responder al daño que sufren las mujeres con

cierto grado de reciprocidad al prever la imposición de sufrimiento a través del aprisionamiento. Por otro lado, acorde al marco de análisis propuesto por Montiel, vemos que ambas tipificaciones del delito de violencia obstétrica describen las acciones y omisiones consideradas disvaliosas por el legislador, pero hay diferencias (Montiel, 2017). Mientras que el legislador venezolano optó por enumerar ciertas acciones específicas, el legislador de Guerrero se concentra únicamente en aquellas acciones y omisiones que impidan el libre acceso a tratamientos obstétricos y la atención eficaz, o que alteren los “procesos reproductivos”. La distinción que aquí se observa revela que para los legisladores no todos los actos mencionados anteriormente como violencia obstétrica merecen pena. La determinación que hace el legislador de lo que constituye un ilícito en la redacción de estos delitos fragmenta qué se entiende por violencia obstétrica para el derecho (Montiel, 2017).

Ello es así debido a los principios constitucionales y garantías penales que rigen tanto en Venezuela como en México, pero también en la totalidad de las democracias constitucionales del mundo. El principio de legalidad ordena al Estado y sus agentes a que la asignación de responsabilidad y castigo sea sobre la base de una acción u omisión que haya sido expresamente prevista como delito a través de una ley y que ella sea vigente y previa al momento en que la acción u omisión ocurrió.

Debido a la exigencia constitucional del principio de legalidad que impera sobre el derecho penal, la decisión legislativa de crear un delito especial de violencia obstétrica exige que conceptos como la “medicalización y patologización del embarazo” presentes en la definición de violencia obstétrica deban traducirse en acciones u omisiones concretas. El legislador venezolano decidió que a los efectos del delito de violencia obstétrica medicalización y patologización del embarazo signifique que el personal de salud obligue a la mujer a parir en posición supina, aplicar técnicas de aceleración del parto sin consentimiento previo e informado, y practicar cesárea cuando es innecesaria. Así, el legislador venezolano activamente dejó afuera ciertas prácticas de medicalización declaradas dañinas e ineficaces por la Organización Mundial de la Salud como la episiotomía de rutina, la práctica de enemas o la exploración de rutina del útero (Montiel, 2017). De este modo, la redacción del delito no protege a las mujeres de acciones que disciplinan que estudian el abuso y el maltrato y la mala práctica médica han considerado violentas.

En contraposición a ello, la falta de determinación de las acciones u omisiones por parte del legislador de Guerrero también fragmenta el significado de violencia obstétrica. La alteración de los procesos reproductivos sin consentimiento voluntario, previo e informado como también la acción y omisión que impida u obstaculice la atención oportuna y eficaz pueden involucrar

un gran abanico de situaciones. Aquí el problema que se presenta es el de la proporción de la pena. En el caso de Guerrero la pena por violencia obstétrica es de dos a ocho años de prisión más pena económica; ¿un injusto penal como la episiotomía de rutina es semejante a la decisión de impedir a que la mujer embarazada sea acompañada por una persona de su confianza a lo largo del parto, trabajo de parto, posparto o puerperio? La indeterminación del injusto punible en el delito de violencia obstétrica de Guerrero podría causar una aversión al riesgo que afecte la buena práctica clínica en el ejercicio profesional. La percepción de responsabilidad penal tanto por un posible daño a la mujer embarazada como al feto por nacer puede llevar a una práctica clínica insegura debido al miedo en incurrir en negligencia (Borges, 2018). Así, la responsabilidad penal resultante de un posible daño a la mujer embarazada como al feto ofrece incentivos perversos al personal de salud, el cual deja a la mujer embarazada en igual o peor estado de desprotección (Baker, 2010).

A pesar de los problemas presentados anteriormente, el requisito de determinación de la acción u omisión constitutiva de delito de violencia obstétrica, como en el caso venezolano, pone una pausa en el proceso de construcción de sentido sobre qué es la violencia obstétrica. Ello a pesar de que dicho proceso puede variar a lo largo del tiempo en razón de cambios dentro de la sociedad, contextos sociales, entre otros (Machado & Machado, 2013). La decisión legislativa de criminalizar una violencia constituye una etapa de formalización dentro de uno de los espacios de construcción de sentido y significados. Empero, como hemos visto anteriormente, los efectos son cruciales tanto para la mujer embarazada víctima de la violencia como para el personal de salud. El carácter legal de esta etapa de formalización constituye una construcción de significados que bien puede ignorar el desarrollo del concepto de violencia obstétrica por la salud pública, la psicología, la antropología médica o los estudios de género, entre otras.

Sobre la base de lo expuesto, los ejemplos existentes de delito de violencia obstétrica en Venezuela y el Estado de Guerrero no protegen a las mujeres embarazadas de acciones que distintas disciplinas en las ciencias sociales consideran violentas. Esto se debe a la rigurosidad requerida por la Constitución sobre el derecho penal, quien ordena a los legisladores a redactar específicas acciones u omisiones que consideran punibles. De este modo, en dicha redacción opera el saber y entender de los legisladores sobre la violencia obstétrica y así construyen un nuevo significado. Como expuse aquí, en ese ejercicio, se han dejado de lado acciones y otras se han redactado de forma indeterminada. Por lo tanto, la decisión de criminalizar la violencia obstétrica obliga a los legisladores a determinar un significado necesario para proteger a la mujer embarazada; sin embargo, dicho requerimiento impide

la continuación de un abordaje amplio de la problemática puesto que nuevos abusos o maltratos o intervenciones dañinas e innecesarias no podrán incorporarse al delito sino hasta que se decida su reforma (Gherardi, 2016).

Por otra parte, en la determinación de cuáles acciones u omisiones en la violencia obstétrica constituyen un delito por parte del legislador venezolano o de Guerrero persiste la ausencia de acciones u omisiones que afectan de forma más desproporcionada a ciertas mujeres por razón de raza, religión, estatus socioeconómico, entre otras dimensiones de desigualdad. Conforme presenté anteriormente a la creación del delito de violencia obstétrica como una etapa de formalización de significados que involucra diferentes disputas, actores e instituciones, este proceso tiene el poder de visibilizar o invisibilizar el carácter interseccional de la violencia contra las mujeres. Así, cuando el derecho penal invisibiliza la posibilidad de que una mujer desee cursar su embarazo, parto o puerperio acorde a sus usos, costumbres o tradiciones, excluye la exteriorización de la identidad de mujeres indígenas. Es decir, obliga a que la mujer indígena víctima deba argumentar en un futuro proceso penal que la voluntad de cursar su parto de acuerdo a sus tradiciones constituye una acción que desafió el modo en que el saber-actuar-poder médico “reescribe” la identidad de mujeres indígenas en la atención de salud materna. Ello significa una barrera más para que mujeres indígenas puedan acceder a la justicia.

Es necesario que haya una reflexión crítica sobre el abordaje de la violencia obstétrica a partir del derecho penal. Si, en efecto, se decide dar curso a dicha intervención, la construcción de la responsabilidad penal por violencia obstétrica debe identificar y considerar las particularidades del origen social del abuso y el maltrato en los prestadores de servicios de salud materna. Este ejercicio crítico puede mostrar que al optar por un pena, como la privación de la libertad, se “resuelve” una violencia cuyo génesis puede radicar en el abuso y el maltrato presente en la formación de ese prestador de salud, con el sufrimiento impartido por el Estado (Machado & Machado, 2013). Finalmente, el análisis de los problemas sobre cómo los delitos de violencia obstétrica en Venezuela y en el Estado de Guerrero comprenden a la problemática muestran que una pobre técnica de redacción del hecho punible puede desproteger y dejar en mayor grado de vulnerabilidad a las mujeres por razón de raza, religión, u origen social, entre otros.

## Conclusiones

La tipificación de un delito especial de violencia obstétrica puede ser una decisión legislativa razonable, pero no es una respuesta legal obvia. Si bien la

violencia obstétrica representa una expresión de la violencia institucional y la desigualdad de género bajo la cual el saber-actuar-poder médico jerarquiza la profesión médica sobre las mujeres embarazadas —a través del abuso y el maltrato— los deseos reproductivos “subversivos” de las mujeres, buscar la responsabilidad penal para esos prestadores de salud representará un problema para el movimiento de y la reflexión sobre el parto respetado.

Este capítulo mostró los problemas presentes en actuales esfuerzos legislativos que criminalizaron la violencia obstétrica. Se identificaron diferentes formas en la técnica legislativa empleada para determinar cuáles acciones u omisiones que constituyen violencia obstétrica afectan el universo de víctimas reconocidas, la posible desproporción entre los hechos punibles y las penas, y el abordaje estructural de la problemática. Asimismo, se destacó cómo estudios sociológicos han aportado evidencia de que el origen social de la violencia obstétrica impartida por el personal de salud puede radicar en el abuso y maltrato experimentado durante su formación médica, dentro de un campo igualmente jerarquizado y *genderizado*. Ello se presentó como razón para argumentar contra la imposición de penas que inflijan sufrimiento como la privación de la libertad para los responsables por violencia obstétrica. La promesa de un castigo por parte del Estado como respuesta a la violencia obstétrica puede afectar otros canales de diálogo por los cuales el Estado o sus políticas públicas deban atender el origen social de dichas prácticas en la profesión de salud.

Las razones que este capítulo presentó respecto a cómo un delito especial de violencia obstétrica afecta un abordaje estructural de la problemática en ningún sentido pretende sostener que el derecho penal sea una respuesta inválida. No hay suficiente evidencia que muestre cómo funciona la aplicación del delito de violencia obstétrica en los regímenes donde ha sido prescripto. Sobre todo, cuando sí hay evidencia, en principio, a una reticencia por parte de fiscales en imputar al personal de salud (Díaz-Tello, 2016). A su vez, en el estado de Guerrero, pese a que el delito de violencia obstétrica está operativo desde 2014, la reflexión académica o el activismo legal no ha dado con jurisprudencia o evidencia de procedimientos penales en curso a pesar de que ese estado está entre los de mayor cantidad de denuncias administrativas por violencia obstétrica en México (Castro & Frías, 2019). Ello debe servir, en particular, como material a considerar para legisladores en distintos países que proponen proyectos de ley para criminalizar la violencia obstétrica y, en general, como un llamado a que las distintas disciplinas destinen más recursos humanos y financieros para su investigación.

## Referencias

- Abalos, E.; Andoro, L.; Daverio, F.; Gelso, E.; Nieto, A.; Peres, A.; et al. (2017). *Violencia obstétrica: un problema estructural y actitudinal*. Serie Resúmenes de Políticas, n. 3. La Plata: Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- 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*, v. 11, n. 1, p. 155-180.
- Baker, H. J. (2010). We don't want to scare ladies: An investigation of maternal rights and informed consent throughout the birth process. *Women's Rights Law Reporter*, v. 31, p. 576.
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética / UNESCO*, v. 4, n.1, p. 25-34.
- Beloff, M.; Kierszenbaum, M. (2018). El derecho penal como protector de derechos fundamentales: Formas alternativas al proceso penal y violencia de género. *Revista Jurídica de la Universidad de Palermo*, v. 16, n. 1, p. 27-67.
- Blel Scaff, N. (2017). *Proyecto de Ley por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica*. Colombia: Senado de la República. Recuperado de: <https://tinyurl.com/vhtw69z>.
- Bohren, M. A.; Vogel, J. P.; Hunter, E. C.; Lutsiv, O.; Makh, S. K.; Souza, J. P.; et al. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*, v. 12, n. 6, p. e1001847.
- Borges, M. T. R. (2018). A violent birth: reframing coerced procedures during childbirth as obstetric violence. *Duke Law Journal*, v. 67, n. 4, p. 827-862.
- Bowser, D.; Hill K. (2010). *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: Report of a landscape analysis*. Harvard: USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health University Research; 2010. Recuperado de: <https://tinyurl.com/ultf4zp>.
- Carvajal, L.; Hernando, M. (2015). *Proyecto de ley: derechos de la mujer embarazada en relación con su atención antes, durante y después del parto*. Modificación al código penal. Boletín No. 9902-11. Chile: Cámara de Diputados.
- Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento: reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Revista Latinoamericana Sexualidad, Salud y Sociedad*, v. 24, p. 43-68.
- Castro, R.; Erviti, J. (2003). Violations of reproductive rights during hospital births in Mexico. *Health and Human Rights*, v. 7, n. 1, p. 90-110.
- Castro, R.; Frías S. M. (2019). Obstetric violence in Mexico: Results from a 2016 national household survey. *Violence Against Women*. doi: 10.1177/1077801219836732.
- Castro, R. (2015). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, v. 76, n. 2, p. 167-197.
- Checa, S. (1996). Uso y gestión de los servicios de salud pública en la atención del embarazo y regulación de la fecundidad. *Revista Hospital Maternal Infantil Ramón Sardá*, v. 1, p. 12-16.

- Checa, S.; Rosenberg, M. (1998). Sobre derechos reproductivos y su relación con la violencia social. En: Izaguirre, I. (coord.). *Violencia social y derechos humanos*. Buenos Aires: Eudeba.
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer. Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CLADEM-CRLP). (1998). *Silencio y complicidad: Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en Perú*. Lima: CLADEM-CRLP.
- Cook, R. J. (1998). Human rights law and safe motherhood. *European Journal of Health Law*, v. 5, p. 357-375.
- Cook, R. J.; Cusack, S.; Dickens, B. M. (2010). Unethical female stereotyping in reproductive health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 109, p. 255-258.
- Cook, R. J.; Dickens, B. M.; Wilson, A. F.; Scarrow, S. E. (2001). *Advancing safe motherhood through human rights*. Geneva: WHO.
- Díaz-Tello, F. (2016). Invisible wounds: Obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*, v. 24, n. 47, p. 56-64. doi: 10.1016/j.rhm.2016.04.004.
- Dignam, B.; Adashi, Y. (2014). Health rights in the balance: The case against perinatal shackling of women behind bars. *Health & Human Rights Journal*, v. 16, n. 2, p. 13-23.
- D'Oliveira, A. F. P. L.; Diniz, S. G.; Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, v. 359, p. 1681-1685.
- Erdman, J. (2015). Bioethics, human rights, and childbirth. *Health & Human Rights*, v. 17, n. 1, p. 43-51.
- Estado Libre y Soberano de Guerrero. (2019). Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Guerrero, número 499. *Periódico Oficial del Gobierno del Estado*, n. 90. Recuperado de: <https://tinyurl.com/rzpbysx>.
- Ewig, C. (2010). *Second-wave neoliberalism: gender, race, and health sector reform in Peru*. University Park: Penn State University Press.
- Fernández, A. M. (1993). *La mujer de la ilusión: pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.
- Hernández Herrera, S. F.; Martínez Hernández, K. A.; Lainfiesta Rímola, J. F.; Orellana López, M. (2018). *Iniciativa que dispone aprobar ley de fomento y protección de la salud obstétrica*. No. de registro 5455. Guatemala: Congreso de la República.
- Garland, D. (1990). *Castigo y sociedad moderna: un estudio de teoría social*. México DF: Siglo Veintiuno Editores.
- Garland, D. (2007). *Crimen y castigo en la modernidad tardía*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Gherardi, N. (2016). *Otras Formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar*. Serie Asuntos de Género n. 141. Santiago: ONU-CEPAL.
- Giberti, E.; Fernández, A.M. (1992). *La Mujer y la violencia invisible*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Gómez, M.M. (2005). Los usos jerárquicos y excluyentes de la violencia. En: Motta, C.; Cabal, L. (coords.). *Más allá del derecho: Justicia y género en América Latina*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, Universidad de los Andes-CESO.
- Granzka, P. (2014). *Intersectionality: a foundations and frontiers reader*. Boulder: Westview Press.

- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2015). Violencia obstétrica. En: *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*. México: GIRE. Recuperado de: <https://tinyurl.com/t7dc953>.
- Herrera Vacaflor, C. (2016). Chile: *Treatment of prisoner during childbirth violated human rights*. Reprohealthlaw Blog. Recuperado de: <https://tinyurl.com/y2ejmzy5>.
- Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR). (2006). *Con todo al aire: Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Rosario: INSGENAR-CLADEM. Recuperado de: <https://tinyurl.com/t4tu8es>.
- Larguía, M. (1998). Maternidades centradas en la familia. *Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, v. 3, p. 103-109.
- Larrauri, E. (2007). *Criminología crítica y violencia de género*. Madrid: Trotta.
- Leiva Rojas, G. (2018). Derechos sexuales y reproductivos durante la atención de la gestación, parto y lactancia: la situación de Chile. *Cuadernos Médico Sociales*, v. 58, n. 2, p. 33-44.
- Machado, M. R. A.; Machado, M. R. (2013). O direito penal é capaz de conter a violência? En: Silva, F. G.; Rodriguez, J.R. (coords.). *Manual de Sociología Jurídica*. Brasil: Saravia.
- Magnone Alemán, N. (2010). *Derechos y poderes en el Parto: una mirada desde la perspectiva de humanización*. [Tesis de Maestría]. Montevideo: Departamento Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.
- Magnone Alemán, N. (2011). *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República Uruguay, Montevideo.
- Manjoo, R. (2013). *Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences*. United Nations, General Assembly, A/HRC/23/49. Recuperado de: <https://tinyurl.com/uptmp56>.
- Miller, S.; Lalonde, A. (2015). FIGO's mother-baby friendly birthing facilities. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 128, p. 95-99.
- Montiel, J. P. (2017). "Violencia Obstétrica" como disposición ilegítima del cuerpo de la parturienta". En: Kudlich, H.; Montiel, J. P.; Ortiz de Urbina Gimeno, I. (coords.). *Cuestiones actuales del derecho penal médico*. España: Marcial Pons.
- Naciones Unidas. (1981). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos. Recuperado de: <https://tinyurl.com/sy7eqoa>.
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (1994). *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención Belém do Pará)*. Belém do Pará: Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI). Recuperado de: <https://tinyurl.com/rpydep5>.
- Organización de los Estados Americanos, Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (OEA-MESECVI). (2012). *Segundo Informe hemisférico sobre la implementación de la Convención de Belém do Pará*. Washington DC: OEA. Recuperado de: <https://tinyurl.com/vr2vxor>.
- Organización de los Estados Americanos, Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (OEA-MESECVI). (2015). *Segundo Informe de Seguimiento a la Implementación de las Recomendaciones del Comité de Expertas de MESECVI*. Documentos Oficiales; OEA/Ser.L/II.

- Organización de los Estados Americanos, Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (OEA-MESECVI). (2017). *Tercer Informe hemisférico sobre la implementación de la Convención Belém do Pará: Prevención de la Violencia contra las mujeres en las Américas – Caminos por Recorrer*. Documentos oficiales; OEA/Ser.L/II.
- Pickles, C. (2015). Eliminating abusive 'care': A criminal law response to obstetric violence in South Africa. *South Africa Crime Quarterly*, v. 54, p. 5-16.
- Rubashkin, N.; Minckas, N. (2018). How should trainees respond in situations of obstetric violence? *AMA Journal of Ethics*, v. 20, n. 3, p. 238-246.
- Redondo Poveda, M. (2015). *Proyecto de Ley para proteger a la mujer embarazada y sancionar la violencia obstétrica*. Costa Rica: Expediente n. 19537.
- República Bolivariana de Venezuela. (2007). Ley 38668: Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*. Recuperado de <https://tinyurl.com/rk5xmjh>.
- Sesia, P. (2017). Maternidades violentadas, ¿maternidades justiciables? Una primera aproximación a la judicialización de la violación de derechos en salud materna en México. En: Tejeda, A. S.; Venegas Aguilera, L.; Davids, T. (coords.). *¡A toda madre! Una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México*. Guanajuato: Instituto Nacional de Antropología e Historia, Universidad de Guanajuato.
- United Nations, Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (UN-CEDAW). (1992). *Recomendación General No. 19: La violencia contra la mujer*. UN Women, CEDAW/C/GC/19. Recuperado de: <https://tinyurl.com/qnxjld8>.
- United Nations, Committee on the Elimination of Discrimination Against Women (UN-CEDAW). (2017). *Recomendación general num. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general num. 19*. UN Women, CEDAW/C/GC/35. Recuperado de: <https://tinyurl.com/y5qnheum>.
- Uprimny, R. (2011). Las transformaciones constitucionales recientes en América Latina. En: Rodríguez Garavito, C. (comp.). *El derecho en América Latina: un mapa para el pensamiento jurídico del siglo XXI*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Vega, R. (2017). I(n)teridentificación racial: racialización de la salud materna a través del programa Oportunidades y clínicas gubernamentales en México. *Salud Colectiva*, v. 13, n. 3, p. 489-505.
- White Ribbon Alliance (2011). *Respectful maternity care: The universal rights of childbearing women*. Washington DC: White Ribbon Alliance.
- World Health Organization (WHO). (1985). Appropriate technology for birth. *The Lancet*, v. 2, n. 8452, p. 436-437.
- World Health Organization (WHO). (1996). *Care in normal birth: A practical guide* (WHO/FRH/MSM/96.24). Geneva: OMS.
- World Health Organization (WHO). (2014). *The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Geneva: WHO.
- Zaccagnini, A. (2016). *Proposta di Legge: Norme per la tutela dei diritti della partoriente e del neonato e per la promozione del parto fisiológico*. Documenti n. 3670. Italia: Camera dei Deputati.



## Capítulo 3

# Violencia obstétrica en México: hallazgos de una encuesta nacional de violencia contra mujeres<sup>1</sup>

*Roberto Castro, Sonia M. Frías*

*Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México*

### Introducción

En los últimos años, el problema de la violencia obstétrica y del abuso y maltrato a las mujeres en las salas de labor y parto ha llamado crecientemente la atención de diversos sectores de la sociedad, a nivel nacional e internacional. En el ámbito internacional, por ejemplo, por lo menos desde 1998 el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) documentó diversas formas de violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud del Perú, así como la esterilización forzada de muchas mujeres bajo el régimen de Fujimori (CLADEM-CRLP, 1998; CLADEM, 1999). A principios de este siglo tres autoras brasileñas publicaron un artículo en *The Lancet* en el que llamaban la atención sobre la violencia contra la mujer como un problema emergente en los servicios de salud (D'Oliveira, Diniz & Schraiber, 2002), y por esos mismos años se publicó el

---

<sup>1</sup>Este capítulo es resultado de reflexiones y análisis previos sobre el tema, presentados por ambos autores en el Primer Congreso sobre Violencias de Género contra Mujeres, celebrado en la UNAM, el 23 de noviembre de 2017, así como en el reporte “Análisis de los resultados de la encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares 2016” (Castro, 2018).

primer artículo acerca de la violación de los derechos de las mujeres durante la atención del parto en México (Castro & Erviti, 2003). Con el paso de los años ha ido apareciendo un creciente número de estudios y metaanálisis que demuestran que la violencia obstétrica y el abuso a mujeres durante el parto es un problema real (Elmir, Schmied, Wilkes & Jackson, 2010), presente tanto en los llamados países “desarrollados” (Díaz Tello, 2016) como en países de África (Amroussia, Hernández, Vives-Cases & Goicolea, 2017), Asia (Diamond-Smith, Treleaven, Murthy & Sudhinaraset, 2017) y América Latina (Chiarotti, Schuster & Arminchiardi, 2008; INSGENAR, 2006; Montesinos-Segura *et al.*, 2018).

En la literatura sobre el tema, es posible advertir dos aproximaciones al tema, con algunas diferencias entre sí. Por una parte, en los países anglosajones se ha impulsado el estudio de lo que se conoce como *disrespect and abuse* durante el parto. En 2010, Bowser y Hill publicaron una revisión de la literatura a su alcance en ese momento y propusieron una clasificación en siete grupos de las diferentes formas de abuso existentes en torno a esta materia: a) abuso físico, b) atención no autorizada, c) atención no confidencial, d) atención no dignificada (incluyendo abuso verbal), e) discriminación basada en características particulares de las mujeres, f) abandono durante la atención, y g) detención en las instalaciones (Bowser & Hill, 2010). Sin embargo, es evidente que tales categorías no son excluyentes entre sí pues, por ejemplo, la realización de una episiotomía innecesaria sin la autorización de la mujer puede ser clasificada como abuso físico y como atención no autorizada (Miller & Lalonde, 2015).

En esos mismos años se emitió la declaración del White Ribbon Alliance, titulada *Respectful maternity care charter: the universal rights of childbearing women* (WRA, 2011), que propuso siete derechos de las mujeres que están en concordancia con los siete tipos de abuso que identificaron Bowser y Hill (2010). En 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el problema del abuso y maltrato durante la atención del parto:

...interacciones y condiciones de los servicios que el consenso local considera humillantes o indignos, así como aquellas interacciones o condiciones que son experimentadas como, o que tienen la intención de ser, humillantes o indignas. (WHO, 2014)

Con esta definición se buscaba tomar en cuenta las características locales de cada país, con el fin de no proponer estándares universales de atención al parto que pudieran resultar ajenos a muchos contextos. Así, desde este enfoque se ha avanzado en la formulación de definiciones lo suficientemente incluyentes y en la identificación de indicadores lo suficientemente específicos.

Por otra parte, se ha impulsado —sobre todo desde América Latina— la noción de *violencia obstétrica* para referirse al carácter estructural del problema y, sobre todo, para enfatizar que se trata de una forma específica de violencia contra las mujeres (Arguedas Ramírez, 2014). El concepto se definió formalmente en Venezuela:

...la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el personal, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización, y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (República Bolivariana de Venezuela, 2007)

Diversos autores han señalado la importancia de conceptualizar el problema no como una mera cuestión de *calidad de la atención* en los servicios (Castro, 2014), sino como una forma más de violencia contra las mujeres (Sadler *et al.*, 2016) que debe ser entendida, además, en el marco de los derechos humanos y reproductivos (Betron, McClair, Currie & Banerjee, 2018; Herrera Vacaflor, 2016; Jewkes & Penn-Kekana, 2015). Desde este abordaje, entonces, se ha avanzado sobre todo conceptualmente, poniendo énfasis en la perspectiva de género que debe orientar las investigaciones y las intervenciones que se desarrollen en este campo.

En realidad, ambos enfoques pueden ser articulados. La definición de *violencia obstétrica* es crucial para mantener la perspectiva de género que debe guiar la investigación en esta materia, mientras que los indicadores sugeridos por la vertiente anglosajona pueden ser útiles para guiar la investigación empírica (Bohren *et al.*, 2018). En este trabajo damos cuenta de algunos de los principales resultados que hemos obtenido en una investigación bajo este enfoque: sostenemos que la *violencia obstétrica* debe conceptualizarse como una forma más de la violencia que se ejerce contra las mujeres, es decir, como producto de diversas determinaciones de género y estructurales. Si esta hipótesis es correcta, debería ser posible demostrar que la violencia obstétrica se asocia a otras formas de violencia y a otros indicadores de desigualdad de género. El objetivo de este trabajo es demostrar que tales asociaciones existen. Para ello, recurrimos a los datos de la cuarta Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH), realizada en México en 2016 (INEGI, 2016). Esta es una encuesta de hogares que, en su versión original, en 2003, se concibió para medir la violencia contra las mujeres ocurrida básicamente en el hogar pero que, en sus subsecuentes levantamientos (2006,

2011 y 2016), evolucionó para medir también la violencia contra las mujeres en otros ámbitos, como el laboral, el escolar, el espacio público o comunitario, y el ocurrido en las instituciones de justicia. La encuesta es representativa de las mujeres de 15 años y más de todo el país, es decir 45,2 millones de mujeres de acuerdo con las estimaciones oficiales (INEGI, 2015).

En la siguiente sección de este trabajo describiremos los aspectos metodológicos básicos de esta investigación. Posteriormente, en la sección de Resultados presentaremos los principales resultados obtenidos en la encuesta nacional para mostrar después, mediante sendos modelos de regresión, las asociaciones que revela la ENDIREH 2016 entre la violencia obstétrica y otras variables relevantes. Concluiremos argumentando la relevancia de los datos y los hallazgos para formular políticas de prevención y erradicación de la violencia obstétrica.

## Métodos

La ENDIREH 2016 incluyó doce preguntas destinadas a evaluar algunos aspectos de la experiencia de las mujeres de 15 a 49 años durante su último parto. La indagación se centró en aquellas mujeres que tuvieron un parto en los cinco años previos a la encuesta y que fueron atendidas en una institución de salud. Estas preguntas se incluyeron por primera vez en esta encuesta (las ediciones anteriores no exploraban este tema), con lo que estamos ante la primera medición, a nivel mundial, de la violencia obstétrica a través de una encuesta nacional de hogares. En Italia, se realizó también en 2016 una encuesta nacional sobre violencia obstétrica, con una muestra comunitaria, si bien la metodología de esa encuesta ha tenido serias objeciones (Lauria *et al.*, 2018; Ravaldi, Skoko, Battisti, Cericco & Vannacci, 2018).

La sección IX del cuestionario de mujeres de la ENDIREH contiene 12 preguntas dirigidas a explorar la experiencia de las mujeres durante el último parto. Las preguntas son:

Durante su último parto: 1) ¿la obligaron a permanecer en una posición incómoda o molesta para usted?; 2) ¿Le gritaron o la regañaron?; 3) ¿Le dijeron cosas ofensivas o humillantes (por ejemplo, ‘así gritaba cuando se lo hicieron?’ o ‘cuando se lo hicieron, ahí si abrió las piernas ¿no?’); 4) ¿La ignoraban cuando usted preguntaba cosas sobre su parto o sobre su bebé?; 5) ¿Se negaron a anestesiarla o a aplicarle un bloqueo para disminuir el dolor, sin darle explicaciones?; 6) ¿Se tardaron mucho tiempo en atenderla porque le dijeron que

estaba gritando o quejándose mucho?; 7) ¿Le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé durante más de cinco horas, sin causa alguna o sin que le informaran la causa de la tardanza?; 8) ¿Le colocaron algún método anticonceptivo o la operaron o esterilizaron para ya no tener hijos(as) (ligadura de trompas-OTB) sin preguntarle o avisarle?; 9) ¿La presionaron para que usted aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaran para ya no tener hijos?; 10) ¿La obligaron o la amenazaron para que firmara algún papel sin informarle qué o para qué era? Para aquellas que tuvieron una operación cesárea: 11) ¿Le informaron de manera que usted pudiera comprender por qué era necesario hacer la cesárea? y 12) ¿Usted dio el permiso o autorización para que le hicieran la cesárea?

Se realizó un análisis factorial para establecer cuáles eran las dimensiones del fenómeno, y se identificaron dos. La primera, que denominamos *abuso y violencia*, contempla los seis primeros reactivos, y la segunda, que versa sobre *atención no autorizada*, incluye los últimos cinco reactivos. La respuesta a una de las preguntas, “¿Le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé durante más de cinco horas sin causa alguna o sin que le informaran de la causa de la tardanza?” no parece estar integrado a ninguno de los factores y por este motivo decidimos excluirla del análisis. La consistencia interna de la variable *abuso y violencia* es buena (Cronbach Alpha=0,78).

## Resultados

### *Las expresiones de violencia obstétrica en el momento del parto entre mujeres mexicanas*

Cerca del 19% de las mujeres de 15 a 49 años tuvo al menos un hijo nacido vivo en los últimos 5 años, lo que representa a alrededor de 8,7 millones de mujeres. De ellas, el casi el 43% tuvo a su bebé por cesárea. En la Tabla 3.1 se presentan la frecuencia de los distintos actos constitutivos de violencia obstétrica contra las mujeres en México en el último parto ocurrido durante los últimos cinco años, considerando las respuestas de mujeres que indicaron que alguien las atendió y que no dieron a luz solas, los casos de mujeres que han parido solas han sido excluidos del análisis (n=62).

En el primer grupo, bajo el rubro de *abuso y violencia*, se incluyen siete preguntas referidas a diversas formas que puede asumir la violencia obstétrica,

Tabla 3.1. Frecuencia de actos constitutivos de violencia obstétrica contra las mujeres. México, 2016.

<b>Actos constitutivos de violencia obstétrica</b>	<b>%</b>
<b>Abuso y violencia</b>	
La obligaron a permanecer en posición incómoda o molesta	9,2
Le gritaron o regañaron	11,2
Le dijeron cosas ofensivas o humillantes	7,0
La ignoraban al preguntar sobre parto o bebé	9,9
Se negaron a anestesiarla o aplicar bloqueo para disminuir dolor sin dar explicaciones	4,9
Tardaron mucho tiempo en atenderla porque decían que gritaba o se quejaba mucho	10,3
Le impidieron ver, cargar o amantar al bebé	3,2
<b>Atención no autorizada</b>	
Colocaron anticonceptivo o esterilizaron sin preguntar o avisar	4,2
Presionaron para que aceptara un dispositivo u operación	9,2
Obligar a firmar algún papel	1,7
No le informaron que era necesaria cesárea*	10,2
No le pidieron permiso para realizar cesárea*	9,6
<b>Prevalencia nacional de maltrato</b>	<b>33,4</b>

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENDIREH 2016.

\*Este porcentaje se refiere solo a aquellas mujeres cuyo último parto fue por cesárea.

incluyendo gritos, ofensas, amenazas, omisiones y castigos. El segundo grupo se refiere a procedimientos autoritarios para imponer un método anticonceptivo a las mujeres o para realizar una cesárea, por lo que le hemos llamado *atención no autorizada*. Dentro de este grupo conviene tener presente que las preguntas sobre cesárea incluyen, obviamente, solo a las mujeres que tuvieron una cesárea, por lo que el total de estas últimas es menor a las primeras.

Como se puede apreciar, respecto al primer grupo de preguntas, el 11,2% de las mujeres reportó haber sufrido gritos o regaños durante la atención del parto, mientras que el 10,3% señaló que el personal se tardó “mucho en atenderla porque decían que gritaba o se quejaba mucho”. El 9,9% de las mujeres reportó haber sido ignorada cuando preguntaba sobre el parto o

sobre su bebé, y el 9,2% fue obligada a permanecer en una posición incómoda o molesta. El 7% de las mujeres señaló haber sufrido ofensas y humillaciones por parte del personal, mientras que casi el 5% señaló que el personal se negó a anestesiarla o aplicar bloqueo para disminuir el dolor sin dar explicaciones. Finalmente, el 3,2% de las mujeres señaló que tras el parto le impidieron ver, cargar o amamantar a su bebé durante más de cinco horas, sin causa alguna o sin que le informaran la causa de la tardanza.

En relación con la atención no autorizada, el 9,2% de las mujeres señaló que fue presionada para que aceptara que le pusieran un dispositivo o la operaran para no tener más hijos, mientras que al 4,2% se les realizó alguno de estos dos procedimientos sin que se les haya avisado o ellas hubieran otorgado su consentimiento. Finalmente, el 1,7% reportó haber sido obligada a firmar un papel sin tener conocimiento de qué se trataba. Por último, entre las mujeres que tuvieron una cesárea, el 10,2% reporta que no se le informó con claridad que era necesaria una cesárea, y el 9,6% no otorgó su autorización para que se la hicieran.

Al considerar el conjunto de formas de abuso anteriormente mencionadas, tenemos que el 33,4% de las mujeres de 15 a 49 años que tuvieron un hijo nacido vivo en los últimos cinco años, sufrieron una o varias formas de abuso durante el parto.

### *Los factores asociados a la violencia obstétrica*

La Tabla 3.2 muestra el análisis univariado de los principales factores para violencia obstétrica. La Tabla 3.3 y 3.4 muestran el análisis bivariado con el que buscamos identificar las principales variables con las que puede estar asociada la violencia obstétrica, agrupando los ítems en las dos categorías mencionadas antes: *abuso y violencia* y *atención no autorizada*. Las variables asociadas, a su vez, se dividen en dos grupos: las sociodemográficas y las institucionales. En el caso de las variables categóricas presentamos un análisis de asociación con Chi<sup>2</sup>. En el caso de las variables continuas presentamos un análisis de varianza.

Hay varias particularidades muy relevantes que debemos notar en estos resultados. Tanto el *abuso y violencia* ( $p < 0,05$ ) como la *atención no autorizada* ( $p < 0,01$ ) se presentan con menor frecuencia en las mujeres unidas o casadas, mientras que, por el contrario, las prevalencias más altas se registran entre las *mujeres sin pareja*. Esto es particularmente claro en el caso de la atención no autorizada, que se presenta sobre todo en las mujeres solteras. Estrechamente asociado a ello, se advierte que el promedio de edad de las mujeres

Tabla 3.2. Distribución porcentual de los factores asociados a la prevalencia de la violencia obstétrica contra las mujeres. México, 2016.

<b>Factores</b>	<b>Distribución porcentual (%)</b>
<b>Factores sociodemográficos</b>	
<i>Estado civil (en el tiempo del parto)</i>	
Casadas o en unión libre	87,5
Separadas, divorciadas o viudas	3,4
Solteras	9,2
<i>Habla una lengua indígena</i>	
No	92,8
Sí	7,2
<i>Estrato Socioeconómico</i>	
Muy bajo	25,1
Bajo	49,4
Medio	16,3
Alto	9,1
<i>Empleada</i>	
No	6,2
Sí	35,9
<i>Ámbito de residencia</i>	
Rural	26,7
Urbano	73,6
<i>Recibe PROSPERA</i>	
No	86,2
Sí	13,8
<b>Factores institucionales</b>	
<i>Lugar donde se produce el parto</i>	
Centro de Salud	10,4
IMSS	26,1
ISSSTE	2,4
Hospital Público Estatal	37,1
Centro-Hospital Privado	19,5
Partera o curandera	2,7
Otro lugar	1,8

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENDIREH 2016.

IMSS= Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE= Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Tabla 3.3. Distribución porcentual de los factores asociados a la prevalencia de distintas formas de violencia obstétrica contra las mujeres. México, 2016.

<b>Factores</b>	<b>Abuso y violencia (%)</b>	<b>Atención no autorizada (%)</b>
<b>Factores sociodemográficos</b>		
<i>Estado civil (en el tiempo del parto)</i>	*	**
Casadas o en unión libre	23,2	16,8
Separadas, divorciadas o viudas	25,6	17,5
Solteras	25,4	19,4
<i>Habla una lengua indígena</i>	***	*
No	23,8	17,2
Sí	19,8	14,9
<i>Estrato Socioeconómico</i>	***	***
Muy bajo	22,1	16,3
Bajo	25,2	18,0
Medio	23,1	16,9
Alto	19,0	14,1
<i>Empleada</i>	n/s	n/s
No	23,3	16,9
Sí	23,8	17,3
<i>Ámbito de residencia</i>	***	
Rural	21,3	15,3
Urbano	24,3	17,7
<i>Recibe PROSPERA</i>	n/s	***
No	23,7	17,4
Sí	22,4	14,9
<b>Factores institucionales</b>		
<i>Lugar donde se produce el parto</i>	***	***
Centro de Salud	26,5	16,7
IMSS	28,7	22,7
ISSSTE	20,6	15,5
Hospital Público Estatal	29,0	18,7
Centro-Hospital Privado	8,6	9,5
Partera o curandera	3,4	1,8
Otro lugar	12,4	13,3

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENDIREH 2016.

IMSS= Instituto Mexicano del Seguro Social; ISSSTE= Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Valor de  $p$ = \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,001$ ; \*\*\*  $p < 0,0001$ ; n/s= no significativo.

Nota: Se realizó análisis de Chi<sup>2</sup> para las variables categóricas.

Tabla 3.4. Promedio y desvío estándar de los factores asociados a la prevalencia de distintas formas de violencia obstétrica contra las mujeres. México, 2016.

<b>Factores</b>	<b>Abuso y violencia</b> Promedio (desvío estándar)	<b>Atención no autorizada</b> Promedio (desvío estándar)
<b>Factores sociodemográficos</b>		
<i>Edad (en años)</i>	***	***
No	28,8 (6,5)	28,7 (6,5)
Sí	27,7 (6,3)	27,7 (6,7)
<i>Escolaridad (en años)</i>	*	n/s
No	10,1 (3,7)	10,1 (3,7)
Sí	10,0 (3,5)	10,1 (3,5)
<i>Número de hijos/as nacidos vivos/as</i>	n/s	n/s
No	1,3 (0,7)	1,3 (0,6)
Sí	1,3 (0,6)	1,3 (0,6)

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENDIREH 2016.

Valor de  $p$ = \*  $p < 0,05$ ; \*\*\*  $p < 0,0001$ ; n/s= no significativo.

Nota: Para las variables continuas, se realizó análisis de varianza (ANOVA).

que sufrieron atención no autorizada es de 27,7 años, en contraste con las que no sufrieron esta forma de abuso (28,7 años). Asimismo, las mujeres que sufrieron de *abuso y violencia* son en promedio un año más jóvenes (27,7 años) que las que no sufrieron (28,8 años). En ambos casos, las diferencias son estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

Un grupo de variables socioeconómicas se asocia con la prevalencia de la violencia obstétrica, pero esta asociación presenta una dirección contraria a la que cabría esperar, por lo que es necesario profundizar la búsqueda de explicaciones. En efecto, la *condición de hablante de lengua indígena* se asocia significativamente con la violencia obstétrica, aunque son las mujeres que no hablan lengua indígena las que concentran las mayores prevalencias. Algo similar se registra en el caso de *tipo de localidad*: en ambos casos (abuso y violencia, y atención no autorizada) las prevalencias más altas se registran en las localidades urbanas (mayores de 2.500 habitantes), si bien esta asociación solo es estadísticamente significativa en el caso del abuso y maltrato ( $p < 0,001$ ). Igual ocurre con el hecho

Tabla 3.5. Análisis de regresión logística multivariada de factores asociados a la experiencia de abuso y violencia, así como de atención no autorizada durante el último parto acontecido en los últimos cinco años. México, 2016.

Factores asociados a la experiencia de abuso y violencia	Abuso y violencia <sup>a</sup>	Atención no autorizada <sup>b</sup>
	Odds ratio	Odds ratio
<b>Factores sociodemográficos</b>		
<i>Estado civil en el tiempo del parto</i>		
Casada o unida <sup>1</sup>	1,00	1,00
Separada, divorciada o viuda	0,74***	0,78**
Soltera	0,84	1,09
<i>Habla una lengua indígena</i>		
No <sup>1</sup>	1,00	1,00
Sí	0,93	0,93
<i>Edad en años</i>	0,97***	0,98**
<i>Escolaridad en años</i>	1,00	1,00
<i>Estrato socioeconómico</i>		
Alto <sup>1</sup>	1,00	1,00
Muy bajo	0,96	0,99
Bajo	0,91	1,01
Medio	0,85	1,05
<i>Empleada</i>		
No <sup>1</sup>	1,00	1,00
Sí	0,83**	0,91
<i>Recibe PROSPERA</i>		
No <sup>1</sup>	1,00	1,00
Sí	1,22*	1,19
<i>Ámbito de residencia</i>		
Rural <sup>1</sup>	1,00	1,00
Urbano	1,01	0,97
<i>Número de hijos/as nacidos vivos</i>	1,00	0,93*
<i>Tiempo transcurrido desde el parto (años)</i>	1,04*	1,00
<b>Factores institucionales</b>		
<i>Lugar del parto</i>		
Centro u hospital privado <sup>1</sup>	1,00	1,00
Centro de salud comunitario	3,84***	2,33***
IMSS	4,94***	3,21***
ISSSTE	2,75***	2,60***
Hospital o clínica estatal pública	4,28***	2,51***
Otro	1,17	0,85
<b>Violencia</b>		
Violencia física alguna vez (escuela, trabajo o comunidad)	1,37***	1,05
Violencia sexual alguna vez (escuela, trabajo o comunidad)	1,76***	1,34***
Violencia emocional alguna vez (escuela, trabajo o comunidad)	1,96***	1,62***
Violencia física de pareja alguna vez	0,96	0,87
Violencia sexual de pareja alguna vez	1,36**	1,82***
Violencia económica de pareja alguna vez	1,48***	1,09
Violencia emocional de pareja alguna vez	1,45***	1,33***

Fuente: Elaboración propia con base en datos de la ENDIREH 2016.

<sup>1</sup>Categoría de referencia.

<sup>a</sup>5.402 mujeres reportaron haber sido objeto de algún acto de abuso y violencia y 18.620 indicaron no haberlo sido. <sup>b</sup>3.876 mujeres reportaron haber sido objeto de atención no autorizada, y 20.146 mujeres indicaron no haberlo sido.

Valor de  $p$  = \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,001$ ; \*\*\*  $p < 0,0001$ .

de recibir o no transferencias del programa *Prospera*<sup>2</sup>: la mayor prevalencia se da entre quienes no reciben recursos de ese programa, si bien solo en el caso de la atención no autorizada la relación resulta estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ). Estos hallazgos podrían interpretarse en función de que es probable que las mujeres en situación de mayores desventajas tengan más dificultades para identificar ciertas acciones.

Por otra parte, cuando tomamos en cuenta los tres primeros estratos socioeconómicos de las mujeres (alto, medio y bajo) encontramos una clara asociación: mayor prevalencia tanto de *abuso y violencia* como de *atención no autorizada* a medida que disminuye el nivel socioeconómico ( $p < 0,001$ ). Solo el nivel socioeconómico “muy bajo” muestra un comportamiento difícil de explicar en su asociación con estas variables pues en ambos casos registra una prevalencia menor que en los estratos bajo y medio. Por último, las mujeres que no sufrieron abuso y violencia presentan un promedio de años de escolaridad (10,1 años) muy similar al promedio de años de escolaridad (10,0 años) de las que sufrieron abuso y violencia ( $p > 0,05$ ). En cambio, la atención no consentida parece no estar asociada con los años de escolaridad.

Un tercer grupo de variables no presentan asociación estadísticamente significativa con la violencia obstétrica: tal es el caso del número de hijos nacidos vivos de la mujer, así como si la mujer cuenta o no con un empleo remunerado fuera de la casa.

Por último, en relación con el contexto institucional, el *abuso y violencia* se presenta con más frecuencia cuando el parto fue atendido en instituciones públicas (en comparación con las privadas), tales como las instituciones estatales de salud (29%), seguido de los hospitales del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (28,7%) y de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud (26,5%)<sup>3</sup>. Por su parte, la atención no consentida se presenta con mayor frecuencia en el IMSS (22,7%), seguido de las instituciones estatales de salud (18,7%) y de los Centros de Salud (16,7%). En ambos casos, las asociaciones son estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ).

Con base en la información anterior, podemos estimar, mediante sendos modelos de regresión múltiple, cual es el *odds ratio* de que las mujeres hayan sufrido violencia obstétrica, bajo las dos modalidades que hemos conceptualizado, ante la presencia de ciertas características. La Tabla 3.5 presenta estos modelos. El primero de ellos se refiere al abuso y maltrato, mientras que el segundo se refiere a la atención no autorizada. Con el fin de explorar

---

<sup>2</sup>Programa de transferencias condicionadas de efectivo para los sectores más pobres.

<sup>3</sup>El sistema de salud mexicano se compone de diversas instituciones públicas además de las del sector privado (Gómez Dantés, Sesma & Becerril, 2011).

la hipótesis de que, al ser una forma de violencia de género, la violencia obstétrica podría presentar alguna asociación con otras formas de violencia que sufren las mujeres, hemos incluido en los modelos las variables que se refieren al hecho de que las mujeres hayan sufrido otros tipos de violencia a lo largo de su vida. Estas otras formas de violencia pueden ser violencia física, sexual y emocional en la escuela, el trabajo o en el espacio público; así como haber sufrido violencia física, sexual, económica o emocional en la pareja.

Respecto al primer modelo, se aprecia que las mujeres que no viven en pareja (separadas, divorciadas o viudas), presentan un riesgo 26% menor de sufrir abuso y violencia durante el parto ( $p < 0,001$ ). La edad también juega un papel protector pues por cada año adicional de vida disminuye entre 3% el riesgo relativo de reportar haber sufrido abuso y violencia durante el parto ( $p < 0,001$ ).

Las mujeres que tienen un empleo fuera del hogar presentan un riesgo 17% menor de sufrir abuso y violencia durante el parto ( $p < 0,01$ ). En cambio, las mujeres más pobres, las que son beneficiarias del programa PROSPERA, tienen un riesgo 22% mayor de sufrir abuso y violencia durante el parto, en comparación con las que no reciben beneficios de este programa ( $p < 0,05$ ).

El tiempo transcurrido desde el último parto también presenta una asociación interesante con el riesgo de haber sufrido abuso y violencia durante el parto. Por cada año adicional que ha pasado desde el parto, aumenta 4% el riesgo de reportar que se sufrió esta forma de abuso. Ello puede interpretarse al menos de dos maneras: se puede señalar que ello es un indicador de que el abuso y la violencia están disminuyendo; o bien, se podría argüir que, al mirar las cosas en retrospectiva, en la medida en que se distancian de las emociones asociadas al parto, las mujeres pueden reconocer más claramente señales de que fueron maltratadas durante su estancia en las instituciones de salud.

Resulta muy revelador que las mujeres que se atienden en las instituciones estatales de salud tienen un riesgo 4,28 veces mayor de sufrir abuso y violencia en el parto en comparación con las que se atienden en clínicas privadas ( $p < 0,001$ ). También con respecto a las que se atienden en clínicas privadas, el riesgo de las mujeres que se atienden en el IMSS es 4,94 veces mayor ( $p < 0,001$ ), el de las que se atienden en los Centros de Salud es 3,84 veces mayor ( $p < 0,001$ ) y el de las que se atienden en el ISSSTE es 2,75 veces mayor ( $p < 0,001$ ).

Pero lo más importante de este modelo, a los efectos de este trabajo, es la asociación que se presenta entre las diversas formas de violencia y el riesgo de sufrir abuso y violencia durante la atención del parto. Solo el hecho de haber sufrido violencia física de pareja alguna vez en la vida no presenta asociación ( $p > 0,05$ ). El resto de las violencias que se incluyen en el modelo presentan una correlación positiva. Así, haber sufrido violencia física alguna vez en la

escuela, el trabajo o el ámbito público, se asocia a un incremento de 37% del riesgo de sufrir abuso y violencia en el último parto ( $p<0,001$ ); el riesgo es 76% mayor en el caso de las que han sufrido violencia sexual alguna vez ( $p<0,001$ ), 36% en el caso de las que han sufrido violencia sexual de pareja alguna vez ( $p<0,01$ ), 48% entre aquellas que han sufrido violencia económica de pareja ( $p>0,001$ ) y 45% entre aquellas que han sufrido violencia emocional de pareja alguna vez ( $p>0,001$ ).

En este modelo no resultan significativas las variables como la condición de hablante de lengua indígena, la escolaridad, el estrato socioeconómico, el ámbito de residencia (rural/urbano) ni el número de hijos nacidos vivos.

Con respecto al segundo modelo que examina la atención no autorizada, las variables asociadas son muy semejantes, pero no del todo iguales. En efecto, en este caso la situación conyugal en el momento del parto también juega un papel importante, ya que las mujeres separadas, divorciadas y viudas tienen un riesgo 22% veces menor de sufrir este tipo de violencia obstétrica en comparación con las mujeres unidas y casadas ( $p<0,01$ ).

Como en el caso anterior, la edad constituye un factor de riesgo para las mujeres jóvenes: por cada año adicional de edad disminuye 2% el riesgo de recibir atención no autorizada ( $p<0,01$ ).

Después de controlar las demás variables incluidas en el modelo, para el caso de la atención médica no autorizada, el IMSS presenta el riesgo más elevado, pues es 3,21 veces superior en comparación con las mujeres que se atienden en servicios privados ( $p<0,001$ ); le siguen el ISSSTE con un riesgo 2,6 veces superior, las instituciones estatales de salud con un riesgo 2,51 veces superior, y los Centros de Salud con un riesgo 1,85 veces superior (en todos los casos  $p<0,001$ ).

El número de hijos nacidos vivos es un factor de protección frente al riesgo de la atención no autorizada: por cada hijo adicional disminuye 7% el riesgo de esta forma de abuso ( $p<0,05$ ).

Y, como en el modelo anterior, la asociación que se presenta entre el riesgo de sufrir atención no autorizada durante el parto, y otras formas de violencia de género, es altamente significativa. En efecto, entre las mujeres que han sufrido violencia sexual alguna vez en el trabajo, la escuela o el ámbito público, el riesgo es 34% mayor ( $p<0,001$ ), mientras que las que han sufrido violencia emocional en esos espacios presentan un riesgo 62% superior ( $p<0,001$ ). Por otra parte, las mujeres que han sufrido violencia sexual de pareja alguna vez presentan un riesgo 82% superior de sufrir atención no autorizada durante el parto, mientras que este riesgo es 33% superior entre las que han sufrido alguna forma de violencia emocional en la pareja (en ambos casos,  $p<0,001$ ).

En este modelo no presentan asociación significativa con el riesgo de atención médica no autorizada variables como la condición de habla indígena, los años de escolaridad, el nivel socioeconómico, la condición de empleo, el estar inscrita en el programa Prospera, el ámbito de residencia ni el tiempo transcurrido desde el último parto. Y en relación con las otras formas de violencia de género, no presentan asociación el haber sufrido violencia física alguna vez en la escuela, el trabajo o el espacio público, ni el haber sufrido violencia física o económica por parte de la pareja.

## Discusión y limitaciones

La violencia obstétrica constituye, sin duda, un importante problema en el marco de los derechos de las mujeres y la lucha contra todas las formas de violencia de género. La medición realizada por la ENDIREH 2016 de la experiencia de las mujeres respecto a la atención obstétrica que recibieron en su último parto, constituye una contribución de importancia para su estudio en términos de magnitud y variables asociadas. Si bien hay algunas encuestas sobre el tema realizadas en otros países, ninguna ha hecho una medición con una muestra de hogares ni con el nivel de representatividad que presenta la ENDIREH. Con base en los resultados presentados, podemos afirmar que estamos hablando de un problema que han experimentado millones de mujeres en México, y que no se limita al ámbito de las instituciones públicas de salud: es claro que también se presenta en las instituciones privadas.

El análisis que hemos presentado revela una inquietante asociación entre las dos formas de violencia obstétrica que hemos medido, y diversas formas de violencia de género que experimentan las mujeres, bien en el ámbito extrafamiliar (escuela, trabajo, vía pública), o bien en contexto de la relación de pareja. Obviamente no se colige de estos datos que una forma de violencia produce la otra. La asociación que hemos descubierto está a la búsqueda de la teorización correcta, posiblemente en términos del origen común de todas las formas de violencia contra las mujeres: una que parte de la condición subordinada de las mujeres en todos los escenarios sociales y que es la condición de posibilidad fundamental de la violencia de género (Bellón Sánchez, 2015). A través de diversas publicaciones hemos avanzado en este esfuerzo mostrando, por ejemplo, que el origen social del autoritarismo médico está anclado a la desigualdad de género (Castro & Erviti, 2015) y mostrando también, en otros trabajos, que al resolver las controversias sobre violación de derechos humanos en materia de salud reproductiva, las instituciones están colonizadas por el mismo orden de género que buscan transformar (Castro, 2013).

Es decir que, al examinar las diferentes manifestaciones de la violación de los derechos humanos de las mujeres durante la atención del parto, se aprecia la existencia de una pauta que conecta las diversas dimensiones del problema. A la luz de los datos que hemos presentado aquí, se impone ahora una línea de indagación de carácter más cualitativo, que explore en la subjetividad de las mujeres nuevas claves para dilucidar la naturaleza de la asociación de las diversas violencias que hemos mostrado aquí. Una vertiente para investigar se refiere al empoderamiento de las mujeres. La ENDIREH permite construir diversos índices de empoderamiento (por ejemplo, índice de libertad, de autonomía, de distribución del trabajo doméstico, etcétera), de los que por razones de espacio no hemos hablado aquí. Una exploración preliminar que hemos realizado muestra que tales índices se correlacionan inversamente con el riesgo de sufrir maltrato y abuso durante la atención del parto (esto es, a mayor grado de empoderamiento de las mujeres menor riesgo de sufrir violencia obstétrica). Lo que tenemos a la vista, entonces, es un conjunto creciente de evidencias empíricas que apuntan al carácter estructural, constitutivo de subjetividades históricamente específicas (del personal de salud, de las usuarias de los servicios, etcétera), que explicaría la correlación que se advierte entre las diversas formas de violencia contra las mujeres. Ello, a su vez, nos permite conocer mejor la naturaleza de este sistema de opresión de género y de desarrollar intervenciones para su transformación.

Un análisis más detallado, a realizarse más adelante, nos permitirá ponderar algunas de las limitaciones de esta investigación. Entre las principales cabe mencionar el problema de la temporalidad, en tanto que la medición de algunas de las variables asociadas corresponde a períodos no necesariamente coincidentes con el momento del parto; el problema del recorte de edad a mujeres de entre 15 y 49 años de edad, lo que hizo que quedaran fuera mujeres de 50 a 54 años que también pudieron haber tenido un parto en los últimos cinco años; el problema de la no exhaustividad de las preguntas, lo que hizo que no se incluyeran preguntas sobre cuestiones que, bajo ciertos aspectos, también pueden ser conceptualizadas como formas de violencia, como la episiotomía; y el problema de la memoria, que puede afectar, en forma de subregistro, el reporte de lo que realmente vivieron las mujeres durante el parto.

## Agradecimientos

A Argisofía Pérez por su colaboración en el procesamiento de la base de datos.

## Referencias

- Amroussia, N.; Hernández, A.; Vives-Cases, C.; Goicolea, I. (2017). "Is the doctor God to punish me?!" An intersectional examination of disrespectful and abusive care during childbirth against single mothers in Tunisia. *Reproductive Health*, v. 14, n. 32. doi: 10.1186/s12978-017-0290-9.
- 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*, v. 11, n. 1, p. 145-169. doi: 10.15517/c.a.v11i1.14238.
- Bellón Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, v. 7, n. 18, p. 93-111.
- Betron, M. L.; McClair, T. L.; Currie, S.; Banerjee, J. (2018). Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis. *Reproductive Health*, v. 15, n. 1, p.143. doi: 10.1186/s12978-018-0584-6.
- Bohren, M. A.; Vogel, J. P.; Fawole, B.; Maya, E. T.; Maung, T. M.; Balde, M. D.; et al. (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*, v. 18, n. 1, p. 132. doi: 10.1186/s12874-018-0603-x.
- Bowser D. & Hill K. (2010) *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis*. Harvard: USAID-TRAction Project, School of Public Health.
- Castro, R. (2013). Indicios y probanzas de un habitus médico autoritario: El caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva. En: Agoff, C.; Casique, I.; Castro, R. (coords.). *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra las mujeres en múltiples ámbitos*. México: Porrúa, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México. p. 145-165.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, v. 76, n. 2, p. 167-197.
- Castro, R. (coord.). (2018). *Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016: Documento final*. México: INMujeres, UNAM, CRIM. Cuadernos de Trabajo 65. Recuperado de: <https://tinyurl.com/uz4rt5t>.
- Castro, R.; Erviti, J. (2003). Violations of reproductive rights during hospital births in Mexico. *Health and Human Rights*, v. 7, n. 1, p. 91-110. doi: 10.2307/4065418.
- Castro, R.; Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México. doi: 10.22201/crim.9786070287046e.2017.
- Chiarotti, S.; Schuster, G.; Arminchiardi, S. (2008). *Con Todo al Aire 2. Reporte de Derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Buenos Aires: INSGENAR, CLADEM.
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CLADEM-CRLP). (1998). *Silencio y Complicidad: Violencia Contra las Mujeres en los Servicios Públicos de Salud en el Perú*. Lima: CLADEM, CRLP.

- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM). (1999). *Nada personal: Reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú 1996-1998*. Lima: CLADEM.
- D'Oliveira, A. F. P. L.; Diniz, S. G.; Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, v. 359, n. 9318, p.1681-1685. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6.
- Diamond-Smith, N.; Treleaven, E.; Murthy, N.; Sudhinaraset, M. (2017). Women's empowerment and experiences of mistreatment during childbirth in facilities in Lucknow, India: Results from a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, n. 17. doi: 10.1186/s12884-017-1501-7.
- Díaz Tello, F. (2016). Invisible wounds: Obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*, v. 24, p. 56-64. doi: 10.1016/j.rhm.2016.04.004.
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L. & Jackson, D. (2010). Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: A meta-ethnography. *Journal of Advanced Nursing*, v. 66, n. 10. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05391.x.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *IV Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2015). *Encuesta Intercensal 2015*. México: INEGI.
- Gómez Dantés, O.; Sesma, S.; Becerril, V. M. (2011). Sistema de salud de México. *Salud Pública de México*, v. 53, n. 2, p. 220-232.
- Herrera Vacaflor, C. (2016). Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. *Reproductive Health Matters*, v. 24, n. 47, p. 65-73. doi: 10.1016/j.rhm.2016.05.001.
- Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR). (2006). *Con todo al aire: Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Rosario: INSGENAR-CLADEM. Recuperado de: <https://tinyurl.com/t4tu8es>.
- Jewkes, R.; Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of women in childbirth: Time for action on this important dimension of violence against women. *PLoS Medicine*, v. 12, n. 6, p. e1001849. doi: 10.1371/journal.pmed.1001849.
- Lauria, L.; Lega, I.; Maraschini, A.; D'Aloja, P.; Ferraro, C.; Donati, S. (2018). Methodological flaws in web surveys: Commentary to 'Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community based survey'. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, v. 226, p.73. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.05.023.
- Miller, S.; Lalonde, A. (2015). The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother-baby friendly birthing facilities initiative. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 131, Supl. 1, p. S49-S52. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.02.005.
- Montesinos-Segura, R.; Urrunaga-Pastor, D.; Mendoza-Chuctaya, G.; Taype-Rondan, A.; Helguero-Santin, L. M.; Martínez-Ninanqui, F. W.; et al. (2018). Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Peru. *Gynecology & Obstetrics*, v. 140, n. 2, p.184-190. doi: 10.1002/ijgo.12353.

- Ravaldi, C.; Skoko, E.; Battisti, A.; Cericco, M.; Vannacci, A.; Reiger, K. (2018). Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community based survey. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, v. 224, p. 208–209. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.03.055.
- República Bolivariana de Venezuela. (2007). Ley 38668: Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*. Recuperado de <https://tinyurl.com/rk5xmjh>.
- Sadler, M.; Santos, M. J.; Ruiz-Berdún, D.; Leiva Rojas, G.; Skoko, E.; Gillen, P.; Clausen, J. A. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, v. 24, p. 47-55. doi: 10.1016/J.RHM.2016.04.002.
- World Health Organization (WHO). (2014). *Prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth*. Geneva: WHO. Recuperado de: <https://tinyurl.com/tsesmrq>.
- White Ribbon Alliance (WRA). (2011). *Respectful maternity care: The universal rights of childbearing women*. Washington DC: WRA. Recuperado de: <https://tinyurl.com/v89nxml>.



## Capítulo 4

# Poder obstétrico, aborto terapéutico, derechos humanos y femicidio de Estado: una reflexión situada en América Latina

*Gabriela Arguedas Ramírez*

*Escuela de Filosofía, Centro de Investigación en Estudios de la Mujer, Universidad de Costa Rica*

### Introducción

El aborto terapéutico es la terminación —antes de las 22 a 24 semanas— de un embarazo que, de manera directa o indirecta, pone en riesgo la salud o la vida de la mujer gestante. Por ejemplo, tomemos el caso de una mujer embarazada a quien se le diagnostica un cáncer y requiere cirugía, quimioterapia y radioterapia. Para proceder de inmediato con el tratamiento, y si se encuentra en una fecha gestacional adecuada, se requiere la terminación del embarazo. Será ella, y únicamente ella, quien decida, en última instancia, si se procede o no con el aborto terapéutico. Pero es deber del equipo profesional en salud explicarle con detalle todas las opciones que tiene y los consecuentes escenarios, para que esa mujer pueda tomar una decisión informada y libre de toda forma de coacción. Sea cual sea la decisión tomada por la paciente, es deber ético de los profesionales en salud y de la institución hospitalaria, proveer todo el acompañamiento que ella necesite, en cualquiera de los caminos que elija.

Sin embargo, esa no suele ser la realidad en América Latina. Muchos Estados continúan violentando los derechos fundamentales de las mujeres,

bajo lemas antidemocráticos, cargados de dogmatismo religioso, llegando incluso a la criminalización absoluta del aborto<sup>4</sup>.

El aborto que se practica, con rigor médico y ético, para salvaguardar la vida o la salud de una mujer gestante, no debe constituir un delito, porque se trata de una práctica médica —en una situación límite— necesaria para garantizar la preservación de la integridad física y psíquica de las mujeres gestantes. No existe un conflicto jurídico alguno de derechos entre la mujer gestante y el embrión o feto porque el embrión o feto no es un sujeto de derechos, aunque pueda ser beneficiario de consideración moral (CIDH, 2012).

Quienes afirman que el feto sí es sujeto de derechos porque es un bebé en potencia, cometen un error conceptual. En efecto, un feto es un bebé en potencia, del mismo modo que un muchacho de 20 años es un adulto mayor en potencia. La posibilidad de alcanzar ese eventual estado a futuro no otorga ningún derecho. El feto no tiene los derechos que un bebé nacido, aunque sea merecedor de nuestra consideración moral, del mismo modo en que un joven de 20 años no tiene derecho al carné de adulto mayor. Lo conseguirá cuando cumpla los 65 años. El feto conseguirá el estatuto de sujeto de derechos una vez que haya nacido o en el momento en que ya pueda vivir, por sí mismo (con o sin ayuda tecnológica) fuera del útero de la mujer gestante, lo cual puede suceder —en términos generales— no antes de las 24 semanas.

En el marco de la Organización de Estados Americanos, las instituciones de los Estados Partes de la Convención Americana de Derechos Humanos tienen la obligación de garantizar y proteger los derechos humanos de la población, determinados en los diversos tratados y convenciones internacionales, suscritas y ratificadas por cada Estado. Desde ese marco teórico y ético, a la luz de la doctrina y la jurisprudencia en materia de derechos humanos, producida tanto por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, como por el sistema europeo, el sistema africano y el sistema de derechos humanos de Naciones Unidas, la penalización absoluta del aborto o la deliberada obstaculización al aborto, cuando es legal, que carece de asidero jurídico dentro del derecho internacional de los derechos humanos. La penalización absoluta del aborto constituye, además, una obstaculización arbitraria de los derechos fundamentales de las mujeres habitantes de esta región, tal y como ha sido analizado en varios informes del *Committee on the Elimination of Discrimination against Women* (CEDAW) y de la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup>Para conocer más en detalle el panorama jurídico respecto a la criminalización, parcial o absoluta, del aborto en América Latina se puede consultar Guttmacher Institute (2018).

<sup>5</sup>Se pueden consultar los informes con las observaciones concluyentes que el CEDAW ha emitido sobre Honduras (CEDAW, 2016), Guatemala (CEDAW, 2015), Costa Rica (CEDAW, 2017),

En los estudios sobre las injusticias y el daño que resultan de la prohibición del aborto se suele enfocar la atención en la mortalidad asociada a la práctica de abortos clandestinos, que se realizan en condiciones riesgosas, insalubres y violentas. El argumento que planteo en este capítulo se basa en los casos de las muertes maternas que resultan de la no realización, oportuna y necesaria, de un aborto terapéutico, al que esas mujeres tenían derecho, pero que no fue realizado por una acción deliberada, consciente y política, del personal sanitario.

Un sector gremial que ha sido fundamental en las movilizaciones sociales contra la legalización del aborto y contra el acceso al aborto legal en América Latina, es el sector médico. En las manifestaciones de los denominados grupos “provida” en Argentina, Chile, Costa Rica, entre otros países, la presencia de grupos de profesionales en medicina forma parte de una estrategia de legitimización y validación, dirigido a responder las críticas que califican estas acciones como dogmatismo religioso. Usando como recurso retórico la apelación a la “ética médica” y al juramento hipocrático, estos grupos de profesionales sanitarios redistribuyen en el activismo “provida” el capital simbólico que acumulan por medio de su investidura social (Schwarz, 1990; República de Costa Rica, 1999).

A su vez, ese capital simbólico es una condición de posibilidad para la existencia y ejercicio del poder obstétrico (Arguedas Ramírez, 2014), que tiene en la tradición conservadora judeocristiana una de sus raíces. Cuando dentro del aparato sanitario, un profesional de la salud deniega o entorpece el acceso a un aborto legal, está ejerciendo el poder obstétrico, en concordancia con la agenda política del conservadurismo religioso. Se trata de un ciclo de reforzamiento de la voluntad de control y disciplinamiento, que entrelaza al poder médico con el poder religioso.

Es decir, esta forma de autoritarismo médico constituye un acto de violencia obstétrica, porque niega la condición de sujeto moral y de sujeto de derechos de la mujer gestante. Más aún, la denegación del aborto terapéutico legal o la penalización del aborto terapéutico en países donde había sido legal constituye una violación de los derechos fundamentales de las mujeres. Cuando los agentes médicos y de enfermería participan activamente en obstaculizar o apoyar públicamente la penalización de esta forma de aborto, están funcionando como agentes del Estado. Por lo tanto, sus actos constituyen una violación de derechos humanos perpetrada por agentes del Estado. De ahí que, si una mujer gestante muere por causas que pudieron evitarse, directa o indirectamente, con

---

El Salvador (CEDAW, 2017) y el informe sobre sobre la prohibición del aborto en Nicaragua (Amnistía Internacional, 2009).

la terminación de ese embarazo y, aun existiendo las condiciones jurídicas y técnicas para realizarlo, el procedimiento fue denegado o fue deliberadamente atrasado, esa muerte materna constituye un femicidio de Estado.

En las investigaciones empíricas y desarrollos teóricos sobre la violencia obstétrica no se ha contemplado hasta ahora el caso de la denegación o el entorpecimiento del acceso al aborto terapéutico como una forma de violencia obstétrica. Utilizando el concepto de poder obstétrico para analizar los discursos usados por los operadores sanitarios para justificar la denegación del derecho de las mujeres gestantes a un aborto terapéutico, podemos comprender por qué constituye un escenario de violencia obstétrica.

En América Latina, lo usual en los casos donde el personal médico obstaculiza la realización de un aborto terapéutico legal es que tales actuaciones arbitrarias, de abuso de poder y de violación de los derechos humanos de la mujer gestante, no sean sancionadas. Y esto es así, justamente, porque el poder obstétrico sobrepasa los límites de la legalidad, y por ello es común que la impunidad sea la norma. Además, estos grupos han desarrollado una estrategia internacional de utilización espuria del derecho a la objeción de conciencia, como escudo para justificar estas acciones a contrapelo del ordenamiento jurídico y de los principios de autonomía y beneficencia, fundamentales en la bioética.

### *La situación jurídica del aborto en Centroamérica*

El aborto constituye un delito penado con prisión en todos los países centroamericanos. En Honduras, El Salvador y Nicaragua no se contempla ninguna excepción para ese tipo penal. En Costa Rica y Guatemala existe la figura del aborto no punible (aborto terapéutico), pero se aplica de una forma poco transparente, sin rendición de cuentas por parte de los médicos y sin ningún mecanismo o protocolo que asegure que esta alternativa se ofrece a todas las mujeres que lo requieren, garantizando que sean ellas y solo ellas las que tomen la última decisión (República de Honduras, 1983; República de Guatemala, 1973; República de Costa Rica, 1972).

Este tipo de normativa legal sobre el aborto es altamente restrictivo, lo cual provoca una situación incompatible con los criterios mínimos de respeto y garantía a los derechos humanos de las mujeres a la salud física y mental, la libertad personal y la vida. El Salvador es el país que más ensañamiento jurídico ha mostrado hacia las mujeres, donde se llegó al extremo inaudito de condenar a 30 años de prisión a mujeres que tuvieron abortos espontáneos (Januwalla, 2016; Center for Reproductive Rights, 2014).

Tanto bajo gobiernos de derechas como de izquierdas, los diversos Estados de la región centroamericana han mantenido una misma posición respecto a la penalización del aborto, mostrándose así diligentes en adoptar las posiciones de los grupos sociales ultraconservadores y de las jerarquías religiosas católicas y evangélicas; haciendo caso omiso de las voces de los movimientos sociales feministas, de derechos humanos, de las resoluciones vinculantes de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, de las observaciones del CEDAW, del Comité de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), de las Relatorías Especiales, entre otros. Esto demuestra que existe un desproporcionado peso político de los sectores conservadores, de carácter religioso, en el proceso parlamentario y en la gestión del Poder Ejecutivo (Goldberg, 2009).

### *Los derechos humanos como límite de la política pública sobre el aborto*

En una democracia sólida y legítima, los congresistas electos para integrar el Poder Legislativo tienen el deber de legislar en apego al ordenamiento jurídico de sus países, tanto como al del derecho internacional de los derechos humanos; y esto implica que deben someter la labor de producir la normativa legal a los lineamientos y estándares internacionales de derechos humanos. Si se presentara el caso de que un diputado o diputada se sintiera ante una situación moral límite, tiene la libertad de expresar su posición con respecto al asunto que está en debate pero, de igual forma, tiene la obligación de no obstaculizar el proceso de la discusión y votación. Si se trata de la elaboración de una norma o reforma dirigida a enmendar una denegación de un derecho humano, su obligación mínima es, cuando menos, no impedir el correcto proceso parlamentario.

Con respecto al aborto, en el libro *Derechos Humanos: Manual para parlamentarios*, publicado por la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos, en el año 2016, se indica:

Aborto: Los órganos internacionales de derechos humanos han expresado repetidamente su preocupación por el vínculo existente entre la realización de un aborto en condiciones de riesgo y las tasas de mortalidad materna, lo que afecta al disfrute por parte de las mujeres de su derecho a la vida. La mayor parte del derecho internacional de derechos humanos, incluido el artículo 6 del PIDCP y el artículo 2 del CEDH, ha sido interpretado previendo que el derecho a la vida

comienza en el momento del nacimiento. De hecho, en la historia de negociaciones de muchos tratados y declaraciones, de la jurisprudencia internacional y regional y de gran parte del análisis jurídico se indica que el derecho a la vida, tal como se explica detalladamente en los instrumentos internacionales de derechos humanos, no está destinado a ser aplicado antes del nacimiento de un ser humano. La negación del derecho de una mujer embarazada a tomar una decisión fundamentada e independiente sobre el aborto viola o supone una amenaza para un amplio abanico de derechos humanos. Los órganos internacionales de derechos humanos han caracterizado las leyes que suelen tipificar el aborto como discriminatorio y como una barrera para el acceso de las mujeres a la atención sanitaria (véase, por ejemplo, la Observación general N° 22 del Comité DESC). Aunque el artículo 4 de la CADH estipula que el derecho a la vida está protegido “en general, a partir del momento de la concepción”, los órganos regionales de vigilancia de los derechos humanos de las Américas han subrayado que esta protección no es absoluta. La Corte IDH, en particular, ha determinado que los embriones no constituyen personas en virtud de la CADH, por lo que no se les puede conceder un derecho absoluto a la vida. La mayoría de los órganos internacionales y regionales de derechos humanos han establecido que cualquier protección prenatal debe ser coherente con el derecho de la madre a la vida, la integridad física, la salud y la vida privada, así como con los principios de igualdad y de no discriminación. (Unión Interparlamentaria & Naciones Unidas, 2016, p. 138)

Esta síntesis de la doctrina de los derechos humanos con respecto a la penalización del aborto constituye la base mínima desde la cual cualquier legislador o legisladora, en los Estados Partes de la Convención Americana y de la Declaración Universal de Derechos Humanos, tiene la obligación de analizar la situación jurídica del aborto en su país, para abrir la discusión sobre las reformas legales, si fuesen pertinentes.

Más allá de las posturas político-ideológicas que cada miembro del Poder Legislativo pueda tener respecto de las diversas materias y tópicos de la política pública, en las que se incluye la apreciación personal respecto del aborto, la ética parlamentaria<sup>6</sup> y las obligaciones legales del puesto exigen que el desarrollo de

---

<sup>6</sup>A manera de ejemplo, se puede consultar el informe *Background Study: Professional and Ethical Standards for Parliamentarians* (OSCE, 2012) y el manual *Common Principles for Support to Parliaments* (Inter-Parliamentary Union, 2014).

su función legislativa se apegue a los más altos estándares internacionales de derechos humanos. Por lo tanto, en materia de aborto, lo que corresponde en aquellos países donde está vigente la penalización absoluta, es elaborar, debatir y aprobar las reformas que sean ineludibles para eliminar ese obstáculo, que constituye una violación de los derechos humanos de las mujeres. Los legisladores, en concordancia con los principios de la ética parlamentaria, no deben utilizar su puesto de poder para legislar según sus intereses particulares, para imponer sus creencias o las de su grupo social ni para obstaculizar el correcto procedimiento del debate parlamentario (Chávez Hernández, 2006).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de la ONU publicó, en mayo de 2016, la Observación general No. 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) que en el punto 28 indica:

28. La realización de los derechos de la mujer y la igualdad de género, tanto en la legislación como en la práctica, requiere la derogación o la modificación de las leyes, políticas y prácticas discriminatorias en la esfera de la salud sexual y reproductiva. Es necesario eliminar todos los obstáculos al acceso de las mujeres a servicios, bienes, educación e información integrales en materia de salud sexual y reproductiva. A fin de reducir las tasas de mortalidad y morbilidad maternas se necesita atención obstétrica de urgencia y asistencia calificada en los partos, particularmente en las zonas rurales y alejadas, y medidas de prevención de los abortos en condiciones de riesgo. La prevención de los embarazos no deseados y los abortos en condiciones de riesgo requiere que los Estados adopten medidas legales y de políticas para garantizar a todas las personas el acceso a anticonceptivos asequibles, seguros y eficaces y una educación integral sobre la sexualidad, en particular para los adolescentes; liberalicen las leyes restrictivas del aborto; garanticen el acceso de las mujeres y las niñas a servicios de aborto sin riesgo y asistencia de calidad posterior a casos de aborto, especialmente capacitando a los proveedores de servicios de salud; y respeten el derecho de las mujeres a adoptar decisiones autónomas sobre su salud sexual y reproductiva. (CDESC, 2016, p. 8)

Esta observación general expone con claridad que una política estatal dirigida a proteger tanto la igualdad de género como el derecho a la salud de las mujeres requiere la integración de diversas estrategias para: 1) evitar los embarazos no deseados a través del oportuno acceso a la educación sexual y a los

métodos anticonceptivos, 2) proteger la salud de las mujeres gestantes y 3) asegurar el acceso al aborto seguro. Es preciso contrarrestar el prejuicio social que cataloga el aborto como un mero acto de frivolidad o el resultado de la irresponsabilidad de las mujeres; y se requiere comprender que la necesidad de acceso a un aborto seguro puede estar mediada por un sinnúmero de circunstancias límite. La forma justa en que una sociedad puede contribuir a disminuir el número de abortos es fomentando todas aquellas estrategias efectivas para evitar los embarazos no deseados, que estén basadas en la evidencia científica y sean coherentes con el marco de los derechos humanos. La penalización del aborto no es una de esas estrategias (Sedgh *et al.*, 2012; WHO, 1992).

Todos los Estados que conforman la Organización de los Estados Americanos (OEA), según las obligaciones establecidas a través del derecho internacional de los derechos humanos, deben incorporar la doctrina y la jurisprudencia que proviene de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en la interpretación y en la producción de la normativa jurídica, ya sea por vía legislativa o por la vía de los decretos ejecutivos. Por lo tanto, para todos los Estados es vinculante lo que la Corte falló en la sentencia contra el Estado costarricense, en el caso Artavia Murillo.

La sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso Artavia Murillo, es fundamental en el debate parlamentario sobre el tema del aborto, porque elabora un análisis extenso y detallado de los argumentos usualmente utilizados por quienes insisten en defender la penalización absoluta del aborto.

Respecto al alegato del Estado según el cual “la Declaración Universal de Derechos Humanos [...] protege al ser humano desde [...] el momento de la unión del óvulo y el espermatozoide”, la Corte estima que, según los trabajos preparatorios de dicho instrumento, el término “nacen” se utilizó precisamente para excluir al no nacido de los derechos que consagra la Declaración. Los redactores rechazaron expresamente la idea de eliminar tal término, de modo que el texto resultante expresa con plena intención que los derechos plasmados en la Declaración son “inherentes desde el momento de nacer”. Por tanto, la expresión “ser humano”, utilizada en la Declaración Universal de Derechos Humanos, no ha sido entendida en el sentido de incluir al no nacido. (CIDH, 2012)

La línea argumentativa que se traza en la sentencia Artavia Murillo muestra con claridad que, en el marco de la doctrina y la jurisprudencia del derecho internacional de los derechos humanos:

1. No existe fundamentación alguna para sostener que la prohibición legal absoluta del aborto es legítima en un Estado democrático, que es parte del Sistema Interamericano de Derechos Humanos y de la ONU. No es posible desprender de ningún instrumento oficial y vigente de derechos humanos, en ninguno de los sistemas internacionales, que la prohibición total del aborto es coherente con el respeto y deber de garantía de los Estados respecto a los derechos humanos de las mujeres.
2. El embrión, feto o *nasciturus*, según sea la nomenclatura que desee utilizarse, puede gozar de la consideración moral de las personas, pero no es sujeto de derechos ni es persona, ni lo ampara, de forma especial y superior a la mujer gestante, ningún instrumento del derecho internacional de los derechos humanos. La protección que el Estado le brinde se implementa a través de la protección de los derechos a la vida y a la salud de la mujer gestante, que desea recibir esa protección desde un ejercicio de su voluntad y libertad.
3. La Corte Interamericana de Derechos Humanos —órgano que, en última instancia, interpreta la Convención Americana sobre Derechos Humanos de manera sistemática y evolutiva— ha comprendido que las obligaciones del Estado, en virtud del artículo 4.17 de dicha Convención<sup>8</sup>, no son incompatibles con las políticas públicas para el acceso al aborto seguro, cuando menos en ciertas circunstancias, tal y como lo garantizan varios Estados Partes (entre ellos, México, Colombia, Argentina, Chile, Uruguay, Brasil, EEUU, entre otros).
4. Los Estados que obstaculizan de manera total el acceso a un aborto seguro están violentando el derecho a la vida, a la integridad personal, a la libertad personal, de igualdad ante la ley y el derecho a la salud de las mujeres y las niñas.

En apego a los principios que deben regir el funcionamiento de un Estado social de derecho, democrático y plural, estas premisas constituyen entonces el punto de partida para la discusión ciudadana sobre las obligaciones estatales, respecto de una política pública sobre aborto, incluyendo la necesaria revisión de normas legales que lo penalizan. Es decir que, en el ámbito del

---

<sup>7</sup>El artículo 4.1. dice: “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente” (OEA, 1969).

<sup>8</sup>Para un extenso análisis de la interpretación evolutiva del artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, se puede consultar el artículo de Ingrid Brena (2014).

debate parlamentario, es inaceptable retroceder a un nivel de la discusión en el cual se cuestione la validez o el carácter vinculante de estas afirmaciones.

Dichas premisas, o toda la sentencia o el conjunto de la doctrina a la cual la sentencia hace referencia, pueden libremente ser debatidas y rebatidas en los demás espacios sociales donde sea posible generar análisis y discusión. Sin embargo, es preciso comprender que los países que son parte del Sistema Interamericano de Derechos Humanos, en el marco particular del debate legislativo y del proceso de consultas sobre regulaciones que se van a establecer por la vía del decreto ejecutivo, deben ajustarse a los límites previamente determinados por los deberes del Estado de recoger dentro del cuerpo normativo interno, la jurisprudencia producida en materia de derechos humanos. El principio de progresividad y no regresividad, así como el principio de control de convencionalidad así lo exigen.

Es relevante comprender que una política de acceso seguro al aborto debe pensarse como parte integral de una política más amplia en materia de derechos reproductivos. Véase, por ejemplo, las llamadas de atención al Estado costarricense que, desde el año 2001, el Comité de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas (ONU) ha realizado acerca de la necesidad de modificar la legislación que criminaliza el aborto. Además, otras instancias internacionales de derechos humanos le han señalado al Estado que, en coherencia con los derechos reproductivos, debe proceder con la aprobación de la anticoncepción oral de emergencia y debe asegurar una oferta más amplia de anticonceptivos orales en los servicios públicos de salud.

En las observaciones del CEDAW para el Estado de Costa Rica, en 2011, se le insta a que adopte —cuando menos— las siguientes medidas:

- Elaborar guías médicas claras para el acceso al aborto legal y divulgarlas ampliamente entre profesionales en salud y público general.
- Revisar la ley relacionada con el aborto para evaluar aquellas circunstancias bajo las cuales podría permitirse la interrupción de un embarazo como, por ejemplo, cuando se trata de un caso de incesto o violación sexual.
- Facilitar la disponibilidad y el acceso de las mujeres a los anticonceptivos tecnológicamente más avanzados.

Tanto el CEDAW, como el CDESC y el Comité en contra de la Tortura, han declarado que toda forma de coacción o de obstáculo que limita el acceso a un aborto seguro (sean de carácter económico, la obligación de períodos de espera, el consejo psicológico mandatorio, la objeción de conciencia sin control estatal e institucional adecuado y el requerimiento de la autorización de un tercero

para la realización del procedimiento) pueden constituir prácticas que derivan en una violación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas.

### *La denegación del aborto terapéutico legal como un ejercicio de poder obstétrico, en contextos de fundamentalismo religioso*

En América Latina, el creciente poder político de los grupos ultraconservadores, cercanos cada vez más al fundamentalismo religioso cristiano, ha favorecido la vigorización de una intensa y fuerte oposición a los derechos reproductivos de las mujeres, en particular al acceso al aborto (Arguedas Ramírez & Morgan, 2017). Movimientos como “Salvemos las dos vidas” o “Médicos por la Vida”, organizados de manera transnacional —por capítulos— a través de las redes del activismo provida, son fuertemente financiados desde EEUU (Redden & Lakhani, 2017; Albaladejo, 2017).

Este contexto social incide en el modo en que se manifiestan las diversas formas de ejercicio del poder obstétrico. Como he explicado anteriormente (Arguedas Ramírez, 2014; Arguedas Ramírez, 2016), el poder obstétrico es una forma de poder disciplinario fusionado con la jerarquía masculinista del género, que naturaliza funciones socialmente construidas, con respecto a la gestación, el parto y la maternidad:

De ahí que la tolerancia al dolor durante el proceso de labor de parto será una exigencia moral, asociada a un indicador sobre la calidad y aptitud de la mujer para asumir su papel de madre. El maltrato adolto-céntrico hacia las adolescentes que están en los salones de maternidad, forma parte de las lecciones morales que también se asocian al poder obstétrico. Es decir, el poder obstétrico se engarza con el mandato patriarcal de la reproducción: la maternidad como destino superior de toda mujer. (Arguedas Ramírez, 2014)

Como explica Adrienne Rich (1986) mediante su concepto de “la institucionalización de la maternidad”, los cuerpos y psiques de las mujeres han experimentado un proceso histórico de subyugación —estructural dentro de las culturas patriarcales—, que se ha encarnado y reproducido en el tiempo, instalando de esta forma a la maternidad como fuente trascendental de valoración social de lo femenino.

Rich (1986) denomina como “subutilización de la conciencia de las mujeres” el requerimiento patriarcal para que las mujeres desarrollen una subjetividad de negación de sí mismas como sujetos, en respuesta al mandato de la

maternidad sacrificial. Esta subjetividad se encarna en cuerpos femeninos que son sometidos al dolor y al silenciamiento. Y como he indicado: “Estas formas de sujeción producen una cierta moralidad y emocionalidad indispensables para la estructura de la familia patriarcal” (Arguedas Ramírez, 2014).

El poder obstétrico se dirige a los cuerpos gestantes, que cargan con el peso simbólico de la maternidad patriarcal, impone formas de control y disciplinamiento que los hace dóciles y domésticos, contribuyendo así a la producción de la subjetividad del sujeto “madre” según se entiende dentro de una sociedad organizada jerárquicamente a partir de los privilegios de la masculinidad hegemónica.

El uso espurio de la objeción de conciencia es una forma de ejercer ese poder obstétrico, que disciplina los cuerpos y las voluntades de las mujeres gestantes, de un modo tal que puede llegar a constituir incluso tortura y a producir la muerte (Cook & Dickens, 2006; Coppola *et al.*, 2016). La cultura religiosa neointegrista<sup>9</sup> que permea las diversas instituciones y espacios sociales, incluyendo el aparato sanitario, promueve el derecho a la objeción de conciencia<sup>10</sup> para denegar el derecho de las mujeres al aborto legal. Esto es posible porque previamente existe una cultura médica paternalista y sexista: la cultura que posibilita el ejercicio del poder obstétrico.

Veamos la Declaración Oficial sobre el Aborto, emitida el 22 de octubre de 2018 por la Junta Directiva del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica:

1. El Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica reconoce el valor de la maternidad, así como el ejercicio pleno de los derechos en salud sexual y reproductiva de toda la población.
2. El médico siempre debe de estar al servicio de preservar la vida a él confiada, en cualquiera de sus estadios, desde el inicio de la concepción, hasta el mismo momento en que un ser humano exhala por última vez.
3. El Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica siempre debe privilegiar la vida, y por eso los médicos agremiados a él, se deben regir por los principios éticos y jurídicos que la protegen en todos sus extremos, junto a otros valores como la salud y la dignidad de los seres humanos.

---

<sup>9</sup>A modo de ejemplo, se puede analizar el activismo neointegrista católico de Alexandra Loría Beeche en Costa Rica (*Diario Extra*, 2017).

<sup>10</sup>La objeción de conciencia, como concepto en sí mismo, ha recibido importantes críticas de especialistas en bioética y en ética médica. Ver, por ejemplo, el artículo “*Against conscientious objection in health care: A counterdeclaration and reply to Oderberg*” (Giubilini & Savulescu 2018).

4. Todo acto médico debe estar orientado a preservar la vida y la salud de los pacientes. Todo médico debe adecuar sus actos a lo estipulado en: el Código de Ética Médica adoptado por el Colegio, la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Declaración de Ginebra - Asociación Médica Mundial, y respetar el solemne Juramento Hipocrático. Además, está obligado a respetar las leyes promulgadas por el Estado. (Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, 2018)

Resulta llamativo que en ningún punto de la declaración se mencionan, de manera explícita, los deberes y obligaciones de los profesionales en Medicina, hacia sus pacientes ni se indica a cuál versión del Juramento Hipocrático se refiere. Mucho menos hace referencia al intenso y productivo debate en el campo de la ética médica, acerca de la relevancia o irrelevancia que tal juramento tiene en la actualidad. Además, varias de las afirmaciones realizadas en este documento son debatibles e incluso, van a contrapelo de los consensos más robustos y actualizados en el campo de la bioética, la ética médica y los derechos humanos en salud. La Asociación Médica Mundial emitió, justamente en octubre de 2018, un pronunciamiento sobre el aborto terapéutico, en el cual llaman a las asociaciones médicas en cada país a seguir estas recomendaciones:

Los médicos deben conocer la legislación local sobre el término del embarazo, reglamentos y requisitos de información. Las leyes nacionales, normas, estándares y práctica clínica relativos al término del embarazo deben promover y proteger la salud, dignidad de la mujer y sus derechos humanos, consentimiento informado voluntario y autonomía para decidir, confidencialidad y privacidad. Las asociaciones médicas nacionales deben abogar para que la política de salud nacional defienda estos principios.

Cuando la ley permita el término del embarazo por indicación médica, el procedimiento debe ser realizado por un médico competente y solo en casos extremos por otro personal de salud cualificado, conforme a los principios de la medicina basada en la evidencia y de la buena práctica médica, en un establecimiento aprobado que cumpla con las normas médicas necesarias.

Las convicciones del médico y del paciente deben ser respetadas.

Los pacientes deben ser apoyados apropiadamente y recibir tratamiento médico y psicológico necesario, además de un asesoramiento adecuado, si lo desean.

El médico tiene derecho a la objeción de conciencia para realizar

un aborto, por lo que se puede retirar si asegura que un colega cualificado siga con la atención médica. En todo caso, el médico debe realizar los procedimientos necesarios para salvar la vida de la mujer y evitar graves lesiones a su salud.

Los médicos deben trabajar con las instituciones y autoridades pertinentes para asegurar que ninguna mujer sufra lesiones porque no se dispone de servicios de término del embarazo por indicación médica. (WMA, 2018)

Ninguno de estos puntos fue tomado en consideración en la declaración del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. La primera frase de la Declaración, que valga señalar, no es resultado de una Asamblea General del Colegio, sino de una decisión inconsulta de la Junta Directiva, se refiere al “valor de la maternidad”. Surge entonces la pregunta: ¿a qué se refiere la Junta Directiva del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica? En el documento no se ofrece ninguna definición sobre la noción de maternidad ni se explica en qué consiste su valor. Se puede realizar el ejercicio reflexivo de deducir el significado de esta frase, usando la metodología del análisis crítico del discurso. Con respecto a las representaciones sociometales, Van Dijk explica:

Las identidades de la gente en cuanto miembros de grupos sociales las forjan, se las atribuyen y las aprehenden los otros, y son por tanto no solo sociales, sino también mentales. Los contextos son constructos mentales (modelos) porque representan lo que los usuarios del lenguaje construyen como relevante en la situación social. La interacción social en general, y la implicación en el discurso en particular, no presuponen únicamente representaciones individuales tales como modelos (por ejemplo, experiencias, planes); también exigen representaciones que son compartidas por un grupo o una cultura, como el conocimiento, las actitudes y las ideologías. (Van Dijk, 1999, p. 26)

Tomando en cuenta esta explicación sobre los contextos y la representación social, es posible inferir que la Junta Directiva del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica está entendiendo por maternidad, el ideal hegemónico de raíz judeocristiana, que sigue estando vigente en sociedades no secularizadas o superficialmente seculares, como la costarricense (y en términos generales, es así para toda América Latina). Es el modelo de maternidad ya explicado por Rich y citado previamente. Por lo tanto, el valor, al que se refieren en esta declaración, es el valor social que esa forma de maternidad tiene dentro de sociedades jerárquicamente modeladas con base en un patrón cultural patriarcal.

En países como Costa Rica, la cultura de adoración a la Virgen María y el vínculo que esta figura tiene con el imaginario de la identidad nacional hacen del aborto una idea que para amplios sectores de la población es moralmente repugnante y debe ser moral y legalmente combatida. Desde esa cosmovisión, al aborto se le debe combatir como si fuese un crimen atroz contra la humanidad. En este tipo de contextos culturales, la función social del sujeto “madre” es un reflejo de la función histórica de la Virgen, dentro de la expansión de la conquista y colonización en nombre de la monarquía católica. La huella colonial, persistente en nuestros países, hace casi imposible un proceso cultural de secularización y, por lo tanto, la institución médica tampoco es culturalmente secular. De ahí que el poder obstétrico ejercido por quienes conforman y participan de esa cultura médica institucionalizada es coherente con la figura del director de conciencias, que caracteriza al poder pastoral, como lo entiende Foucault (1990).

Nos encontramos entonces con un escenario en donde el médico o médica, que ejerce ese poder obstétrico, no solo controla dimensiones epistemológicas y físicas del sujeto subalterno encarnado, que es la mujer gestante, sino que también ejecuta una evaluación moral de esa mujer y actúa como director de conciencias (poder pastoral) en las situaciones donde se requiere o se demanda un aborto terapéutico.

A manera de ilustración, cito el comentario del 9 de julio de 2018, en el programa Matices, de alto rating en Costa Rica, emitido por radio Monumental, realizado por Andrés Castillo, quien en ese momento se desempeñaba como presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos:

Posteriormente viene la definición de salud de la OMS, bienestar físico, social y psicológico. No estamos de acuerdo en que se utilice para hacer abortos. [...] Aquí lo que quieren es aplicar esto de social y mental como un portillo. [...] Yo siempre pongo el ejemplo, llega una muchachita de 20 años, modelo, y queda embarazada. Y ve que le comienza a salir una estría por acá y otra por allá. Y dice, qué tirada, me están saliendo estrías, y ahora qué hago yo. No voy a poder modelar. Tengo angustia, me dio angustia, entré en ansiedad, me está afectando la salud mental. Y le van a decir: véngase, hágase el legrado. Podemos llegar a esos extremos. (Programa Matices, 2018)

Este juicio de valor enunciado por quien lleva el peso simbólico de la investidura de presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos, no puede ser analizado como una mera opinión más. Debe analizarse tomando en consideración el lugar de enunciación, dentro del entramado de relaciones de poder

en el cual entra en juego el privilegio social de los profesionales en medicina. Desde ese lugar, este juicio es una validación de la misoginia con la que generalmente se evalúa la moral de las mujeres, en sociedades conservadoras y patriarcales. La reproducción social de esa misoginia también opera dentro de las instituciones sanitarias y se expresa con más intensidad en el contexto de la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto.

Asimismo, el comentario de Castillo trivializa el campo de la salud mental, que en Costa Rica continúa al margen de las prioridades en salud pública y va a contrapelo de la conceptualización de salud integral de la Organización Mundial de la Salud. Sin embargo, a pesar de que el comentario resultó ofensivo para una gran cantidad de personas, incluyendo agremiados y agremiadas del Colegio de Médicos y Cirujanos, ni la Asociación Costarricense de Ginecología y Obstetricia ni la Asociación Costarricense de Psiquiatría se pronunció en contra de los comentarios de Castillo ni de la declaración del Colegio de Médicos y Cirujanos, lo cual puede interpretarse como silencio positivo.

### *Femicidios de Estado: la obstaculización del aborto terapéutico y la muerte materna como castigo impuesto desde el poder obstétrico-pastoral*

En el paradigmático trabajo de Jill Radford y Diana Russell, se explica la noción de femicidio de esta manera:

*Femicide is on the extreme end of a continuum of antifemale terror that includes a wide variety of verbal and physical abuse, such as rape, torture, sexual slavery, incestuous and extrafamilial child sexual abuse, physical and emotional battery, sexual harassment, genital mutilation, unnecessary gynecological operations, forced heterosexuality, forced sterilization, forced motherhood (by criminalizing contraception and abortion), [...]. Whenever these forms of terrorism result in death, they become femicides. (Radford & Russell, 1992, p. 15)*

Partiendo de esa definición, se puede concluir que cuando se criminaliza el aborto terapéutico o cuando se obstaculiza el acceso al aborto legal, y como consecuencia de ello, una mujer gestante muere, estamos frente a un femicidio. En ambos casos —penalización del aborto u obstaculización de un aborto legal— el Estado es responsable por esos femicidios de manera conjunta con los individuos que realizaron tales acciones porque tanto la criminalización (ilegalización y penalización) del aborto como la deliberada

obstaculización realizada por el personal médico, son actos ejecutados en el ámbito público (así sean clínicas u hospitales privados). Si el Estado lo permitió, entonces es cómplice. Y así está respaldado en la jurisprudencia del derecho internacional de los derechos humanos.

En su análisis acerca del estándar jurídico internacional sobre la interrupción voluntaria del embarazo, el profesor de Derecho Internacional de la Universitat de Barcelona, Jaume Saura Estapà (2015) explica que constituye una grave violación de los derechos humanos de las mujeres, toda acción por parte del Estado que vulnere o impida la debida protección del derecho de las mujeres a la vida y a la protección de su integridad física y mental, cuando el Estado ha prohibido o penalizado el aborto, y esto impide la terminación legal y segura de una gestación que provoca un riesgo para la salud o la vida de la mujer gestante, o bien, porque con el objetivo de no dañar al embrión o feto, se obligue a la mujer a suspender un tratamiento médico necesario para tratar una enfermedad grave (Saura Estapà, 2015).

De igual forma, el Estado violenta los derechos fundamentales de las mujeres si, aunque el aborto terapéutico sea legal, impone sobre las mujeres que lo requieren una serie de obstáculos y retrasos que anulan, en la práctica, el acceso a ese procedimiento médico. Saura Estapà (2015) pone algunos ejemplos de estas prácticas dilatorias: cuando los profesionales sanitarios no suministran la información a las mujeres gestantes sobre su estado de salud o cuando tolera los abusos de los médicos y médicas que se acogen a la objeción de conciencia y no establece los límites requeridos para que tal libertad sea ejercida de manera legítima, sin entorpecer los derechos de las mujeres a su privacidad, su salud y su vida.

En conjunto con la práctica espuria de usar la libertad de conciencia como estrategia para retrasar o impedir el acceso al aborto terapéutico, encontramos también un ejercicio del poder obstétrico cuando emergen disputas o debates respecto de la interpretación de la noción de salud, de calidad de vida y de riesgo de muerte. El privilegio epistemológico que reside en el gremio médico, en virtud del conocimiento y del entrenamiento técnico que han recibido, no tendría necesariamente que derivar en prácticas disciplinarias y violentas. Sin embargo, como en todo privilegio, hay también una dimensión política que puede resultar problemática si conecta con la vocación de control del poder obstétrico (Arguedas Ramírez, 2016).

Cuando la interpretación médica de la noción de salud —física o mental— o de calidad de vida se realiza a partir de la vocación de control y poder sobre la mujer gestante, ubicándola dentro de la jerarquía de la institución hospitalaria como un sujeto subalterno, cuya voz se recibe desde la sospecha y cuya moralidad es cuestionada *a priori*, estamos ante un ejercicio del poder

obstétrico, inyectado del aura del poder pastoral y del poder del *pater familias*. La voluntad y la libertad del sujeto gestante desaparecen ante el médico o médica que, en virtud de sus representaciones mentales y morales, decide quién merece vivir y quién merece morir.

Esta voluntad de disciplinamiento moral de las mujeres gestantes, a través del ejercicio del poder obstétrico, puede ilustrarse con el siguiente caso. Se trata de una publicación en la red social Facebook del médico argentino Facundo Segovia Bárcena, que dice: “En mi guardia los abortos se harán SIN ANESTESIA” (Página 12, 2018). Esto sucedió en el contexto del debate sobre la despenalización del aborto en Argentina, durante el año 2018.

El mensaje es una advertencia para todas las mujeres que acudan a su servicio y requieran asistencia médica para la realización de un aborto. Segovia indica que él ha decidido someter al dolor y al sufrimiento a esas mujeres que optan o necesitan un aborto. Esta es una forma de castigo y él sabe que tiene el poder para hacerlo. Su declaración no es una amenaza hueca. La elección de las letras en mayúscula para escribir “sin anestesia” se leen como un grito dentro de las redes sociales. Es una forma de asegurarse que el mensaje llegue a todas y se escuche fuerte y claro. Y en efecto, se escuchó. La masiva reacción de protesta nacional e internacional culminó con el despido del médico. Sin embargo, este médico no habló desde una individualidad absoluta. Habló también en nombre de una colectividad, constituida por los colegas que le aplaudieron la actitud desafiante frente a lo que parecía ser una inevitable legalización del aborto. El despido del médico no resuelve el problema estructural que sostiene la cultura institucional de la cual Segovia Bárcena es parte y es producto.

La más brutal expresión de voluntad de poder, de ejercicio de castigo y disciplinamiento que proviene del entramado ideológico y cultural del poder obstétrico es el rehusarse a realizar una intervención para salvar la vida de una mujer gestante. Esta decisión de dejar morir, tomada desde un supuesto apego a altos valores de la ética médica, no tiene asidero racional ni razonable. Solo puede explicarse a partir de una sustitución de la ética médica y de los principios de la bioética, por la moral dogmática neointegrista religiosa.

Dejar morir, cuando se puede y se debe actuar para salvar la vida de una persona, es también asesinato. Y si un profesional de la salud (o un equipo de profesionales) deja morir a una mujer gestante, porque de manera consciente y premeditada, imposibilita la realización de un aborto terapéutico, esa muerte materna califica como femicidio, dado que se le dejó morir en razón de prejuicios y estereotipos de género asociados con la idea de maternidad y de deber ser de la mujer en una sociedad conservadora y patriarcal. La normalización de las muertes maternas que pudieron ser evitadas con la realización de un aborto terapéutico demuestra cuán profundo es el arraigo cultural e

institucional de la concepción del sujeto *mujer* como destinado al sacrificio en nombre de la maternidad. De ahí que, si una mujer no quiere aceptar ese destino de negación de sí misma, reciba un castigo social ejemplarizante, expresado a través de violentas formas de ejercicio del poder obstétrico.

El movimiento “Salvemos las dos vidas” lleva ya varias víctimas en América Latina (*Urgente 24*, 2019; *InfoSalta*, 2018). Las muertes de esas niñas, de esas mujeres, de esos neonatos, no son procesadas legalmente como mala praxis, ni como negligencia médica. Y mucho menos como femicidios. Son vistas por un amplio sector de la sociedad, como parte de un destino. Son entendidas como tragedias ineludibles. En esta percepción de inevitabilidad, que se sostiene tácitamente sobre la creencia en una voluntad divina que no debe ser intervenida, encontramos uno de los más complejos escollos culturales para desnaturalizar estas muertes causadas por el ejercicio del poder obstétrico, azuzado por el fanatismo religioso.

## Conclusiones

La figura del *pater familias*, proveniente del derecho romano, ha permeado el desarrollo cultural y jurídico, hasta nuestros días:

Solo los ciudadanos, quirites, tuvieron el poder de fundar las familias y, mediante su unión, la patria. En consecuencia, la familia romana es de uno: el paterfamilias. Y la patria potestad es un poder político de uno: el paterfamilias. La patria potestad romana es originariamente el poder político de los hombres libres, potestad que cierra el paso al gobierno de la cosa pública y de la familia a las mujeres ciudadanas. (Suárez Blázquez, 2014, p. 160)

La herencia de la cultura patriarcal romana ha influenciado el desarrollo histórico-social de Occidente. Las huellas de este ordenamiento jerárquico y de las subjetividades que produjo, están presentes en las sociedades que siguen otorgando un lugar subalterno a las mujeres, en razón de su capacidad reproductiva. La autoridad para someter a las mujeres, y sobre todo, a las mujeres entendidas como madres o madres en potencia, se ha redistribuido a través de las instituciones sociales y estatales. La institución médica es una de ellas. El poder obstétrico es una forma de poder disciplinario que identifica y atiende la jerarquía de género, enraizada en la autoridad del paterfamilias.

Las tecnologías de disciplinamiento del individuo, elaboradas paulatinamente por el cristianismo, confluyen en lo que Foucault (2007) denomina

como el poder pastoral. Una de las características del poder pastoral es la dirección de conciencias. Cuando analizamos el entramado de fuerzas de control que se ejercen sobre los cuerpos y subjetividades de las mujeres, en sociedades donde el conservadurismo religioso es dominante o está recuperando hegemonía, podemos identificar un cruzamiento entre formas específicas de poder pastoral imbuidas en la lógica del paterfamilias.

En coyunturas de recrudescimiento conservador-religioso, ese cuerpo femenino que es además (o tiene la potencia de ser) un cuerpo gestante, y se encuentra bajo el cuidado de operadores sanitarios que sigue los mandatos del paternalismo médico, el poder obstétrico se ejercerá —sea de formas tenues o de formas violentas—, con un acento pastoral; es decir, que además del control epistemológico y físico, también se intentará ejercer un control moral.

Denegar un aborto legal, obstaculizar el acceso o colaborar para que el aborto terapéutico sea penalizado, son acciones políticas que demuestran el lugar de empoderamiento y autoridad, desde el cual se actúa y desde donde se transmite un mensaje al resto de la sociedad. No son actos solo morales, sino que funcionan estratégicamente dentro estas dinámicas y lógicas de poder de dominio, que logran incluso desafiar el ordenamiento jurídico nacional e internacional.

El acto más feroz de disciplinamiento físico, epistemológico y moral que puede ejecutarse desde el poder obstétrico-pastoral, es el femicidio. Dejar morir a una mujer gestante, que está enferma, y que, para preservar su salud o su vida, requiere la intervención médica para terminar con ese embarazo, debe ser catalogado como un crimen sexista. La mujer que muere porque se le impone, dentro de la institución sanitaria, el martirologio de la maternidad sacrificial es una mujer que ha sido asesinada. La impunidad de estos crímenes es el signo hiperbólico del poder obstétrico.

## Referencias

- Albaladejo, A. (2017). US groups pour millions into anti-abortion campaign in Latin America and Caribbean. *The Guardian*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/y86bc2sc>.
- Amnistía Internacional. (2009). *La prohibición total del aborto en Nicaragua*. Madrid: Amnesty International Publications.
- Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.ambio sobre Centroamérica y el Caribe*, v. 11, n. 1, p.145-169. doi: 10.15517/c.a.v11i1.14238.
- Arguedas Ramírez, G. (2016). Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la

- violencia obstétrica en Costa Rica. *Solar. Revista de Filosofía Iberoamericana*, v. 12, n. 1, p. 65-89. doi: 10.20939/solar.2016.12.0105.
- Arguedas Ramírez, G.; Morgan, L. M. (2017). The Reproductive Rights Counteroffensive in Mexico and Central America. *Feminist Studies*, v. 43, n. 2, p. 423-437.
- Berer, M. (2004). National laws and unsafe abortion: The parameters of change. *Reproductive Health Matters*, v. 12, n. 24, p.1-8. doi: 10.1016/s0968-8080(04)24024-1.
- Brena Sesma, I. (2014). Interpretación del artículo 4.1 de la Convención Americana sobre la Protección de los Derechos Humanos, sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso Artavia Murillo y otros (fecundación *in vitro*) vs. Costa Rica. *Cuestiones Constitucionales*, n. 31, p.3-28. Recuperado de: <https://tinyurl.com/wt8qjyr>.
- Busdygan, D. (2013). *Sobre la despenalización del aborto*. La Plata: Edulp.
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2012). *Caso Artavia Murillo y otros ("fecundación in vitro") vs. Costa Rica*. Sentencia del 28 de noviembre de 2012. Serie C, n. 257. Recuperado de: <https://tinyurl.com/crare36>.
- Center for Reproductive Rights. (2013). *The World's Abortion Laws Map*. Washington: Center for Reproductive Rights. Recuperado de: <https://tinyurl.com/vpck5po>.
- Center for Reproductive Rights. (2014). *Marginalized, persecuted and imprisoned: The effects of El Salvador's total criminalization of abortion*. New York: Center for Reproductive Rights. Recuperado de: <https://tinyurl.com/t97mtjr>.
- Chávez Hernández, E. (2006). Ética en el Poder Legislativo. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, v. 1, n. 115, p. 93-124. doi: 10.22201/ij.24484873e.2006.115.3869.
- Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. (2018). *Declaración Oficial sobre el Aborto*. San José, Costa Rica.
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC). (2016). *Observación general No. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)*. Ginebra: Naciones Unidas.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (CEDAW). (2011). *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Costa Rica*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (CEDAW). (2015). *Examen de los informes presentados por los Estados en virtud del artículo 18 de la Convención*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Committee on the Elimination of Discrimination against Women. (CEDAW). (2016). *Concluding observations on the combined seventh and eighth periodic reports of Honduras*. New York: CEDAW.
- Committee on the Elimination of Discrimination against Women. (CEDAW). (2017). *Concluding observations on the seventh periodic report of Costa Rica*. New York: United Nations.
- Cook, R. J.; Dickens, B. M. (2006). The growing abuse of conscientious objection. *Virtual Mentor*, v. 8, n. 5, p. 337-340. doi: 10.1001/virtualmentor.2006.8.5.oped1-0605.
- Coppola, F.; Briozzo, L.; Nozar, F.; Fiol, V.; Greif, D. (2016). Conscientious objection as a barrier for implementing voluntary termination of pregnancy in Uruguay. *In-*

- ternational Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 134, Supl 1, p. S16-S19. doi: 10.1016/j.ijgo.2016.06.005.
- Diario Extra. (2017). Norma de salud permitiría matar niños enfermos según Alexandra Loría, abogada ProVida. *Diario Extra*. 15 de mayo.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2007). *Security, Territory, Population: Lectures at the Collège de France, 1977–1978*. New York: Palgrave Macmillan.
- Giubilini, A.; Savulescu J. (2018). Against conscientious objection in health care: A counter-declaration and reply to Oderberg. *Practical Ethics*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/sgc8ddk>.
- Goldberg, M. (2009). *The means of reproduction: Sex, power and the future of the world*. New York: Penguin Press.
- Gómez Ramírez, C. (2008). *Estimación del aborto inducido en Costa Rica*. San José: Asociación Demográfica Costarricense.
- Grimes, D.; Stuart, G. (2010). Abortion jabberwocky: The need for better terminology. *Contraception*, v. 81, n. 2, p. 93-96. doi: 10.1016/j.contraception.2009.09.005.
- Guttmacher Institute. (2018). *Abortion in Latin America and the Caribbean*. New York: Guttmacher Institute. Recuperado de: <https://tinyurl.com/se2dqm5>.
- InfoSalta. (2018). ¿Salvemos las dos vidas? Murieron la nena abusada sexualmente y desnutrida junto a su bebé. *InfoSalta*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/vljxvpf>.
- Inter-Parliamentary Union (IPU). (2014). *Common Principles for Support to Parliaments*. Geneva: French National Assembly, European Parliament, United Nations Development Programme (UNDP), National Democratic Institute (NDI), IPU. Recuperado de: <https://tinyurl.com/u3zwa89>.
- Januwalla, A. (2016). Human Rights Law and Abortion in El Salvador. *Health and Human Rights Journal*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/unopfm3>.
- Organization for Security and Co-operation in Europe (OSCE). (2012). *Background study: professional and ethical standards for parliamentarians*. Warsaw: OSCE/ODIHR.
- Organización de Estados Americanos (OEA). (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)*. San José: OEA.
- Página 12. (2018). Anestésista contra la ley: Una amenaza canalla. *Página 12*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/u94u9az>.
- Programa Matices. (2018). *Aborto Impune*. San José: Radio Monumental. Recuperado de: <https://tinyurl.com/vg9qlw7>.
- Radford, J.; Russell, D. E. (1992). *Femicide: The Politics of Woman Killing*. New York: Twayne Publishers.
- Redden, M.; Lakhani, N. (2017). US anti-abortion group quietly fights bid to end El Salvador's draconian ban. *The Guardian*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/ybu2v44d>.
- República de Costa Rica. (1999). Decreto Ejecutivo N° 28043-S, Día Nacional de la Vida antes de Nacer. *La Gaceta*, n. 161. San José: Imprenta Nacional.

- República de Guatemala. (1973). *Código Penal. Decreto n. 17-73*. Guatemala: Congreso de la Republica de Guatemala. Recuperado de: <https://tinyurl.com/t79k3gq>.
- República de Honduras. (1983). *Código Penal. Decreto n. 144-83*. Tegucigalpa: Congreso Nacional. Recuperado de: <https://tinyurl.com/yx3mdkb8>.
- Rich, A. (1986). *Of woman born: Motherhood as experience and institution*. New York: W.W. Norton.
- Saura Estapà, J. (2015). El estándar jurídico internacional sobre la interrupción voluntaria del embarazo: Reflexiones en perspectiva de derechos humanos. *Revista Electrónica de Estudios Internacionales*, n. 29, p. 1-33. doi: 10.17103/reei.29.01.
- Schwarz, S. (1990). *The moral question of abortion*. Chicago: Loyola University.
- Shah, I.; Ahman, E. (2012). Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: High burden among young women. *Reproductive Health Matters*, v. 20, n. 39, p.169-173. doi: 10.1016/S0968-8080(12)39598-0.
- Sedgh, G.; Singh, S.; Shah, I. H.; Ahman, E.; Henshaw, S. K.; Bankole, A. (2012). Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*, v. 379, n. 9816, p. 625-632. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61786-8.
- Shwarz, S.; Latimer, K. (2011). *Understanding Abortion*. London: Lexington.
- Suárez Blázquez, G. (2014). La patria potestad en el derecho romano y en el derecho altomedieval visigodo. *Revista de Estudios Histórico-Jurídicos*, n. 36, p. 159-187. doi: 10.4067/S0716-54552014000100005.
- Urgente 24. (2019). No se salvaron las dos vidas: Murió la beba de la nena violada. *Urgente24*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/wbagsxd>.
- Van Dijk, T. A. (1999). El análisis crítico del discurso. *Anthropos*, n. 186, p. 23-36.
- Unión Interparlamentaria; Naciones Unidas. (2016). *Derechos Humanos: Manual para Parlamentarios, No. 26*. Ginebra: Unión Interparlamentaria. Recuperado de: <https://tinyurl.com/t98to56>.
- World Health Organization (WHO). (1992). *The Prevention and management of unsafe abortion: report of a technical working group*. Geneva: Division of Family Health.
- World Medical Association (WMA). (2018). *WMA Statement on Medically Indicated Termination of Pregnancy*: 69th WMA General Assembly, Reykjavik, Iceland. Recuperado de: <https://tinyurl.com/tqws6lw>.





## Parte II



## Capítulo 5

# Violencias más allá del espacio clínico y rutas de la inconformidad: La violencia obstétrica e institucional en la vida de mujeres urbanas e indígenas en México

*Graciela Beatriz Muñoz García<sup>1</sup>, Lina Rosa Berrio Palomo<sup>2</sup>*

*<sup>1</sup>Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México*

*<sup>2</sup>Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social, México*

### Introducción

Este trabajo está construido a partir de dos ejes fundamentales, el primero de ellos es mostrar el panorama de la violencia obstétrica e institucional en México, sus impactos y las consecuencias en las vidas y los cuerpos femeninos; el segundo eje es una reflexión sobre las rutas que algunas mujeres utilizan al inconformarse por las violencias y la violación de sus derechos durante la atención médica de sus procesos reproductivos, es decir, las estrategias no judiciales que despliegan las mujeres en la búsqueda de la reparación del daño y de que sus casos no sean invisibilizados por las instituciones.

A partir de investigaciones antropológicas realizadas en la Ciudad de México y en la Costa Chica de Guerrero, reconstruimos tres casos de mujeres que muestran desde sus propios relatos y experiencias que la violencia

obstétrica e institucional impacta multidimensionalmente sus vidas, es decir, son violencias que se ejercen sobre los cuerpos femeninos en las instituciones públicas de atención a la salud sexual y reproductiva, cuyas consecuencias van más allá del espacio clínico u hospitalario, y motivan a algunas mujeres, con condiciones de vida muy específicas, a ingresar quejas médicas ya sea ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) o la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) y las comisiones estatales.

Aunque existen diversas rutas para la inconformidad, muchas mujeres — la mayoría— las desconocen o deciden no seguir estos caminos, por diversos motivos como falta de confianza en las instituciones, de tiempo para los trámites, de recursos económicos o apoyo de la familia y la pareja, e incluso porque ya no le ven sentido a quejarse ante las autoridades, pues los impactos físicos y no físicos de la violencia vivida durante la atención médica, son irreversibles, como lo mostraremos más adelante.

En México, la violencia obstétrica ha sido el centro del debate en diferentes sectores, tanto médicos como jurídicos, desde la academia y las organizaciones civiles (Fundar, 2015). En los medios de comunicación masiva (Altamirano, 2018) y en las redes sociales se han difundido casos de mujeres que se quejan de este tipo de violencia y varios de ellos han seguido vías jurídicas (Sesia, 2017).

El concepto de violencia obstétrica en México ha sido incorporado desde 2008 a la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, primero en el estado de Veracruz y, a partir de ese año, en 20 entidades federativas<sup>1</sup>. Además, en Veracruz, Guerrero, Chiapas y Estado de México, estas acciones u omisiones contra las mujeres durante la atención de sus procesos reproductivos se encuentran tipificadas como delito (CNDH, 2017).

La violencia obstétrica es un concepto polisémico que es necesario definir para identificar con claridad sus alcances, hasta qué punto permanece en los cuerpos femeninos y las formas en que impacta sobre la vida de las mujeres. Entendemos la *violencia obstétrica* como otra forma de violencia institucional ejercida por el Estado al interior de los servicios de salud, bien sea por acción, omisión o ausencia de protección, en tanto le corresponde garantizar los derechos humanos y particularmente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El Grupo de Información en Reproducción Elegida la define:

...cualquier acción y omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause daño físico y/o psicológico a la mujer

---

<sup>1</sup>Aguascalientes, Baja California, Coahuila, Tlaxcala, Nayarit, Veracruz, Chiapas, Guanajuato, Durango, Chihuahua, Quintana Roo, Tamaulipas, Campeche, Colima, Estado de México, Hidalgo, Morelos, Puebla, Querétaro y San Luis Potosí.

durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos. (GIRE; 2015, p. 12)

La violencia obstétrica es un tipo de violencia invisibilizada, ejercida por el personal de salud sobre los cuerpos y procesos reproductivos de las mujeres, no solo durante la atención del embarazo, el parto y el puerperio sino en todos los procesos y etapas de la salud sexual y reproductiva de las mujeres como la anticoncepción, la planificación familiar, el aborto y la menopausia (Belli, 2013, p. 28). Este tipo de violencia puede manifestarse de varias formas abiertas o veladas como maltrato, humillación, agresión verbal, burlas, amenazas, hipermedicalización, patologización de los procesos naturales como el parto, así como la negación al acceso a los servicios de salud, la atención sin consentimiento, bajo presión o sin información suficiente y la ejercida con discriminación por motivos asociados a la etnicidad-racialidad, estatus socioeconómico, estatus migratorio entre otros rasgos socioculturales, físicos y/o económicos de las mujeres (Naciones Unidas, 2014).

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)

En este sentido, es una violación a los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva (Belli, 2013). Diversos trabajos han documentado la existencia de la violencia obstétrica en los servicios de salud, Castro y Erviti (2009, 2014) analizan las lógicas y prácticas del saber y poder del *habitus* biomédico en el campo hospitalario e introducen el concepto de ciudadanía reproductiva<sup>2</sup>. Val-

---

<sup>2</sup>La ciudadanía reproductiva se refiere a “la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Entre ellos se incluye su capacidad de reclamar una atención médica de calidad por parte de los servicios de salud, especialmente en los casos de embarazos de alto riesgo” (Castro & Erviti, 2014, p. 39). Además, destacan que los casos de violencia obstétrica son problemas de violación a los derechos de salud y de salud reproductiva de las mujeres y que no se reducen a un problema de “calidad en la atención” como lo manifiesta el discurso médico dominante (Castro & Erviti, 2014, p. 38), sino a la normalización de la violencia y la violación de la ciudadanía de las mujeres durante la atención materna institucionalizada.

dez-Santiago *et al.* (2013), en un estudio transversal en dos hospitales públicos, mostraron nuevas evidencias a un viejo y complejo problema de salud pública y de derechos humanos que se expresa en las salas de maternidad, en donde confluyen relaciones de poder, discriminación e inequidades tanto sociales como de género (Valdez-Santiago *et al.*, 2013, p. 14)<sup>3</sup>.

En investigaciones de corte antropológico, Freyermuth *et al.* (2009) rastrean los casos de muertes maternas en municipios indígenas del estado de Chiapas como manifestaciones de profundas y persistentes inequidades en salud hacia mujeres indígenas en condiciones de extrema pobreza como parte de esas violencias institucionales y estructurales donde la muerte es el resultado último. Sesia (2017) propone en *Maternidades violentadas ¿maternidades justiciables?* un acercamiento a la judicialización de la violación de los derechos en salud materna en los casos de mujeres de contextos vulnerables —en su mayoría, indígenas y en condiciones de pobreza—, analizando la discusión en torno a los *litigios estratégicos* que se activaron a favor de las víctimas en México, que buscan una jurisprudencia de exigencia de derechos y de transformación de la política social.

Por su parte, Campiglia Calveiro (2017) a partir de un proyecto de investigación-intervención en un hospital al este de la ciudad de México, propone la clasificación de tres categorías que conforman un eje articulador de las distintas clases de actos violentos de las que son objeto las mujeres durante la atención institucionalizada de sus partos: 1) la violencia desnuda: el maltrato; 2) el abandono como violencia y 3) la violencia velada, refiriéndose a la hipermedicalización. Trabajos como los de Alfaro Barbosa (2018) y Carrera (2015) muestran que, en muchos de los casos por ellas recabados, la búsqueda de atención por un parto humanizado tiene como antecedente una experiencia de violencia obstétrica en el embarazo previo.

La mayor parte de la producción sobre violencia obstétrica se ha centrado en lo ocurrido durante el momento del parto. En este capítulo, nos interesa pensar la violencia obstétrica más allá de lo que ocurre durante el embarazo o parto y considerar sus efectos posteriores en la vida de las mujeres. La violencia obstétrica en los servicios de salud, sus impactos en las vidas de las mujeres y las estrategias que ellas construyen para la búsqueda de justicia son los ejes que estructuran este texto. Los casos aquí presentados son resultado

---

<sup>3</sup>En ese trabajo, se señala de manera directa a las instituciones como responsables de acciones violentas sobre los cuerpos femeninos en mayores condiciones de vulnerabilidad y se aportan elementos para el desarrollo de la cultura de respeto a los derechos de las mujeres entre las y los profesionales de salud. En este sentido evidencian la urgente necesidad de que "...el personal de salud reconozca a las mujeres que atienden como sujetos de derecho y, no como pacientes pobres sin ningún poder de decisión" (Valdez-Santiago *et al.* 2013, p. 19-20).

de investigaciones antropológicas más amplias: una, realizada de 2014 a 2018 en la Ciudad de México con mujeres urbanas que ingresaron quejas ante la CONAMED<sup>4</sup>, en donde fueron revisados los expedientes de queja médica y se recopiló información en entrevistas a profundidad con las mujeres de cada uno de los casos. La otra, es una investigación llevada a cabo con mujeres indígenas na savi de la Costa Chica de Guerrero, con un trabajo de campo realizado de 2015 a 2017.

A partir de la voz de dos mujeres urbanas de la capital del país y de una mujer indígena, buscamos mostrar que las consecuencias y daños de la violencia obstétrica e institucional van más allá del espacio hospitalario y de la atención, ya que trastocan de manera multidimensional la vida de las mujeres, y en algunos casos pueden conducir a complicaciones, morbilidades maternas extremas (MME)<sup>5</sup> y a discapacidades irreversibles en la salud general y en particular en la sexual y reproductiva. Viviana, Rosa y Margarita, relatan sus experiencias de violencia durante la atención institucional de sus procesos reproductivos, las cuales no deben ser leídas como experiencias aisladas e individuales sino analizadas como un reflejo de prácticas normalizadas y sistemáticas en la atención a la salud materna en México.

En todos los casos, las mujeres fueron atendidas en instituciones públicas de salud, las dos mujeres urbanas contaban con derechohabencia al seguro social y la mujer indígena fue atendida por la Secretaría de Salud de su entidad; en este sentido, la violencia y sus impactos son responsabilidad directa del Estado, que es el encargado de garantizar a las mujeres una atención de calidad respetando sus derechos humanos y ciudadanos.

---

<sup>4</sup>En 1996, en México se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), una instancia descentralizada de la Secretaría de Salud que actúa como mediadora en la resolución de los conflictos que se presentan entre los pacientes/usuarios y los prestadores de servicios de salud, es decir, instituciones tanto públicas como privadas.

<sup>5</sup>A la morbilidad materna extrema (MME), también se le nombra como morbilidad materna extremadamente grave (MMEG), complicación que amenaza la vida, morbilidad obstétrica severa, *near-miss* o *severe acute maternal morbidity*, se refiere a: “aquellas complicaciones de salud (lesión o incapacidad) que se presentan no solo durante el embarazo y el parto, sino que también pueden ocurrir dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo. Las complicaciones pueden estar relacionadas con o agravadas por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (OMS, 2008, p. 4).

## Tres mujeres: cuerpos intervenidos y violencias naturalizadas

### *Viviana: Parto instrumental y alto riesgo de muerte materna*

Viviana creció en una colonia popular al norte de la ciudad de México, estudió una carrera técnica en administración, lo que le permitió trabajar varios años como cajera de una institución bancaria. Actualmente tiene 31 años de edad, hace ocho años se casó con Juan Manuel y desde entonces viven en pareja; él estudió hasta la preparatoria y trabaja como encargado del almacén de una empresa cervecera<sup>6</sup>.

Cuando ella tenía 25 años, tuvieron a su primer hijo, nació por cesárea en un hospital privado, al que tuvieron acceso por el seguro de gastos médicos del banco en el que ella trabajaba; cuando el niño tenía casi dos años, ella decidió dejar de trabajar. Al cumplir 28 años tuvo su segundo embarazo. No tenía seguro de gastos médicos, pero era derechohabiente de la seguridad social por el trabajo de Juan Manuel.

Al cumplir 38 semanas de gestación sin tener síntomas del trabajo de parto asistió con su pase del primer nivel de atención del seguro social a la clínica de alta especialidad que le correspondía, para iniciar el seguimiento de su parto, donde comenta que fue maltratada por el personal de la clínica:

*...desde que llegas te regañan “¡es que ustedes nada más vienen por que sí!” [dicen las enfermeras y doctores] [...] te revisan... y te dicen “todavía no le toca”, con un desprecio indignante. (Viviana, entrevista, 2018)*

Después de tres semanas de asistir regularmente a las revisiones de control en ese hospital, inició el trabajo de parto. Así describe la atención recibida durante el parto:

*...pasaron varios médicos y a cada uno de ellos les pedí que me revisaran y su respuesta era: “ahorita”, “ahorita le digo a alguien” “espéreme”, y así hasta que pasó la doctora, me revisó y me dijo super preocupada ¡que ya era hora, que tenía 10 cm de dilatación y llamaría al anestesiólogo, llegó y procedió!... Rápido*

---

<sup>6</sup>Caso reconstruido por Graciela B. Muñoz García a partir de entrevistas y de la revisión del expediente de queja médica de la CONAMED, en el marco del trabajo de campo de la investigación doctoral del Posgrado en Antropología en Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, con apoyo de la beca PNPC otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

*la doctora me indicó que me acostara y no pujara, que iba a sacar al bebé e introdujo los fórceps, empezó a maniobrar... sin preguntar si la anestesia me había hecho efecto y sentí cada movimiento que hizo con los fórceps... ¡Fue un dolor horrible!... Sentí que me partían a la mitad... Después salió mi bebé, no lloró, yo preguntaba el porqué y nadie me contestaba, hasta que empezó a llorar, de ahí recuerdo que me levanté un poco para ver a bebé y vi mis piernas llenas de sangre, sentía la sangre que escurría... pregunté por qué, pero igual... no recibí respuesta, al poco tiempo entre el dolor y todo eso [...] perdí el conocimiento... En algún momento me despertaron a jalones [...] y solo escuché la voz de un hombre que me dijo: “Señora... le aviso que este fue su último hijo porque le vamos a quitar la matriz”... Yo no sabía ni en dónde estaba ni por qué me estaba pasando esto, inadie me explicó nunca! (Viviana, entrevista, 2018)*

Presentó una hemorragia severa posparto inmediato, y le realizaron una histerectomía de urgencia (extirpación total del útero). Sin embargo, en la sala de recuperación los médicos notaron que la hemorragia vaginal no cesaba, por lo que fue trasladada en ambulancia a un centro médico de alta especialidad, ahí fue recibida y clasificada como código rojo, con alto riesgo de muerte materna. Al ingresar le hicieron transfusiones de sangre y de plaquetas, y se le diagnosticó hemorragia por desgarros vaginales, provocados por las maniobras instrumentales utilizadas en el parto, es decir, le realizaron una histerectomía sin justificación médica, provocándole incapacidad reproductiva irreversible.

*...no entiendo cómo pueden atendernos así..., tratarnos así..., cómo pueden gritarnos y no decirnos que nos está pasando... Y, además, nos terminan lastimando, como la doctora que atendió mi parto ¡es una salvaje, le dicen la Ninja! ¡Porque siempre usa fórceps y se la pasa regañando a todas las mujeres! Mi suegra me dijo que ese día que me atendieron a mí, la misma doctora nos lastimó a varias, creo que dos fallecieron... Nos humillan y lastiman... salir de ahí con vida es todo un logro..., ¡yo casi me muero! (Viviana, entrevista, 2018)*

Viviana pasó varias semanas hospitalizada con una dolorosa recuperación, además presentaba incontinencia urinaria total, aunque el personal médico le decía que “era normal” después del parto y de la histerectomía, pero que de manera paulatina iba a recuperar la capacidad para retener la orina. Trece días después del nacimiento de su hijo fue dada de alta con la necesidad de utilizar pañales, que limitaban su consumo de líquidos y su movilidad; presentaba rozaduras en el cuerpo, por la acidez de la orina, infecciones vaginales y de

vías urinarias. Después de varios estudios, le comunicaron que el diagnóstico posible era el de una fístula vesicovaginal que ocasionaba incontinencia urinaria total, es decir, durante la atención médica le perforaron el cérvix y, sería necesaria una intervención quirúrgica posterior en el área de ginecología. Sin embargo, era necesario que se desinflamara el cuerpo y se recuperara de la anemia, tenía que esperar entre tres y seis meses para asegurar el diagnóstico y programar la operación correctiva.

Luego de seis meses y con mucho miedo de ser reingresada para una operación en el seguro social, acudió a un médico particular, solicitó varias opiniones médicas con urólogos y ginecólogos y, finalmente, fue operada diez meses después de que nació su hijo, en un hospital privado.

La experiencia violenta que vivió durante la atención obstétrica, provocó secuelas físicas importantes, diversos cambios y arreglos familiares. Ella no pudo cuidar a su hijo en las primeras semanas de vida, ni pudo amamantarlo, no podía hacer esfuerzos por la lenta recuperación, tanto de la histerectomía como de los desgarros vaginales y la sonda que tuvo más de dos meses después del alta hospitalaria. La pareja había comprado una casa en las afueras de la ciudad, pero ante las complicaciones obstétricas ella, su esposo y los dos niños se vieron obligados a mudarse por tiempo indefinido a casa de los papás de Viviana, quienes los apoyaron económicamente, se hicieron cargo de los niños, cuidaron de ella durante el primer año de recuperación física y emocional.

Después del alta hospitalaria, la dinámica familiar cambió drásticamente pues, a causa de la incontinencia, ella tuvo que dormir en una cama sola, porque durante la noche mojaba las sábanas de orina y esto la hacía sentir incómoda con su esposo, además no volvieron a tener relaciones sexuales hasta más de 18 meses después del parto, por la fístula y después por la recuperación de la cirugía reconstructiva de cérvix.

Su movilidad se vio limitada. Ella relata la imposibilidad de caminar más de tres cuadras antes de mojarse con orina, por lo cual dejó de salir, no iba por su hijo al kínder ni a hacer las compras, pasó varios meses sin reunirse con sus amigas ni familiares, abandonó su vida social porque se sentía insegura y limitada por la incontinencia, entre el dolor, el ardor, el olor a orina y sangre. Durante el primer año de vida de su hijo, ella no se hizo cargo de él, sino que permaneció bajo los cuidados de la abuela materna, quien la vio caer en una depresión muy fuerte y con sobrepeso, además de no poder volver a vivir en su casa o buscar algún tipo de empleo para apoyar económicamente a su pareja y a sus padres. La familia entera se endeudó, por los gastos del bebé y principalmente por los gastos en toallas femeninas y pañales de adulto, los medicamentos para las repetidas infecciones, las continuas revisiones y gastos médicos.

Los gastos de bolsillo<sup>7</sup> que realizan las familias, como consecuencia de la violencia y las afectaciones a la salud de las mujeres, pocas veces se mencionan en el estudios sobre violencia obstétrica, sin embargo, es relevante visibilizarlos porque impactan directamente la vida de las mujeres y sus familias más allá del parto, generando estrés, posibles conflictos familiares y de pareja y, en los casos de mujeres de bajos recursos, estas violencias y sus secuelas físicas terminan mermando la capacidad de sobreponerse económicamente.

Viviana estaba indignada por el maltrato del personal médico, por los errores cometidos durante el parto y el puerperio inmediato, por lo cual inició su búsqueda de justicia con apoyo de su pareja y su familia. Primero solicitó en el seguro social su expediente médico, lo leyó y analizó cada foja, con él ingresó una queja médica ante la CONAMED por la atención obstétrica recibida. Los abogados del servicio público de salud que la atendió, revisaron su caso, analizaron el informe médico y finalmente argumentaron que la queja no procedía “*porque sí recibió atención médica*”. Sin embargo, la Comisión realizó los trámites necesarios para que el caso fuera reconsiderado, ellos lo arbitraron y emitieron el laudo que la dictaminó como queja procedente, lo que le dio derecho a la mujer a recibir una indemnización y el reembolso de los gastos erogados en el ámbito privado.

Este caso muestra, de manera clara, las formas en que la violencia obstétrica se vincula con la violencia institucional, generando secuelas físicas y consecuencias multidimensionales en los cuerpos y las vidas de las mujeres. Las secuelas físicas que Viviana presentó, fueron resueltas un año después del parto, generando gastos importantes para la familia, además del daño físico, las múltiples huellas físicas y emocionales en su relación de pareja, su vida familiar, el vínculo con sus hijos, transformando su proyecto de vida, ante la infertilidad irreversible, y dificultando su capacidad de generar ingresos después del parto, por mencionar algunas.

Si bien en este caso, la intervención de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico actuó a favor de la mujer, analizando su queja, desestimando la respuesta negativa del prestador del servicio y finalmente emitiendo un laudo que obligó al seguro social a indemnizarla; también es necesario subrayar que ni el seguro social ni la Comisión, estipularon que las acciones y omisiones de las que fue víctima Viviana, fueron expresiones de violencia, es

---

<sup>7</sup>“El gasto de bolsillo se define como la proporción del gasto que las familias destinan a través de gastos directos, a solventar los distintos requerimientos de la atención de la salud, una vez satisfechas sus necesidades alimentarias. Prueba de ello, es que el gasto proveniente directamente del bolsillo de las personas fue la principal fuente de financiamiento del sistema de salud en México hasta 2008. Desde entonces, su nivel se ha mantenido alto con respecto a estándares fijados por la Organización Mundial de la Salud” (Pérez, s.f.).

decir, la CONAMED emitió el laudo basándose en el análisis del acto médico, más no del análisis de las diferentes acciones y omisiones de cada uno de los miembros del sistema de salud que violentaron sus derechos humanos y a una vida libre de violencia (Estados Unidos Mexicanos, 2007).

Hay una invisibilización institucional de la violencia, incluso en los casos de mujeres que acuden a las instancias correspondientes para quejarse sobre la calidad de la atención recibida en el sistema nacional de salud. Lo anterior plantea un debate respecto a lo que significa nombrar la violencia, y las resistencias desde el personal e instituciones de salud para denominarlo como *violencia obstétrica*. La Organización Mundial de la Salud (OMS) habla de falta de respeto y abuso<sup>8</sup> durante el nacimiento, en salas de parto y plantea una serie de recomendaciones para su prevención y erradicación en los servicios de salud (WHO, 2014) pero no menciona el concepto de *violencia obstétrica*. En los casos donde sí procede la queja, lo que se reconoce es el acto médico, pero no la violencia ejercida. Sesia, en este mismo libro, analiza justamente las disputas de sentido epistémico en torno a la categoría de *violencia obstétrica*. En el mismo sentido, los litigios estratégicos realizados por el Grupo de Información y Reproducción Elegida (GIRE), no solo buscan el reconocimiento del daño ocasionado, sino también posicionar esta nueva categoría epistémico-política.

*Rosa: “Me quitaron el derecho a decidir sobre los métodos de anticoncepción y como consecuencia me quitaron el útero”*

Rosa<sup>9</sup> es originaria del sur de la ciudad de México, estudió ingeniería en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Enrique, era su compañero en la misma facultad y actualmente es su esposo. Cuando ella tenía 23 años, presentó un embarazo y ambos estaban ilusionados, sin embargo, este terminó en un aborto espontáneo a la cuarta semana de gestación. Dos años después, mientras cursaban su último año en la universidad, tuvieron un segundo embarazo.

---

<sup>8</sup>“*Disrespect and abuse during childbirth*” en el original en inglés (WHO, 2014). La versión en español de la propia OMS de este documento lo traduce como “falta de respeto y maltrato”.

<sup>9</sup>Caso reconstruido por Graciela B. Muñoz García a partir de entrevistas y de la revisión del expediente de queja médica de la CONAMED, en el marco del trabajo de campo de la investigación doctoral del Posgrado en Antropología en Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), con apoyo de la beca PNPC otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT).

Como contaban con derechohabencia al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) por ser estudiante de la UNAM<sup>10</sup>, Rosa tuvo un seguimiento prenatal en la clínica del seguro. A las 38 semanas de gestación acudió a consulta en la clínica de alta especialidad ginecológica al sur de la ciudad de México, donde el personal le indicó que estaría en observación porque podía iniciar su trabajo de parto. Fue referida al área de Perinatología porque tiene asma, y permaneció internada todo un fin de semana. El día lunes le comunicaron que iba a ser inducida para un parto eutócico<sup>11</sup> por lo cual, desde las 10 de la mañana estuvo en ayuno y alrededor de las siete de la noche, una enfermera le dio de cenar, asegurándole que iba a pasar! Minutos después, Rosa fue llevada a tococirugía:

*...me ponen ahí, ya me conectan y dicen pues hay que esperar, yo pensaba... cómo que hay que esperar? Y pues me dan ganas de vomitar, me vomito, se me rompió la fuente, hice del baño de la pipi, defecué, todo, fue una contaminación y la ginecóloga dice... "¿Quién le dio de comer?", hasta estaba molesta, yo la vi, ¿no?... y yo dije... es conmigo, o sea por qué está enojada conmigo, pues porque comí... pero yo ¡pues ellos me dijeron que podía comer!... era ya tanta mi vergüenza... me dieron ganas de llorar... luego pasó un buen rato, limpiaron medio mal... y yo los escuchaba platicar, cotorrear, y todo normal... y yo dije... a qué hora me revisan... oigan, hagan algo, ¿no?... y no, me dejaron ahí toda sucia. (Rosa, entrevista, 2017)*

Mientras estaba en proceso de parto, con mucho dolor y casi inconsciente, el personal médico le solicitó que firmara el consentimiento para realizarle una cesárea y ponerle el dispositivo intrauterino (DIU) pese a que durante las consultas prenatales ya había firmado la documentación rechazando cualquier método de anticoncepción en el posparto inmediato, pues ella y su esposo, habían decidido esperar para decidir qué método utilizarían<sup>12</sup>. Sin embargo, durante la atención materna, se le condicionó el acceso al quirófano si no firmaba el documento que autorizaba la colocación del DIU, además de exigirle que lo firmara rápido porque de lo contrario iba a hacer sufrir más a su bebé, que ya estaba mal.

---

<sup>10</sup>“La UNAM, en cumplimiento con el Decreto Presidencial del 14 de septiembre de 1998, incorpora al Régimen Obligatorio del Seguro Social (IMSS) a todos los y las estudiantes que estén inscritos, que no cuenten con la misma o similar protección por parte del propio Instituto o cualquier otra institución de seguridad social” (UNAM, 2018).

<sup>11</sup>Parto vaginal, sin complicaciones y sin uso de instrumental.

<sup>12</sup>Este consentimiento con fecha anterior a la cesárea está incluido en el expediente de queja médica revisado para reconstruir este caso.

Le realizaron la cesárea, le informaron que el bebé presentaba problemas respiratorios y posible sufrimiento fetal porque ella “*había pujado y cansado al bebé*”. A las ocho horas del nacimiento le comunican que su bebé no tiene secuelas importantes y tres días después ambos son dados de alta del hospital. Cinco días más tarde ella presenta fiebre muy alta, malestar general, sangrado con mal olor y la herida de la cesárea presenta secreciones. Es llevada por su familia al hospital, en donde intentan sacarle el DIU sin conseguirlo, entonces la ingresan nuevamente a quirófano y le realizan una histerectomía total, provocándole discapacidad reproductiva irreversible.

*Todo eso conllevó a que yo ya no pueda tener hijos... sí, me quitó esa parte de poder decidir, y esa parte es la que me afecta, porque cómo una persona pudo decidir por mí. Entonces, yo creo que ella no tenía el derecho, porque cada ser humano tenemos el derecho a decidir, o tenemos la capacidad de decidir, si quiero o no quiero. Pero es su decisión, al final del día es su decisión, y con ella van a cargar toda su vida no. Pero el hecho de que ella (la doctora) me haya robado eso, a mí me pega hasta el alma. (Rosa, entrevista, 2017)*

Ella expresa que fue despojada de su derecho a decidir sobre qué tipo de anticonceptivo utilizar, pese a que ya se había expresado con claridad durante las consultas prenatales. Rosa considera que la ginecóloga decidió por ella y califica la atención materna que recibió en la clínica de alta especialidad, como desordenada, antihigiénica, sin buena comunicación entre el personal médico y con sus familiares. Se sintió maltratada por los médicos y enfermeras, quienes la atendían sin escucharla y además la responsabilizaban de la salud del recién nacido. El bebé estuvo bajo los cuidados de las mujeres de su familia durante el mes que permaneció en hospital por sepsis de herida quirúrgica (cesárea e histerectomía), lo cual la llevó a una depresión muy fuerte. Mientras seguía hospitalizada, no pudo realizar la lactancia materna y al ser reingresada al hospital debió ceder los cuidados del recién nacido a sus familiares, para volverlo a ver varias semanas después al ser dada de alta.

La morbilidad materna extrema que presentó Rosa, se extendió por más de un mes de hospitalización, la herida de la cesárea se infectó y fue sometida a curaciones cotidianas, tratamiento antibiótico, varias cirugías y transfusiones de sangre. Su recuperación fue muy lenta y el agobio de los médicos ante su mejoría poco significativa, se manifestaba en maltrato y violencia hacia la paciente.

*Las curaciones del doctor yo las sentía así como que el doctor ya se había desesperado de que la herida se seguía infectando... decidió limpiarme el doctor, haciendo a un lado a los residentes... eran muy dolorosas, le tallaba*

*como si me odiara, yo me mordía la bata y le suplicaba al doctor que parara y le trataba de quitar la mano y me decía: ¡suéltame, no me toques, y tranquí-  
la!..., ¡no aguanta nada, y es muy cobarde!, me sentí muy humillada ahí. Una  
cosa, es que me salves la vida y otra es que me humilles, pensaba yo. Y decía:  
¡las mujeres son bien chillonas!, así... menospreciándome... y así por un mes,  
me hacían curaciones y en una terminé desangrándome, me tuvieron que  
cauterizar en el quirófano porque me estaba desangrando... fue una tortura,  
por el dolor sí... pero más por el maltrato. (Rosa, entrevista, 2018)*

Durante la última semana de hospitalización, la familia de Rosa se quejó de manera informal con el director de la clínica, lo cual provocó que el jefe del servicio le pidiera de manera directa y amenazante que no se quejara de la atención del personal porque gracias a ellos iba a poder salir a cuidar a su bebé y sus quejas nada más impedían que todos hicieran bien su trabajo. Esto la desanimó a ingresar formalmente la queja ante la dirección del hospital, y sus principales sentimientos fueron de frustración y miedo a represalias por parte del personal de salud.

Sin embargo, al ser dada de alta, decidió ingresar una queja ante la CONAMED, la cual fue revisada por los abogados del Instituto Mexicano del Seguro Social y en la junta de conciliación se le informó que era improcedente, bajo el argumento de que se le ofreció un servicio médico efectivo y oportuno. Aunque el resultado de la queja médica fue desfavorable, Rosa expresó durante la entrevista que ella necesitaba realizar el procedimiento en búsqueda de justicia y que la Comisión revisara su caso. Para ella el seguir la ruta de la queja fue una manera de fortalecerse y ejercer sus derechos como paciente y ciudadana.

Como nos interesa argumentar, las violencias institucionales y obstétricas van más allá de las salas de parto y este caso muestra varias situaciones de violaciones a los derechos. En primer lugar, el consentimiento informado es ejecutado como un trámite apresurado, de cierta forma, coercitivo y no como un proceso de autorización bien informada. A Rosa se le condicionó el ingreso al quirófano a aceptar un método de anticoncepción que expresamente no quería, pese a existir documentación donde se demuestra la decisión al respecto tomada durante las consultas prenatales. Este aspecto es fundamental, pues el consentimiento informado es un proceso central en las normas de la bioética y constituye un aspecto vital en la relación médico-paciente (Secretaría de Salud, 2010, p. 60). En segundo lugar, después de la atención obstétrica se presenta la sepsis severa y en otra área de la institución a la cual es referida para la atención, el personal médico ejerce acciones directas que violentan sus derechos, normalizan el dolor sin uso de anestésicos y justifican

el maltrato y amenazas a las usuarias. En estas condiciones asimétricas de poder, el personal de salud toma una serie de decisiones “técnicas” que se constituyen en formas de violencia y a su vez producen daños severos e irreversibles. En el caso de Rosa es evidente que la decisión de colocarle el DIU, y las complicaciones que de ello se derivaron, condujeron a un daño evidente e inmediatamente percibido por ella. Interesa resaltar que como el de Rosa, cientos de mujeres se quejan de prácticas similares, tanto en el sentido de esterilización forzada, como de DIU colocados de manera rutinaria bajo presión o sin suficiente explicación a las mujeres.

### *Margarita: un hijo más por negación de anticonceptivos*

Margarita<sup>13</sup> es una mujer na savi de la montaña de Guerrero. Cuando la conocí tenía 42 años y seis hijos. Casi no habla español y mientras sostenía en sus brazos a un bebé de menos de un año, junto con su esposo me narraba su historia mezclando tu'un savi —su lengua materna— y español. Su primer hijo lo tuvo a los 18 años y de ahí en adelante nacieron cada dos o tres años hasta que al llegar al quinto decidieron, junto con su esposo, no tener más. Durante 12 años ella estuvo usando anticonceptivos hormonales cada mes, suministrados por la auxiliar de salud de su comunidad, un lugar tan pequeño que no tienen centro de salud, sino una brigada móvil que los visita cada 15 días.

A finales de 2014, fue a colocarse su inyección como todos los meses, pero la auxiliar le dijo que para ella ya no tenía porque la había sacado de la lista de usuarias de métodos anticonceptivos, consideraba que ya no lo necesitaba. Dos meses después ya estaba embarazada. No fue una decisión tomada por ella ni por su esposo, no querían embarazarse, pero así ocurrió por negación del anticonceptivo. Finalmente, su último embarazo a los 41 años terminó en preeclampsia, detectada en los primeros meses de gestación, una cesárea en el hospital de segundo nivel en su región, seguida de una ligadura de trompas para anticoncepción definitiva. Después de cinco partos vaginales en su casa con ayuda de la partera, Margarita experimentó por primera vez estas complicaciones que pusieron en riesgo su vida. Del mismo modo en que el desabastecimiento o la insuficiencia de anticonceptivos representa —para algunas mujeres, como en el caso de Margarita— embarazos no planificados ni deseados, para otras mujeres de la región la colocación de dispositivos

---

<sup>13</sup>Historia reconstruida por Lina Berrio a partir de las notas de campo y entrevista con Margarita y su esposo, en el estado de Guerrero durante el mes de agosto de 2016.

intrauterinos después del parto como un procedimiento de rutina sin garantizar el consentimiento informado o la negativa a retirar implantes, aunque las mujeres así lo soliciten, constituyen otras formas de violencia institucional que permanecen en los cuerpos de las mujeres por años y tienen secuelas igualmente fuertes para ellas.

El caso de Margarita permite preguntarnos sobre las responsabilidades institucionales en relación con este embarazo, del mismo modo que a quienes se les obliga a usar un método sin consentimiento o se les coloca un DIU sin informarle. En un caso la negación conduce a embarazo no planeado y de riesgo; en otros, conduce a la ausencia de reproducción pese a los deseos de las mujeres. ¿Cómo, quién o quiénes y con cuáles criterios deciden el acceso a anticonceptivos y definen la posibilidad de reproducción de las mujeres? Resulta una contradicción del discurso biomédico desestimular los embarazos de mujeres mayores de 35 años y al mismo tiempo negar el acceso a anticonceptivos a esta población.

No se trata solo de violencias durante el parto, sino de decisiones irreversibles que se toman sobre ciertos cuerpos y no sobre otros, con criterios poco claros y consecuencias que incluyen colocar en riesgo sus vidas como en el caso de Margarita y la preeclampsia que enfrentó. Ella no colocó queja ni denuncia ante ningún organismo. Su historia la experimenta como algo que pasó y frente a lo cual no consideran la posibilidad de interponer un recurso jurídico, aunque ya lo expresaron a los propios servicios de salud en su momento.

## **Las rutas de las inconformidades por la atención médica institucionalizada de los procesos reproductivos**

Muchos casos de violencia, maltrato y discriminación hacia las mujeres en los servicios de salud quedan en el ámbito de la experiencia individual y no son denunciados. Inconformarse sobre ello implica que este tipo de violencia debe ser nombrada como tal y a menudo las mujeres no la denominan de ese modo o minimizan lo sucedido, especialmente si el parto se resuelve satisfactoriamente y sus recién nacidos se encuentran en buenas condiciones de salud. En estos casos presentados, las morbilidades severas sufridas por las mujeres o las consecuencias en la salud, tienen repercusiones de mayor alcance o son irreversibles, lo cual opera como una razón de peso para iniciar un proceso.

En México, existen diferentes mecanismos mediante los cuales los ciudadanos y las ciudadanas pueden exigir el respeto a sus derechos a la protección

de la salud. Estos mecanismos siguen dos vías: la extrajudicial y la judicial<sup>14</sup> (Meza *et al.*, 2015). En este trabajo, no hablamos de las vías judiciales. Hemos retomado dos casos que utilizaron los mecanismos extrajudiciales, es decir, las quejas *formales* (Infante Castañeda, 2006), interpuestas ante una instancia mediadora entre el paciente y el prestador de los servicios. En México, estas instancias son la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), la Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO) y la CONAMED. Cada una cuenta con atribuciones para recibir quejas, normas y procedimientos para su atención y para sancionar o emitir recomendaciones a quienes incurran en responsabilidad.

Los mecanismos extrajudiciales se subdividen en dos estrategias: 1) mecanismos internos de la Secretaría de Salud, como los que realiza la CONAMED, y las respectivas comisiones estatales y 2) mecanismos políticos, en los que se incluyen las comisiones nacionales y estatales de derechos humanos, quienes emiten recomendaciones a las autoridades. Otra instancia de monitoreo ciudadano es el Observatorio de Muerte Materna, el cual realiza ejercicios periódicos de contraloría y transparencia, cuyos resultados son devueltos a las propias instituciones; e igualmente se difunde información en los medios de comunicación sobre las condiciones de salud materna en México, como otra vía de exigibilidad de derechos.

Los profesionales de la salud como funcionarios del gobierno, es decir, aquellos que trabajan en las instituciones públicas de salud, están regulados por la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos (Estados Unidos Mexicanos, 2016), por lo que el Estado y sus instituciones pueden aplicarles procedimientos disciplinarios por faltas a sus obligaciones, en las cuales incurran, entre ellas la violencia obstétrica. Estas medidas se concretan en sanciones administrativas disciplinarias como: apercibimiento, amonestación, suspensión, destitución del puesto, sanción

---

<sup>14</sup>Las denuncias penales son presentadas ante la Procuraduría de Justicia y son aquellas que se estipulan en el Código Penal Federal y de los Estados en materia del fuero común y de fuero federal y se dirigen a personas físicas o morales, y no a instituciones del Estado. “Para que haya culpa penal [en el ámbito del ejercicio médico] es necesario que se cumplan tres elementos: un error de conducta cometido por imprudencia, impericia, negligencia, violación a reglamentos o inobservancia de determinados deberes; un resultado dañoso, como la muerte o lesión en una persona, y relación de causalidad entre el error de conducta y el resultado dañoso” (Córdoba, 1997, p. 77). Tal como lo sugieren Meza *et al.* (2015), desde el punto de vista del derecho, se puede interponer una demanda civil, por la atención médica recibida, ya que la relación médico-paciente constituye un contrato regido por el Código Civil. “...el médico está obligado a actuar con diligencia, pericia y sin dolor [...] la falta de conocimientos, la impericia, la imprudencia y la negligencia son considerados culpas graves” (Infante Castañeda, 2006, p. 77).

económica e inhabilitación temporal para desempeñar cargos en el sector público (Infante Castañeda, 2006, p. 77).

Tal como planteamos desde el inicio del trabajo, la violencia obstétrica que se ejerce hacia las mujeres al interior de las instituciones y servicios de salud pública<sup>15</sup> es responsabilidad del Estado, pues posee una dimensión institucional que va más allá de los prestadores de salud. Adicionalmente su desempeño en calidad de servidores públicos regula la relación médico-paciente y el incurrir en actos que violen los derechos de las usuarias los hace acreedores de una responsabilidad administrativa.

### *La ruta de la queja ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*

La CONAMED es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud que busca resolver, de manera amigable, las controversias y/o conflictos surgidos entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud, tanto públicos como privados. Estas controversias denominadas *quejas médicas*, son analizadas y — en caso de que sean consideradas procedentes— se desarrolla un proceso de conciliación; o si las partes no llegan a un acuerdo la CONAMED opera como árbitro, analiza el expediente clínico y los argumentos de las partes involucradas, para finalmente emitir un laudo, es decir, un acuerdo que deben aceptar las partes.

En CONAMED, de modo gratuito los usuarios pueden recibir asesoría o bien interponer una queja, la cual se busca resolver mediante una conciliación, a través de un procedimiento sencillo, en el cual se escucha la posición de las partes y se proponen compromisos. Las quejas que no se concilian en esta instancia tienen dos alternativas: dejan a salvo los derechos de las partes, las cuales tienen la libertad de hacer uso de algún procedimiento judicial, o bien, las partes pueden asignar como árbitro a la CONAMED para solucionar la controversia, con lo cual se inicia el proceso arbitral que concluye con un laudo. (Infante Castañeda, 2006, p. 76)

En caso de determinar que una queja es improcedente (ya sea por el proceso de conciliación o arbitraje), se deben justificar los motivos de esta decisión.

---

<sup>15</sup>Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Sistema de la Secretaría de Salud nacional y de los estados.

Por el contrario, si es procedente, se obliga al prestador del servicio médico a cumplir con las pretensiones de la queja, que puede implicar el pago de una indemnización, el reembolso de los gastos erogados por el usuario o la usuaria del servicio o bien la continuación del tratamiento médico hasta la recuperación de la salud, por mencionar algunas.

Las quejas médicas ante la CONAMED se han incrementado cada año y 60% de ellas son ingresadas por mujeres. Durante el periodo 2001-2015, la institución reportó un total de 241.358 asuntos atendidos; de los cuales 24.393 —correspondientes al 10,1%— fueron quejas concluidas mediante los procedimientos de conciliación y arbitraje. De esas más de 24.000 quejas, el 11,3% son quejas sobre el servicio de ginecología y obstetricia, es decir, aproximadamente 2,758 durante ese periodo (Fernández-Cantón & Rizo-Amézquita, 2018, p. 34).

Los reportes oficiales de la Comisión, muestran que los servicios de ginecología y obstetricia ocupan uno de los tres primeros lugares en especialidades que reciben quejas anualmente. Entre los principales motivos por los cuales las mujeres se quejan ante la CONAMED están el tratamiento quirúrgico y, en segundo lugar, la relación médico paciente; en esta última se incluye la falta de información que el personal médico da a la mujer sobre su estado de salud, la información errónea y el maltrato por parte del personal médico.

Cabe mencionar que los/las ciudadanas que ingresen quejas ante la CONAMED también pueden interponer quejas ante otras instancias, es decir, pueden ejercer su derecho a utilizar diferentes medios de defensa, tales como denuncias civiles o penales, o bien inconformidades ante las comisiones de derechos humanos y en los casos de servicios médicos privados ante las instancias de defensa a los consumidores. La mayoría de las mujeres que son víctimas de violencia, callan su voz ante la autoridad, sin embargo, Viviana, Rosa y muchas más, construyen estrategias en la búsqueda de justicia que marcan precedentes para otras mujeres.

Entre las razones para decidir utilizar esta ruta señalaron que para ellas es importante evitar la repetición de casos como el suyo: “*que esto... no vuelva a pasar, que no le pase a otras mujeres*” (Rosa, entrevista, 2018). La mala experiencia en la atención materna de las mujeres entrevistadas, no solo no cumple con sus expectativas, sino que trastoca múltiples aspectos de su vida, su dignidad y proporciona razones para que las mujeres busquen justicia, a través de la inconformidad extrajudicial. Las mujeres que acudieron a la CONAMED buscan que su caso trascienda del nivel individual a uno colectivo, ya que ellas hablan de sus experiencias subjetivas, pero refieren que para cualquier mujer que está atendida en esas instituciones de salud es “normal” ser tratadas así.

Como muestran las cifras oficiales de la CONAMED, cada vez más mujeres toman la ruta de la queja médica en la búsqueda de reparación del daño. Esta ruta es una opción viable porque es gratuita, no requiere de gestores ni abogados, su procedimiento es sencillo, suele resolverse en un promedio de 8 a 15 meses y finalmente en caso de ser quejas procedentes, las mujeres pueden recibir indemnizaciones económicas o incluso tener derechohabencia a los servicios de seguridad social sin realizar aportes ni contar con las prestaciones laborales, por mencionar algunas. Sin embargo, esta ruta —como hemos mostrado a lo largo de este texto— también invisibiliza la relación que se establece entre las instituciones y las mujeres, reduciéndola a un asunto entre usuarias y prestadores de salud de tal manera que se minimiza, o se deja de lado, la dimensión estructural y eso dificulta ver esta forma de violencia que va más allá del espacio clínico.

### *La Comisión Nacional de Derechos Humanos y sus recomendaciones en materia de violencia obstétrica*

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) es un organismo autónomo encargado de la protección, observancia, promoción, estudio y divulgación de los derechos humanos en México. Entre sus atribuciones se encuentran tanto la investigación por presuntas violaciones a los derechos humanos, como la emisión de recomendaciones públicas no vinculatorias, las denuncias ante las autoridades respectiva, la formulación de programas y política, así como el seguimiento al monitoreo en materia de igualdad de género. A partir de la gran cantidad de quejas recibidas en materia de violencia obstétrica, la Comisión ha venido emitiendo diversas recomendaciones en relación con ello. Entre 2015 y 2017, emitió 28 recomendaciones (CNDH, 2017) por hechos constitutivos de violencia obstétrica que, a su vez, produjeron la vulneración de otros derechos de las mujeres o sus hijos e hijas. En esas recomendaciones se acreditó la violación de los siguientes derechos distribuidos según número de casos: derecho a una vida libre de violencia (28); derecho a la protección de la salud (26); derecho a la vida (22); derecho a la libertad y a la autonomía reproductiva (11); derecho a la información y el libre consentimiento: (9); derecho a la integridad personal (6); derecho a la igualdad y la no discriminación (1). Esas recomendaciones pusieron en evidencia la ausencia de una atención ginecoobstétrica oportuna y adecuada debido a la insuficiencia de personal y la escasez de médicos de base, lo cual genera cansancio en estos e impacta en la atención médica. Igualmente destaca la prestación de la atención por parte de profesionales en formación sin la adecuada

supervisión y en tal sentido recomienda al Sistema Nacional de Salud generar las condiciones para garantizar todos los recursos humanos y materiales necesarios a fin de brindar la atención, pues de lo contrario el Estado incumple con la obligación de poner a disposición de toda la población los medios necesarios para que pueda ejercer su derecho a la salud. No garantizar tales condiciones implica la existencia de responsabilidad institucional.

Las seis recomendaciones incluidas en su resolución de 2017, establecen el diseño e implementación de una política de prevención de violaciones a los derechos humanos en el embarazo, parto y puerperio; garantizar el presupuesto para fortalecer la infraestructura hospitalaria, los servicios de ginecoobstetricia y el personal; la implementación del “Modelo de Atención a las Mujeres durante el Embarazo, Parto y Puerperio con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro” de la Secretaría de Salud, una campaña de promoción de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres; implementar las políticas relacionadas con partería tradicional y fortalecer la vinculación entre parteras y sistema de salud. La última recomendación es aprovechar todos los espacios de desarrollo académico de médicos y especialistas para integrar el tema de la violencia obstétrica.

El informe de la CNDH sobre violencia obstétrica resulta de gran utilidad en tanto documenta, desde una instancia autónoma, la gravedad del asunto y además establece recomendaciones específicas al sector salud, aunque este sector no está obligado a cumplirlas pues no son vinculantes. La violencia en los servicios públicos de salud es un tema que, pese a su frecuencia y diversidad de formas, no encuentra aún caminos de abordaje contundente e incluso ni siquiera de documentación del propio sector. Una investigación reciente de la CNDH sobre el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana 046 de atención a la violencia familiar y sexual en los servicios de salud (NOM-046-SSA-2005) de Guerrero, Oaxaca y Chiapas (Sesia *et al.*, 2018), muestra el bajo registro de casos de violencia familiar y/o sexual en los servicios, pese a la normatividad existente en materia de registro y notificación. El mismo informe da cuenta además del bajísimo número de interrupciones legales del embarazo realizadas en los casos marcados por la ley, entre ellos, en el de violación sexual.

Los resultados de dicho informe coinciden con nuestros hallazgos de campo en relación a la violencia obstétrica, al mostrar la interacción existente entre la ausencia de información sobre sus derechos por parte de las mujeres y el poco esfuerzo institucional por hacérselos saber y cumplirlos. Esto es particularmente evidente en el caso de mujeres indígenas de quienes se posee poco registro con relación a la atención brindada en los servicios de salud. El caso de Margarita, al cual nos referimos previamente, y los de

varias mujeres indígenas incluidas en los informes de la CNDH, muestran la articulación entre violencia obstétrica, discriminación y racismo, de tal forma que los procedimientos técnicos se engarzan con un continuum de violencias institucionales, de género y comunitarias que complejizan el fenómeno y obligan a pensarlo más allá del parto. No solo hablamos de violencia obstétrica en tanto práctica ocurrida durante el momento del parto; nos referimos también aquí a prácticas de violación a los derechos sexuales y reproductivos, e incluso a casos de esterilización forzosa que hablan de profundas exclusiones y desigualdades en materia de salud y derechos. Esta dimensión del proceso reproductivo y de la violencia obstétrica como una serie de experiencias y eventos no limitados al parto, así como la mirada de la larga duración respecto a los daños infringidos en los cuerpos y vida de las mujeres, requiere ser enfatizada en los marcos de discusión establecidos por la propia CNDH, la OMS y la CONAMED.

## Reflexiones finales

El conocimiento de los derechos y la conciencia de ser sujetos de derechos, es uno de los elementos que define la posibilidad de construir una ruta de inconformidad, lo cual nos plantea una relación importante entre los derechos reproductivos y el ejercicio de la ciudadanía (Berrio & Singer, 2016). Para decidir denunciar o poner una queja, las mujeres deben conocer cuáles son sus derechos como mujeres, sus derechos sexuales y reproductivos, así como los derechos de todos los pacientes en los servicios de salud. No obstante, conocer los derechos es insuficiente si no hay un reconocimiento de sí mismas como sujetas de estos derechos. En un sistema que minimiza e infantiliza a las mujeres durante la atención esto resulta particularmente difícil, e incluso para algunas de ellas es el propio proceso de la inconformidad el que va construyendo este sentido de ciudadanía.

Por otra parte, existen condiciones sociales y económicas que incentivan o limitan que algunas mujeres logren quejarse por la atención médica durante sus procesos reproductivos y otras no. El iniciar un proceso de inconformidad implica que las mujeres deben dejar a sus familias y solicitar apoyo en el cuidado de sus hijos para trasladarse y realizar los trámites en las oficinas correspondientes. Aunque ingresar una queja por la vía extrajudicial ante la CONAMED o la CNDH no tenga ningún costo, ellas deben solventar los gastos de transporte e incluso dejar de trabajar algunos días para reunir los documentos y asistir a las audiencias o juntas de conciliación. Todo ello implica el involucramiento de la red de apoyo y se vuelve mucho más difícil en los casos

de las mujeres que viven en poblaciones alejadas de los centros urbanos, para las hablantes de una lengua indígena, así como en los casos de mujeres que no saben leer o escribir, por mencionar solo algunas de las múltiples intersecciones que construyen estas condiciones de vulnerabilidad diferenciada.

No tiene el mismo sentido colocar una queja o una denuncia contra una institución o un prestador de servicios que atendió y dañó, pero con el cual hay una relación lejana, a colocarlo frente a alguien que es parte de la propia comunidad, con quien hay una permanente relación. Tampoco es lo mismo —por los costos que implica— colocar una denuncia o queja en la capital del estado, ubicada a más de seis horas de su comunidad. Todas estas son condiciones que desestimulan la búsqueda de justicia o de reparación para muchísimas mujeres en México.

La manera en que están diseñadas las rutas de la inconformidad profundiza las desigualdades, en tanto implica contar con una serie de recursos (económicos, simbólicos, relacionales) cuyo acceso es viable para ciertos grupos de mujeres en contextos urbanos, pertenecientes a estratos medios, con redes de apoyo familiar, conocimiento de derechos, entre otros, mientras ese acceso se dificulta para las mujeres en condiciones de vulnerabilidad social y económica. Sin embargo, hemos encontrado casos emblemáticos de mujeres indígenas y rurales que han sido apoyados por organizaciones de abogadas feministas como el GIRE (2018), mediante los litigios estratégicos, los cuales cobran relevancia por la posibilidad de visibilizar la responsabilidad del Estado en las violaciones a los derechos de ciertas mujeres en mayor condición de vulnerabilidad; aunque esos casos emblemáticos representan un bajísimo porcentaje de todos los casos de violencia obstétrica que diariamente ocurren en el país.

A pesar de estas condiciones desfavorables para expresar las inconformidades, cada año se han incrementado el número de quejas y denuncias ante las diferentes instancias, ya sean estas de conciliación o de arbitraje de los conflictos en la relación entre las pacientes y el personal médico (CONAMED, 2016), o de derechos humanos nacionales y estatales (CNDH, 2018).

El texto abordó las historias de dos mujeres urbanas y una indígena, las cuales nos van marcando experiencias diferenciadas según los contextos, pero también coloca sobre la mesa las múltiples desigualdades de género que enfrentan, así como el impacto en sus vidas futuras. A partir de los casos presentados es posible ver una perspectiva de la violencia obstétrica que va más allá del espacio hospitalario. Nos interesó mostrar a través de las tres historias abordadas, que este tipo de violencia se caracteriza por dejar huellas visibles e invisibles en el cuerpo y las vidas de las mujeres. En tal sentido, la violencia obstétrica conforma un daño procesual sobre los cuerpos femeninos, el cual

puede iniciar incluso antes de la gestación y cuyas consecuencias se extienden más allá del momento del parto. Esto es particularmente impactante cuando nos referimos a casos como los incluidos aquí, que dan cuenta de esterilizaciones, control de la fecundidad sin consentimiento de las mujeres y secuelas graves en la salud provocadas por la inadecuada atención durante el parto, además de las consecuencias sociales y emocionales de la violencia obstétrica en las vidas de las mujeres.

Estas reflexiones buscan aportar elementos respecto a la permanencia de la violencia obstétrica en los cuerpos y las vidas de las mujeres y las diversas rutas que algunas de ellas siguen para inconformarse en México, las cuales permiten la presentación de quejas y denuncias sobre la atención médica recibida durante la atención del amplio abanico de la vida sexual y reproductiva de las mujeres. Estas rutas de las inconformidades son descritas brevemente para mostrar las posibilidades que brinda cada una y algunas de las resoluciones tomadas por cada instancia; sin embargo, profundizar en los límites y alcances de cada ruta es parte de los desafíos que emergen a partir de este trabajo.

¿Es posible hablar de calidad en la atención materna cuando se evidencia la falta de trato humanizado, la deficiente comunicación médico-paciente, o cuando el consentimiento es un trámite y no un proceso de verdadera aceptación informada del tratamiento médico a seguir? Las respuestas a estas preguntas resultan urgentes; en trabajos como este, que muestran la normalización de acciones violentas y con consecuencias importantes en la vida de las mujeres, no podemos postergar la implementación de acciones que eviten que esto siga pasando. Por otra parte, emergen preguntas respecto a las razones por las cuales no todas las mujeres víctimas de violencia obstétrica deciden emprender una ruta de queja y en ese sentido es claro que la insatisfacción no necesariamente conduce a la queja médica; esta se vincula con la intersección de varios elementos, entre ellos la dimensión emocional. Las mujeres deciden quejarse porque se sienten humilladas, ven dañada su dignidad o sienten que se les ha faltado al respeto. De algún modo hay una desposesión de la humanidad, una cosificación del cuerpo; el maltrato que reciben las mujeres durante la atención de su reproducción, se manifiesta, al menos en los casos que presentamos, en la normalización del dolor; la desatención a las necesidades emocionales y físicas de las pacientes; el personal médico, tiene un trato aleccionador y autoritario que refleja mecanismos disciplinarios. Paralelamente, hay una falta de información en general sobre lo que les está sucediendo a las mujeres al ser atendidas por el personal de salud y el trato se caracteriza por ser infantilizante hacia ellas, como si no tuvieran la capacidad de entender y decidir sobre sus procesos reproductivos y sus

cuerpos, es decir, se reprime la capacidad de agencia de las mujeres y se pasa por encima de su dignidad, tomando decisiones por ellas y no con ellas.

Al analizar los casos de mujeres que interpusieron reclamos ante la CONAMED, la violencia obstétrica e institucional queda invisibilizada pues esta instancia se enfoca en analizar el acto médico, es decir, si el personal de salud que atendió a las mujeres actuó de manera adecuada en términos médicos, si se tomaron las decisiones clínicas adecuadas basadas en el *lex artis*<sup>16</sup> y la *medicina basada en evidencia*, dejando de lado elementos centrales en la atención médica, como son las relaciones entre el personal médico y las pacientes, la comunicación y el respeto a los derechos. En los casos revisados observamos que las mujeres reportan en su carta de motivos (anexa al expediente de la queja médica) que sufrieron maltrato, violencia física o psicológica, amenazas, burlas, manifiestan que fueron desatendidos sus síntomas de alerta, sus incomodidades, sus expresiones de dolor y duelo suprimidos y sus decisiones fueron ignorados por el personal de salud e incluso este tomó decisiones “por encima de su propia voluntad”. Toda esta información cualitativa que puede ser cuantificable, plasmada en el formato de queja médica es hecha a un lado, por la Comisión, pues quedan fuera del expediente clínico, la principal fuente de análisis de los actos médicos que involucra la queja.

Sin embargo, si desde la perspectiva de las mujeres la *violencia obstétrica* es uno de los principales detonantes de las inconformidades en el área de ginecología y obstetricia, ¿por qué esta es desestimada por las instancias de conciliación y arbitraje? La violencia que no se nombra no puede evitarse en el futuro. Si a partir de las inconformidades que ingresan las mujeres, las instituciones no reconocen las violencias que se ejercen sobre los cuerpos femeninos al ser atendidos sus procesos sexuales y reproductivos, difícilmente se podrán transformar las prácticas normalizadoras y sistemáticas violentas que —como hemos mostrado a lo largo de este trabajo— permanecen en los cuerpos femeninos más allá del espacio clínico.

Pensamos que en México, desde el Sistema Nacional de Salud, la “calidad de la atención” se reduce a lo clínico, sin tomar en cuenta que existe un múltiple espectro de acciones que se encuentran en el espacio clínico; entre ellas,

---

<sup>16</sup>“...la *lex artis* médica o “estado del arte médico”, es el conjunto de normas o criterios valorativos que el médico, en posesión de conocimientos, habilidades y destrezas, debe aplicar diligentemente en la situación concreta de un enfermo y que han sido universalmente aceptados por sus pares. Esto es, los profesionales de la salud han de decidir cuáles de esas normas, procedimientos y conocimientos adquiridos en el estudio y la práctica, son aplicables al paciente cuya salud les ha sido encomendada, comprometiéndose únicamente a emplear todos los recursos que tengan a su disposición, sin garantizar un resultado final curativo” (Montoya Pérez, 2013).

que nuestro país cuenta con legislación suficiente que busca respaldar que las mujeres tengan una vida libre de violencia, dentro y fuera de las instituciones y que el Estado tiene la obligación de otorgarles servicios de salud sexual y reproductiva que garanticen el cumplimiento de los derechos humanos para todas las personas.

## Referencias

- Altamirano, N. (2018). Disfrazan Servicios de Salud de Oaxaca violencia obstétrica. *NVT Noticias*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/rfs47gd>.
- Alfaro Barbosa, A. (2018). *Mujeres en búsqueda de atención no hegemónica en salud materna: El caso de la zona metropolitana de Guadalajara*. (Tesis doctoral). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Guadalajara: CIESAS-Occidente.
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética / UNESCO*, v. 4, n. 1, p. 25-34.
- Berrio, L.; Singer, E. (2016). La salud sexual y reproductiva. Un ámbito de disputa en la construcción de ciudadanía para las mujeres indígenas. En: Cejas, M. (coord.). *Mujeres frente a las paradojas de la ciudadanía*. México: Universidad Autónoma Metropolitana, Terracota.
- Campiglia Calveiro, M. (2017). *La institucionalización del nacimiento: El vínculo roto* (Tesis doctoral). Ciudad de México: CIESAS. Recuperado de: <https://tinyurl.com/sxo6l3s>.
- Carrera, C. (2015). *La atención humanizada en tiempos de violencia durante el parto en la Ciudad de México*. (Resumen ejecutivo). Recuperado de: <https://tinyurl.com/scopylv>.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, v. 76, n. 2, p. 167-197.
- Castro, R.; Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, v. 19, n. 1, p. 37-42.
- Córdoba, J. E. (1997). Responsabilidad penal del médico frente al acto médico. En: *La responsabilidad profesional y jurídica de la práctica médica*. (Simposio). México: CONAMED, Academia Mexicana de Cirugía.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). (2016). *Consejo Mexicano de Arbitraje Médico: 20 años de experiencia*. México DF: CONAMED. Recuperado de: <https://tinyurl.com/rxlrlp>.
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). (1996). Reglamento interno de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Secretaría de Salud. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/te2k48y>.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) (2017). *Recomendación General n. 31: Sobre la violencia obstétrica en el Sistema Nacional de Salud*. Ciudad de México: CNDH. Recuperado de: <https://tinyurl.com/wju7xqs>.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2018). *Informe de Actividades 2018*. Ciudad de México: CNDH. Recuperado de: <https://tinyurl.com/v6lpzbu>.

- Estados Unidos Mexicanos. (2016). Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/vk7mfd2>.
- Estados Unidos Mexicanos. (2007). Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Presidencia de la República. *Diario Oficial de la Federación*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/unylbq6>.
- Fernández-Cantón, S. B.; Rizo-Amézquita, J. N. (2018). La queja médica relativa a los servicios de Ginecología y Obstetricia en México, 2001-2015. *Revista CONAMED*, v. 23, n. 1, p. 33-42.
- Freyermuth, G., Torre, C.; Meneses, S.; Meléndez, D. (2009). Mortalidad materna en los Altos de Chiapas: Validación de un indicador alternativo para identificar el subregistro de muerte materna en algunas regiones indígenas. *Estudios Demográficos y Urbanos*, v. 24, n. 1, p. 119-149.
- Fundar. (2015). *La CNDH emite Recomendación por el caso de Irene Cruz Zúñiga*. Ciudad de México: Fundar. Recuperado de: <https://tinyurl.com/rlfhhb2>.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2018). *La pieza faltante: Justicia reproductiva*. México: GIRE. Recuperado de: <https://tinyurl.com/vtg7x7k>.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2015). *Violencia obstétrica: Un enfoque de derechos humanos*. Ciudad de México: GIRE, Fundación Angélica Fuentes. Disponible en: <https://tinyurl.com/sq8wuxz>.
- Infante Castañeda, C. (2006). *Quejas médicas: La insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica*. Ciudad de México: Editores de Textos Mexicanos.
- Martin, G. (2000). The 'tradition of violence' in Colombia: Material and symbolic aspects. En: Aijmer, G.; Abbink, J. (eds.). *Meanings of Violence. A cross cultural perspective*. New York: Berg.
- Menéndez, E. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: Caracteres estructurales. En: *La antropología médica en México*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana. p. 97-113.
- Meza, A.; Mancinas, S.; Meneses, S.; Meléndez, D. (2015). Exigibilidad del derecho a la protección de la salud en los servicios de obstetricia en México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 37, n. 4/5, p. 360-364.
- Montoya Pérez, O. (coord.). (2013). Lex artis. En: *Diccionario Jurídico*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/u9o4wpz>.
- Naciones Unidas. (2014). *Derechos sexuales y reproductivos*. Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos. Recuperado de: <https://tinyurl.com/wy3yqxf>.
- Noel, G.; Garriga Zucal, J. (2010). Notas para una definición antropológica de la violencia: Un debate en curso. *Publicar en Antropología y Ciencias Sociales*, año 8, n. 9, p. 97-121.
- Organización Mundial de Salud. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS.
- Pérez, M. (s.f.). *Acceso económico a la salud*. México: Fundar. Recuperado de: <https://tinyurl.com/sg2m4t9>.

- Riches, D. (1986). The phenomenon of violence. En: Riches, D. (comp.). *The anthropology of violence*. Oxford: Blackwell.
- Rifiotis, T. (1998). Violência e cultura no projeto de René Girard. *Antropologia em Primeira Mão*, n. 30, p. 2-27.
- Sesia, P. (2017). Maternidades violentadas, ¿Maternidades justiciables? Una primera aproximación a la judicialización de la violación de los derechos en salud materna en México. En: Saldaña, A. T.; Davids, T. L.; Venegas, L. (coords.). *¡A toda madre! Una mirada multidisciplinaria a las maternidades en México*. Ciudad de México: Itaca-INAH. p. 71-111.
- Sesia, P.; Berrio, L.; Bonfil, P.; Díaz, D. (2018). *La regulación sobre los derechos sexuales y reproductivos en la legislación mexicana y para conocer el grado de cumplimiento de la NOM-046-SSA2-2005; Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención, en los estados de Chiapas, Guerrero y Oaxaca*. Ciudad de México: CNDH, CIE-SAS, CONACYT. Recuperado de: <https://tinyurl.com/srpd7uc>.
- Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). (2018). *¿Y tú ya te aseguraste?: Seguro de salud para estudiantes*. Ciudad de México: Secretaría General, Dirección General de Administración Escolar. Recuperado de: <https://tinyurl.com/skyg4va>.
- Valdez-Santiago, R.; Hidalgo-Solórzano, E.; Mojarro-Iñiguez, M.; Arenas-Monreal, L. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema: El abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista CONAMED*, v. 18, n. 1, p. 14-20.
- Villanueva Egan, L.; Ahuja Gutiérrez, M.; Valdez-Santiago, R.; Lezana Fernández, M. (2016). ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica? *Revista CONAMED*, v. 21, Supl 1, p. 7-25.
- World Health Organization (WHO). (2014). *Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth*. Geneva: WHO. Disponible en: <https://tinyurl.com/tse smr q>.
- Villaverde, M. (2006). *Salud sexual y procreación responsable*. Buenos Aires: Jurisprudencia Argentina.



## Capítulo 6

# El parto como “atropellamiento”: ideología médica, visión pesimista del parto normal y violencia obstétrica

*Janaina Marques de Aguiar, Ana Flávia Pires Lucas  
D’Oliveira, Carmen Simone Grilo Diniz*

*Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Brasil*

### Introducción

El parto y su asistencia son fenómenos sociales complejos. Las prácticas de asistencia están impregnadas por las diferentes culturas, lo que se expresa en su gran variabilidad geográfica, inclusive en los países industrializados. Entre las dimensiones involucradas en este formato cultural de las prácticas de asistencia al parto están la estructura y organización de los servicios de salud, la cultura sexual de esas sociedades, sus valores de género, raza/etnia, clase social, generación (Diniz, 2009), reflejados en la formación de los profesionales (Hotimsky, 2007).

En Brasil, asistimos a partir de la década de 1970 a un rápido crecimiento en el número de intervenciones y partos quirúrgicos, mientras que internacionalmente las evidencias científicas demostraban potenciales daños derivados del abuso de estas intervenciones. En contrapartida, desde la década de 1980, varias políticas gubernamentales fueron decididas con el intento de controlar el uso excesivo e inadecuado de intervenciones en el parto. Entre estas políticas se destacan la decisión de otorgar un pago igual para todos los

tipos de parto y el establecimiento de límites de cesáreas a ser pagadas a las instituciones en el sector público. La movilización de la sociedad civil, de grupos de mujeres y del movimiento a favor de la humanización y contra el exceso de medicalización en la asistencia obstétrica también contribuyó a la regulación de nuevas políticas, tales como el Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento, creado en 2000, y la Ley 11108, de 2005, que garantiza el derecho al acompañante que elija la parturienta, entre otras (Diniz *et al.*, 2018; Gama *et al.*, 2009; Diniz, 2005).

Sin embargo, los intereses económicos, sociales y políticos contribuyeron a lo que se considera una epidemia de cesáreas en el país, con tasas del 45,5% en parturientas con gestación de bajo riesgo, mujeres sanas sin condición clínica u obstétrica que presente riesgo. Mientras tanto, en el sector privado de salud esa tasa se eleva a 85% de cesáreas electivas, de acuerdo con la última encuesta nacional Nacer en Brasil, sobre nacimiento y parto en Brasil (Leal *et al.*, 2014). Estos índices están muy por encima del 10-15% preconizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Victora *et al.*, 2011). También de acuerdo a la investigación Nacer en Brasil, hay otras intervenciones que presentan tasas elevadas como la maniobra de Kristeller con 37%, la episiotomía con 56%, el uso de oxitocina y la amniotomía con 40% (Leal *et al.*, 2014).

En la última década hubo un incremento de estudios sobre la violencia obstétrica, con un consecuente aumento de la movilización social en torno al tema, en la búsqueda de mecanismos de responsabilización legal y mayor protección de las parturientas y sus hijos contra este tipo de abuso (Sena & Tesser, 2017; Tesser *et al.*, 2015). La *violencia obstétrica* —término acuñado en la República Bolivariana de Venezuela (2007) por la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia— puede ser entendida como maltrato, exceso de medicalización, violación de derechos y de la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos y su sexualidad, practicados por profesionales de la salud. En Brasil, las investigaciones revelan que un cuarto de las mujeres atendidas en maternidades relata algún tipo de violencia obstétrica (Hotimsky *et al.*, 2013), y es mayor el número de relatos de abusos entre mujeres pardas y negras, con menor escolaridad, de 20 a 34 años, que entraron en trabajo de parto, que fueron atendidas en el sector público y que no tuvieron acompañantes durante la internación (D'Orsi *et al.*, 2014).

En Brasil, no hay una ley federal específica para la violencia obstétrica, sin embargo, algunos estados brasileños ya cuentan con leyes estatales y proyectos de ley para la tipificación de esta forma de violencia de género y la implementación de medidas que apunte a la información, protección y garantía de atención humanizada a las mujeres gestantes (Brasil, 2017; 2018).

Además, la Constitución brasileña en vigor posibilita que los actos de violencia obstétrica sean juzgados de acuerdo con el Código Penal como actos ilícitos penables de homicidio, de lesión corporal, de injuria, de difamación, de calumnia y de omisión de asistencia (Lewin, 2015).

El presente artículo discute las concepciones de profesionales, actuantes en la red pública y privada de servicios de salud, sobre el parto y la indicación de intervenciones, como la episiotomía y la cesárea, en un contexto nacional en el que se discute el uso abusivo de tecnología como una forma de violencia obstétrica. Se busca comprender la aparente contradicción de la dificultad de adhesión en el trabajo cotidiano del personal sanitario a las recomendaciones y evidencias científicas más actuales sobre el uso de tecnología en la asistencia al parto (WHO, 2018), considerando que estos profesionales practican una medicina que enfatiza el uso de la tecnología basada en evidencia científica, llamada justamente por su base científica, medicina tecnológica (Schraiber, 2008).

## Metodología

Los datos presentados y discutidos forman parte de una investigación cualitativa sobre violencia obstétrica (Aguiar, 2010). En ella, se realizaron 18 entrevistas semiestructuradas con profesionales de salud (diez obstetras, cinco enfermeras y tres técnicas de enfermería), en el período de junio a septiembre de 2008, actuantes en maternidades de la red pública y privada, en el municipio de San Pablo (Brasil) y otros municipios adyacentes. La incorporación de los profesionales para las entrevistas se realizó por indicación personal: cada entrevistado indicaba a dos más y así sucesivamente (método conocido como “bola de nieve”). El primer entrevistado fue indicado por la orientadora del estudio, sin ningún contacto previo de este con la investigadora de campo.

La edad de los entrevistados varía entre 26 y 53 años. El tiempo de ejercicio de la profesión de los obstetras varía entre 7 y 30 años. Seis de ellos tenían más de 15 años de carrera. Entre las enfermeras y técnicas de enfermería el tiempo de ejercicio de la profesión de más de la mitad fue superior a 9 años.

Resaltamos que, en lo que se refiere a la formación y calificación de los obstetras, varios de ellos tenían relación con servicios de enseñanza, con roles de asistencia y docencia. Todas las enfermeras poseían especialización en obstetricia y todas las técnicas actuaban en el centro obstétrico y centro quirúrgico, prestando asistencia a las pacientes y/o los recién nacidos en los cuidados inmediatos.

En lo que se refiere al sexo de los entrevistados, fueron seis hombres (obstetras) y doce mujeres. Esta división, no intencional, refleja la realidad de los hospitales brasileños, en los que el cuerpo de enfermería está compuesto mayoritariamente por mujeres. Sin embargo, consideramos que tal división no determinó diferencias relevantes para el análisis del estudio original. En este trabajo identificamos a los entrevistados por la profesión, el sexo y el número de orden cronológico en que se realizó entrevista según la categoría profesional.

La investigación fue aprobada por los Comités de Ética en Investigación de la institución académica a la que está vinculada y de la Secretaría de Salud del Municipio de São Paulo, de acuerdo con los principios establecidos por los respectivos comités para investigaciones con seres humanos.

## Resultados y Discusión

### *El parto normal como riesgo: la intervención como control y seguridad del profesional*

Durante las entrevistas, algunos profesionales —sobre todo obstetras— se pronunciaron como más favorables a la práctica del parto normal y otros a la cesárea como vía preferencial para el nacimiento, justificando a partir de ahí sus conductas. La mayoría de las profesionales de enfermería fueron más favorables al parto normal. Los que están a favor de la cesárea consideran que tal procedimiento quirúrgico posibilita mayor control y seguridad para el profesional sobre la situación, una vez que el parto normal es visto como riesgoso, imprevisible, prolongado y extremadamente doloroso para la paciente.

*...porque creo que con la cesárea tengo el parto más bajo control [...] entonces el parto normal es bueno pero, es lo que digo, es para quien pueda tenerlo y no para quien quiere tenerlo. (Obstetra, mujer, 10)*

Por su parte, la cesárea es interpretada como una opción más “humanizada” para la mujer ya que, según una de las obstetras, el parto vaginal en el servicio público frecuentemente ocurre sin anestésicos de turno, siendo extremadamente doloroso e “inhumano”. Bajo esta óptica, el parto normal es calificado como “primitivo” y “atrasado” porque ocurre sin intervención tecnológica.

*Yo parí hace veinte años, de parto normal. Y si me preguntas, si tuviera un hijo hoy por donde yo querría parir, yo diría una cesárea. Porque duele*

*mucho, porque no siento como natural tener que sentir un dolor tan violento, ¿entiendes? Ah, pero tienes la anestesia. Ok, que no está disponible para todos. Es hipócrita decir que está. Tengo una anestesista para diez pacientes. Entonces, es hipócrita decir que es humano, es humanizado [...] Entonces si quieres preguntarme cuál es mi preferencia, es que nadie sufra [...] Porque no es humano parir sin anestesia, sin corte, sin asistencia médica, ¿entiendes? Cuando le dices a la mujer: "¡Haz fuerza!" Y pone un paño para sostener el perineo, estás dando la misma anestesia que daban en la Edad Media. Eso, para mí, no es asistencia médica. (Obstetra, mujer, 9)*

Vemos que en los relatos de los profesionales no son considerados los riesgos que el uso rutinario de los procedimientos tecnológicos puede causar a las parturientas —como lo registra la literatura científica— así como el sufrimiento físico y emocional que pueden agregar. Además, los derechos ya consolidados en las leyes de Brasil —como la Ley 11108 que incorpora el Capítulo VII “Del subsistema de acompañamiento durante el trabajo de parto, el parto y posparto inmediato” (Brasil, 2005), que determina que los servicios de salud del Sistema Único de Salud (SUS) deben permitir la presencia de un acompañante durante todo el día, dado que reduce el sufrimiento de la parturienta y de la ocurrencia de violencia obstétrica— no son a menudo considerados y son negados en el cotidiano de la asistencia obstétrica (Diniz *et al.*, 2014; D’Orsi *et al.*, 2014).

En el caso de los “riesgos”, algunos profesionales reconocen que el parto normal es menos arriesgado si “todo va bien”, pero consideran que ante alguna complicación puede ser muy grave, y es difícil predecir cuándo sucederá. Esta incertidumbre lleva a la idea de que, en los hechos, no existe el bajo riesgo, ya que este sería siempre imprevisible. Por esa lógica, la cesárea gana el status de un parto seguro, controlado y sin dolor, y representa el triunfo de la tecnología sobre la imprevisibilidad de la naturaleza.

*Y el parto así es siempre una aventura. La palabra no es buena, pero siempre es una cosa que comienzas y no sabes cómo va a terminar. Este tipo de incertidumbre es angustiante. (Obstetra, hombre, 1)*

En Brasil, existe una tendencia a la sobreestimación de los beneficios de la tecnología y a la subestimación o negación de las molestias y los efectos adversos de las intervenciones en la asistencia obstétrica (Diniz, 2009). Como respaldo de esta tendencia está una ideología científica que siempre ve el funcionamiento de los recursos tecnológicos como benéficos, libres de generar algún riesgo. Tal configuración es favorecida por la creencia en la seguridad que se deposita en la tecnología como una aplicación práctica de la ciencia.

Los riesgos e incertidumbres pasan a ser entonces minimizados en trabajo cotidiano a través del uso de la tecnología que, a su vez, adquiere flexibilización y adaptabilidad a los casos (Schraiber, 2008).

Este contexto puede generar profesionales sin preparación para la asistencia al parto en la cotidianidad de los hospitales, según apunta una de las enfermeras entrevistadas:

*El parto normal es para quien sabe, y hoy los que saben son pocos [...] porque es así, creo que el parto normal es una cuestión de conducta para que él venga, ¿me entiende? ¿Por qué en el turno del miércoles puedo tener un obstetra que logra hacer cinco, seis partos normales? ¿Y por qué en el turno de martes, jueves, viernes, no puedo tenerlo? ¿Es porque la pelvis de la paciente es diferente? ¿Por qué no evolucionó al parto normal? Porque considero que todos evolucionan al parto normal. ¿No es una cuestión de conducta? ¿No es una cuestión de quién sabe hacerlo? (Enfermera, mujer, 3)*

Así vemos, por lo que relata esta enfermera que está a favor del parto normal como un parto humanizado, una crítica a la conducta de los colegas que se apoyan en el uso de la tecnología como una garantía de control del proceso de parto y de una mayor seguridad personal. Para estos profesionales que defienden la cesárea, esta constituye la mejor opción de un parto humanizado, ya que el parto normal implica siempre —desde su mirada— un mayor sufrimiento y daño a la paciente.

### *El parto como sufrimiento: la intervención como ayuda*

Una vez que el parto vaginal sin intervenciones es visto por los entrevistados como más doloroso y hasta “traumático” para la mujer, en comparación con la cesárea, el uso de los procedimientos médicos se valora como la garantía también de mayor confort y avala muchas decisiones médicas.

Dentro de las intervenciones posibles en el parto, de acuerdo a los entrevistados, no se adoptan más rutinas de oxitocina, tricotomía y ayuno, pero la gran mayoría deja una vía intravenosa en las pacientes previendo casos en que el parto evolucione para una cesárea o que tenga que ser inducido. Hay informes también de uso de la maniobra de Kristeller y del fórceps “de alivio”, bajo la justificación de que la paciente no consigue hacer más fuerza o que “se niega a colaborar” con el trabajo de parto. En estos casos, la vía vaginal está asociada no a la mayor seguridad, sino a daños adicionales:

*Hubo un día que tuvimos seis partos normales, todos fueron fórceps, todos los niños lesionados. [...] ese día que nacieron seis parecía como si hubiera habido un choque dentro de la maternidad. (Enfermera, mujer, 3)*

En lo que se refiere a la cesárea, en la decisión médica se tienen en cuenta otros factores además de la indicación clínica. Una obstetra admitió hacer cesárea en el servicio público en pacientes que están muy “descompensadas” porque ella considera que la solicitud de la paciente en algunos casos es una indicación adecuada.

Se resalta aquí la cuestión del control sobre el proceso de parto y sobre el comportamiento de las parturientas tal como fue discutido en una publicación anterior (Aguiar, D’Oliveira & Schraiber, 2013). En nombre de la autoidad profesional, el control sobre la parturienta exige cuerpos disciplinados, sometidos a la orden médica y en ese sentido se recurre tanto al uso o no de tecnologías así como a la coacción y a la amenaza.

Diniz (2009) señala que esta adhesión a las prácticas hegemónicas, a diferencia de las evidencias científicas, está también al servicio de una mayor seguridad emocional y jurídica por parte de los profesionales, y los disidentes que adoptan el modelo contrahegemónico y se arriesgan una complicación en el parto vaginal resultan más vulnerables.

En contraste con la definición de *medicina basada en la evidencia* (Diniz & Chacham, 2006; Brasil, 2001), otro obstetra defiende la cesárea electiva como un derecho de cualquier paciente, sea en la asistencia privada o pública, y cualquiera que sea la razón:

*La medicina por evidencia, usted comentó eso. Creo que por ese gran motivo es que hoy se desvirtuó todo, por la evidencia. [...] Porque el paciente sabe que la cesárea no tiene complicación, así, no pasa nada. Tiene, pero lo desconocen. Todas las mujeres que ella conoció tuvieron cesárea, está todo el mundo muy bien, los niños están muy bien [...] eso es pura evidencia. Entonces, crees que eso es lo que es correcto. Esa es la evidencia de la paciente. (Obstetra, hombre, 4)*

Cabe señalar que este profesional descalifica la evidencia científica y considera como evidencia lo que su experiencia empírica le apunta. De acuerdo con Diniz (2004) esta resistencia a modificar algunas prácticas en la obstetricia demuestra que además del aspecto técnico, este es un asunto político que se refiere a las relaciones sociales desiguales también de género y clase. Una vez que la evidencia está siempre sujeta a varias interpretaciones, puede reforzar o desafiar esas relaciones e impactar o no en la práctica. Es decir, no se construye

o se mantiene toda la técnica solo con base en evidencia científica. De esta forma, el modelo intervencionista de asistencia al parto se sostiene por su conveniencia a muchos intereses y “por su carácter ritual, por su capacidad de reproducir valores y relaciones sociales” (Diniz, 2004, p. 18).

Se sabe también que, una parte de la población de usuarias de los servicios de salud tiene la visión de que el parto normal conlleva mayor riesgo de muerte o complicaciones que la cesárea, así como un parto más traumático en el sentido de ser más doloroso, prolongado y con menor calidad de asistencia (Aguar, 2010; Diniz, 2009). Sin embargo, cabe preguntarse por qué las pacientes llegan con tanto miedo al parto normal y cómo en las últimas décadas se ha construido esa imagen “pesimista” del parto vaginal en nuestra cultura, imagen compartida tanto por mujeres como por profesionales. Las investigaciones recientes apuntan a la relación entre los relatos de violencia obstétrica y entrar en trabajo de parto (D’Orsi *et al.*, 2014), posiblemente porque entrar en trabajo de parto signifique mayor tiempo de exposición de las parturientas a los malos tratos sufridos en la asistencia, tal como apuntan Hotimsky *et al.* (2013).

### *El parto como daño sexual: la intervención como protección*

La concepción, difundida por décadas entre profesionales de la salud y la población, de que el parto vaginal puede deformar las genitales femeninas ha hecho que la episiotomía o la cesárea se vean como formas de protección de la integridad sexual de la mujer (Diniz & Chacham, 2006; Hotimsky, 2007). La episiotomía pasó a ser utilizada de rutina a partir de mediados del siglo XIX bajo la justificación de que facilitaría el nacimiento y preservaría la integridad física de la vagina. Aún hoy esta creencia apoya el ejercicio rutinario de esta práctica para gran parte de los profesionales de salud (Diniz & Chacham, 2006).

Para algunos entrevistados esta visión fundamenta sus elecciones en cuanto a los procedimientos. Por lo tanto, aunque la episiotomía de rutina no es recomendada (Brasil, 2001; Diniz & Chacham, 2006), algunos admiten su práctica como una medida de protección del perineo. Se mantiene, así, el criterio personal de cada profesional y, sobre todo de la postura de cada jefe de turno, en cuanto a realizarla o no y cuándo realizarla.

*Creo que acortas el período expulsivo, así que es un beneficio para el bebé. Creo que no estiras la fibra muscular, por lo tanto, lesiona menos [...] Esa es mi visión. Y si hago un corte lindo tengo menor probabilidad de laceración “o lo que Dios quiera”. (Obstetra, mujer, 9)*

Una vez más, el efecto dañino de las intervenciones se atribuye al parto, al paso del bebé por el canal vaginal como responsable de “rasgar” los genitales, como en una violación invertida (Diniz, 2005):

*...en una primigesta en este caso, es necesario hacerlo porque destruye a las niñas ¿sabes?, es un maltrato cuando no se hace. ¡Si fuera en mi caso, tendría que hacerlo! Mi hijo no iba a salir rasgando todo, porque es complicado.*  
(Técnica de enfermería, mujer, 2)

En los testimonios de los entrevistados, vemos en forma reiterada que algunas creencias prevalecen sobre las evidencias científicas, como la de que el cuerpo femenino no está preparado para parir, un cuerpo frágil ante un evento potencialmente arriesgado y dañino (Wagner, 2001).

La mayoría de los entrevistados conocen las actuales evidencias científicas sobre esta cuestión y admite que las altas tasas de realización de la episiotomía están ligadas a la reproducción de una rutina arraigada en las prácticas médicas:

*Es difícil que cambies rutinas muy arraigadas [...] solo consigues cambiar este aspecto, vamos a decir así, cultural de la asistencia con un poco de calma, no tenemos la ilusión de conseguir quitar todas esas prácticas de la noche a la mañana, pero lo que creo que es importante que exista un proceso, una directriz [...] sin embargo, es difícil terminar en un 100% con toda esta práctica.*  
(Obstetra, hombre, 5)

### *El parto como producción en serie: la intervención como racionalizadora del tiempo*

La actual conformación de la medicina tecnológica prima por la sobrevalorización de la tecnología en detrimento de la dimensión relacional de la asistencia (Schraiber, 2008). Con una lógica de optimización del tiempo, la asistencia al parto pasó a organizarse a través de un modelo intervencionista de organización del servicio, como una “línea de montaje” (Wagner, 2001).

*...la medicina, es estructurada de una manera que hace esto, hace aquello, muy estandarizada y mucho con una optimización del tiempo, y el parto vaginal va completamente en contra de eso, porque demora y es imprevisible [...] Eso va completamente en contra de la lógica de la organización del trabajo médico.* (Obstetra, hombre, 1)

En este sentido, algunos entrevistados confirmaron que algunos procedimientos se realizan y se elijen las intervenciones con el fin de no retardar el flujo de atención, liberar camas y no dejar trabajo pendiente para el turno siguiente —la llamada “limpieza de área”—, código de conducta común entre los servicios profesionales como forma de gestionar la carga de trabajo y optimizar su tiempo (Diniz & Chacham, 2006). Para esto se utilizan frecuentemente recursos como la oxitocina para acelerar los partos normales o la realización de cesáreas. Hay, por lo tanto, otro factor en el uso de intervenciones y en la elección de la vía de parto: la conveniencia de la institución y de los profesionales:

*Como vas a pasar el turno a tu compañero, ¿no es cierto?, puedo tomar un caso muy difícil y empezar a intentar un parto normal, solo que no soy yo quien voy a ver el final de eso [...] Entonces, si tengo una paciente que tiene una gran oportunidad de convertirse en una cesárea y yo intento una inducción en el trabajo de parto, una cosa más difícil, ¿cómo voy a pasar esa paciente a otro colega? Yo voy a pasar un caso extremadamente difícil, por ejemplo, para él, un caso que no es de él, es mío. (Obstetra, hombre, 7)*

Para este entrevistado, un parto con una evolución lenta en el que exista la posibilidad de llegar a una cesárea en el siguiente turno es un criterio para recurrir a un parto quirúrgico. La inducción y la cesárea serían, aquí, dispositivos para racionalizar el tiempo de los profesionales, corresponder a lo que esperan los colegas y la cultura institucional, aumentar la producción e incrementar las ganancias de los hospitales, bajo el prisma de una asistencia más “moderna”, entendida como progreso científico.

## Consideraciones finales

El ejercicio de la práctica médica, como el de cualquier asistencia en salud, no está exento de valores. En todo momento entra en escena la subjetividad de sus actores, que necesitan tomar decisiones en gran parte apoyadas en sus experiencias prácticas individuales y en grupo. Creencias como la de los daños causados por un parto vaginal y la posibilidad de prevenir o restaurar el órgano genital femenino de esos daños, orientan las decisiones que se creen regidas por el principio de la beneficencia.

La medicalización del cuerpo femenino en la asistencia al parto, en el actual contexto, se apoya en una supuesta seguridad de que el mayor uso de tecnología puede aportar para superar cualquier imprevisto en el proceso de parturición, sin considerar muchas veces la propia imprevisibilidad del

riesgo asociado al uso de las intervenciones. Esta conducta recurrente en los relatos de los entrevistados demuestra la postura de negación frente a las actuales evidencias científicas en este campo y la resistente ideología médica y de género que subyace a esas prácticas, fundamentándolas en creencias, valores, disputas de poder sobre el cuerpo reproductor e intereses de la corporación médica.

La visión pesimista de la experiencia del parto normal —la llamada “pesimización del parto”, tal como lo apunta Diniz (2009)— sirve a los intereses políticos y económicos de una determinada organización de la producción, al hacer de contrapunto al modelo de la cesárea electiva entendida como una opción de parto más seguro, sin dolor, y también más rápido y eficiente desde el punto de vista de la producción hospitalaria. Estos intereses traen en forma subyacente una ideología que desvaloriza y tiene temor del cuerpo femenino, y que es reproducida por los profesionales —en forma cotidiana— en sus prácticas, normalmente sin ninguna reflexión crítica, justamente por ser ideológica. Para estos profesionales, cuanto mayor sea el uso de la tecnología —sobre todo la cesárea de rutina en el sector privado y su contrapunto quirúrgico en el sector público, la inducción del parto y la episiotomía— también será mayor la sensación de control del trabajo de parto y, consecuentemente serán mejores los resultados.

En este sentido, la apropiación del cuerpo de la mujer, por medio de la medicalización y la patologización de su proceso reproductivo, se da en nombre de prácticas consideradas necesarias “para el bien de la paciente”, a menudo en desmedro de su voluntad y autonomía. Tales actos son percibidos por los profesionales como un ejercicio legítimo de su autoridad y, por lo tanto, disfrazados como buenas prácticas. Consideramos que este es uno de los factores que contribuyen a la invisibilidad y la banalización de la violencia obstétrica en las prácticas cotidianas de asistencia, además de profundizar brechas y desarticulaciones en la comunicación entre pacientes y profesionales.

Sin embargo, como hemos visto en el discurso de algunos entrevistados, tanto la práctica como la formación no se dan necesaria y rutinariamente sin una reflexión crítica. El contexto actual de asistencia a la salud también está marcado por un mayor acceso de los usuarios de esa asistencia a la información y una profusión cada vez mayor de producción de evidencias que apuntan a la emergencia de transformación de paradigmas que sostienen el modelo hegemónico de asistencia, que ya no es más tan hegemónica. Y en este sentido, la práctica médica es cada vez más convocada a la reflexión crítica no solo sobre su actuación, sino también sobre su formación profesional, la producción de saberes e ideologías y la organización institucional.

## Agradecimientos

A la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) por la beca doctoral que hizo posible esta investigación.

## Referencias

- Aguiar, J. M. (2010). *Violência institucional em maternidades públicas: Hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero*. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Aguiar, J. M.; D'Oliveira, A. F. P. L.; Schraiber, L. B. (2013). Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 11, p. 2287-2296. doi: 10.1590/0102-311x00074912.
- Brasil. (2001). Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.
- Brasil. (2005). Lei 11108, Do acompanhamento durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. *Diário Oficial da União*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/z7nz5ex>.
- Brasil. (2017). *Legislação Estadual de Santa Catarina, Lei N° 17097, de 17 de janeiro de 2017. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina*. Florianópolis. Recuperado de: <https://tinyurl.com/w3hupnc>.
- Brasil. (2018). *Legislação Estadual de Minas Gerais, Lei N° 23175 de 21 de dezembro de 2018, Dispõe sobre a garantia de atendimento humanizado à gestante, à parturiente e à mulher em situação de abortamento, para prevenção da violência na assistência obstétrica no Estado*. Belo Horizonte. Recuperado de: <https://tinyurl.com/thl35dm>.
- Diniz, C. S. G.; D'Orsi, E., Domingues, R. M. S. M.; Torres, J. A.; Dias, M. A. B.; Schneck, C. A.; et al. (2014). Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: Dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, supl 1, p. S140-S153. doi: 10.1590/0102-311X00127013.
- Diniz, C. S. G. (2009). Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, v. 19, n. 2, p. 313-326.
- Diniz, C. S. G. (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: Os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 627-637. doi: 10.1590/S1413-81232005000300019.
- Diniz, C. S. G. (2004). *Parto normal ou cesárea? O que toda mulher deve saber (e todo homem também)*. Rio de Janeiro: Editora Unesp (Saúde e Cidadania).
- Diniz, C. S.; Chacham, A. (2006). O “corte por cima” e o “corte por baixo”: O abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva*, v. 1, n. 1, p. 80-91.

- Diniz, C. S. G.; Rattner, D.; D'Oliveira, A. F. P. L.; Aguiar, J. M.; Niy, D. Y. (2018). Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers training. *Reproductive Health Matters*, v. 26, n. 53, p. 19-35. doi: 10.1080/09688080.2018.1502019.
- D'Orsi, E.; Brüggemann, O. M.; Diniz, C. S. G.; Aguiar, J. M.; Gusman, C. R.; Torres, J. A.; et al. (2014). Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: Estudo nacional de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, supl 1, p. S154-S168. doi: 10.1590/0102-311X00087813.
- Gama, A. S.; Giffin, K. M.; Ângulo-Tuesta, A.; Barbosa, G. P.; D'Orsi, E. (2009). Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 11, p. 2480-2488. doi: 10.1590/S0102-311X2009001100017.
- Hotimsky, S. N. (2007). *A formação em obstetrícia: Competência e cuidado na atenção ao parto*. (Tese de Doutorado). Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, Brasil. Recuperado de: <https://tinyurl.com/wawcxyn>.
- Hotimsky, S. N.; Aguiar, J. M.; Venturi, G. (2013). A violência institucional no parto em maternidades brasileiras. En: Venturi, G.; Godinho, T. (orgs.). *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Uma década de mudanças na opinião pública*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, Sesc. p. 217-229.
- Leal, M. C.; Pereira, A. P. E.; Domingues, R. M. S. M.; Theme Filha, M. M.; Dias, M. A. B.; Nakamura-Pereira, M.; et al. (2014). Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, supl. 1, p. S17-S47. doi: 10.1590/0102-311X00151513.
- Lewin, A. P. C. O. M. (2015). Violência obstétrica, será que o direito não trata mesmo desta questão? *Revista Jurídica Consulex*, v. 19, n. 437, p. 35- 37.
- República Bolivariana de Venezuela. (2007). Ley 38668: Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*. Recuperado de <https://tinyurl.com/rk5xmjh>.
- Schraiber, L. B. (2008). *O médico e suas interações: A crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec.
- Sena, L. M.; Tesser, C. D. (2017). Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: Relato de duas experiências. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 21 n. 60, p. 209-220. doi: 10.1590/1807-57622015.0896.
- Tesser, C.; Knobel, R.; Andrezzo, H.; Diniz, S. (2015). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 10, n. 35, p. 1-12. doi: 10.5712/rbmfc10(35)1013.
- Victoria, C. G.; Aquino, E. M.; Leal, M. C.; Monteiro, C. A.; Barros, F. C.; Szwarcwald, C. L. (2011). Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *The Lancet*, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60138-4.
- Wagner, M. (2001). Fish can't see water: the need to humanize birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 75, supl 1, p. S25-S37.
- World Health Organization (WHO). (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: World Health Organization.



## Capítulo 7

# Chile Crece Contigo: un programa puesto a prueba por mujeres gestantes

*Nairbis Sibirian*

*Escuela de Comunicaciones, Facultad de Ciencias Sociales y Comunicaciones de la Universidad Santo Tomás, Chile*

### Introducción

Desde hace varias décadas, los estudios de género advierten una serie de sujeciones en torno al embarazo. Knibiehler y Fouquet (1983) realizaron un análisis histórico entorno a la relación entre *mujer y medicina*; Berriot-Salvadore (2000) destaca que históricamente el cuerpo femenino se ha visto como incompleto, defectuoso, más cerca de lo animal que de lo humano; Esteban (1994) concluye que el cuerpo ha sido un medio indirecto pero muy eficaz de controlar socialmente a las mujeres; y Narotzky (1995) advierte una constante pérdida de las mujeres en su capacidad de determinación durante el embarazo.

Los primeros trabajos sociológicos sobre la reproducción se ciñeron a las ideas de Parsons sobre “el papel de enfermo”. Así consta en las investigaciones de Macintyre (1977a; 1977b; 1980) y McKinlay (1972). Posteriormente, Oakley (1976a) hizo un relevamiento de autores que abordaban este tema desde las influencias de la conducta obstétrica en el comportamiento de las mujeres y bebés, en el que destacan Graham y McKee (1979), Macintyre (1981), Ong (1983) y Shepperdson (1980). A su vez, la misma Oakley abordó inicialmente el trabajo doméstico de las mujeres (1974) para luego ir hacia la medicalización

de la maternidad (1975), la sociología de la reproducción (1976a); la administración del nacimiento (1976b); la relación entre obstetricia y maternidad (1977); las experiencias de parto (1979a; 1979b; 1980); la historia del cuidado médico en el embarazo (1986); la relación entre parto en casa y élites (1987) y la relación entre tecnología obstétrica y trastornos emocionales (1992).

A partir de entonces la sociología del nacimiento tomó diversos rumbos: la historia del parto (Arney, 1982; Wertz & Wertz, 1977) o las transformaciones de la obstetricia (Donnison, 1977); la posición histórico-social de las parteras (Litoff, 1978) y los patrones culturales del parto (Mead & Newton, 1967), la interculturalidad de la maternidad (Jordan, 1978) o la construcción de la identidad materna (Kitzinger, 1992). Y, ligadas a la noción de cuidado, a su vez, emergen voces que van a concebir la gestación como trabajo invisible, no remunerado e imprescindible para la reproducción social y el bienestar (Carrasco, Borderías & Torns, 2011; Acosta, 2015).

Cabe destacar que la antropología también hizo aportes relevantes en esta materia. Montes (2010) destaca los itinerarios asistenciales del embarazo y Garcés (2010) realiza etnografía en las unidades de neonatología en España. Asimismo, el trabajo de campo y compilatorio que realiza Robbie Davis Floyd (2001) coloca en la palestra el modelo tecnocrático del nacimiento y, en Chile, una referencia ineludible es Sadler (2004) con su etnografía “Así me nacieron a mis hijas”, en la que se cuestiona la pérdida de la autonomía de la mujer al momento del parto.

Todas estas investigaciones y miradas son referencias necesarias para comprender el vasto y variado camino para pensar el embarazo. En el presente texto, abordo el vínculo que existe entre mujer-gestante, tecnologías y desarrollo de capacidades evaluativas. Estas tecnologías serán puestas a prueba, desde una perspectiva pragmático-pragmatista, por las propias mujeres embarazadas. Así, el presente texto se enfoca en las competencias prácticas que permiten a actantes poner(se) a prueba, esto es, evaluar, designar, calificar, criticar o justificar tanto a otros como a sí mismas. Se presta atención a la capacidad de las mujeres gestantes para ajustarse, adaptarse o cambiar la dirección entorno a su propio proceso de gestación. Además, se asume que cada situación está definida por una serie de actores (humanos y no humanos) que la vuelven inteligible y se considera que esta acción ocurre dentro de unos modos de configuración de sentido práctico (Goffman, 2006).

Para observar cómo estas mujeres ponen a prueba las tecnologías y, con ello, el mismo programa; el presente análisis se basa en el seguimiento de

tres mujeres gestantes<sup>1</sup> usuarias de la política pública Chile Crece Contigo, en Chile, durante su gestación. Para esto, las acompañamos a sus controles médicos en recintos hospitalarios, donde funciona la política pública, así como a talleres y actividades varias. En cada caso se realizaron diez contactos de seguimiento y dos entrevistas semiestructuradas (inicial y posparto).

Metodológicamente, es un estudio de caso múltiple (Stake, 2006) con perspectiva etnográfica (Gubern, 2011) que enfatiza en las prácticas cotidianas desde la narración y la observación participante. En términos teóricos, se recurre a la sociología pragmático-pragmatista bajo los aportes de Latour (1986, 2001a, 2001b, 2016) y Boltanski (2000) como aparato teórico que da cuenta de la capacidad de agencia de los actores.

El trabajo está organizado en cuatro partes: la primera, dedicada al planteamiento del problema; la segunda, abocada a la sociología pragmático-pragmatista y el concepto de prueba; la tercera, ofrece una breve genealogía del programa Chile Crece Contigo; y la cuarta, está destinada a mostrar la experiencia de tres mujeres gestantes y se exponen los principales hallazgos de la investigación. Este recorrido, forma parte de una investigación doctoral sobre la construcción social de la maternidad y, en este caso, se presentará parte de los resultados concernientes a uno de los escenarios estudiados.

### *Necesidad de un enfoque simétrico en salud*

Históricamente, la relación entre políticas públicas y embarazo ha sido vista bajo una perspectiva médica. Ya sea con énfasis en el Estado (Foucault, 1996) o en las empresas de la salud (Illich, 1975), el estudio del embarazo, nacimiento y el cuerpo de la mujer han formado parte del dominio exclusivo del saber médico. Un saber que incluso no abarcaría solo los problemas relacionados al mundo de la salud (Helman, 1994), sino que también se ancla en prácticas, ideologías de control y normatización (Menéndez, 1984).

Por su parte, Conrad (1992) señala que el dominio del saber médico sobre la vida de las personas se había constituido siempre bajo la idea de enfermedad, pero que en el último tiempo se han visto cambios en los rumbos de la medicalización (Conrad, 2007) con la emergencia de poderes como el de los proveedores

---

<sup>1</sup>El criterio de selección de las mujeres gestantes fue, por un lado, la condición de que sean usuarias de Chile Crece Contigo y, por el otro, que tengan relación con alguna otra fuente de gestión del embarazo como organizaciones no gubernamentales, escuelas de yoga, etcétera. Cada usuaria firmó un consentimiento informado, en el que se explican los objetivos de la investigación y los usos que se dará a sus testimonios. Todas estuvieron de acuerdo en que sus historias de gestación fueran narradas y que aparecieran con sus nombres originales.

y el de los consumidores que están modificando el balance de influencias sobre la idea de salud (Light, 1993). En esa línea, Clarke *et al.* (2003) argumentan que las innovaciones tecnocientíficas cada vez tienen mayor importancia en la concepción de la vida, mientras que Pilnick y Zayst (2015) van más allá y revelan que hoy existe una alta participación de las personas en su propia medicalización, tal cual señala Fainzang (2013) con la *medicalización de sí*. Al respecto, Torres (2014) manifiesta que dentro de todos estos procesos surge también una desmedicalización y medicalización que ocurren simultáneamente.

Lo que a fin de cuentas realizan estas miradas es que, por un lado, confirman y, por otro, tensionan la hipótesis sobre el monopolio y control médico de la sociedad, los cuerpos y los imaginarios. Hoy también se observa la capacidad de agencia de la misma ciudadanía en procesos vinculados al cuidado y la salud que es, precisamente, uno de los aspectos centrales de la presente investigación sobre mujeres embarazadas y su relación con la tecnología durante su periodo de gestación. En otras palabras, las personas tienen un rol activo en su propio devenir social en tanto que pacientes o usuarios de algún sistema de salud en particular.

### *La sociología pragmático-pragmatista como opción*

Con influencias del interaccionismo, la etnometodología, las teorías de la acción situada y, posteriormente, de la tradición filosófica americana llamada *pragmatista*; en la década de 1980 surge una corriente teórica que se planteaba como alternativa a la sociología crítica de Bourdieu y el individualismo metodológico de Boudon, principalmente. Se trata de una sociología pragmática cuyo objetivo es poder reconstituir las lógicas que se encuentran en las prácticas de actividad crítica de los actores. El eje será el reencuentro entre el conocimiento científico y el saber práctico, concebidos durante mucho tiempo como dos tipos de racionalidad distintas.

Bajo este marco de la sociología pragmática destacan dos aproximaciones. Una es la antropología de las ciencias y las técnicas —desarrollada por Michel Callon y Bruno Latour— y la otra, la sociología de los regímenes de acción impulsada por Luc Boltanski y Laurent Thévenot. En ambas vertientes son continuadores del propósito de superar divisiones individuo-colectivo, particular-general, micro-macro, ideal-normativo, entre otras. Latour (2001a) apuesta por una sociología de las asociaciones y propone dos formas de continuidad: de la ciencia y sociedad, en tanto la ciencia se construye socialmente y viceversa; y de la ciencia y política, pues para que se entienda la ciencia hay que mostrar la influencia de la política. Por el lado de Boltanski (2000), desde

una sociología moral o de la crítica, propone otros dos tipos de *continuum*: la competencia cognitiva con la competencia moral ordinaria y los saberes globales abstractos con los saberes locales e inscriptos. Esto es, toda justificación de un orden (técnico, económico y/o estructural) está articulada con la experiencia ordinaria de los seres. Con ello, el espíritu de una época no es solo una serie de reglas, sino un modo de organizar la vida a través de múltiples articulaciones.

Desde este modo de mirar la realidad deriva la necesidad de seguir a los actores sobre el curso de sus acciones (Callon, 1986), pues estos saben lo que hacen, tienen saberes prácticos y capacidades evaluativas que los ubican en un continuo macro-micro y actúan en consecuencia de ello. Incluso, saben usar ciertas reglas de la acción para modificar situaciones, por lo que su actuar no solo apunta a la adaptación, sino que también pueden criticar (Corcuff, 1998). Critican normas y reglas que gobiernan las situaciones y así pueden erosionar los dispositivos que las rigen. Por ello, seguir a los actores muestra situaciones en disputa en la que emergen momentos cruciales que ponen en cuestión los marcos reguladores de una situación y, según las capacidades evaluativas de cada actor, se toma una dirección.

### *Del concepto de prueba y la capacidad de los actores*

Los actantes desarrollan competencias, saberes teórico-prácticos, mediante la capacidad de ensayar y poner(se) a prueba en determinado momento. Se trata de un mecanismo evaluativo que se puede aplicar a otros o a sí mismo. Allí, la *prueba* es la muestra de un acto que está o no desajustado a la exigencia de una situación (Nardacchione, 2011) y que exige una evaluación reflexiva o crítica. De acuerdo con Boltanski y Thévenot (1991), la prueba puede ser *de litigio* o *de orden*, es decir, puede ser una crítica contra el orden estatuido o puede ser la resistencia de cierto orden. Asimismo, para Boltanski y Chiapello (2002), la prueba puede ser *legítima* o *de fuerza*, es decir, puede hacer referencia a principios de justicia comunes o puede enfrentar directamente las capacidades para medirse de dos o más grupos. Esto significa que la *prueba* puede ser la crítica de un orden desajustado o la que lo estabiliza, pero en ambos casos reduce la incertidumbre, pues busca coherencia y clarifica situaciones (Chateauraynaud, 1991).

Sin embargo, desde la perspectiva más pragmatista, las pruebas están marcadas por las asociaciones que se logran establecer (Latour, 2001b) sin tener como prioridad el acuerdo ni estar circunscritas a grupos sociales estrictamente, es decir, solo hace falta que un colectivo de actores (humanos y no humanos) busquen aliados que refuercen su posición para que estos

se pongan a prueba. Así, la *prueba* es la prevalencia de un actante sobre otro donde la fuerza de la adhesión construye una retórica o traducción.

Para explicar mejor esta operación, Latour (2016) propone la metáfora de la orquesta, a propósito del film *Prova d'orchestra* de Fellini (1979), en la que se reconstruye la disolución provisoria de una agrupación musical a causa de que, en un momento, cada miembro se pone a dar su opinión sobre el comportamiento de todos los demás. Entonces, el director se desespera porque una empresa de demolición comienza a derribar los muros de la capilla medieval donde ensayan, y los miembros de la orquesta, cubiertos de escombros, terminan por tocar al unísono. Según Latour (2016), la moraleja de la historia no es el paso de una orquesta organizada a una desorganizada, sino el hecho de que cada músico persigue una lógica de reciprocidad interviniendo, simultáneamente, sobre los otros bajo relaciones de fuerza. Así, el desorden que acontece en la escena solo intensifica, dramatiza y exagera la situación normal necesaria para que la orquesta pueda tocar. Lo que Fellini muestra en su fábula es que cuando esta toca al unísono hace falta que cada uno sea apropiado por todos los otros.

Este argumento también es desarrollado en la definición que realizan Akrich y Latour (1992) sobre los términos *script*, *description*, *inscription* o *transcription*, bajo la idea de un análisis semiótico de los ensamblajes humanos y no humanos. Explican que un hecho se traduce en *prueba* en tanto cambia las acciones y actuaciones de los actantes implicados, pues permite discriminar lo que es o no aliado. Agregan, además, que se trata de una mediación que, generalmente, va precedida de una crisis, implica un juicio y se proyecta hacia una decisión y un ajuste de las partes.

No obstante ello, Boltanski y Thévenot (1991) estiman que los actantes tienden al acuerdo, a la combinación más que a la traducción, sin desconocer que siempre está implicada la medición de fuerzas. Sostienen que son muchas situaciones condicionadas para que los actantes se orienten a la negociación, por ello, Boltanski (2000) diferencia entre instancias donde no existen relaciones de equivalencia, en las que se imponen las pruebas de fuerza, respecto a instancias donde los actantes pueden construir sus propias pruebas. Por tanto, una institución puede poner a prueba a un usuario, y viceversa, bajo relaciones de equivalencia (acuerdos) o de fuerza.

La noción de *prueba*, tanto en Latour como en Boltanski, otorga cierta libertad a los actores, pues los dota de la capacidad de ajustar su acción a las situaciones, elaborar argumentos y tomar decisiones. Se trata de un actor que no está del todo determinado por estructuras sociales o de dominación absoluta. La diferencia es que para Latour el acto de probar algo está vinculado a la asociación y conformación de redes sociomateriales, mientras

que Boltanski apunta hacia la demostración de un argumento en la arena pública.

Ambos sentidos son resolutivos —asociación o disputa— pero con efectos diferentes, uno por el lado de la red, el otro por el de la justificación; sin embargo, están imbricados, pues se requieren asociaciones en las disputas demostrativas, así como las redes también dependen de las fuerzas predominantes que se ponen de manifiesto en las controversias públicas.

Asimismo, el gran mérito de estas dos movilizaciones teóricas en torno al concepto de *prueba* es que llaman la atención sobre nuevas modalidades de la cuestión social (Barthe *et al.*, 2017) porque extienden hacia el mundo cotidiano el modo de hacer de la ciencia y la denuncia, al trasladar la idea de *prueba* que resulta en mayor o menor medida definitoria de las prácticas de los actores en situaciones contradictorias.

### *Políticas públicas y gestación en Chile*

El surgimiento de políticas públicas orientadas a la gestación en Chile está asociado con la constitución del Estado-Nación y la profesionalización de la medicina (Illanes, 1993; Serrano, 1994). Durante el siglo XIX, la mortalidad en el parto o posparto era sumamente alta (Zárate, 2007); y fueron las mujeres más pobres las que enfrentaron mayores riesgos a causa de su precaria alimentación y salud, así como la necesidad de seguir trabajando hasta el último día del parto (Anderson & Zinsser, 1991).

Aunque usualmente morían la madre y el hijo, “fue la mortalidad infantil [lo que] dio pie para que se prestara más atención al cuidado del embarazo y el parto” (Zárate, 2007, p. 22), pues para el Estado aquellos hijos sanos eran los que se convertirían en la fuerza de trabajo de la nación<sup>2</sup>. Por lo tanto, se debía controlar el parto como prioridad para garantizar la vida de la criatura. Así, las políticas públicas trasladaron el parto desde la casa al hospital mediante un proceso que se acentuó, sobre todo, a mediados del siglo XX (Sadler, 2004). Se redujeron las altas tasas de mortalidad de infantes y de mujeres (Zárate, 2005), aunque también produjo una hegemonía del conocimiento médico sobre el

---

<sup>2</sup>A partir de 1920, la población trabajadora será objeto de diversas políticas públicas cuyo objetivo será “modificar la relación de las personas con su cuerpo, con sus padecimientos” (Zárate, 2008, p.18) y también se produce el primer “debate médico sobre el aborto en Chile” visto desde la soberanía, la economía y la identidad nacional (Del Campo, 2008, p.133). Es en este panorama que se da paso a las primeras iniciativas de planificación familiar que van a articular avances científicos, estrategias políticas y económicas con un intransigente derecho a controlar el cuerpo de la mujer (Pieper, 2008).

actuar de las mujeres en desmedro de otros saberes (Fernández & Contreras, 2015) a través de la expansión del diagnóstico médico (Sibrian, 2016).

Estos sucesos constituyen, hasta cierto punto, los antecedentes de las políticas públicas en torno a la reproducción y protección de la infancia que desembocan hoy en el programa Chile Crece Contigo. Programa que incluye no solo un mirar médico alópata occidental, sino también otras cosmovisiones<sup>3</sup>. Surge en el año 2006, durante el primer gobierno de Michelle Bachelet<sup>4</sup>, el cual articula políticas y acciones preexistentes en el abanico de prestaciones del servicio público. Actualmente, opera en 345 comunas del país y cubre desde el primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar o su equivalente. Aunque está dirigido a toda la infancia, en la práctica se produce una segmentación provocada por el mismo sistema de salud (Avaria, 2018). Quienes no cuentan con condiciones económicas para ingresar al sistema privado son considerados beneficiarios del sistema público, esto genera una “segmentación del sector salud entre un sistema privado, que concentra a las personas de ingreso más alto y menor riesgo médico, y un sistema público, que reúne aquellos de ingreso más bajo y mayor riesgo en salud” (Larrañaga, 2000, p. 421), y así se provoca que existan menos recursos para más gente.

En la actualidad, según la Organización Mundial de la Salud, Chile cuenta con una cobertura de un 99,7% de atención profesional en el parto con una tasa de cesáreas de más del 30%, si bien se considera prudencial un índice de un 10% (OMS, 2009, 2011). En este sentido, Salinas *et al.* (2007) destacan que las cesáreas corresponden al 40% de los partos en Chile, de las cuales un 30% suceden en el sector público y el 60% se practica en el sector privado. Por otra parte, un estudio de la Universidad de Chile mostró que, en el sector público, el 92,7% de las mujeres que tenían labores de parto eran inducidas médicamente a través del uso de oxitocina sintética, anestesia epidural y rotura artificial de membranas (Binfa *et al.*, 2013).

---

<sup>3</sup>Posteriormente, producto de la crítica surgida hacia las políticas públicas en torno a la reproducción y la maternidad en Chile, hubo una integración de discursos alternativos. Se trata de discursos provenientes de conocimientos ancestrales que en forma reciente se incluyeron, visibilizaron y legitimaron en los programas públicos. Un ejemplo de ello es el estudio sobre “Pautas de crianza mapuche”, dirigido por Michelle Sadler y Alexandra Obach (2006) y que apuesta por la interculturalidad en el sistema público de salud.

<sup>4</sup>Según Robles (2011), Chile tiene una larga trayectoria en materia de políticas sociales para el combate a la pobreza y la expansión del acceso a los servicios sociales de su población. En este tránsito, es posible identificar una serie de elementos relevantes que dan cuenta de la progresiva ampliación de los sectores sociales cubiertos por la política pública y que se vuelven sujetos de derecho para el Estado. La protección social en Chile emerge como eje de la acción política, con un fuerte énfasis en la población más pobre y vulnerable en el país, durante la década pasada, y se expande en la dirección de un sistema más amplio en cobertura y prestaciones, a partir de un enfoque de derechos, durante el último quinquenio. Para cumplir este propósito el programa Chile Crece Contigo constituye un pilar fundamental.

Por esta razón, desde diversos sectores se busca promover el parto natural y humanizado, y el programa Chile Crece Contigo ha procurado realizar ajustes en esta dirección (Aguilar & Vergara, 2014). Asimismo, hay iniciativas ciudadanas que han emprendido una ardua batalla por los derechos del parto y nacimiento, ejemplo de ello son las acciones de la Coordinadora de los Derechos del Parto y Nacimiento (CDN) y el Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO-Chile), que han contribuido para lograr la aprobación de la entrega de la placenta a las mujeres tras el parto para fines culturales, a través de la Norma General Técnica No. 189 y el Decreto Exento No. 208 del 5 de junio del 2017, del Ministerio de Salud de Chile.

### *¿Cómo funciona el programa?*

Desde su creación en el 2006, el programa cuenta con un sistema de prestaciones que cubren el nacimiento y la infancia desde la gestación hasta los 4 años o más. Durante la etapa de gestación el programa ofrece diversos planes como: fortalecimiento de los cuidados prenatales (controles), plan cuidado personalizado (consultas con especialistas), talleres y visita a la maternidad, atención personalizada del proceso de nacimiento (parto) y un programa de apoyo al recién nacido (neonatología). Todos estos planes incluyen la entrega de una agenda o tarjeta de control prenatal, materiales educativos para el autocuidado, nacimiento, lactancia y crianza temprana; leche especial para embarazadas (leche Purita Mamá), vitaminas, medicamentos, el ajuar cuando el niño nace (cuna, mantas y lencería) y, en algunos casos, un subsidio familiar para la mujer embarazada desde el quinto mes de embarazo (Gobierno de Chile, 2017).

Para garantizar tales derechos, se despliegan una serie de mecanismos de acuerdo a la comuna de residencia de la gestante, así como a la instancia a la cual se dirija: consultorio, centro de salud familiar u hospital. Así mismo, cabe destacar que el programa funciona en todos estos espacios, pero varía el personal y la dependencia institucional que lo implementa, en algunos casos este personal depende de la red de hospitales públicos, en otros casos de los consultorios, del Ministerio de Salud o de la municipalidad (gobierno local), y en cada uno de ellos hay orientaciones, sensibilidades y prácticas diferentes en la interacción con las beneficiarias.

En los casos a seguir en este recorrido, las gestantes acuden a los Centros de Salud Familiar (CESFAM) en distintas comunas de Santiago de Chile, donde se produce el enrolamiento en el sistema. Se les entrega una ficha de seguimiento, que completan quienes las atiendan, para garantizar la portabilidad de sus historias médicas, y se les entrega, además, una serie de folletos, calendarios y libros.

## Las estrategias de tres usuarias

Se siguió a tres gestantes usuarias del programa Chile Crece Contigo, quienes asisten a consultorios diferentes, pero siguen las pautas de la política pública. Se indagó sobre las razones por las cuales ingresaron al programa, así como sobre los cambios, ajustes y transformaciones que hacen una vez insertas. A continuación, se presentará cada caso con énfasis en su contexto y marco de acción.

### *Camila*

De 26 años, viene del norte de Chile a vivir a Santiago, cuenta con estudios universitarios como asistente social y, actualmente, trabaja en un centro de atención de llamadas. Se atiende en uno de los principales consultorios públicos de la ciudad. Una mañana, vamos a un control prenatal en el consultorio, nos dirigimos allí rápido porque estamos atrasadas, ella tuvo que pedir permiso en su trabajo y la dejaron salir solo unos minutos antes. Va un poco nerviosa porque hoy le darán los resultados del examen de glucosa y, además, tenía que llevar una ecografía que no ha podido realizar por falta de dinero. Llegamos a un edificio antiguo, donde se encuentra el consultorio público de su comuna, en la entrada mucha gente está esperando para ser atendida o haciendo una fila para recibir información, subimos por las escaleras del costado y al fondo está la zona de maternidad. Nos dirigimos al mesón de la matrona que recibe las solicitudes, Camila presenta su carnet y la matrona le dice que llegó tarde, por lo tanto, tendrá que esperar que atiendan a todas las demás pacientes que están allí, ella se enoja y me comenta:

*Si te fijas en la gente que espera, muchos son haitianos, peruanos, bolivianos, colombianos y son maltratados, humillados. Personas que vienen de lejos, no están con sus familias y están obligados a recibir ese tipo de servicios paupérrimos porque no les queda otra. Yo a pesar de que no me sobra la plata si tengo para pagar algo modesto, que se ajuste a mi presupuesto. (Camila, contacto de seguimiento, 15/03/17)*

De cierto modo, Camila asociaba la espera con la migración y si bien se sentía identificada con las personas que venían de lejos y no tenían familia, también establecía diferencias respecto a ellos. Seguidamente, es enfática expresando descontento en cuanto al trato, la demora y calidad del programa:

*Fue pésima, muy mala atención, muy mal servicio prestado, tanto los médicos, las matronas, las asistentes, todo. Yo vengo de una provincia donde me imaginaba siempre que en la Capital podría ser mucho mejor y estaba completamente equivocada [...] yo voy a una hora y me atienden para un mes y medio más, cuando son cosas que realmente se necesitan atender de forma inmediata, así que la atención pública me pareció pésima.* (Camila, contacto de seguimiento, 15/03/17)

Unas semanas después, tras varios intentos fallidos de conseguir una nueva consulta toma la determinación de dejar la política pública y comienza a atenderse por el sistema mixto (copago) donde ella paga la consulta médica con un subsidio del Estado. Se cambió a partir de una visita que realizó a un ecógrafo particular en donde se sintió más a gusto, menos maltratada. Deja en claro que esto no significó que haya podido evitar malos tratos durante el parto, pero sí supuso menos inconvenientes durante la gestación.

*Ahí no tuve buena experiencia [...] porque me hacían ir, no estaban las horas, no me atendían el teléfono, había mala disposición, entonces fue bastante incómodo tener que seguir asistiendo, pero ya después de los cinco meses ya no fui nunca más y creo que fue lo mejor que pude haber hecho. Las otras opciones tampoco es que son las mejores, igual en la clínica te tratan al lote<sup>5</sup> en el momento del parto, pero te evitaste la molestia durante el embarazo.* (Camila, entrevista posparto, 01/06/17)

En síntesis, deserta del programa porque el servicio público y la atención no cumplen sus expectativas, decisión en la que influyeron varias razones prácticas y simbólicas. Por un lado, la espera fue un factor clave, pues la asociaba a una pérdida de tiempo, pero también a un tipo de persona, específicamente a una persona sin más opciones, por otro, la disposición del médico de la consulta semiprivada a colaborar con ella respecto a su situación laboral fue determinante.

## *Frannerys*

Con 28 años, llegó a Chile hace menos de un año, es venezolana y asistente dental, sin embargo, en la actualidad no trabaja. Se atiende en un consultorio

---

<sup>5</sup>*Al lote*: hacer cosas de manera desordenada o poco clara.

público, en una zona periférica de la comuna de Santiago. La primera entrevista fue realizada en un consultorio a las 8 am, hacía mucho frío y ella se encontraba comiendo un pan con queso esperando su turno. Cuenta que llegó muy temprano, cuando aún no salía el sol pues si llega antes de las 8 am es probable que a mediodía esté lista. Respecto al sistema de salud, en general, señala:

*Aquí no pago nada, nada, nada. Aquí, todo es gratis y esto lo pone el Estado. Y eso es bueno porque muchas personas tienen que contratar, no sé qué, la matrona, pagarle los honorarios a no sé quién. Lo único que sí tuvimos que pagar al principio, porque no teníamos FONASA [Fondo Nacional de Salud], eran los ultrasonidos y los exámenes de sangre, que todavía no los cubría. Mientras ya después que nos salió FONASA, me salió como en enero, ya después que me salió, entonces, no pague nada [...] No me quejo, la verdad, tuve que esperar, pero por algo uno es paciente. (Frannerys, contacto de seguimiento, 12/06/2017)*

Al preguntarle sobre el programa, el personal y sus servicios afirma, prácticamente sin dudar:

*La atención que me dan en el consultorio me encanta, yo me siento muy a gusto, las matronas me atienden bien, mi doctora me atiende bien, mi ginecóloga me atiende super, la asistente social con la psicóloga también. Todos están pendientes de mí, con todos me va super bien y ya como que fue mejorando mi estado de ánimo, pues al principio me sentía muy sola, pero ellos, los de Chile Crece se han convertido en mi familia. (Frannerys, entrevista inicial, 05/07/17)*

Su hijo nació en el hospital asignado, a través de un parto vaginal inducido y con anestesia. Además, le practicaron una episiotomía al no estar dilatada por completo. Pese a que ella reconoce que hubo situaciones incómodas, señala:

*No me quejo, la verdad, muchas veces tuve que esperar, por algo uno es paciente, de verdad que para mí todo fue super bien [...] nunca sentí reproche por ser extranjera, me dieron un servicio que es del país como a muchas chilenas [...] Aunque me rompieron la bolsa y me dolió mucho, la verdad no tengo quejas, me pusieron anestesia para que no me doliera más y me tomaron solo algunos puntos ahí abajo donde me cortaron, todo fue muy rápido, además, me dieron una cuna que se arma y se desarma, con muchos libros para leerle al bebé, pienso que Chile tiene un buen sistema de salud, en comparación con mi país. (Frannerys, entrevista posparto, 19/07/17)*

De este modo, Frannerys tiende a suavizar la espera constante, acontecimientos ocurridos en sus visitas a controles médicos e incluso prácticas violentas durante el parto a condición del costo cero del servicio.

## *Paula*

Es estudiante, de 23 años, y trabajadora independiente. Asiste a un consultorio público en Santiago, y al preguntarle sobre la atención comenta que se ha sentido inspeccionada, controlada y poco independiente en el sistema público. Cuenta que en el consultorio público, cuando la registraron, le hicieron una serie de preguntas que la incomodaron mucho puesto que se sintió, en cierto modo, discriminada.

Primero me hicieron una serie de preguntas, que igual yo comprendo que tienen que hacerlas, pero no me sentí tan cómoda tampoco, porque era como bueno, ya “¿están juntos con el papá?, ¿y el papá bebe alcohol?, ¿y tú bebes alcohol?”. Y yo le dije: No. “¿Y fumas?” No. Entonces como bien insidiosos los matrones, super serios, como si estuvieran siempre con este aspecto de seriedad y yo hacía como si fuera a sonreírles a ver si por defecto, así como que aparecía una sonrisa o algo, no. Dos matronas me atendieron juntas, casi invisibles, la otra diciéndome: “Bueno, yo soy la matrona jefe, pero esta matrona que está aquí al lado”, no me acuerdo su nombre, no lo mencionó de hecho, porque después lo busqué en el carné y solo había puesto la inicial del nombre y el apellido, pero “ella te va a atender, pero yo te voy a hacer el ingreso entonces, ¿cuál es tu nombre completo?, ¿dónde vives?, ¿con quién vives?, ¿el papá?, ¿están juntos o no?, ¿fuma?, ¿en qué trabaja?” Con ese tipo de cosas. (Paula, contacto de seguimiento, 11/05/2017)

Por esta razón, evalúa cambiarse de sistema pues hay muchos aspectos que la hacen dudar, sobre todo la invasión a su cuerpo, la cosificación y el trato deshumanizado. Pero no tiene el dinero suficiente para costear consultas privadas o copagadas durante los nueve meses.

Lo peor fue cuando me fui a hacer el PAP [citología], “descúbrete”, dijeron, con los tres ahí y tuve que descubrirme y bueno así “pon las manos acá”, “las manos allá”, así como para mirar los pechos y también querían que me desvistiera de la cintura hacia abajo para hacer

el PAP y estaba el matró y la otra matrona, ahí como en el escritorio, solo observándome, y yo me estaba sintiendo muy incómoda, (Paula, entrevista posparto, 15/12/17)

Gracias a la recomendación de otra matrona que trabaja en el servicio público, a quien conoció a través de las redes sociales, Paula decide tener su parto en la casa. Lo planifica sin abandonar la consulta de control en el CESFAM.

## Chile Crece Contigo puesto a prueba

A continuación, se detalla cómo estas mujeres embarazadas desarrollan capacidades evaluativas respecto al programa a lo largo de su trayectoria, cómo lo ponen a prueba o viceversa. Se identificaron diversas pruebas asociadas a etapas de la gestación conformadas por situaciones clave. Se entenderá la *situación clave* en tres niveles: primero, se identifican los marcos de la situación (Goffman, 2006); segundo, se identifica el contexto donde cobra sentido (Hodder, 2000) al considerar aspectos históricos como clase, género, raza o nacionalidad y, tercero, se identifica la prueba en el sentido de Latour y/o Boltanski. Cabe destacar que las pruebas presentadas a continuación pertenecen a lo que se ha denominado *prueba del sistema de salud* en conjunto con instancias probatorias que consideramos que forman parte de todo embarazo y que fueron identificadas en el estudio mayor al que pertenece este trabajo.

### *La prueba del sistema de salud*

Dónde atender el embarazo es un dilema que conlleva a la *prueba del sistema de salud*, que en Chile se clasifica en público, privado y semiprivado, más conocido como copago. Esa decisión incluye una serie de ensayos y a veces incursiones prolongadas en cada modalidad, como formas de experimentar relaciones que se ajusten a los intereses de los actores involucrados en la gestación. Esto constituiría una *prueba en sentido de asociación* como lo entiende Latour, sin embargo, la conformación o no de estas redes termina siendo producto de lógicas que gobiernan el embarazo y que corresponden con *regímenes de acción* en el sentido que lo ve Boltanski.

## *Camila: La prueba del equipo médico*

Durante su trayectoria de embarazo, Camila pasa de atenderse en un sistema público y subsidiario (Programa Chile Crece Contigo) a uno semiprivado de copago, el cual supone un gasto adicional que no estaba contemplado.

*Fue pésima, muy mala atención, muy mal servicio prestado, tanto los médicos, las matronas, las asistentes, todo. [...] yo voy a una hora y me atienden para un mes y medio más, cuando son cosas que realmente se necesitan atender de forma inmediata, así que la atención pública me pareció pésima.* (Camila, contacto de seguimiento, 15/03/17)

Ella se queja y califica de mala la disposición del equipo médico en el consultorio, reclamo que incluye aspectos relacionales concernientes al modo de acoplarse de los actores, los cuales influyeron en su deserción. Allí, se pueden identificar dos lógicas en pugna, por un lado, *la lógica administrativa y subsidiaria del Estado* y, por otro, *la lógica clientelar y medicalizadora*. La primera, cuando la espera se convierte en algo rutinario e institucional, y la segunda cuando Camila exige que un médico la vea y no una matrona.

*Un día que pedí hora porque la matrona no me podía atender sino como por un mes y medio más después, lo último que me dieron fue un doctor, porque tenía el resultado de que estaba embarazada y nadie me había visto, cuando llegué con el examen de que estaba embarazada a un doctor, el doctor me dice que él no podía decirme nada, porque eso le correspondía netamente a la matrona, entonces le digo que por favor por último me diga si es que estoy bien.* (Camila, contacto de seguimiento, 20/03/17)

La situación ocurre bajo un marco donde la espera es una forma de disciplinamiento y estratificación (Auyero, 2013), vinculada además con aspectos de género y la división sexual del trabajo en el mundo médico (Zárate, 2007), pues en los consultorios públicos, las funciones de matronas y médicos son muy diferentes, por lo que había que esperar que el médico fuera el que confirmara el embarazo. Así, desde un comienzo Camila no se acopló a lógica de paciente del sistema público ni el médico a sus intereses. No obstante, una circunstancia propia de ese escenario dio pie a una nueva relación.

*Cuando me tuve que hacer unas ecografías [...] me las hizo otro doctor y ese doctor atiende en la misma clínica donde quizás me interesaría tener al bebé [...] este médico me comenzó a hacer las ecografías y ya me conoce*

*porque todas las ecografías me las he hecho con él.* (Camila, contacto de seguimiento, 20/03/17)

La inexistencia de una tecnología como el ultrasonido en un espacio (público) y su presencia en otro (privado), permite a Camila generar un nuevo vínculo y diseñar una estrategia para librarse de las incomodidades y lo que ella iba sintiendo cada vez más como malos tratos. Esta nueva relación es puesta a prueba por una situación clave.

*Lamentablemente, me estaba sintiendo mal y en el trabajo no lo entendían, tuve que ir al doctor y el doctor me revisó los exámenes que me habían hecho en algún momento en el consultorio y que se supone que me habían dicho que estaba todo excelente y [...] la verdad es que la azúcar estaba un poco baja entonces eso era lo que me estaba martillando, que yo me sintiera en algunos pasajes del día un poco débil, sin mucha fuerza y con mucho sueño, así que el médico me dio 15 días de licencia y me dijo que si necesitaba más no había problemas.* (Camila, contacto de seguimiento, 20/03/17)

A partir de ahora, Camila comenzará a considerar al médico ecografista como un actor aliado en el propósito de demostrar que no está en condiciones de trabajar. La licencia médica constituye una prueba de asociación con este nuevo actor, de correlación y posesión de fuerzas dado que, gracias a él, Camila podrá comenzar a faltar al trabajo y obtener licencias médicas. A su vez, dicha licencia va a garantizar el trabajo de cuidado gestante por lo que se podría configurar como prueba de realidad (Boltanski, 2000) en una situación de justicia, desde una mirada de los estudios del cuidado y género.

### *Frannerys: La prueba del derecho a la salud*

La situación que define el ingreso de Frannerys al programa Chile Crece Contigo es su condición de migrante<sup>6</sup>. Este es el primer marco de acción. Por ello, va a procurar ser una paciente del Estado ejemplar, esperando lo que haya que esperar (Auyero, 2013).

*Primero [...] fuimos a la ISAPRE [Institución de Salud Previsional], metimos todos los papeles, llenamos las planillas. Entonces, cuando vamos a ver*

---

<sup>6</sup>Para comprender mejor la relación embarazo y migración en Chile, ver Avaria (2018).

[...] si ya salió la notificación. Entonces, el gordo pregunta: “Sí, pero ¿cómo vamos a hacer?, porque se supone que ella tiene que pasar el dedo, o sea, poner la huella para el descuento. Entonces, cuando ella tenga que hacer alguna prueba y tenga que poner la huella, no va a poder porque ella no está en ningún sistema”, dice el gordo. Y la mujer le dice: “No, pero tú tienes que pagar primero. O sea, si a ella un ultrasonido por ISAPRE le sale 50.000 pesos, tú lo pagas al momento. Y ya eso, cuando ella tenga su cédula y tenga al bebé, se te reembolsa el dinero”. Y el gordo dijo que no, porque igual él tenía que gastar aparte de ir pagando mensual en la ISAPRE. (Frannerys, contacto de seguimiento, 12/06/ 2017)

En Chile, una vez que se ingresa al sistema de salud, la huella dactilar del beneficiario será el medio para desplegar la información correspondiente, esta indica el tipo de previsión con la que se cuenta. En muchos centros de salud, la lógica mercantil y subsidiaria coexiste en la prestación de servicios externalizados por el Estado. Cuando asisten al servicio de salud privado, la pareja de Frannerys quiere constatar si el descuento procede en su caso, mientras el interés de la operadora será enrolar<sup>7</sup> a la paciente. Sin embargo, la máquina no toma sus huellas y Frannerys con su pareja comprenden que la lógica mercantil no los favorece.

*Ya íbamos a tener ocho semanas, pasamos desde la semana cinco a la ocho en eso de la ISAPRE. Entonces recordé a la chica de la bodega, donde nosotros compramos pan, ella me había dicho que se atendía en el consultorio y que atienden re bien. Fuimos para allá y nos dijo: “Yo tuve a mi hija ahí, no sé qué. Llévala, aparte le compras bono. La tienen que atender”.* (Frannerys, contacto de seguimiento, 12/06/2017)

Evaluaron la situación y comprendieron que el sistema privado de salud (ISAPRE) no era una opción conveniente. También notaron que no les quedaban muchas opciones, así que un día se fueron al consultorio de servicio de salud público más cercano.

*Un día nos fuimos tempranito al consultorio. Y entonces empezamos a pre-guntar, nos dijeron: “No, tienes que inscribirla en administración. Así no tenga cédula ni nada, hay que inscribirla para que ella tenga un respaldo,*

---

<sup>7</sup>Para Latour (1986) el enrolamiento implica la captura de una entidad por otra por medio de la posesión.

*con su pasaporte. Ya después que tenga su carnet chileno tendrá FONASA. Pero mientras, con su pasaporte, ella puede estar aquí sin problemas". Entregué mi pasaporte, hicimos un registro, nos pidieron carta de residencia, el acta de matrimonio, y con eso me inscribieron. Y de ahí empecé a ir a mis consultas normales. Lo que sí, tenía que pagar, por lo menos, los ultrasonidos, los exámenes de sangre, porque el consultorio no me los cubría. (Frannerys, contacto de seguimiento, 12/06/17)*

Estar embarazada y sin trabajo en un país extraño incide en la forma en la que Frannerys va a valorar el sistema público de salud. Ella probó dos sistemas, en uno la aceptaban y en el otro no, por tanto, su objetivo es acoplarse a los modos de acción y evaluación del espacio donde la aceptan. Para ella, el programa Chile Crece Contigo, el consultorio y el sistema de salud público son espacios de normalización e inserción social, por tanto, la *prueba del sistema de salud* viene a reducir la incertidumbre, a dar coherencia (Chateauraynaud, 1991) y estabilizar la relación entre Frannerys y su nuevo país.

### *Paula: la prueba de las redes de apoyo*

Ella prueba un modelo combinado de atención, pues desarrolla una estrategia para controlarse sin pagar nada hasta el último momento (modalidad pública) y luego desea tener un parto asistido en casa (modalidad privada). El marco de la acción atiende a la coexistencia de la lógica subsidiaria con una lógica ciudadana asociada a redes de apoyo y encarnada por matronas activistas quienes funcionan como nodos o bisagras entre el sistema público y privado. En este caso, la matrona logra enrolarla en una red de asociaciones (Latour, 1986) que incluye la modalidad pública y privada.

*Ella nos planteó, así como, sin que le mencionáramos nada, "ustedes no se preocupen tanto del tema del dinero, lo podemos ver". Cuando yo había averiguado antes me dijeron que había matronas que cobraban así desde 500 mil pesos hasta algunas que cobraban 1 millón y medio. Ella dijo que podíamos tener una primera reunión donde nos comentara bien como los valores y eso, pero me dijo así como: "Oye, relájate, disfruta. ¿Estás yendo a tus controles prenatales?" -Sí. "¿Dónde?" Estoy yendo al consultorio. "¿Está todo bien?" Sí. Me dijo: "Relájate". Y, desde ese momento siempre estoy yendo al consultorio. No he ido a ningún taller porque la verdad no me parece útil, pero el control con la matrona sí, para luego tener el parto en casa (Paula, contacto de seguimiento, 16/05/17)*

Este encuentro configuró una relación de confianza entre Paula y su matrona particular, dando paso a una fachada (Goffman, 1993) al interior del programa Chile Crece Contigo. Los posteriores controles los tuvo en el consultorio público como si fuese a tener un parto hospitalario, pero preparándose para un parto en casa.

*Eso le comenté en el último control a la matrona porque me estaba ella comentando cómo era el procedimiento de parto en el hospital, entonces le dije: ¿Sabes qué?, estamos planeando un parto en casa. ¡Ah! me dijo y puso una cara, así como de que era lo más terrible del mundo. Me preguntó: “¿Estás segura?” Yo le dije: Sí, estoy, estamos seguros, entonces no pudo hacer más nada. (Paula, contacto de seguimiento, 16/05/17)*

Tras el último control prenatal, cuando hablaban de los mecanismos que pueden ser requeridos (fórceps, rotura de membranas, oxitocina), ella revela que no cumplirá con el último paso. De este modo escapa del control que supone la lógica subsidiaria y pone en marcha su propia traducción: parto en casa.

### *Lo que dicen las pruebas*

En los tres casos se aprecia un choque de fuerzas, control, acoplamiento, justificación y crítica por parte de los actores que conforman la red Chile Crece Contigo, sin embargo, lo que une a las tres experiencias son las estrategias desarrolladas por las mujeres gestantes, quienes (se) ponen a prueba, en un sentido práctico, la intervención de la política pública. Es decir, las usuarias evalúan y critican la política desde sus prácticas, así como también reflexionan sobre sí mismas y sus capacidades. Si bien factores estructurales (como clase, nacionalidad y género) configuran marcos situacionales y se articulan con lógicas de acción (mercantiles, estatales, ciudadanas), así como contextos particulares y/o biográficos, en ese engranaje emerge una red sociotécnica asociada a diversas lógicas y actores (médicos, movimientos sociales, tecnologías, organizaciones) que se acoplan o no con sus trayectorias y marcan un punto de inflexión en sus recorridos constituyéndose como instancias probatorias.

En las tres trayectorias se logran identificar dos lógicas enfrentadas, entendiendo por lógicas a regímenes de acción asociados a una época, contexto o actor: por una parte, está la lógica subsidiaria del Estado, la cual produce pacientes sumisos y disciplinados (Auyero, 2013) frente a una lógica del

cuidado (Mol, 2008), centrada en las relaciones de empatía y afectividad que pueden desarrollar las usuarias y demás actores dentro de las instituciones. La primera lógica resulta ser la prevaleciente, pero con ciertos arreglos que la van inclinando cada vez más hacia la segunda.

## Conclusión

Si bien es cierto que el nacimiento sigue estando bajo el dominio de un conocimiento autorizado (Jordan, 1997), como lo es el conocimiento médico (etnocéntrico, racista, sexista y patriarcal), también es cierto que cada vez es más frecuente la emergencia de saberes prácticos que cuestionan, profanan, negocian o acuerdan modos de gestionar el nacimiento hacia formas más colectivas y cuidadosas.

La sociología pragmático-pragmatista, vehiculizada en el pensamiento de Boltanski y Latour, permite pensar a las mujeres gestantes como expertas en la producción de su gestación a través del desarrollo de capacidades asociativas y demostrativas vehiculizadas en las pruebas que deben enfrentar, una de ellas es el sistema de salud por el cual se atienden.

Una vez situadas en el sistema de salud, las capacidades de las mujeres de asociarse con otros (aliados) y de elevar demostraciones en forma de quejas y críticas, les permite desarrollar una *expertise*. La historia del embarazo tal y como lo conocemos está marcada por el auge del higienismo y el surgimiento del saber experto que arrebató la experiencia del parto y la maternidad de las manos de las mujeres (parteras, curanderas) para delegarlo a la ciencia (Del Olmo, 2013), no obstante, este modelo hizo aguas por la misma reflexividad que supuso la propia modernidad y hoy el conocimiento autorizado enfrenta cuestionamientos.

En la actualidad, las mujeres recolectan información, despliegan estrategias, buscan aliados, desarrollan un método y exponen justificaciones en una red por la que transitan diversas tecnologías en torno al nacimiento. Camila, Frannerys y Paula desarrollaron capacidades evaluativas en determinadas situaciones que las condujeron a decisiones, cambios y transformaciones, impregnadas de crítica o justificación y vinculadas con la agencia, entendiendo esta última como capacidad para actuar de un modo calculado, pero también como (inter)mediación (Casado, 1999).

Por lo tanto, el enrolamiento (Latour, 1986) o no de las mujeres gestantes en el programa Chile Crece Contigo depende de la orquesta de una serie de artefactos, tecnologías y relaciones que si tocan al unísono en una lógica de cuidado

(Mol, 2008) podrían hacer de la gestación una experiencia no solo exitosa en función del nacimiento, sino también grata y placentera para la madre.

El recorrido aquí planteado nos permitió la apertura de nuevas discusiones sobre las relaciones entre el conocimiento práctico, situado, local y el conocimiento científico en torno al nacimiento. Con frecuencia, estos están en oposición pese a que existen experiencias que los ponen en diálogo constante (Aibar & Dunajski-Maxigas 2014; Visa & Crespo, 2015) y eso demuestra —como afirmaba Polanyi (1974)— que desde hace décadas todos sabemos más de lo que podemos decir.

## Referencias

- Acosta, E. (2015). *Cuidados en crisis. Mujeres migrantes hacia España y Chile*. Bilbao: Deusto.
- Aibar, E.; Dunajski-Maxigas, P. (2014). De la ciencia abierta a la tecnología abierta. *Argumentos de Razón Técnica*, v. 17, p.115-136.
- Aguilar, D.; Vergara, F. (2014). *Una experiencia de parto natural y respetado en el Sistema Público de Salud*. Santiago de Chile: Chile Crece Contigo. Recuperado de: <https://tinyurl.com/rk3pfrp>.
- Akrich, M. & Latour, B. (1992). A summary of a convenient vocabulary for the semiotics of human and nonhuman assemblies. En: Bijker, W. E. Y.; Law, J. (eds.). (1992). *Shaping technology, building society: Studies in sociotechnical change*. Cambridge: MIT Press. p. 259-264.
- Anderson, B.; Zinsser, J. (1991). *Historia de las mujeres, una historia propia*. Barcelona: Crítica.
- Arney, W. (1982). *Power and the profession of obstetrics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Auyero, J. (2013). *Pacientes del Estado*. Buenos Aires: EUDEBA.
- Avaria, A. (2018). El parto (no) es cuestión de mujeres. Representaciones de las mujeres nacionales, migrantes y extranjeras, en el contexto del parto, desde los profesionales de salud, en Santiago de Chile. *Academia y Crítica*, n. 1. doi: 10.25074/07199147.2.997.
- Barthe, Y.; Blic, D.; Heurtin, J.; Lagneau, E.; Lemieux, C.; Linhardt, D. et al. (2017). Sociología pragmática: manual de uso. *Papeles de Trabajo*, v. 11, n. 19, p. 261-302.
- Berriot-Salvadore, E. (2000). El discurso de la medicina y la ciencia. En: Duby, G.; Perrot, M. *Historia de las mujeres: del Renacimiento a la Edad Moderna*. Madrid: Taurus.
- Binfa, L.; Pantoja, L.; Ortiz, J.; Gurovich, M.; Cavada, G. (2013). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanized midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery*, v. 29, n. 10, p. 1151-1157. doi: 10.1016/j.midw.2013.07.001.
- Boltanski, L. (2000). *El amor y la justicia como competencias: Tres ensayos de sociología de la acción*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boltanski, L.; Chiapello, E. (2002). *El nuevo espíritu del capitalismo*. Madrid: Akal.
- Boltanski, L.; Thévenot, L. (1991). *De la justification. Les économies de la grandeur* (Collection NRF essais). Mesnil-sur-l'Estrée: Gallimard.

- Callon, M. (1986). Algunos elementos para una sociología de la traducción: La domesticación de las vieiras y los pescadores de la bahía de St. Brieuc. En: Iranzo, J. M.; González de la Fe, T.; Blanco, J. R. (coords.). *Sociología de la ciencia y la tecnología*. Madrid: CIS.
- Carrasco, C.; Borderías, C.; Torns, T. (2011). *El trabajo de cuidados: Historia, teoría y políticas*. Madrid: Catarata.
- Casado, E. (1999). A vueltas con el sujeto del feminismo. *Política y Sociedad*, v. 30, p. 73-91.
- Chateauraynaud, F. (1991). Un cadre d'analyse de disputes: Propositions. En: *La faute professionnelle: Une sociologie des conflits de responsabilité*. Paris: Editions Métailié. p. 159-163.
- Clarke, A.; Mamo, L.; Fisherman, J.; Shim, J.; Fosket, J. (2003). Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, v. 68, n. 2, p. 161-194.
- Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, v. 18, n. 1, p. 209-232.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Corcuff, P. (1998). *Las nuevas sociologías: Construcciones de la realidad social*. Madrid: Alianza.
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic and holistic paradigms of child-birth". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 75, p. 5-23.
- Del Campo, A. (2008). La nación en peligro: El debate médico sobre el aborto en Chile en la década de 1930. En: Zárata, M. (comp.). *Por la salud del cuerpo*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado. p.133-188.
- Del Olmo, C. (2013). *¿Dónde está mi tribu?: Maternidad y crianza en una sociedad individualista*. Madrid: Clave Intelectual.
- Donnison, J. (1977). *Midwives and medical men*. London: Heinemann.
- Esteban, M. (1994). La salud de las mujeres: Relecturas y revisiones necesarias. *Salud 2000*, v. 8, n. 45, p. 5-8.
- Fainzang, S. (2013). The Other side of medicalization: Self-medicalization and self-medication. *Culture, Medicine and Psychiatry*, v. 37, p. 488-504. doi: 10.1007/s11013-013-9330-2.
- Fellini, F. (dir.). (1979). *Prova d'orchestra* [Film]. Italia: Radiotelevisione Italiana (RAI), Daimo Cinematográfica y Albatross.
- Fernández, C.; Contreras, N. (2015). *El parto medicalizado en Chile: Saberes, capitalismo y patriarcado*. Santiago de Chile: Pensamiento y Batalla.
- Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira.
- Garcés, B. (2010). Médicos, enfermeros y madres canguro: Una etnografía inconclusa de las unidades de neonatología. En: Martorell, M.; Comelles, J.; Bernal, M. (eds.). *Antropología y enfermería: campos de encuentro: Un homenaje a Dina Garcés, II*. Tarragona: Publicaciones URV.
- Graham, H.; McKee, L. (1979). *The first months of motherhood: Report of a survey of women's experiences of pregnancy, childbirth and the first six months after birth*. London: Health Education Council.

- Gobierno de Chile. (2017). *Guía de beneficios sociales*. Santiago de Chile: Chile Crece Contigo, Protección Integral a la Infancia. Recuperado de: <https://tinyurl.com/u5z9y69>.
- Goffman, E. (1993). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (2006). *Frame analysis: Los marcos de la experiencia*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, Siglo Veintiuno Editores.
- Gubern, R. (2011). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Helman, C. (1994). *Culture, health and illness*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Hodder, I. (2000). *La hermenéutica y las ciencias sociales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Illanes, M. (1993). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia: Historia social de la salud pública en Chile 1880-1973*. Santiago de Chile: Colectivo de Atención Primaria.
- Illich, I. (1975). *Némesis Médica: La expropiación de la salud*. Barcelona: Seix Barral.
- Jordan, B. (1997). Authoritative Knowledge and Its Construction. En: Davis-Floyd, R.; Sargent, C. (eds.). *Childbirth and authoritative knowledge*. California: University California Press. p. 55-79.
- Jordan, B. (1978). *Birth in four cultures*. Montreal: Eden.
- Kitzinger, S. (1992). *Ourselves as mothers*. London: Bantam.
- Knibiehler, Y.; Fouquet, C. (1983). *La femme et les médecins: Analyse historique*. Paris: Hachette.
- Latour, B. (1986). The powers of association. En: Law, J. (comp.). *Power, action and belief: A new sociology of knowledge?* The Sociological Review Monographs No. 32. London: Routledge & Kegan. p. 264- 280.
- Latour, B. (2001a). *Pasteur: La guerre des microbes*. Paris: La Découverte.
- Latour, B. (2001b). *Irréductions*. Paris: La Découverte.
- Latour, B. (2016). La sociedad como posesión: la prueba por la orquesta. *Revista diferencia(s)*, v. 2, n. 3, p. 159-177.
- Larrañaga, O. (2000). Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno. En: Titelman, D.; Uthoff, A. *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile, Colombia*. Vol. II. Chile: Fondo Cultura Económica, CEPAL.
- Light, D. (1993). Countervailing power: The changing character of the medical profession in the United States. En: Hafferty, F.; McKinlay, J. (eds.). *The changing medical profession: An international perspective*. New York: Oxford University Press. p. 69-80.
- Litoff, J.B. (1978). *American midwives: 1860 to the present*. Westport: Greenwood Press.
- Macintyre, S. (1977a). The management of childbirth: a review of sociological research issues. *Social Science & Medicine*, v. 11, p. 477-484.
- Macintyre, S. (1977b). *Single and pregnant*. London: Croom Helm.
- Macintyre, S. (1980). The sociology of reproduction. *Sociology of Health & Illness*, v. 2, n. 2, p. 215-222.

- McKinlay, J. (1972). The sick role-illness and pregnancy. *Social Science & Medicine*, v. 6, n. 5, p. 561-572.
- Menéndez, E. (1984). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención en salud*. Cuadernos de la Casa Chata No. 86. México DF: CIESAS.
- Mol, A. (2008). *The logic of care: health and the problem of patient choice*. Oxford: Routledge.
- Montes, M. (2010). Transferencias de la maternidad. El itinerario asistencial del embarazo. En: Martorell, M., Comelles, J.; Bernal, M. (eds.). *Antropología y enfermería: campos de encuentro: Un homenaje a Dina Garcés, II*. Tarragona: Publicacions URV.
- Nardachchione, G. (2011). El conocimiento científico y el saber práctico en la sociología pragmática francesa. *Apuntes de Investigación del CEYP*, v. 14, n. 19, p. 171-182.
- Narotzky, S. (1995). *Mujer, mujeres, género. Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales*. Colección Monografías, n. 14. CSIC.
- Oakley, A. (1974). *The sociology of housework*. London: Robertson.
- Oakley, A. (1975). *The trap of medicalized motherhood*. New Society, v.18, p. 639- 641.
- Oakley, A. (1976a). *Bibliography on the sociology of human reproduction*. Bedford College, University of London.
- Oakley, A. (1976b). Wisewoman and medicine man: Changes in the management of childbirth. En: Mitchell, J.; Oakley, A. (eds.). *The rights and wrongs of women*. Harmondsworth: Penguin.
- Oakley, A. (1977). Cross-cultural practice. En: Chard, T.; Richards, M. (eds.). *Benefits and hazards of the new obstetrics*. London: Heinemann Medical.
- Oakley, A. (1979a). A case of maternity: Paradigms of women as maternity cases. *Signs*, v. 4, n. 4, p. 607-631.
- Oakley, A. (1979b). *Becoming a mother*. Oxford: Martin Robertson.
- Oakley, A. (1980). *Women confined: Towards a sociology of childbirth*. Oxford: Martin Robertson.
- Oakley, A. (1986). *The captured womb: A history of the medical care of pregnant women*. Oxford: Basil Blackwell.
- Oakley, A. (1987). *Home birth: a class privilege?* New Society, v. 6, p. 27-42.
- Oakley, A. (1992). *Social support and motherhood: The natural history of a research project*. Oxford: Basil Blackwell.
- Ochoa, G.; Maillard, C.; Solar, X. (2010). *Primera infancia y políticas públicas, una aproximación al caso del Sistema Integral de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo*. Santiago de Chile: Germina Editorial.
- Ong, B. (1983). *Our motherhood: Women's accounts of pregnancy, childbirth and health encounters*. London: Family Service Units.
- Organización Mundial de la Salud (2009). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ginebra: OMS.
- Pieper, J. (2008). Salvar vidas y gestar la modernidad: Médicos, mujeres y programas de planificación Familiar en Chile. En: Zárata, M. (comp.). *Por la salud del cuerpo*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado. p. 191-228.

- Pilnick, A.; Zayst, O. (2015). Advice, authority and autonomy in shared decisionmaking in antenatal screening: the importance of context. *Sociology of Health & Illness*, v. 20, p. 1-17.
- Polanyi, M. (1974). *Conocimientos personales: Hacia una filosofía poscrítica*. Chicago: University of Chicago Press.
- Robles, C. (2011). *El sistema de protección social de Chile: Una mirada desde la igualdad*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Sadler, M. (2004). Así me nacieron a mi hija: Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. En: Sadler, M.; Acuña M. E.; Obach, A. *Nacer, Educar, Sanar: Miradas desde la Antropología del Género*. Santiago de Chile: Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género, Catalonia. p. 15-66.
- Sadler, M.; Obach, A. (2006). *Pautas de crianza mapuche*. Santiago de Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios de Género, Universidad de Chile, Universidad de la Frontera.
- Salinas, H.; Naranjo, B.; Pastén, J.; Retamales, B. (2007). Estado de la cesárea en Chile: Riesgos y beneficios asociados a esta intervención. *Revista HCUCH*, v. 18, p. 168-178.
- Serrano, S. (1994). *Universidad y nación: Chile en el siglo XIX*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Shepperdson, B. (1980). *Motherhood in Swansea*. Swansea: Medical Sociology Research Centre.
- Sibrian, N. (2016). El proceso de medicalización del embarazo en Chile: Siglos de posicionamiento y legitimación discursiva. *Relaces*, v. 21, n. 8, p. 27-38.
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Stake, R. (2006). *Multiple case study analysis*. New York: The Guildford Press.
- Torres, J. (2014). Medicalizing to demedicalize: Lactation consultants and the (de) medicalization of breastfeeding. *Social Science & Medicine*, v. 100, p. 159-166. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.11.013.
- Visa, M.; Crespo, C. (2015). El papel de la blogósfera en la construcción social de la maternidad: de la Virgen María a las #malasmadres. *Revista de Comunicación de la SEECI*, n. 37, p. 299-331.
- Wertz, R.; Wertz, D. (1977). *Lying-In: A history of childbirth in America*. New York: Free Press.
- Zárate, M. (2005). Parto, crianza y pobreza en Chile. En: Sagredo, R.; Gazmuri, C. (dirs.). *Historia de la vida privada en Chile*. Tomo III. Santiago de Chile: Taurus.
- Zárate, M. (2007). *Dar a luz en Chile, siglo XIX*. Santiago de Chile: Dibam.
- Zárate, M. (2008). *Por la salud del cuerpo*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.



## Capítulo 8

# Activismos por el parto respetado: prácticas, apropiaciones y disputas en Entre Ríos, Argentina

*María Fernanda González<sup>1</sup>, Ana Laura García Presas<sup>2</sup>,  
Marina Mattioli<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>*Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina*

<sup>2</sup>*Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina*

<sup>3</sup>*Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Entre Ríos y Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina*

## Introducción

En las últimas décadas, las organizaciones de mujeres lograron transformar las experiencias vitales, tradicionalmente entendidas como personales y privadas, en asuntos públicos y políticos creando nuevas formas de actuación ciudadana (Ciriza, 2002; Reiger, 2000). En este trabajo se exponen algunos resultados de un estudio sobre las prácticas activistas desarrolladas por organizaciones de mujeres a favor del derecho al parto respetado y contra la violencia obstétrica en la provincia de Entre Ríos, Argentina<sup>1</sup>. Tomando como referencia el concepto de ciudadanía reproductiva (Castro & Erviti, 2009, 2015) se ofrece,

---

<sup>1</sup>Proyecto de Investigación “Estudio cualitativo sobre los activismos en torno al parto y al nacimiento respetado en Entre Ríos” (PID10068/16) financiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER), Argentina, dirigido por la primera autora. Agradecemos a la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNER el apoyo para la realización del proyecto.

en primer lugar, un recorrido por el proceso de construcción de esta ciudadanía en Argentina, como marco del surgimiento de un cuerpo legal específico relacionado con el parto respetado y la violencia obstétrica. En segundo lugar, se sitúa a los activismos como movimientos ciudadanos, que buscan tanto la apropiación subjetiva de los derechos (Castro & Erviti, 2009, 2015) como la ampliación y el efectivo cumplimiento de ellos, por lo que entran en tensión con las prácticas biomédicas prevalentes en la atención al parto.

El estudio empírico describe la variedad de prácticas que despliegan las organizaciones en sus localidades, y también en los espacios *online*, enmarcándose en nuevas formas de activismos caracterizados por la hibridación entre prácticas locales y el ciberactivismo.

Finalmente, se argumenta que los movimientos activistas inciden en las dos dimensiones de la ciudadanía reproductiva señaladas por Castro y Erviti (2009): por un lado, influyen en la elaboración de normativas participando en su elaboración y/o poniendo en agenda nuevos temas y, al mismo tiempo, se constituyen en ámbitos de construcción de una ciudadanía crítica y activa.

### *Ciudadanía reproductiva: marcos legales en Argentina*

El concepto de ciudadanía reproductiva (Castro & Erviti, 2009; 2015) sitúa a los eventos de la sexualidad y la reproducción humana en el campo de los derechos humanos entrecruzados con la perspectiva de género en salud. Esta delimitación conceptual ubica a algunas situaciones sufridas por las mujeres durante la atención sanitaria del embarazo y el parto —como el maltrato físico y verbal, el exceso de medicalización, la atención negligente, etcétera— en el campo de las violencias de género y la violación del derecho humano a la salud.

Una de las dimensiones de la ciudadanía reproductiva se concreta en los marcos normativos que regulan el campo de la salud sexual y reproductiva. Se trata de un campo problemático, que refleja las dificultades que las mujeres han tenido a lo largo de la historia para avanzar en el reconocimiento de sus derechos civiles, políticos y sociales (Brown, 2008; Ciriza, 2002; Levín, 2010). La socióloga argentina Verónica Giordano (2012) entiende que las mujeres históricamente han sido consideradas como “ciudadanas incapaces”. En Argentina, desde la sanción del primer Código Civil hasta hace unas pocas décadas, las leyes marcaron la subordinación de la mujer a la potestad marital. Incluso cuando en 1968 —durante un gobierno de facto— se reconoció la capacidad civil plena de las mujeres, la persistencia de las prerrogativas de los varones en la vida familiar mostró que la construcción de derechos

continuaba orientada prioritariamente a proteger la estructura de la familia y su función matricial en la producción y reproducción de un orden social, político y jurídico patriarcal (Giordano, 2012).

A partir de la década de 1970, la teoría crítica y los estudios de género desarrollaron enfoques alternativos de la ciudadanía que denunciaron las desigualdades y exclusiones que persistían detrás de los supuestos universales, proponiendo una lógica de construcción de derechos basada en el reconocimiento de la diferencia y en perspectivas plurales del orden democrático.

En ese marco, el movimiento de mujeres se embarcó en la lucha por los derechos sexuales de las mujeres, inscriptos en los cuerpos y basados en la diferencia sexual como diferencia política, tensionaron la noción clásica y liberal de ciudadanía y denunciaron su carácter generizado.

Paralelamente, a partir de los años setenta, se desarrollaron una serie de conferencias internacionales que fueron construyendo la noción de derechos sexuales y reproductivos y su encuadre dentro de los derechos humanos, posicionando la cuestión en la agenda mundial y generando compromisos y obligaciones para los países que suscribieron las declaraciones y convenciones (Castro y Ervitti, 2009; Chiarotti, 2006). Los tratados internacionales adquirieron rango constitucional en nuestro país, en la reforma constitucional de 1994; entendiéndose como complementarios de los derechos y garantías de la Constitución. Por tanto, el contexto internacional y las conferencias internacionales cumplieron un importante papel en la colocación del tema en agenda, y fue fundamental la articulación de los movimientos locales con agendas y movimientos internacionales y con el derecho internacional.

En los primeros años y, en consecuencia, en las primeras conferencias y declaraciones el énfasis estuvo puesto en cuestiones demográficas vinculadas a la fecundidad, la anticoncepción y la defensa contra coacciones o violaciones.

Desde el retorno de la democracia a nuestro país, en 1983, tuvo lugar un proceso de transformación de la ciudadanía de las mujeres vinculado al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Para el feminismo, esto significará completar un cambio radical en la organización política y social de las relaciones entre géneros a través del quiebre de un orden patriarcal y la apertura de un nuevo orden en el que las mujeres adopten un status de ciudadanía asentado en la libertad personalísima sobre sus cuerpos como adquisición política de identidad. No obstante, si bien el reconocimiento de estos derechos significó un avance al instalar la temática en la agenda pública y permitió generar políticas públicas en salud sexual y reproductiva, tanto en el plano normativo como en el del ejercicio de la ciudadanía sexual y

reproductiva, aún persisten restricciones a la libertad de las mujeres para decidir sobre sus propios cuerpos (Levín, 2010).

Para dimensionar el proceso de ciudadanía de las mujeres en Argentina, se pueden señalar los siguientes avances normativos: en 1985, se ratifica la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés); en 1986, se derogan decretos restrictivos en materia de anticoncepción; en 1988, se crea el Programa de Procreación Responsable en la Ciudad de Buenos Aires y en los años siguientes se crean programas similares en distintas provincias; en 1991, se aprueba la Ley de Cupos por sexo; en 1994, los tratados internacionales sobre derechos humanos adquieren rango constitucional; y en 2002, se aprueba el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Chiarotti, 2006; D'Atri, 2005; Levín, 2010; Pecheny, 2006). Estos avances se dan, aunque no sin tensiones y enfrentamientos entre los sectores más conservadores de la sociedad argentina y el movimiento de mujeres. El Estado argentino, apoyado por la Iglesia Católica, históricamente sostuvo posturas pronatalistas tanto en el plano interno como en el internacional.

El movimiento de mujeres, por su parte, se consolidó a través de la generación de espacios públicos de mujeres (encuentros nacionales y regionales, redes, conferencias) y logró una inédita coordinación de acciones y acumulación de fuerzas materiales y simbólicas desde los años ochenta (D'Atri, 2005; Pecheny, 2006). De esta forma, se construye durante las décadas de 1980 y 1990 un consenso en torno a la necesidad de avanzar en la ciudadanía reproductiva.

En el año 2004, se promulga la Ley Nacional 25929 de Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de Nacimiento, que establece derechos de la mujer (artículo 2) y del recién nacido/a (artículo 3). Entre los principales derechos de la mujer se encuentran: ser informada debidamente sobre las intervenciones médicas, de modo que la mujer pueda elegir libremente; ser tratada con respeto, de modo individual y personalizado y teniendo en cuenta sus pautas culturales; ser considerada una persona sana y protagonista de su propio parto; al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación injustificada. También a estar acompañada por una persona de su confianza y elección, durante el trabajo de parto, parto y posparto. Esta ley tuvo un largo camino en el Congreso Nacional. Fue presentada en 2002, pero recién tuvo tratamiento parlamentario en 2004. Lorenzo (2012) señala que en el nacimiento de esta ley no puede omitirse el papel de la asociación civil Dando a Luz, el apoyo de la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN) y el papel jugado por el periodismo

feminista que comenzó a difundir el tema en los medios de comunicación (Jerez, 2014; Lorenzo, 2012). Esto muestra las sinergias entre el activismo de la sociedad civil y la elaboración de nuevos marcos normativos. No obstante, la reglamentación de la ley recién se daría once años después, mediante el Decreto 2035, de 2015. Entre Ríos, provincia donde se ha realizado el estudio que se presenta en este capítulo, adhirió a la ley nacional mediante la Ley 10035/11.

En el año 2009 se sanciona la Ley 26529, de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, que insiste en los derechos al trato digno y respetuoso, la intimidad, la confidencialidad y la autonomía de la voluntad (artículo 2).

También en 2009 se aprueba la Ley 26485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. En esta ley se tipifican diversas modalidades de violencia, entre ellas la “violencia obstétrica”, que será definida como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, mediante un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y la patologización de los procesos naturales, según lo expresa la Ley 25929 (artículo 6.e).

### *Ciudadanía reproductiva y activismos por el parto respetado y contra la violencia obstétrica*

La ciudadanía reproductiva se traduce también en la capacidad efectiva de las personas de apropiarse, ejercer, defender y exigir el cumplimiento de sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva (Castro & Erviti, 2009). Se trata, en concreto, de la posibilidad y la capacidad de reclamar por los propios derechos en un escenario de entrecruzamientos de desigualdades sociales y de ejercicio de poder por parte de diferentes instituciones y actores sociales.

El reclamo por el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, en este caso, por el parto respetado y contra la violencia obstétrica, se convierte en un ejercicio político y ciudadano de la mano de diferentes organizaciones y colectivos.

En varias partes del mundo han ido surgiendo organizaciones que buscan promover el cumplimiento de estos derechos durante el parto, adjetivado de diferentes maneras: como “natural”, “normal”, “respetado”, “humanizado”, etcétera. Una de las organizaciones más antiguas es la National Child-birth Trust, fundada en 1956, en Inglaterra y que nuclea a más de 100.000

mujeres-madres y sus familias y también un amplio elenco de profesionales de la salud que participan como voluntarios.

En España, Portugal e Irlanda también han ido formándose, en los últimos diez años, asociaciones que buscan la humanización del parto y la reforma del sistema de atención obstétrico en cada uno de esos países (Villarme, Olza & Recio, 2015).

Según señalan Akrich *et al.* (2012), más allá de las diferencias locales, las organizaciones de activistas europeas se han involucrado fuertemente en la producción y difusión de conocimientos vinculados al parto “normal” o “natural” como una estrategia para nombrar y hacer visibles los problemas relacionados con el parto que va más allá de la mera oposición al parto medicalizado o institucionalizado. En líneas generales, los objetivos de las asociaciones se han concentrado en cuatro campos: a) problematizar el intervencionismo técnico-médico en el nacimiento contraponiendo para ello evidencia científica; b) promover el parto “respetado” o “natural”; c) demandar prácticas y espacios adecuados que respeten las elecciones con relación al parto y al nacimiento por parte de la mujer y sus familias, y d) promover el derecho de las mujeres a realizar elecciones informadas sobre el parto y el nacimiento. Para ello, cada asociación ha desarrollado prácticas y experiencias diferenciadas, según sus realidades locales y su recorrido histórico.

También en América Latina existe un amplio y diverso movimiento activista en pos del parto humanizado y/o respetado. Sin ánimo de realizar una revisión exhaustiva, se puede mencionar por su antigüedad, en Brasil a la Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (ReHuNa) que viene llevando adelante diferentes líneas de trabajo desde 1993: cambios en la gestión del cuidado, difusión de conocimiento mediante la organización de eventos y campañas, colaboración en la elaboración de políticas públicas en salud, y participación en la formación de los recursos humanos en salud para la atención humanizada del parto (Diniz *et al.*, 2018).

En los últimos años, la ReHuNa ha creado una importante sinergia con otros movimientos como Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. En junio de 2012 se organizaron importantes movilizaciones callejeras en más de 30 ciudades de Brasil, que fueron convocadas principalmente por medio de redes sociales, a favor de la libertad de escoger el tipo y lugar del parto, la libertad de conciencia y por mejoras en la asistencia obstétrica para la reducción del número de cesáreas (Rattner *et al.*, 2014). En uno de los encuentros organizados por ReHuNa, en 2004, se formó la Red Latinoamericana y del Caribe por la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELA-CAHUPAN) que nuclea a representantes de diferentes países de esa región.

Por su parte, en Argentina, ya se ha mencionado el papel que jugó la Asociación Civil Dando a Luz en la elaboración de la Ley 25929. Otra organización argentina con fuerte impronta feminista es Las Casildas. Esta asociación se formó en 2011 e integra a profesionales de distintas disciplinas (puericultura, obstetricia, psicología, etcétera) con el objetivo de generar dispositivos para difundir y visibilizar temáticas como la violencia obstétrica, los derechos sexuales y reproductivos y cuestiones de género. Quatrocchi (2019) señala que Las Casildas buscan construir una red nacional para visibilizar las situaciones de violencia obstétrica. Entre sus acciones más destacadas está la realización de la obra de teatro *Parir(nos)* con múltiples representaciones en espacios sociales, centros de salud y hospitales, universidades y otros lugares, en diferentes localidades del país. También la realización y difusión del documental “Parir” que muestra las historias de embarazo y parto de tres mujeres de diferentes clases sociales. Además, Las Casildas han realizado una gran cantidad de campañas gráficas y audiovisuales. En 2015, se puso en marcha el primer Observatorio de Violencia Obstétrica en el país, y en octubre de 2016 presentaron los primeros datos estadísticos sobre la incidencia de este tipo de violencia en la atención al parto/cesárea. Según Quatrocchi (2019), los datos confirman que en el país sigue prevaleciendo un modelo de atención al parto medicalizado e intervencionista, en el cual se realizan además un gran porcentaje de cesáreas: hasta un 30% en hospitales públicos y hasta un 70% en la atención privada.

Sin embargo, son aún escasos los estudios académicos que buscan caracterizar los activismos por el parto respetado en Argentina. Desde la antropología, Jerez (2104; 2105) estudió las actividades de dos asociaciones bonaerenses, una dedicada a promover el parto en casa y otra el parto humanizado institucional. La autora describe los procesos de hibridación con los discursos y las reivindicaciones feministas que comienzan a suceder en unos de los grupos a partir de la participación en el Encuentro Nacional de Mujeres en 2012. Este proceso va mostrando las tensiones que aparecen con algunas posiciones feministas y a su vez, retroalimenta el posicionamiento del grupo a favor del parto respetado como un derecho humano, es decir, en una línea de reivindicación político-ciudadana. Además, el diálogo con el feminismo amplió la forma de entender las situaciones de violencia obstétrica como violencia de género que coarta la libertad y la dignidad de las mujeres, lo mismo que la negación del derecho al aborto.

Como se puede apreciar, los activismos por el parto y el nacimiento respetado han ido tomando diferentes posicionamientos y reclamos. Algunos se centran más fuertemente en la disputa al saber médico proponiendo nuevos discursos, y defienden el parto natural o fisiológico desde el punto de vista de

la evidencia científica. Otros, han resignificado esta disputa como reclamo por los derechos sexuales y reproductivos asumiendo una perspectiva de género y de derechos humanos. Una cuestión a dilucidar es justamente la relación que se va estableciendo entre los movimientos activistas con los reclamos feministas, a favor de una vida sin violencias y con autonomía para la toma de decisiones sexuales y reproductivas.

Otro aspecto a estudiar son también las hibridaciones entre formas de activismos tradicionales, con actividades como la organización de eventos, charlas, representaciones artísticas, reuniones informativas, etcétera, con otras más cercanas al ciberactivismo. En ese sentido, según Resina de la Fuente (2010) existen nuevas formas de participación ciudadana que se caracterizan por la hibridación de medios y prácticas en entornos *online* y *offline* y por estar originadas, muchas veces, en iniciativas de grupos pequeños de ciudadanos, que rápidamente se extienden y transversalizan.

En los últimos años, el uso de las redes sociales ha transformado en gran medida las acciones colectivas ampliando las posibilidades de difusión, de convocatoria, de colaboración y de denuncia (Borj & Fausto, 2016). Esto también ha creado un nuevo espacio de activismo, un activismo *online* que suele crear sinergias con el activismo *offline* (Fernández, Corredor & Santín, 2011). Internet y las redes sociales se convierten en herramientas de expresión, de presión y de creación de redes; en definitiva, en un nuevo espacio público.

En este contexto, los movimientos feministas han aprovechado críticamente estas herramientas para crear espacios de empoderamiento (Salvador Agra, 2010) bajo la forma de comunidades virtuales *online* que mantienen una relación estrecha con comunidades *offline* (Núñez, Vázquez & Fernández, 2016).

Teniendo en cuenta las dos dimensiones de la ciudadanía reproductiva desarrollada por Castro y Erviti (2009) nos planteamos los siguientes interrogantes: ¿Qué tipo de prácticas desarrollan los colectivos activistas entre-rrianos en relación con el parto respetado, entendido como parte de la ciudadanía reproductiva? ¿Cómo se despliegan esas prácticas? ¿En qué espacios? ¿Qué tipo de reclamos aparece en los colectivos activistas con relación al parto respetado, la violencia obstétrica, y más en general, en relación con la ciudadanía reproductiva?

## Estudio empírico: metodología y procedimiento

Los objetivos del estudio fueron: a) relevar las organizaciones activistas que estuvieran realizando actividades por el parto respetado y contra la violencia

obstétrica en Entre Ríos, excluyendo a grupos conformados solamente por profesionales; b) describir los tipos de prácticas que realizan los grupos y c) estudiar las trayectorias de vida de las activistas y sus narrativas con relación al parto respetado y la violencia obstétrica.

El estudio tiene varias fases en las que se recurre a una combinación de estrategias metodológicas cualitativas<sup>2</sup>. La fase inicial estuvo destinada a realizar un mapeo de actores y redes con activismos en torno al parto y al nacimiento en la provincia. En una segunda instancia, se localizaron los grupos y se realizaron observaciones participantes de las actividades por el parto respetado y un estudio de los activismos *online*.

La cantidad de observaciones ha variado según la disponibilidad de los grupos y el tipo de actividades planificadas. Se han priorizado actividades vinculadas al activismo por el parto respetado y la violencia obstétrica. De ese modo, se han realizado al menos dos observaciones participantes con cada grupo.

En un tercer momento se desarrollaron entrevistas con las activistas considerando, por un lado, una dimensión referida a la organización (objetivos, modalidades, estrategias de comunicación, conformación, etcétera) y, por otro, una dimensión personal (centrada en la historia de vida y la interrelación vida personal/activismo). Se realizaron al menos dos entrevistas con activistas de cada colectivo, con un total de diez entrevistas<sup>3</sup>, desde febrero de 2017 a diciembre de 2018. El trabajo de campo (observaciones y entrevistas) fue realizado por integrantes del grupo de investigación, entre las que se encuentran las autoras de este trabajo.

El análisis de las prácticas se ha centrado en estudiar la hibridación entre acciones en entornos *online* y *offline*, con hincapié en el uso dado a las redes sociales por cada grupo. Para esto se seleccionaron todas las publicaciones realizadas en la página de Facebook de los grupos vinculados con parto respetado y violencia obstétrica, entre 2017 y 2018. En simultáneo se analizó el modo en que las actividades de los grupos activistas facilitan, inciden y/o crean las condiciones para la apropiación de derechos sexuales y reproductivos.

---

<sup>2</sup>El proyecto cuenta con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Ciencias de la Salud, UNER, mediante la Resolución CD 1038/16.

<sup>3</sup>Para preservar las identidades de las personas entrevistadas, sus nombres fueron omitidos y reemplazados por una letra.

## Análisis y resultados

### *Los colectivos activistas por el parto respetado en Entre Ríos*

Como resultado de la primera fase se obtuvo el siguiente listado de colectivos de mujeres con activismos por el parto respetado y la violencia obstétrica, en el territorio de la provincia de Entre Ríos:

- Multisectorial de Mujeres (Gualeduay)
- Brujas Insurrectas (Concepción del Uruguay)
- Las Dragonas (Paraná)
- Asamblea de Género, EnRedada Feminista (Gualeduaychú-Pueblo Belgrano)
- Colectiva de la Plaza (Colón)

En general, los grupos son de reciente creación, algunos se reúnen desde 2016, a partir de algunos eventos como la concurrencia al Encuentro Nacional de Mujeres —encuentros que se realizan anualmente desde hace 32 años y congregan a mujeres y a personas de distintos colectivos de toda Argentina— o el femicidio de la estudiante entrerriana Micaela García, que impactó y movilizó mucho a la sociedad argentina. Además de compartir este origen, en general, se trata de grupos abiertos, que se organizan en asambleas y desarrollan sus actividades en ciudades pequeñas. Excepto Las Dragonas, que son de la ciudad de Paraná, capital de la provincia con una población de 250.000 habitantes, los otros colectivos llevan a cabo sus acciones en ciudades cuya población oscila entre 25.000 y 85.000 habitantes. Esto les imprime algunas señas particulares, como es la participación en redes de relaciones densas, ya sea por compartir círculos de amistades, familiares, de trabajo, de pertenencia previa a otras organizaciones políticas y espacios culturales, etcétera.

## Hibridación online-offline y apropiación de derechos

A continuación, se ofrece un análisis de las prácticas híbridas *online-offline* y de la dimensión de apropiación subjetiva de la ciudadanía reproductiva (Castro & Erviti, 2009) según se presenta en cada colectivo.

## *Multisectorial de Mujeres de Gualeguay*

Se trata de un grupo asambleario que agrupa tanto a mujeres que participan también de otros espacios sociales y políticos como a otras que no han tenido militancia previa. Comenzaron a reunirse luego del femicidio de Micaela García, acontecido en la ciudad de Gualeguay en abril de 2017. La necesidad de articular acciones y de dar visibilidad a la situación de las mujeres en la ciudad fue el motivo para la convocatoria de la primera reunión realizada en la plaza principal de la ciudad, y convocada por la red social Facebook. A partir de allí se buscó converger con otras organizaciones bajo la forma de una Multisectorial que funciona de forma asamblearia, con reuniones semanales o quincenales en la plaza.

Con relación a las prácticas activistas *online*, la Multisectorial tiene una página en Facebook que utiliza para convocar reuniones, difundir actividades y acciones, brindando información anticipada sobre el evento, temática, lugar y horario de reunión. Otras publicaciones son del tipo “compartidas”; es decir, publicaciones originadas en otras páginas o perfiles individuales de Facebook y que las activistas comparten en el perfil de la Multisectorial. En la temática concreta del parto respetado las publicaciones sirven para difundir derechos reglamentados en la Ley 25929 de parto respetado y para informar sobre situaciones de violencia obstétrica. En este colectivo se encuentra una fuerte hibridación entre acciones en el territorio y en el espacio virtual. Un ejemplo de ello fue el trabajo de acompañamiento que las activistas realizaron con G., una mujer embarazada que reclamaba el derecho a estar acompañada por su pareja durante el parto por cesárea en una institución de salud local. Las activistas ayudaron a G. a redactar una carta dirigida al director del hospital, la acompañaron en varias reuniones con este funcionario y con el personal de salud y difundieron ampliamente estas acciones en su página de Facebook y en la prensa local. En una de las observaciones participantes, algunas de las activistas explicaron que luego de estas publicaciones tuvieron muchos seguidores en las redes sociales, y que algunas parejas les pidieron asesoramiento y ayuda para hacer solicitudes similares en centros de salud de Gualeguay y de otras ciudades. Tal como explica una de las activistas:

[hubo]...cantidad de “me gusta”y “compartir”y comentarios [...] De hecho nos escribió [por Facebook] un varón: “yo voy a tener un hijo en setiembre próximo ¿cómo puedo hacer para presentar la nota?” [...] Bueno, este papá quiere estar presente [en el parto] entonces él pidió, nos solicitó la nota para poder presentarla allá [en la institución sanitaria] con anterioridad al parto de su esposa. (P., Multisectorial de Mujeres de Gualeguay, 20 de agosto de 2017)

En este ejemplo se observa cómo una acción que busca la consecución de un derecho, al publicarse en Facebook se amplía y expande, difundiendo no solo el derecho a contar con un acompañante en el parto, sino además dando a conocer una estrategia de incidencia en otros centros de salud mediante la presentación de una carta modelo. Otro ejemplo de combinación de lo *online* y lo *offline* fue la proyección del documental “Parir”, creado por Las Casildas. La proyección del documental se realizó en el hospital de la localidad con el objetivo de extender una mirada crítica sobre los modelos de atención al parto, reflexionar sobre la violencia obstétrica y provocar cambios en la atención sanitaria local. El encuentro contó con el apoyo de la municipalidad de la ciudad y asistieron el director del hospital, una representante del Ministerio de Salud de la provincia, personal sanitario, un grupo de estudiantes de una escuela secundaria de adultos con sus docentes y personas de la comunidad. En este caso las publicaciones en Facebook simplemente se usaron para difundir e invitar a la comunidad a la proyección y posteriormente para dar a conocer la actividad.

En resumen, las prácticas de este colectivo muestran diversos usos y combinaciones de acciones locales y en las redes sociales al tiempo que se busca incidir en el cumplimiento de derechos reconocidos por ley, difundir los marcos legales sobre parto respetado y provocar diálogos y reflexiones que favorezcan cambios en las prácticas sanitarias locales de atención al parto.

### *Brujas Insurrectas de Concepción del Uruguay*

Este colectivo surgió a raíz de la participación de un grupo de ellas en el Encuentro Nacional de Mujeres, en 2016. Al regresar a Concepción del Uruguay decidieron comenzar a reunirse y darle forma al colectivo. Cuentan con un estatuto en el cual se define el modo de funcionamiento, los objetivos y el trabajo en comisiones. Según relatan en una entrevista, se propuso el nombre a través de una encuesta cerrada en Facebook, y finalmente eligieron “Brujas Insurrectas” como un modo de reivindicación:

*...a las brujas, que fueron las primeras mujeres que fueron quemadas en la hoguera, fueron las primeras feministas [...] los primeros femicidios fueron hacia esas mujeres que se revelaban. [...] E insurrectas para darle un poco más de fuerza, fue como que nos revelamos contra el poder. (P., Brujas Insurrectas, 20 de octubre de 2017)*

El carácter combativo y reivindicativo es una característica de este colectivo, ya que las convoca “la lucha feminista”. Ello se traduce en acciones como manifestaciones y marchas, acompañadas con gran despliegue de banderas, música, etcétera para solicitar, por ejemplo, una casa refugio municipal para mujeres que sufren violencia de género. Dentro del grupo existe un interés por el parto respetado y la violencia obstétrica dentro del reclamo por el cumplimiento de derechos sexuales y reproductivos. Así, encontramos una publicación en Facebook de una actividad realizada en mayo de 2017 sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. En el texto de difusión, el parto humanizado se integra con el reclamo de otros derechos sexuales y reproductivos como la educación sexual integral, la interrupción legal del embarazo y el derecho a decidir sobre el propio cuerpo. Se han identificado también las publicaciones referidas a parto respetado, que han sido pocas en relación con las otras relacionadas con violencia contra las mujeres, femicidios, reclamos por el albergue, etcétera. En otras publicaciones se observa la vinculación argumental entre parto respetado y violencia obstétrica. Un caso, por ejemplo, es un testimonio sobre violencia obstétrica tomado de un medio digital y reforzado por la propia publicación del colectivo, que dice: “en qué estado se encuentra la humanidad para estar hablando de parto respetado”. Otra publicación, más optimista, muestra una mujer sonriente en un contexto de parto respetado, pero la publicación de Brujas introduce los *hashtags* *#bastadeviolenciaobstetrica*, *#denunciaya*, trayendo nuevamente la tensión entre derecho al parto respetado y el ejercicio de violencia obstétrica.

El activismo *online* de este colectivo se basa en una utilización intencional de las redes sociales. Tal como explica una de las participantes:

*Nosotros tenemos Twitter, Instagram y Facebook y de ahí damos mecha a todo lo que sea violencia de género, casos de acá y de todo y si es de Latinoamérica también y del mundo también. (L., Brujas Insurrectas, 20 de octubre de 2017)*

Pero, este activismo es solo una parte de sus acciones. De hecho, como ellas mismas lo expresan “somos activistas de verdad, que eso por ahí es una gran diferencia de otras organizaciones, nosotras estamos en la calle de verdad” (L., Brujas Insurrectas, 20 de octubre de 2017). La expresión “estar en la calle” alude a la presencia del colectivo en acciones realizadas en espacios públicos como la plaza de la ciudad de Concepción del Uruguay, en fechas como el

8 de marzo, el 3 de junio (Ni una Menos), “pañuelazos<sup>4</sup>” como parte de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, Legal, Seguro y Gratuito. El activismo incluye también la organización de talleres, charlas y jornadas de información y difusión de derechos en las que se proponen llevar los conocimientos feministas y transformarlos en herramientas y estrategias:

*Por eso trabajamos mucho en el tema de las leyes, de enseñarles a las mujeres a donde tienen que ir a denunciar, también darle nuestro apoyo en caso de que lo tengan que hacer y no se animen. (L, Brujas Insurrectas, 20 de octubre de 2017)*

En síntesis, las estrategias de activismo observadas coinciden en la utilización estratégica de las redes sociales para dar a conocer las actividades propias, para mostrar (y reapropiarse) de mensajes, saberes y conocimientos que se co-construyen con otras redes y activismos. En casi todos los casos mostrados hay una *territorialización* muy concreta de los reclamos, que basándose en los marcos legales se ponen en tensión con las realidades y problemas locales.

La apropiación de derechos se da en un contexto de fuerte activismo feminista que toma como eje el reclamo por la desaparición de toda forma de violencia contra las mujeres, incluida la violencia obstétrica. Hay una activa denuncia de situaciones de violencia obstétrica y un fuerte reclamo por la ampliación de derechos sexuales y reproductivos, incluyendo ya desde 2017, el derecho al aborto legal. En esa misma línea se incluye también la educación sexual integral en las escuelas.

### *Las Dragonas, Paraná*

Se trata de un colectivo bastante diferente a los otros que forman parte de este estudio, ya que Las Dragonas es una agrupación de mujeres candomberas surgida en 2013, en la ciudad de Paraná. Según expresan en su página de Facebook, el candombe como forma de vida y expresión frente a diferentes realidades político-sociales. En este caso, la articulación de lo *online* y *offline* es débil ya que como colectivo parecen priorizar las dimensiones

---

<sup>4</sup>Los “pañuelazos” son acciones en las que las activistas se reúnen, generalmente en un espacio público (plazas, calles, etcétera) para manifestarse a favor del aborto legal, seguro y gratuito. Toma su nombre de la exhibición de pañuelos verdes, símbolo de la Campaña Nacional por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito.

afectivo-corporales de actividades colectivas lúdicas y artísticas, en detrimento del ciberactivismo. Por otro lado, muestran un incipiente activismo en temáticas vinculadas a la violencia de género. Desde ese posicionamiento han participado en varias marchas y acciones como el #NiUnaMenos y el Encuentro Nacional de Mujeres en Chaco 2017.

En la Semana del Parto Respetado en 2017 realizaron una acción artística para difundir los derechos de las mujeres y sus hijos. Se trató de una rueda de candombe o *llamada* que se realizó en una plaza de la ciudad de Paraná y junto con el reparto de folletería informativa.

Dentro de este grupo hay algunas mujeres que se involucran más fuertemente con la promoción del parto respetado buscando que se instalen nuevas prácticas en los hospitales. Así, J. relata cómo las han invitado a participar en programas televisivos y radiales para difundir esta modalidad de atención al parto junto con una médica y obstetras del principal hospital materno-infantil de la ciudad. Esta es una línea diferencial en este grupo activista, ya que han buscado establecer vínculos con este hospital público para colaborar en cambios en el modelo de atención al parto. En 2018, en la Semana del Parto Respetado, realizaron una actividad en la plaza con el objetivo de dar a conocer la Ley 25929 de parto respetado, y juntar dinero para comprar un banco de parto, destinado a ser donado al hospital San Roque. En esa ocasión, las activistas organizaron una radio abierta con testimonios sobre violencia obstétrica, la importancia del respeto al parto fisiológico, y la historia del parto. En la radio abierta, una de activistas de Las Dragonas señalaba:

*...la idea del banco de parto es poder acercar derechos, acercar movimientos, acercar libertades, y sentimos que, bueno, que el banquito es un poco eso, es una buena herramienta para recuperar un poco la antigua manera de parir.*  
(M., Las Dragonas, 19 de mayo de 2018)

La página de Facebook se utilizó para informar sobre los avances en la donación del banquito de parto y finalmente, para mostrar la entrega del banco al hospital. El objetivo del colectivo, de entregar un banco de parto al hospital público local, muestra la intención de mejorar la atención sanitaria, en clave de derechos. Cuando se hizo efectiva la entrega, algunos profesionales del hospital celebraron y agradecieron la iniciativa señalando “*algunos lo vamos a usar*”, mientras que otros se mostraron indiferentes, explicitando de este modo, la falta de consensos que hay dentro de cada servicio en torno a las formas de parir.

## *Asamblea de Género, EnRedada Feminista Gualeguaychú-Pueblo Belgrano*

Se trata de una organización que se fue modificando en la etapa del trabajo de campo. Inició en 2017 como Asamblea de Género, pero a partir de 2018 se generó otro espacio más amplio, que tomó el nombre de EnRedada Feminista Gualeguaychú-Pueblo Belgrano, al cual se unieron las mujeres interesadas en parto respetado y violencia obstétrica que participaban en la Asamblea de Género. EnRedada Feminista mantiene una fuerte presencia en las redes sociales, posee un blog y una página en Facebook que sirven fundamentalmente como canal de difusión de las actividades. En la página de Facebook se definen como un “grupo de mujeres, feministas, autoconvocadas, unidas, enredadas, en lucha por el amor y en contra de todas las formas de violencia, en lucha por los derechos de todes, en un camino de sororidad y bajo un arco iris de color libertad”. En la portada de esa página hay una foto de un numeroso grupo de mujeres de todas las edades en un *pañuelazo*.

Las prácticas de este colectivo son muy variadas. En primer lugar, realizan asambleas abiertas de forma regular en la principal plaza de la ciudad. La asamblea es el espacio de debate y de toma de decisiones. Además, organizan jornadas de autoformación, formación con expertos y “sábados de lecturas feministas en el monte” sobre diferentes temas: aborto legal, violencia de género, historia del feminismo, etcétera. En mayo de 2018 organizaron una actividad por la Semana Mundial del Parto Respetado, con muestras de fotos, proyección de documentales y discusión sobre la Ley 25929 y su aplicación local. Tanto en Facebook como en el blog hay una extensa reseña de la actividad que contó con el apoyo de la municipalidad y la universidad locales, un grupo de apoyo a la lactancia, un colectivo profesional por el parto domiciliario y agrupaciones políticas y sindicales. Esto muestra las sinergias establecidas entre EnRedada Feminista y otras instituciones y sectores sociales de la ciudad.

Como elementos destacables de esta actividad, recogidos en una observación participante, se pueden mencionar la gran afluencia de público, con la presencia de familias, niños y niñas, algunas profesionales de la salud que atienden partos domiciliarios y también trabajan en instituciones de salud locales, un grupo numeroso de estudiantes de una escuela secundaria para adultos con sus docentes que se encontraban investigando la violencia obstétrica a nivel local, docentes universitarios, etcétera. También se contó con la participación de una activista de la Multisectorial de Mujeres de Gualeguay, que participó con una muestra de fotos denominada “Cesáreas”. Durante la actividad algunas familias contaron sus experiencias de partos domiciliarios y otras expusieron situaciones de violencia obstétrica.

Al igual que sucede con los otros grupos, en general, las publicaciones en Facebook, aunque son muy numerosas y casi diarias, no tratan habitualmente sobre parto respetado y violencia obstétrica, sino que se realizan en fechas puntuales, como la mencionada Semana del Parto Respetado o en el Día Internacional de la Eliminación de la violencia contra la mujer, el 25 de noviembre. La mayoría de las publicaciones de EnRedada Feminista, refieren a movilizaciones en las fechas más importantes del movimiento feminista (8M, 3 de junio, 25 de noviembre, etcétera), el rechazo a los femicidios, a la violencia machista y sexual, el reclamo por la legalización del aborto, la implementación de la educación sexual integral (ESI) y la denuncia de la justicia patriarcal.

En síntesis, en este colectivo la dimensión de apropiación de la ciudadanía reproductiva se concreta en acciones puntuales, pero de gran repercusión local. Se centran sobre todo en brindar información a la comunidad sobre los derechos emanados de la Ley 25929 y en dar a conocer experiencias alternativas como los partos domiciliarios planificados. Aparecen sinergias con otros grupos e instituciones como es el caso del sistema educativo formal, representados por profesoras y estudiantes de escuelas secundarias y de la universidad local.

Sus acciones buscan también la ampliación de derechos sexuales y reproductivos mediante el activismo por el aborto legal, seguro y gratuito.

### *Colectiva de la Plaza, Colón*

Es un colectivo que surgió también luego de las movilizaciones por el femicidio de Micaela García, en abril de 2017. Sus prácticas y acciones buscan “*visibilizar cuestiones relacionadas a las problemáticas de género en una ciudad que recién ahora empieza a mover en esas cuestiones, de una forma más sólida y más continua*” (F., Colectiva de la Plaza, 10 de mayo de 2018). En ese sentido, ni el parto respetado ni la violencia obstétrica parecen ser ejes centrales, sino con relación a “*cuestiones de género, violencias, que tienen que ver con la mujer*” (M., Colectiva de la Plaza, 15 de mayo de 2018). En este sentido, aparece una fuerte articulación local-nacional, en tanto gran parte de las movilizaciones que se realizaron en Colón responden a convocatorias de fechas importantes para los movimientos feministas del país, y que también fueron referidas por las organizaciones antes analizadas, tales como el 8 de marzo, las marchas de Ni una Menos, el Día Internacional por la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, el reclamo por justicia con perspectiva de género luego del fallo del caso de Lucía Pérez, o algunas particulares como el femicidio de Micaela

García. En estas fechas se imbrican las actividades en espacios públicos (plaza, puerto) y una mayor actividad virtual para brindar información sobre la fecha, por qué se conmemora, etcétera. En las actividades públicas se incluye la lectura de documentos consensuados entre las organizaciones participantes, en los cuales se incluye el reclamo por la plena implementación de la Ley 25929 de parto respetado.

En 2018, varias publicaciones se dedicaron a la convocatoria y luego difusión de los pañuelazos realizados a favor del tratamiento de la ley de legalización del aborto. En este sentido, una de las integrantes señalaba en la entrevista:

*...el contexto nacional acompaña, está como esa energía en el imaginario social que hace que de alguna manera nos llegue [...] como que la sociedad está con más ganas de que se active [...] con más ánimo de participación, de juntarse. (I., Colectiva de la Plaza, 10 de abril de 2018).*

Si bien hay una fuerte articulación *online-offline*, en las entrevistas todas las integrantes coincidieron en dar a las redes sociales un papel ligado a la difusión y a las cuestiones operativas (organización de eventos, cambios de fechas o lugar, etcétera) y sostener el ámbito público, puntualmente la plaza, como lugar de reunión para las asambleas en las cuales se debaten temas y pasos a seguir. Por un lado, y en sus propias palabras, “*sabemos que cuando socializamos información estamos socializando poder*” (I., Colectiva de la Plaza, 10 de abril de 2018) y para esto adquieren un papel central las redes sociales, fundamentalmente Facebook; mientras que enfatizan que “*la plaza no se negocia, porque el cara a cara es irremplazable*” (I, Colectiva de la Plaza, 10 de abril de 2018). En esa línea, muchas de las publicaciones *online* remiten a leyes, entrevistas a investigadoras reconocidas, artículos de prensa, incluso memes o fragmentos de comedias que remiten a cuestiones patriarcales denunciadas por la organización. En todas las entradas publicadas de este tipo, es decir, que comparten de otras organizaciones o reproducen materiales, hay una introducción de la organización que refuerza el sentido dado al material. En el abanico de entradas publicadas, también han replicado escraches a varones acusados de abuso, declaraciones sobre visitas a la ciudad de diputados que votaron negativamente por la interrupción legal del embarazo, etcétera.

En síntesis, en sus estrategias de activismo hibridan el uso de redes y lugares públicos, que siguen siendo centrales. Las redes sociales son utilizadas para difusión de información, para cuestiones operativas como establecer las fechas y en qué plaza serán las reuniones o asambleas, y para compartir mensajes de otras organizaciones o medios de comunicación sobre los

temas que trabajan centralmente: género, aborto, violencias, interrupción legal del embarazo, educación sexual integral, etcétera. En este sentido es central para la organización brindar información, considerando que la información da poder, permite conocer y apropiarse de derechos y reclamarlos en las instituciones correspondientes. La Colectiva de la Plaza no se encarga directamente de estas problemáticas, sino que acompaña a las mujeres en los casos que lo requieran (denuncias por violencias, acoso o maltrato en escuelas) y las orienta para acercarse a organismos destinados para brindar respuestas. El papel central a cumplir es informar, desnaturalizar situaciones cotidianas y visibilizar las violencias.

Los primeros resultados generales de la aproximación descriptiva se pueden organizar en los siguientes ejes:

- a) Con relación a los tipos de prácticas realizadas por los colectivos activistas se han encontrado acciones con objetivos similares: difundir los marcos legales a través de charlas y talleres en lugares públicos como las plazas; denunciar situaciones de violencia obstétrica y, en lo posible, presionar para el cumplimiento de derechos. De todas ellas, las que tuvieron más presencia han sido las acciones de difusión y sensibilización comunitaria y algunas puestas en contacto con el sistema público de salud.
- b) Existe una fuerte interrelación entre actuaciones *online* y *offline*. Todos los grupos tienen páginas en Facebook aunque las publicaciones sobre parto respetado y violencia obstétrica no son las más frecuentes y se concentran en fechas concretas. El uso dado a las redes sociales varía de un colectivo a otro, pero en general, hay un uso común como medio de difusión de información y de las propias actividades. Comienzan a surgir otros usos más complejos como pueden ser el compartir publicaciones *online* de colectivos afines y la difusión de herramientas para la incidencia en los sistemas de salud locales. Los colectivos, en general, priorizan las actuaciones locales y la ocupación real y simbólica de los espacios públicos, tales como las plazas, para que sus acciones tengan más visibilidad y llegada a la comunidad en general.
- c) El universo discursivo que se va construyendo en las prácticas activistas vincula y pone en tensión la relación entre violencia obstétrica y parto respetado, y los inscribe a su vez en el reclamo por la violencia de género y el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos.
- d) Los posicionamientos ideológicos de los colectivos no son homogéneos: mientras algunos se colocan explícitamente como colectivos feministas otros adoptan otros elementos como la defensa de la naturaleza y de los pueblos frente a procesos de injusticia.

- e) En general todos los colectivos activistas muestran una fuerte capacidad de reclamo por el efectivo cumplimiento de las leyes sobre parto respetado y a su vez, articulan este reclamo en el marco de la lucha por el derecho al aborto legal y la implementación de la educación sexual integral.

Todo ello muestra el modo en que las prácticas activistas participan en lo que Castro y Erviti (2009) llaman “apropiación subjetiva de la ciudadanía reproductiva”.

## Conclusiones

En este artículo se ha ofrecido, en primer lugar, un recorrido crítico por el proceso de construcción de ciudadanía de las mujeres en Argentina, como marco para situar el surgimiento de un cuerpo legal específico con relación al parto respetado y la violencia obstétrica. Este recorrido se muestra el difícil, arduo y aún incompleto camino que resta recorrer para el disfrute de una plena ciudadanía reproductiva por parte de las mujeres. En segundo lugar, se han descrito los activismos por el parto respetado y la violencia obstétrica como movimientos con presencia en varios lugares del mundo, con trayectorias e idearios diferentes, pero que buscan, en general, provocar cambios en los modelos de atención obstétrica.

Como ha mostrado el trabajo empírico, en Entre Ríos el reclamo por un parto respetado y en contra de la violencia obstétrica encuentra un terreno fértil en grupos y colectivos que, adoptando un ideario feminista, despliegan una serie de prácticas que transitan de modo fluido por los espacios *online* y *offline* aprovechando de este modo las posibilidades que brindan las redes sociales sin resignar, a su vez, presencia y compromiso con acciones locales. En ese sentido, la ocupación paulatina de espacios públicos les permite ir creando presencia y tejiendo redes con otras organizaciones y con otros sectores sociales que pugnan por la ampliación de derechos sexuales y reproductivos. Señalamos que los activismos estudiados se apoyan en el marco legal vigente y en sus propias estrategias de militancia, para desde allí disputar derechos: al tiempo que reclaman el cumplimiento de las leyes, las activistas disputan el saber médico hegemónico y denuncian la violencia obstétrica, como violencia ejercida sobre sus propios cuerpos y sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

Así, entendemos que los reclamos de los movimientos activistas analizados no se centran tanto en discursos que encuentran su legitimidad en la evidencia científica (Akrich *et al.*, 2012; González, 2019; Villarmeá, Olza & Recio, 2015), sino que reclaman el *derecho* a tener un parto respetado, en un

discurso que busca su legitimidad en el campo político-ciudadano. Existe, por tanto, una reubicación de la propia mujer y su hija o hijo como sujetos de derecho. Este señalamiento es central para situar a estos activismos dentro de los movimientos por la ampliación de derechos sexuales y reproductivos y de ganancia de ciudadanía plena.

Nuestro trabajo muestra, como novedad, que los colectivos activistas estudiados no son solo espacios de *apropiación* de los derechos reproductivos vinculados al parto respetado y la violencia obstétrica (Castro & Erviti, 2009), sino también de creación de una conciencia crítica respecto a la necesidad de su ampliación, con la inclusión de la erradicación de todo tipo de violencia contra las mujeres y el derecho al aborto legal, seguro y gratuito. Esto amplía la consideración de la dimensión subjetiva de la ciudadanía sexual señalada por Castro y Erviti (2009) hacia un plano fundamentalmente colectivo y político, representado por los movimientos activistas como espacios para la ampliación y la construcción crítica de ciudadanía.

## Referencias

- Akrich, M.; Leane, M.; Roberts, C.; Nunes, J. (2012). *Practising childbirth activism. A politics of evidence*. Papiers de Recherche du Centre de Sociologie de L'innovation, n. 23. CSI Working Papers Series. Paris: Centre de Sociologie de l'Innovation Mines ParisTech.
- Borj, B.; Fausto, S. (2016). *Activismo político en tiempos de Internet*. São Paulo: Plataforma Democrática.
- Brown, J. (2008). Los derechos (no) reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas. *Cadernos Pagu*, n. 30, p. 269-300.
- Castro, R.; Erviti, J. (2015). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, v. 19, n. 1, p. 37-42.
- Castro, R.; Erviti, J. (2009). *Habitus profesional y ciudadanía: un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México*. Congreso 2009 de la Asociación de Estudios Latinoamericanos, Río de Janeiro, Brasil.
- Chiarotti, S. (2006). El aborto en el marco de los derechos humanos. La situación en Argentina. En: Checa, S. (comp.). *Realidades y coyunturas del aborto: entre el derecho y la necesidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Ciriza, A. (2002). Consenso y desacuerdo. Los derechos sexuales y reproductivos como derechos ciudadanos de las mujeres en la Argentina. *El Catoblepas*, n. 9, p. 18.
- D'Atri, A. (2005). Sexo, mentiras y... silencio. *Lucha de clases. Segunda Época*, n. 5, p. 165-180.
- Diniz, C. S. G., Rattner, D.; D'Oliveira, A. F. P. L.; Aguiar, J. M.; Niy, D. Y. (2018). Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: Social activism, public policies and providers' training. *Reproductive Health Matters*, v. 1. p. 1-17.

- Fernández, D.; Corredor, P.; Santin, M. (2011). Nuevos espacios de comunicación, relación y activismo en la era digital: la Red como oportunidad para el feminismo. *Asparkia, Investigación Feminista*, n. 22, p. 61-72.
- Giordano, V. (2012). *Ciudadanas incapaces. La construcción de los derechos civiles de las mujeres en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay en el siglo XX*. Buenos Aires: Teseo.
- González, M. F. (2019). Childbirth activism in Argentina: An study of place, identity and emotions. En: Van Alphen, F.; Normann, S. (eds.). *Cultural psychology in communities: Tensions and transformations. Annals of Cultural & Psychology*. Charlotte: Information Age Publishing.
- Jerez, C. (2014). Partos empoderados: Clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos. *XI Congreso Argentino de Antropología Social*. Rosario, Santa Fe, Argentina.
- Jerez, C. (2015). *Partos humanizados: Clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos*. (Tesis de grado). Ciudad de Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires.
- Levín, S. (2010). *Derechos al revés ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad?* Buenos Aires: Espacio.
- Lorenzo, C. (2012). *Es un parto. Indagaciones acerca de la construcción de un derecho*. (Trabajo de Investigación Final). Ciudad de Buenos Aires: Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Macintyre, S. (1981). *Expectations and experiences of first pregnancy: A prospective interview study of married primigravidae in Aberdeen*. Aberdeen: Institution of Medical Sociology, University of Aberdeen.
- Mead, M.; Newton, N. (1967). Cultural patterning of perinatal behavior. En: Richardson, S.; Guttmacher, A. (eds.). *Childbearing - its social and psychological aspects*. Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Núñez, S., Vazquez, D. & Fernández, D. (2016). Ciberfeminismo contra la violencia de género: Análisis del activismo *online-offline* y de la representación discursiva de la víctima. *Estudios sobre el mensaje periodístico*, v. 22, n. 2, p. 861-877.
- Pecheny, M. (2006). Yo no soy progre, soy peronista. ¿Por qué es tan difícil discutir políticamente sobre aborto? En: Cáceres, C.; Careaga, G.; Frasca, T.; Pecheny, M. (eds.). *Sexualidad, estigma y derechos humanos: Desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima: FASPA, UPCH. p. 251-271.
- Quattrocchi, P. (2019). Obstetric Violence Observatory: Contributions of Argentina to the international debate. *Medical Anthropology*, v. 38, n. 8, p. 762-776. doi: 10.1080/01459740.2019.1609471.
- Rattner, D.; Jones, R. H.; Diniz, S. G.; Beltrão, R. S.; Lopes, A. F. C.; Lopes, T. C.; Dos Santos, S. M. (2014). Os Movimentos Sociais na Humanização do Parto e do Nascimento do Brasil. *Cadernos HumanizaSUS*, v. 4, p. 109-133.
- Reiger, K. (2000). Reconceiving citizenship. The challenge of mothers as political activists. *Feminist Theory*, v. 1, n. 3, p. 309-327.

- Resina de la Fuente, J. (2010). Ciberpolítica, redes sociales y nuevas movilizaciones en España: el impacto digital en los procesos de deliberación y participación ciudadana. *Mediaciones sociales*, v. 7, p. 143-164.
- Salvador Agra, S. (2010). Ciberactivismo ecofeminista. *Investigaciones Feministas*, v. 1, p. 27-41.
- Villarme, S.; Olza, I.; Recio, A. (2015). El parto es nuestro: El impacto de una organización de usuarias en la reforma del sistema obstétrico en España. *Dilemata*, v. 7, n. 18, p. 157-183.



## Epílogo

# Violencia obstétrica, desde América Latina hasta Europa: similitudes y diferencias en el debate actual

*Patrizia Quattrocchi*

*Universidad de Udine, Italia*

Concluir el presente volumen no es fácil, sobre todo por dos motivos. El primero es que con este esfuerzo nos propusimos generar un espacio de debate sobre lo que hasta hoy hemos comprendido con relación a la violencia obstétrica en América Latina. El segundo motivo refiere a que pretendemos trazar huellas innovadoras para seguir analizando (desde lo teórico-metodológico) y enfrentando (desde lo político y la acción social) un proceso tan complejo y urgente como aquel que remite a este tipo de violencia.

En ambos casos, se trata de *procesos abiertos* que no pretenden la toma de posiciones definitivas, al contrario, requieren de un repensar continuo de nuestras hipótesis y categorías. Por tanto, en el epílogo resulta más interesante jerarquizar el *proceso de reflexión* en sí mismo, más allá de los resultados que las y los autores propusieron en cada trabajo.

De este proceso de reflexión —que se dio a partir del Simposio de Salamanca en julio 2018 y del intercambio de ideas que siguió entre los y las participantes durante la preparación de este volumen— quiero retomar algunas consideraciones. Puesto que el objetivo del Simposio fue “realizar un balance de la investigación en el tema, visualizando las tensiones entre universalidad y particularismo en la producción de conocimiento”, lo que pretendemos hacer es:

- Identificar *núcleos compartidos* en la discusión que se ha producido a lo largo de este proceso, a partir de la pregunta: ¿Sobre qué estamos de acuerdo la mayoría de los que trabajamos el tema de la violencia obstétrica, pese a nuestros intereses, campos o perspectivas específicas?
- Delinear similitudes y diferencias entre el debate en América Latina y aquel que se está dando en Europa a partir de la pregunta: ¿conectar similitudes y diferencias emergentes en el análisis y en la gestión de la violencia obstétrica en distintos contextos puede ser útil para contribuir a reflexionar y retroalimentar las distintas perspectivas hacia una perspectiva global?

### *Trazando acuerdos: los núcleos compartidos*

- La violencia obstétrica es una violencia estructural. En tanto se ejerce de manera sistemática y a menudo de forma indirecta por ciertos agentes (individuos, instituciones, grupos, etcétera) pertenecientes a un determinado orden social en donde se naturaliza la opresión o la subordinación (económica, social, cultural, política, etcétera) de otros y otras (Farmer, 2003).
- La violencia obstétrica es multicausal y multidimensional. Entre las distintas dimensiones y causas se reconocen factores que remiten a la dimensión médico-obstétrica, política, económica, social, cultural, laboral, logístico-organizativa; así como a la interpretación colectiva que una sociedad construye con respeto a la reproducción y a la maternidad.
- La violencia obstétrica es violencia de género: se ejerce sobre las mujeres por el solo hecho de serlo. Remite entonces a la construcción sociocultural de lo masculino y de lo femenino en un contexto histórico determinado y a una relación asimétrica de poder entre los géneros, donde el colectivo femenino se encuentra subordinado al masculino.
- La violencia obstétrica es violación de los derechos humanos, de los derechos a la salud y de los derechos a la salud reproductiva. Tiene que ver con el respeto de los procesos de parto, de los cuerpos de las mujeres, de los tiempos, de la privacidad, de la integridad, de la autonomía y libertad de elección, y de todos los derechos que tenemos en tanto personas.
- La violencia obstétrica es un asunto de poder: de la institución hacia el individuo, del médico o la médica hacia la paciente, de un superior hacia otro profesional, de la sociedad hacia la mujer. Tiene que ver con

jerarquías, estatus y roles bien definidos, que reproducen el orden establecido a través de dispositivos de control y de represión de lo que se desvía de lo esperado.

- La violencia obstétrica es violencia institucional en cuanto se ejerce a través de un abuso de poder de las instituciones de salud o de sus agentes a través de normas explícitas (por ejemplo, cierta aplicación de los protocolos sanitarios) o reglas implícitas y/o costumbres que refuerzan los mecanismos establecidos de dominación.
- La violencia obstétrica es violencia laboral, ejercida hacia las personas que trabajan (profesionales de la salud) que a veces no tienen la posibilidad desarrollar sus tareas en condiciones adecuadas —psicológicamente y físicamente— y se encuentran obligadas a ejercer violencia hacia otros y otras (pacientes o compañeros y compañeras), sin que eso fuese su voluntad.
- La violencia obstétrica comprende el proceso reproductivo femenino en su conjunto y no solo el momento del parto y del embarazo. En este sentido podemos hablar de violencia ginecoobstétrica que refiere a otros momentos de la vida de las mujeres (por ejemplo, visitas ginecológicas que no tiene que ver con embarazo, menopausia, fecundación asistida, aborto espontáneo o inducido, muerte perinatal, etcétera).
- La violencia obstétrica se extiende también al bebé. Tiene que ver con su nacimiento, con las prácticas rutinarias innecesarias aplicadas durante los primeros momentos de su vida, con la imposibilidad de estar cerca de la madre en esos momentos, con la imposibilidad de ser amamantado de manera precoz, entre otras.
- La violencia obstétrica se ejerce en todo el mundo. Interesa tanto a los países de altos ingresos como a los de bajos ingresos. Lo que cambia en los distintos contextos son las modalidades en la cual se construye, se ejerce y se percibe. Por ejemplo, como explica Miller *et al.* (2016) con respecto al uso-abuso de intervención y recursos médicos, en los países de bajos ingresos a veces se actúa “*too little, too late* [demasiado poco y demasiado tarde]” y en los países de altos ingresos se interviene “*too much, too soon* [demasiado y demasiado pronto]”.

### *Trazando similitudes y diferencias*

El debate en América Latina se nutre de la mayoría de los aspectos sustanciales recién mencionados, mientras en el debate europeo (incluso a nivel académico), muchos de estos asuntos están menos presentes.

En los países de Europa, la discusión sobre la violencia obstétrica ha crecido en los últimos años, así como la literatura científica y el interés de los distintos profesionales (académicos, profesionales de la salud, formadores). Sin embargo, el debate público sigue siendo débil y ningún país ha aprobado una legislación que la contemple. A pesar de la reciente implementación de Observatorios de la Violencia Obstétrica en algunos países (España, Italia, Francia y Grecia) y del creciente debate en los medios y en la academia, el concepto de *violencia obstétrica* está lejos de ser examinado en forma crítica dentro de la práctica biomédica y en el diseño de políticas públicas en salud.

Se le ha dado más espacio a otros temas, también importantes, pero menos dedicados a comprender el tejido estructural de la violencia obstétrica. Me refiero, por ejemplo, al debate terminológico: ¿deberíamos o no utilizar el término “violencia” que, debido a su fuerte connotación (incluso moral), produce a menudo rechazo por parte de los profesionales de la salud? ¿Cuáles son las posibles alternativas para definir la violencia obstétrica? ¿Abuso y falta de respeto, como propone la Organización Mundial de la Salud? ¿Maltrato? Y desde la metodología: ¿Cómo *medir* la violencia obstétrica? ¿Cómo traducir un proceso subjetivo a un dato objetivo? Si bien son reflexiones importantes, carecen —desde nuestro punto de vista— de la perspectiva de denuncia social y crítica cultural que caracteriza el debate latinoamericano, sobre todo en términos de trabajar a partir de la experiencia de las mujeres, de la inequidad de género y de la violación de derechos humanos (Quattrocchi, 2019). En otras palabras, el debate europeo adolece, en parte, de perspectiva política, perspectiva que *tiene* que estar presente cuando se aborda la violencia obstétrica como un proceso complejo, multidimensional y multicausal, que no tiene que ver solo con la calidad de atención o la organización de los sistemas de salud, sino con los valores básicos a través de los cuales construimos nuestras sociedades.

Si tomamos el caso de Italia se puede observar que la violencia obstétrica no se ha tomado en su potencialidad político-formativa, sino más bien con su significado acusatorio, producto de un malentendido y de falta de conocimiento. Existen dos procesos que dan cuenta de esto. El primero se suscitó en septiembre de 2017 a partir de la publicación de los datos de la primera encuesta nacional “Mujer y parto” promovida por el Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO-Italia) y por otras asociaciones. Los resultados muestran que el 21% de las mujeres italianas con hijos de 0 a 14 años han sufrido abuso físico o verbal durante el parto, así como acciones perjudiciales para la dignidad psicofísica (Ravaldi *et al.*, 2018). Los datos han provocado un fuerte debate, tanto en los medios de comunicación como en los profesionales de la salud. Sin embargo, el centro de la discusión se ha trasladado desde la *sustancia* (la

negativa experiencia de las mujeres) hacia la *forma* (la metodología adoptada en el estudio). En concreto, el máximo organismo de salud italiano plantea que la metodología de la encuesta es “débil” (Lauria *et al.*, 2018). Lo que quiero subrayar es que este proceso ha desviado la atención de lo que es más urgente: hay mujeres que no están satisfechas con respecto a la experiencia de su parto. El tono del debate no ha dejado mucho espacio al diálogo entre las necesidades de las mujeres y las necesidades de los sistemas de salud.

Por otra parte, el segundo proceso refiere a la aparición de un documento oficial de la Asociación Italiana de Ginecólogos y Obstetras Hospitalarios, en 2017, donde se afirma que:

...el adosar a la palabra *violencia* el atributo “obstétrico” determina un grave efecto despectivo para los profesionales del sector salud [...] las palabras *violencia obstétrica*, en el momento de la comunicación, se convierten en un [...] instrumento ofensivo para la reputación de los profesionales de la salud, trascendiendo en claro ataque y agresión de la esfera moral de los otros. (AOGOI, 2017, p. 2)<sup>5</sup>

La fuerza comunicativa de estas palabras remite sin duda a un proceso defensivo. Una vez más, se observa la dificultad de la biomedicina y de sus representantes para aceptar diferentes puntos de vista, ampliar sus propios horizontes conceptuales hacia otras perspectivas y cuestionar sus propios paradigmas a través de un diálogo horizontal con el Otro (sea este una mujer-paciente, una organización civil, un investigador o una investigadora, etcétera); tema bien investigado desde las ciencias sociales (Lock, 2010).

Dicho lo anterior, entendemos que hay que continuar con el esfuerzo de construir puentes y conectar saberes entre las distintas perspectivas. Más aún en este momento histórico donde la biomedicina necesita de las ciencias sociales, para recuperar una dimensión, más que humanizada, *humana* en el acompañamiento de la persona enferma. En el caso del parto, esto se acentúa, dado que la mayoría de las veces las mujeres embarazadas y las que van a parir no están enfermas, de allí la necesidad de contener las intervenciones que no son necesarias para facilitar una experiencia positiva, que —como bien recuerda la Organización Mundial de la Salud (2018)— no significa solo un recién nacido sano o con un Apgar 10<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup>Traducción de la autora.

<sup>6</sup>El Apgar es una prueba para evaluar a los recién nacidos después del nacimiento. Se evalúa la frecuencia cardíaca del bebé, su tono muscular y otros signos al momento del nacimiento, cinco minutos después.

Con este fin surgió el proyecto de investigación antropológica *Obstetric violence: The new goal for research, policy and human rights on childbirth*<sup>7</sup> que llevé a cabo entre el 2016-2018 y que presenté también a los participantes del Simposio en Salamanca. El objetivo del proyecto fue transferir a los países europeos las experiencias aplicadas para el reconocimiento y la prevención de la violencia obstétrica en América Latina y proporcionarles herramientas innovadoras a los tomadores de decisiones, con las cuales replantear la calidad de los servicios de atención al parto y al nacimiento, sobre todo en los países en los cuales la medicalización del parto y del nacimiento sigue siendo muy alta, entre ellos Italia y España. Uno de los resultados del proyecto es una plataforma sobre violencia obstétrica, que se puede visitar en: <https://www.obstetricviolence-project.com>. En ella están disponibles un conjunto de leyes, políticas públicas, investigaciones, experiencias y novedades a fin de conectar saberes y de ofrecer material de calidad disponible en un único espacio accesible y gratuito desde cualquier parte del mundo.

## Referencias

- Associazione Ostetrici e Ginecologi Ospedalieri Italiani (AOGOI). (2017). *Inchiesta DOXA sulla "violenza ostetrica": Campagna "basta tacere" vs. documentazione diffusa*. Italia: AOGOI.
- Farmer, P. (2003). *Pathologies of Power: Health, human rights and the new war on the poor*. Berkeley: California University Press.
- Lauria, L.; Lega, I.; Maraschini, A.; D'Aloja, P.; Ferraro, C.; Donati, S. (2018). Methodological flaws in web surveys: Commentary to "Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community based survey". *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, v. 226, p. 73. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.05.023.
- Lock, M.; Nguyen, V. K. (2010). *An Anthropology of Biomedicine*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Miller, S.; Abalos, E.; Chamillard, M.; Ciapponi, A.; Colaci, D.; Comandé, D.; et al. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, v. 388, n. 10056, p. 2176–2192. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31472-6.

---

<sup>7</sup>El proyecto ha sido financiado por el Programa de Investigación e Innovación de la Unión Europea Horizon 2020 (Marie Skłodowska-Curie grant agreement No. 700946). La investigación se ha realizado en Argentina (2016-2017, Universidad Nacional de Lanús, Instituto de Salud Colectiva; y en Italia (2017-2018, Università degli Studi di Udine, Dipartimento di Lingue e Letterature, Comunicazione, Formazione, e Società). Véase la página web del proyecto <https://www.obstetricviolence-project.com>. Agradezco a los referentes locales de las distintas instituciones que me hospedaron: Donatella Cozzi (Universidad de Udine, Italia), Hugo Spinelli (Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Argentina) y Marzia Lazzarini (WHO-Collaborating Centre for Maternal and Child Health, Italia).

- Quattrocchi, P. (2019). Obstetric violence observatory: Contributions of Argentina to the international debate. *Medical Anthropology*, v. 38, n. 8, p. 762-776. doi: 10.1080/01459740.2019.1609471.
- Ravaldi, C.; Skoko, E.; Battisti, A.; Cerizzo, M.; Vannacci, A.; Reiger, K. (2018). Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community based survey. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, v. 224, p. 208–209. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.03.055.
- World Health Organization (WHO). (2018). *WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience*. Geneva: WHO.



## Compilación y autoría

### *Patrizia Quattrocchi (compiladora)*

Doctora en Etnoantropología en la Universidad de Roma “La Sapienza” (2005), con línea de investigación en la antropología de la salud y de la reproducción. Ha desarrollado investigaciones sobre el parto y el nacimiento en la comunidad lenca (Honduras, 1998); en la maya yucateca (México, 2000-2009); en Italia, España y Países Bajos (2010-2015); y en Argentina (2016-2017). Ha sido dos veces ganadora de la Beca de Investigación postdoctoral Marie Skłodowska-Curie otorgada por la Unión Europea. Es profesora investigadora en la Universidad de Udine (Italia).

✉ [patrizia.quattrocchi@uniud.it](mailto:patrizia.quattrocchi@uniud.it)

<https://orcid.org/0000-0002-8002-543X>

### *Natalia Magnone (compiladora)*

Trabajadora Social, Magíster en Sociología y Doctoranda en Ciencias Sociales. Trabaja como docente investigadora en el Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República (UdelaR), Uruguay. En esa misma universidad, integra el grupo “Cuerpo, género y sexualidad” de la Facultad de Humanidades. Se ha especializado en violencias de género y derechos reproductivos de las mujeres en la asistencia al parto.

✉ [nmagnosa@gmail.com](mailto:nmagnosa@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-8727-878X>

### *Gabriela Arguedas Ramírez*

Doctora en Farmacia por la Universidad de Costa Rica. Directora del Posgrado en Estudios de la Mujer, en la Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

✉ [gabriela.arguedas@gmail.com](mailto:gabriela.arguedas@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-8834-5158>

### *Lina Rosa Berrio Palomo*

Doctora en Ciencias Antropológicas por la Universidad Autónoma Metropolitana. Investigadora de Cátedras CONACYT y del Centro de Investigación y

Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Unidad Pacífico Sur,  
Oaxaca, México.

✉ [linaberrio@gmail.com](mailto:linaberrio@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0003-3787-7028>

### *Roberto Castro*

Doctor en Sociología Médica por la University of Toronto.

Investigador Titular C definitivo de tiempo completo del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM). Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Cuernavaca, México.

✉ [rcastro@correo.crim.unam.mx](mailto:rcastro@correo.crim.unam.mx)

<https://orcid.org/0000-0002-1440-2460>

### *Sonia M. Frías*

Doctora en Sociología.

Investigadora Titular B del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Cuernavaca, México.

✉ [sfrias@correo.crim.unam.mx](mailto:sfrias@correo.crim.unam.mx)

<https://orcid.org/0000-0002-8549-1413>

### *Ana Laura García Presas*

Magíster en Estudios Sociales y Agrarios.

Profesora Asociada Ordinaria de Antropología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER). Concepción del Uruguay, Argentina.

✉ [garciapresasa@uner.edu.ar](mailto:garciapresasa@uner.edu.ar)

<https://orcid.org/0000-0002-7381-9012>

### *María Fernanda González*

Doctora en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid.

Profesora Titular de Psicología y Coordinadora de Proyectos Educativos Virtuales, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER). Concepción del Uruguay, Argentina.

✉ [gonzalezmf@gmail.com](mailto:gonzalezmf@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0002-6859-6168>

### *Carlos Herrera Vacaflor*

Magíster en Leyes con especialidad en Derecho a la Salud, Ética, y Políticas Públicas.

Investigador, Faculty of Law, University of Toronto, Toronto, Canadá.

✉ charlie.herrera@mail.utoronto.ca

<https://orcid.org/0000-0001-6625-663X>

### *Janaina Marques de Aguiar*

Doctora en Ciencias por la Facultad de Medicina de la Universidade de São Paulo (USP).

Asistente de investigación del Grupo de Investigación en Violencia de Género y Salud, Departamento de Medicina Preventiva. Facultad de Medicina de la Universidade de São Paulo (FMUSP). São Paulo, Brasil.

✉ jamaragui@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5974-1194>

### *Marina Mattioli*

Doctora en Ciencias Sociales por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires (FSOC-UBA).

Docente de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, y Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales, Universidad Autónoma de Entre Ríos. Entre Ríos, Argentina.

✉ marumattioli@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5935-0441>

### *Graciela Beatriz Muñoz García*

Maestra en Antropología Social por el Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), doctoranda en Ciencias Socio-médicas: Antropología en Salud, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México.

✉ gramugarcia@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-0364-3119>

### *Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira*

Doctora en Medicina Preventiva por la Universidade de São Paulo (USP).

Docente del Departamento de Medicina Preventiva, Universidad de São Paulo (USP). São Paulo, Brasil.

✉ [afolive@usp.br](mailto:afolive@usp.br)

<https://orcid.org/0000-0003-1456-4184>

### *Michelle Sadler*

Magíster en Antropología Médica por la University of Oxford. Doctoranda en Antropología Médica en el Medical Anthropology Research Center de la Universitat Rovira i Virgili: Tarragona, Catalunya. Académica en la Facultad de Artes Liberales de la Universidad Adolfo Ibáñez, Santiago, Chile.

✉ [michelle.sadler@uai.cl](mailto:michelle.sadler@uai.cl)

<https://orcid.org/0000-0002-3895-047X>

### *Paola Sesia*

Doctora en Antropología Sociocultural por la University of Arizona. Profesora-investigadora Titular del Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Unidad Pacífico Sur, Oaxaca, México.

✉ [sesia@ciesas.edu.mx](mailto:sesia@ciesas.edu.mx)

<https://orcid.org/0000-0001-6284-8988>

### *Carmen Simone Grilo Diniz*

Doctora en Medicina Preventiva por la Universidade de São Paulo (USP). Profesora Titular, Departamento de Salud y Ciclos de Vida. Facultad de Salud Pública de la Universidade de São Paulo, Brasil.

✉ [sidiniz@usp.br](mailto:sidiniz@usp.br)

<https://orcid.org/0000-0002-0069-2532>

### *Nairbis Sibrian*

Doctora en Sociología, Universidad Alberto Hurtado. Docente e investigadora de la Escuela de Comunicaciones, Facultad de Ciencias Sociales y Comunicaciones de la Universidad Santo Tomás, Chile.

✉ [nairbiss@gmail.com](mailto:nairbiss@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-8008-5080>

El libro que presentamos es una muestra del estado de situación —en términos de conceptualización, medición y experiencias— sobre violencia obstétrica en América Latina. Reúne trabajos de varias de las personas con mayor trayectoria en el tema, quienes luego de compartir el Simposio “Derechos y violencias en la atención del embarazo, parto y nacimiento: alcances y desafíos en la investigación y la política de salud”, en el 56° Congreso Internacional de Americanistas, decidieron difundir en forma colectiva los resultados de sus investigaciones.

El volumen se nutre de ocho contribuciones, en las que se desarrollan discusiones sobre la definición de violencia obstétrica en tanto constructo de las ciencias sociales y como concepto legal. Se plantean también algunas complejidades y resultados de la medición de su prevalencia a partir de encuestas. Para dar cuenta de las múltiples miradas en torno al tema incluimos trabajos que analizan el problema desde la perspectiva de profesionales, así como desde la vivencia de las mujeres. Por último, incluimos la experiencia de colectivos activistas que trabajan para que se respeten los derechos reproductivos en la asistencia del embarazo y parto.