

La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos

Obstetric violence: another form of Human Rights violation

Laura F. Belli*

Resumen:

Desde los inicios de la medicina moderna, la idea de que la fecundidad y la maternidad constituyen etapas de la vida de las mujeres que se deben subsumir al orden médico, fue tomando cada vez más fuerza. Estas maternidades intervenidas se desarrollan en su gran mayoría en torno de saberes científicos diseñados para su regulación y control. El presente artículo explora la violencia obstétrica como una forma de violencia de género y de violación a los derechos humanos muchas veces ignorada. Se trata de un trabajo de revisión bibliográfica sobre un tema de actualidad que, a pesar de su pertinencia para la bioética, ha sido desestimado. Se intentará sistematizar las cuestiones asociadas con este fenómeno y ofrecer un análisis del mismo dentro del marco de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos.

Palabras claves: Violencia obstétrica, violencia de género, maternidad, derechos sexuales y reproductivos, bioética.

Abstract:

Since the birth of modern medicine, the idea that fertility and motherhood are women's life stages that must be subsumed to the medical order grew strong. These intervened maternities develop around scientific knowledge designed to regulate and control them. This article explores obstetric violence, a mainly ignored form of violence against women and as a violation of human rights. The present writing is the result of literature review on a current topic that, despite its relevance to bioethics, has been overlooked. I will present a number of issues associated with this phenomenon and I'll try to provide an analysis of it within the framework of the protection of human rights and sexual and reproductive rights.

Keywords: Obstetric Violence, violence against women, maternity, sexual and Reproductive Rights, bioethics.

Resumo:

Desde o nascimento da medicina moderna, a idéia de fertilidade e maternidade são fases da vida de mulheres que devem subsumidos a uma ordem médico, estava tomando mais e mais força. Estes maternidade interveio desenvolver principalmente em torno do conhecimento científico concebido para regulação e controle. Este artigo explora a violência obstétrica como uma forma de violência de gênero e violação de direitos humanos, muitas vezes ignorada. Esta é uma revisão da literatura sobre um tema da actualidade que, apesar de sua relevância para a bioética, foi demitido. Ele vai apresentar problemas associados a este fenômeno e fornecer uma análise de que no âmbito da protecção dos direitos humanos e direitos sexuais e reprodutivos.

Palavras-chave: Violência obstétrica, violência de gênero, maternidade, direitos sexuais e reprodutivos, bioética.

La experiencia de la maternidad en las mujeres ha sido regulada, en casi todas las culturas de las que se tiene registro, por medio de diferentes mecanismos de poder diseñados con el único fin de fijar los procedimientos que deben llevarse a cabo durante este proceso y, en contrapartida, señalar

cuáles son aquellos que deben ser evitados. La experiencia particular del momento del parto, sin embargo, sufre un cambio radical desde mediados del siglo diecinueve, debido a los nuevos procesos de tecnificación de la medicina que pasan a ubicar a la parturienta ya no en un lugar central,

* Licenciada en Filosofía. Actualmente cursando el doctorado en Filosofía. Becaria investigadora del CONICET – FFyL y FMed UBA. laurafbelli@gmail.com

sino en un lugar de subordinación en relación con los profesionales de la salud encargados, ahora, de dirigir este momento (Nari, 2004). El profesional especialista se apropia del lugar de saber (y de poder) y cuenta con la legitimación estatal y el prestigio social necesarios para afirmarse en su nueva condición. En palabras de Marcela Nari:

“el aparato sanitario fue uno de los instrumentos significativos para la formación de la nacionalidad. Estos espacios son fundamentales para la consolidación de las teorías médicas sobre los cuerpos y la salud de las mujeres. Los médicos tuvieron el poder de intervención social de su lado, al tiempo que los estados intentaron garantizarles el monopolio de la profesión...” (2004:103)

Surge entonces, tanto en América como en Europa, una corporación médica que afianza progresivamente su poder hegemónico al tiempo que legitima sus saberes (Rooks, 1999) Esta legitimación, como es de esperarse, presenta como contracara el rechazo sistemático de todos aquellos saberes que no pudieran ser acomodados dentro del paradigma científico vigente. Se adscribe al profesional, entonces, la tarea de modificar comportamientos y hábitos de las mujeres embarazadas considerados perniciosos o incorrectos en relación con la higiene y la salud.

Estas políticas higienistas, impulsadas por los Estados de mediados de siglo diecinueve, logran a comienzos del siglo veinte la hegemonía en torno de las prácticas correctas durante el proceso del parto. El parto intervenido, medicalizado, es sólo un aspecto de la nueva concepción fuertemente biológica de la reproducción humana y de la salud humana en general. Y son las instituciones de la salud espacios en los cuales estos procesos encuentran su lugar. No es casual que sea entonces cuando la obstetricia -campo en el cual necesariamente resulta más evidente la subordinación de las mujeres al saber médico- surge como especialidad, desarrollando un conjunto de prácticas y saberes tendientes a regular y controlar la experiencia de la maternidad.

Con el traspaso de la experiencia de las mujeres de su maternidad a un proceso regulado por pro-

fesionales de la salud, en su mayoría hombres, se produce también el corrimiento territorial de esta experiencia: el hogar, ámbito histórico destinado a la parturienta quién atravesaba el parto rodeada de mujeres que ya habían pasado por eso, deja paso al centro de salud, con asistentes extraños y un ideal de asepsia que se enfrenta a la idea de acompañamiento de la parturienta durante el proceso.

El siglo veinte, en la Argentina y en gran parte de América, se caracterizó por la obligatoriedad de parir en las instituciones con parteras profesionales, bajo el control de médicos obstetras. Este cambio respondió a una profundización del proceso de exclusión de saberes locales, producto del desarrollo de la colonialidad del poder y del saber, lo que condujo (y sigue conduciendo hoy en día) a la implementación de diversos tipos de intervenciones dirigidas al control social que -en casos como el que se analizará en este trabajo- intentan fortalecer el poder de un modelo médico hegemónico. De manera simultánea al inicio del colonialismo en América, se producen los primeros intentos de constitución colonial de los saberes y poderes, movimientos regidos por la búsqueda de establecer una gran narrativa universal¹ que se sostiene sobre la idea de lo “normal”. Todo lo que no puede encuadrarse bajo esta definición, todas las otras formas de hacer y saber, son caracterizadas no sólo como diferentes, sino como equivocadas y primitivas (haciendo énfasis en su carácter de inferiores) e incluso son relegadas o ignoradas por completo.

La presunción del carácter objetivo y universal del conocimiento científico que surge de estos movimientos de poder, se articula entre los saberes tradicionales y aquellos de la sociedad moderna, dando clara preminencia a estos últimos. En lo concerniente a las ciencias de la salud -aunque no es exclusivo de este campo del conocimiento- esta supuesta objetividad debe ser puesta en duda. En palabras de Feltri, Arakaki, Justo, et. al (2006):

1 No debe perderse de vista, como señala Lander E. (2000: 16) que “en esta narrativa, Europa es -o ha sido siempre- simultáneamente el centro geográfico y la culminación del movimiento temporal”.

“Las acciones sanitarias, las intervenciones médicas especialmente, no son neutras. En ellas se producen y reproducen relaciones y enfrentamientos de poder, políticos, económicos, de saberes, de culturas, en la extensa variedad que la sociedad genera. En el relato, estas relaciones reflejan la asimetría claramente; por un lado, los representantes formales e institucionalizados de la cultura dominante y por el otro, las personas que se acercan buscando alivio para sus dolencias”.

El sistema biomédico moderno ha logrado un lugar de poder, por encima de otras alternativas de atención, como la única alternativa viable a las necesidades de salud de las poblaciones². En los procesos reproductivos de las mujeres puede verse este avance con claridad:

“El parto como escenario de familia pasó a ser entonces un hecho de salud pública en el marco de la institución hospitalaria. El acceso a la atención sanitaria, antes que un derecho, tuvo la impostura de una obligación” (Fornes, 2011: 135).

Este proceso obtuvo mayor legitimación valiéndose además de un discurso dirigido a remarcar la intervención médica como la manera más efectiva de disminuir la mortalidad materno-infantil durante el parto³. El control del Estado sobre los cuerpos de las mujeres antes, durante y después del parto, obtuvo de ese modo su legitimación. Marbella Camacaro Cuevas advierte:

“La preeminencia del hospital como el espacio apto para el proceso obstétrico, nos obliga a escudriñar los intereses sublimados por el poder de la ciencia, que llevan a crear una conciencia colectiva que acepta como natural y normal que niños y niñas

nazcan en un lugar de enfermedad” (2009: 149)

La experiencia de la maternidad conforma uno de los espacios de dominio de la biopolítica (Foucault, 1976). La negación del beneficio de prácticas y saberes tradicionales relativos al parto coloca a los profesionales de la salud cómo los únicos autorizados a intervenir en el cuerpo de las mujeres. La asimetría médico-paciente, entonces, se arraiga en las prácticas sociales. A su vez, la institucionalización de los procesos reproductivos desplaza a la mujer del rol protagónico en su propio embarazo, en el momento del parto e incluso durante el puerperio, lugar que pasa a ser ocupado por la autoridad del saber profesional.

Violencia obstétrica

Las ciencias de la salud comparten con el resto de las ciencias su propósito de control sobre los procesos naturales. Si bien resultaría ingenuo no reconocer los innegables beneficios que los avances en este campo han logrado conquistar, las prácticas de rutina durante el momento del parto, aplicadas de forma sistemática, mecanicista y medicalizada, adquieren un carácter negativo, que muchas veces deriva en situaciones de violencia para las mujeres.

Se debe reconocer que en estos tiempos, la concepción de la medicina es mucho menos mecanicista y unilateral que en décadas pasadas, sin embargo, los procesos de medicalización del parto siguen aún vigentes, ya que no se ha logrado tener en cuenta las particularidades de los sujetos y grupos sobre los cuales actúa esta ciencia. (Menendez, 2003). El paradigma predominante de tecnificación y medicalización en la atención institucionalizada del parto ve a la mujer que pare como un objeto de intervención y no como un sujeto de derecho. Señala Fornes:

“cuando se discute el desplazamiento de la tecnología al servicio del parto, por el parto al servicio de la tecnología, pareciera que se discute al conocimiento científico desde un tradicionalismo con reminiscencias folk. Sin embargo, cuando se ahonda

2 Si bien los saberes de los pueblos y nacionalidades indígenas han sido históricamente desautorizados por el discurso científico-tecnológico en ciencias de la salud, no por ello han desaparecido: la medicina tradicional ha prevalecido (en algunos casos de modo oculto) tanto entre las poblaciones indígenas como en la sociedad no indígena, de diversas maneras (Aguirre, Letty, 1998).

3 A pesar de la justificación de la intervención médica sobre los partos como método de disminución de los índices de mortalidad materno-infantil, este fenómeno no se produjo hasta más entrado el siglo veinte (Nari 2004).

en los itinerarios discursivos y experienciales de las madres se reconoce el valor del conocimiento científico distinguiéndolo claramente de su aplicación tecnológica” (2011:138-139)

La relación asimétrica que existe entre las mujeres y los profesionales de la salud revela una desigualdad, tanto simbólica como real, que dificulta el ejercicio de los derechos básicos de la mujer. La patologización del parto de bajo riesgo constituye de por sí un proceso en el que se ejerce la violencia simbólica y epistémica y se ocultan pluralidad de voces, especialmente aquellas que desafían esta mirada científicista. Este tipo de atención obstétrica “reduce la posibilidad de las mujeres de valerse por sí mismas, dependiendo de una intervención técnico médica para afrontar su vida sexual y reproductiva” (Camacaro Cuevas, 2009) y resta protagonismo a las mujeres durante la vivencia de sus embarazos, partos y puerperios. Las mujeres son desplazadas por la autoridad del saber médico, De este modo, se refuerza la idea de legitimización de la intervención y control por parte de los profesionales de la salud por sobre la voluntad de las mujeres.

Son notables los casos latinoamericanos en los que se trabaja a partir de modelos de gestión intercultural del parto, entre los cuales el de Ecuador es uno de los que se destaca. La “Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado” (2008) se elabora a partir del reconocimiento de la necesidad de mantener un enfoque intercultural en las decisiones sanitarias relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres y de la población en general. Estos lineamientos han sido pensados a partir del reconocimiento de la condición plurinacional, intercultural, pluricultural y multiétnica del país, con la finalidad de mejorar la atención en pre-parto, parto y posparto de las mujeres y los recién nacidos, adaptando los servicios a las necesidades individuales, costumbres y tradiciones culturales de la población⁴. Sin

4 La Guía... es resultado de “diversas experiencias e investigaciones realizadas en el país, en poblaciones indígenas y afroecuatorianas, demuestran marcadas diferencias entre la atención del parto en las unidades de salud y las expectativas que tienen las usuarias de acuerdo a sus necesidades socioculturales, lo que en ciertos casos puede constituir una barrera para que las mujeres acudan en búsqueda de atención a las unidades de salud” (2008:

embargo, en Latinoamérica, estos modelos son excepcionales.

La violencia obstétrica es una consecuencia casi inevitable de la aplicación del paradigma médico vigente en casi todos los países de la región. Puede definirse como el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente -aunque no con exclusividad- en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto⁵.

En Argentina, uno de los avances más importantes logrados en relación con este problema fue la regulación legal de la violencia obstétrica dentro un marco jurídico. La primera ley nacional que se ocupa específicamente del problema de la violencia obstétrica –aunque aun sin ofrecer una definición de este fenómeno- es la Ley 25929, conocida también con el nombre de Ley de Parto Humanizado. Esta ley, sancionada en el año 2004, establece en el artículo 2 una serie de derechos que las mujeres poseen en relación con su embarazo, trabajo de parto, parto y postparto:

“a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales”

11). Para la redacción de estos lineamientos se conformó una comisión multidisciplinaria de expertos médicos, académicos, obstétricas/os, wachachik / pakarichik mama y tayta, antropólogos, usuarias, personal de los servicios, organizaciones de base y organismos de cooperación.

5 La violencia obstétrica, al carecer de una definición precisa, suele relacionarse exclusivamente con la experiencia del parto. Sin embargo, es necesario señalar que incluye también todos los otros dominios del campo de la salud sexual y reproductiva como la anticoncepción, la planificación familiar, el aborto, la menopausia y más.

Con el fin de evitar los abusos bajo la forma de medicalización de los procesos de parto, la ley también estipula que la mujer tiene derecho a un parto respetuoso de sus tiempos biológicos y psicológicos en el cual se intente evitar todo tipo de práctica invasiva y de suministro de medicación no necesarias, que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer:

“c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética” (Ley 25929 – Art. 2)

La ley señala que la mujer tiene también derecho a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto y a tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, exceptuando los casos en que el recién nacido requiera de cuidados especiales (Ley 25929 – Art. 2, incs. g y h)

En el año 2007, Venezuela se convirtió en el primer país en definir legalmente la violencia obstétrica y en tipificarla como delito. El artículo 51 de la “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”⁶ determina que:

“Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en:

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 ... debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda” (Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia – Art. 51).

En el año 2009 en Argentina fue sancionada y promulgada la Ley 26.485 o “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”. En el artículo 6 define las diferentes modalidades en las cuales se presenta la violencia contra las mujeres en diferentes esferas (doméstica, comunitaria y estatal). En el inciso e) define la violencia obstétrica del siguiente modo:

“Violencia obstétrica: aquélla que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres,

6 Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, aprobada el 25 de noviembre 2006 por

la Asamblea Nacional y publicada el 19 de marzo 2007 en la gaceta oficial N° 38.647.

expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”.

Esta definición incluye no sólo a los profesionales actuantes durante el momento del parto, sino también a todo el personal que forma parte de un servicio y que tiene trato con la mujer embarazada⁷. También especifica que la violencia obstétrica no sólo implica violencia física, sino también violencia psíquica.

La violencia obstétrica en tanto violencia de género pone de manifiesto la asimetría que existe entre hombres y mujeres en las relaciones de saber/poder y que regula el conjunto de las prácticas concretas en los procesos reproductivos de las mujeres. La vulnerabilidad de las embarazadas, parece acrecentarse por su condición de mujeres (Amorós, 1990). Al igual que otras formas de violencia contra las mujeres, permaneció mucho tiempo invisibilizada. Una de las causas del silencio sobre estos hechos puede responder a que muchas veces estos comportamientos son vistos como normales por parte de las mujeres, especialmente por aquellas que acuden a servicios de salud gratuitos y consideran que someterse a tratos poco amables es parte inherente de hacer uso de dicha atención. En nuestra sociedad, así como en la mayor parte de los países de Latinoamérica, estos comportamientos se hallan naturalizados, lo que dificulta el reclamo de las mujeres violentadas quienes temen reclamar por sus derechos o, lo que es peor aún, no conocen sus derechos. Lo mismo puede decirse en relación con gran parte del personal de salud, quienes a menudo ni siquiera llegan a cuestionarse la legitimidad de sus prácticas (INSGENAR, 2003:67).

Las mujeres que se hallan en situación de pobreza, en general, tienen menor acceso a la atención en salud de calidad debido a razones geográficas y económicas. Pero también muchas veces es por causa de la discriminación de parte de los efectores de salud. Este derecho vulnerado es aún más notorio en el caso de las mujeres indíge-

nas quienes son discriminadas no sólo por causa de las asimetrías económicas o de educación en relación con los profesionales de la salud, sino también por su pertenencia a diferentes etnias y grupos culturales. Si bien estos obstáculos relacionados con las distancias de los establecimientos formales de salud, los costos monetarios y el miedo a la discriminación llevan a que algunas mujeres y sus familias no busquen atención obstétrica profesional, también procedimientos médicos percibidos por las mujeres como violentos (la rasura del vello del pubis, los tactos vaginales, la aplicación de enemas y las episiotomías) desalientan la elección de partos institucionales (CO-NASA, 2008:15).

Violencia obstétrica y derechos humanos

Desde hace más de tres décadas, una serie de conferencias internacionales realizadas en el marco del alcance de los derechos humanos -como la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979), la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) conjuntamente con la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres “Convención Belem De Pará” (1996)- han alertado sobre la importancia del respeto de los derechos sexuales y reproductivos, definiendo a la salud sexual y reproductiva como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. No obstante los logros conseguidos a partir de estas iniciativas, las inequidades de género siguen afectando los servicios de salud reproductiva en gran parte del mundo.

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). El derecho a la salud está vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos de los cuales también depende. No puede ser tomado como un

7 La ley incluye a médicos/as, enfermeros/as, psicólogos/as, trabajadoras/es sociales, camilleros/as, personal administrativo, etc.

derecho aislado, sino que debe ser comprendido desde una concepción integral de los Derechos Humanos. La existencia de este derecho obliga a los Estados a propiciar las condiciones en las cuales los ciudadanos puedan vivir lo más saludablemente posible y estas condiciones incluyen el acceso a los servicios de salud, pero también condiciones de trabajo saludables y seguras, alimentos nutritivos, trato digno y otras condiciones que muestran que el derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano.

No se debe pensar el derecho a la vida como separado del derecho a salud, ni el derecho a la salud como escindido del derecho a la dignidad: "Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí" (Declaración y Programa de Acción de Viena, 1993). Sin embargo, llama la atención la ausencia de referencias directas a la violencia obstétrica en la gran mayoría de los textos sobre violencia hacia las mujeres⁸.

En muchas instituciones de salud se violan sistemáticamente los derechos reproductivos de las mujeres durante el parto convirtiéndolos en formas naturalizadas de violencia. El Instituto de Género Derecho y Desarrollo (INSGENAR) de Argentina junto con el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) han publicado dos informes⁹ sobre la vulneración de los derechos humanos y atención en salud reproductiva en los hospitales públicos en Argentina, en los cuales señalan una serie de derechos que son habitualmente violados en la atención obstétrica a las mujeres que acuden a ellos:

- Derecho a la integridad personal. Como se indica en el Art. 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), es el derecho que poseen todas las personas a que su integridad física, psíquica y moral sea respetada. El respeto a este derecho implica que nadie debe ser lesionado o agredido físicamente, ni ser víctima de daños

mentales o morales que le impidan conservar su estabilidad psicológica o emocional. Dentro del marco de la violencia obstétrica, este derecho se ve violentado a través de prácticas invasivas muchas veces innecesarias como las episiotomías, las cesáreas que no están médicamente indicadas y las ligaduras de trompas sin contar con el consentimiento de la mujer.

- Derecho a la privacidad e intimidad. Este derecho presenta dos manifestaciones complementarias, el límite a la intromisión y la libertad en relación con la vida privada. El Art. 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) señala que las personas poseen derecho al respeto de la honra y al reconocimiento de la dignidad, así como a la protección de los ataques a la honra y la reputación.

En la misma línea, el artículo 12 de la Declaración Universal de Derechos Humanos estipula que "Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación ...". Este derecho se ve violado en las instituciones de salud a través la exposición innecesaria del cuerpo de las mujeres, en especial de sus órganos genitales, en el parto, en la consulta ginecológica y otras sin ofrecer a la mujer la posibilidad de decidir sobre su cuerpo. Muchas veces, las mujeres no reciben explicación alguna del porqué de estas prácticas ni se les pide su acuerdo: "Me metieron mano, más o menos 13 estudiantes ... me tapaba la cara con la sábana para que no me miraran" (INSGENAR, 2003:20)

- Derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud. Como lo especifica el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos: "Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada ...". La violación de este derecho toma la forma del paternalismo médico en su mayor expresión. A las pacientes muchas veces se les realizan prácticas sin previa consulta y sin ofrecerles ningún tipo de información sobre las implicancias de las mismas. En consecuencia, lo que se hace es anular toda posibilidad de las mujeres de tomar

8 Ver (entre otros): Fried S., Harrison B., Starcevic K., et. al. (2012), Bott S., Guedes A., Goodwin M., et. al (2012) y Velzeboer M., Ellsberg M., Clavel-Arcas, C., et. al. (2003).

9 "Con todo al aire". Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos I y II" de los años 2003 y 2008 respectivamente.

decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. Frases como “firma acá”, “te tengo que ligar las trompas”, “te tengo que hacer cesárea”, son un ejemplo habitual de este tipo de prácticas. (INSGENAR, 2003:21)

- Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes. De acuerdo con el artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), el artículo 7 del Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (PIDCyP) y el artículo 16 de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruels, Inhumanos o Degradantes los Estados deberán prohibir dichos tratos por parte de funcionarios público o personas en el ejercicio de funciones oficiales. Se consideran tratos crueles, inhumanos y degradantes todo tipo de abusos (físicos o mentales), cualquier tipo de degradación, o la obligación de cometer actos contrarios a las propias convicciones morales o culturales. La situación en la que se detecta reiteradamente el maltrato hacia la mujer, por medio de agresión verbal o psicológica, es en el momento del parto. Estas agresiones se manifiestan a través de muestras de insensibilidad frente al dolor de la mujer, manteniendo silencio frente a sus preguntas, a través de la infantilización de la parturienta, los insultos y los comentarios humillantes del tipo “Si te gustó aguantátela (haciendo referencia a los dolores de parto que aparentemente la mujer debería soportar por haber sentido placer al momento del acto sexual)”¹⁰ (INSGENAR, 2003:19).

- Derecho a estar libre de discriminación. El artículo 11 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) establece que “ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna”. En relación con la atención en la salud, el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la

10 Este fenómeno, que puede ser descripto como “punción del goce” es muy frecuente en los discursos acerca de la sexualidad femenina, especialmente frente a situaciones en las que las mujeres desean ejercer el control sobre sus cuerpos en algún modo que incomoda las prácticas aceptadas. Sin embargo, no está estudiado en profundidad y debería prestársele mayor atención.

Mujer (CEDM, 1983) declara que los Estados deben “garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y período posterior al parto...” con el fin de asegurar las condiciones de igualdad entre hombres y mujeres en el acceso a servicios de atención médica.

Gran parte de la población que acude a los servicios gratuitos de salud en los hospitales públicos pertenece a sectores desaventajados desde una perspectiva socioeconómica, lo que dificulta el conocimiento de los derechos que poseen y, por tanto, anula casi por completo la posibilidad de reclamarlos. Esto se pone de manifiesto en la falta de denuncias por malos tratos recibidos en los servicios de atención médica:

“Si bien reconocían que se sentían mal y humilladas, consideraban que eso es habitual y que no pueden decir nada ni quejarse porque después tienen que volver al mismo lugar y encontrarse con el mismo personal. Esto marca una absoluta diferencia con quienes tienen la posibilidad económica, sea por gozar de una obra social o sin ella, de elegir y abonar los servicios en centros del sector privado y de la seguridad social” (INSGENAR, 2008:66)

El recuento de estas violaciones a los derechos humanos sufridas por mujeres que concurren a los servicios públicos de salud reproductiva, en gran parte debido a su condición de tales y por causa de presupuestos sociales que las ubican en lugares poco privilegiados, muestra la necesidad imperiosa de revisar una situación que atenta contra la protección de este grupo.

Consideraciones finales

En Argentina, así como en muchos países de Latinoamérica, los sistemas de salud pública atraviesan momentos de crisis y hacen frente a problemas graves de falta de insumos, personal y presupuesto. El colapso del sistema sanitario se hace evidente en el incremento de la demanda de asistencia enfrentada a la escasez del personal de salud -que enfrenta a su vez condiciones laborales precarias- y en la falta de políticas de

salud que den real solución a estos problemas. El deficiente funcionamiento del sistema sanitario público es innegable y esta investigación de ninguna manera ignora dicha situación. Sin embargo, no puede apelarse a esta situación desgraciada como justificación que se violen los derechos de las mujeres que hacen uso de los servicios de salud y no puede constituir un obstáculo para la adecuada provisión de una atención de calidad, respetuosa y atenta a los derechos humanos. El respeto por los derechos humanos dentro del sistema de atención biomédico implica eliminar los malos tratos propiciados en algunos casos de manera sistemática hacia las mujeres que hacen uso de los servicios, tanto como aquellos en que la violencia institucional cae sobre las/los trabajadores de la salud.

Como se mencionó en el apartado anterior, el abordaje de problemática compleja revela numerosos entrecruzamientos que ponen de manifiesto el carácter interdependiente e indivisible de los derechos de las mujeres. En cada situación de violencia obstétrica se puede detectar la vulneración de más de un derecho. Es por ello que es tarea que reviste un carácter urgente promover la reflexión y sensibilización de los agentes de salud sobre este tema particular para lograr modificar aquellas prácticas en salud violatorias de los derechos de las mujeres. Se debe garantizar el derecho de las mujeres a contar con toda la información relacionada con sus tratamiento así como el derecho a recibir por parte del personal de salud el mejor trato posible, teniendo en cuenta las limitaciones de los servicios de salud sexual y reproductiva, garantizando la igualdad del acceso y la calidad de la atención independientemente de la procedencia socioeconómica o cultural de la mujer.

Los Estados deben garantizar estos derechos a través de políticas y programas para mejorar la atención en salud de las mujeres, incorporando la perspectiva de género, los derechos humanos y la atención culturalmente adecuada antes, durante y después del parto, a todas las políticas públicas y programas que afecten a la salud de las mujeres.

Enviado: 14 de enero de 2013

Aceptado: 15 de marzo de 2013

Bibliografía

- AGUIRRE VIDAL G., LETTY Viteri G. 1998. "Política Intercultural en Salud y Derechos Sexuales". Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador. Quito.
- AMORÓS C. 1990. Hacia una crítica de la razón patriarcal. Editorial del hombre – Anthropos, Buenos Aires, pp: 39-53.
- BOCK G. 1996. Maternidad y políticas de género. La mujer en los estados de bienestar europeos: 1880-1950 Cátedra, Madrid.
- BOTT S., GUEDES A., GOODWIN M., et. al. 2012. Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries. PAHO. Washington, pp: 8-9.
- CAMACARO CUEVAS M. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica. Revista venezolana de estudios de la mujer, Vol 14, No 32, 147-162.
- CONASA. 2008. Guía técnica para la atención del parto culturalmente adecuado. Quito, Ecuador.
- CORREA A. 2000 Parir es morir un poco. Partos en el siglo XIX. En: Gil Lozano F., et al. Historia de las mujeres en la Argentina. Colonia y siglo XX. Taurus, Buenos Aires, pp: 193-213.
- DE LAURETIS, T. 2000. La tecnología del género. En: De Laurentis T. Diferencias. Etapas de un camino a través del feminismo. Horas y horas, Madrid, pp: 33-69.
- FELTRI A., ARAKAKI J., JUSTO L. F., et. al. 2006 Salud Reproductiva e Interculturalidad. Salud Colectiva. Buenos Aires. Año 2, Vol. 2, No 3, pp: 293-310.
- FORNES V. 2011. Parirás con poder (pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea. En: Felitti, K. (coord.) Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en Argentina. Ed. CICCUS, Buenos Aires, pp: 133-154.
- FOUCAULT, M. 1976. La voluntad del saber. Historia de la sexualidad. Siglo XXI editores, Madrid.
- FRIED, S., HARRISON B., STARCEVICH K., et. al. 2012. Integrating interventions on maternal mortality and morbidity and HIV: A human rights-based framework and approach. Health Hum Rights. 14 (2): 21-33.

- INSGENAR. 2003. Con todo al aire 1. Reporte de Derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales públicos. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Rosario, Argentina.
- INSGENAR. 2008. Con todo al aire 2. Reporte de Derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales públicos. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Rosario, Argentina.
- LANDER, E. 2000. Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocéntrico. En: Lander E (comp.) La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas. CLACSO, Buenos Aires, pp: 11-40.
- MENENDEZ E. 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência e saúde coletiva*, Vol 8, No 1, pp:185-207.
- NARI M. 2004. Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires (1890-1940). Biblos, Buenos Aires.
- ONU - Declaración y Programa de Acción de Viena - Conferencia Mundial de Derechos Humanos – Viena el 25 de junio de 1993 [Versión electrónica] Recuperada el 3 de enero de 2013. Disponible en [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.Sp](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.Sp)
- ROOKS J. P. 1999. *Midwifery and Childbirth in America*. Temple University Press. Philadelphia, pp: 11-32.
- VELZEBOER, M., ELLSBERG M., CLAVEL-ARCAS, C., et. al. 2003. La violencia contra las mujeres: responde el sector de la salud. OPS. Washington.
- VILLAVARDE M. 2006. Salud Sexual y Procreación Responsable. *Jurisprudencia Argentina*, Buenos Aires, pp: 31-32.
- VILLEGAS POLJAK, A. 2009. La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, Vol 14, No 32, 125-146.