
Violencia obstétrica: qué, cómo, cuándo, dónde, por qué y quiénes.

Reflexiones a partir de una investigación situada en Argentina

di

Belén Castrillo*

Abstract: Following the 5w method, this article approach to obstetric violence and presents answers to the questions (*what* it is, *how* it is expressed, *when* it materializes, *where* it is exercised, *why* it is reproduced and *who* exercises it and suffers it) through an extensive bibliographic reconstruction of the social sciences and the results of a doctoral research in the city of La Plata, Argentina (2013-2021).

Introducción

El *método de las 5w* (what, why, where, when, who) y *la h* (how) es una técnica utilizada en el mundo de la comunicación que permite comprender las aristas principales de un problema, previo a pensar sus posibles soluciones o con el objetivo de presentar una comprensión acabada del mismo. Entre sus ventajas, contribuye a generar una representación clara y universal de un tema, y como herramienta de gestión para las áreas de planificación aboga por devenir en planes de acción estructurados, basados en una sistematización y jerarquización de datos.

Para el caso de la violencia obstétrica (VO), un significativo surgido en Latinoamérica en el nuevo milenio – según reconoce la ONU (Simonovic 2019), que aglutina actores/as, instituciones, quehaceres profesionales, saberes, experiencias, políticas públicas y relaciones de poder, propongo la aplicación de esta técnica periodística con el objetivo de contribuir a su comprensión, desde una mirada sociológica que intersecciona género, salud y derechos humanos (DDHH).

En este sentido, el presente artículo presenta respuestas a las seis preguntas guías (*qué* es la VO, *cómo* se expresa, *cuándo* se materializa, *dónde* se ejerce, *por*

* Belén Castrillo es Doctora en Ciencias Sociales y Licenciada en Sociología por la Universidad Nacional de La Plata. Becaria postdoctoral del CONICET con lugar de trabajo en el CIMECS-IdIHCS de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (UNLP). Es especialista en estudios sociológicos del proceso salud/enfermedad/atención con perspectiva de género y derechos humanos, con énfasis en el análisis de la atención médica de embarazos y partos, violencia obstétrica y parto respetado.

qué se reproduce y quiénes la ejercen y la sufren) a través de la reconstrucción bibliográfica que realicé en los años de investigación en el área. Asimismo, me apoyaré en los resultados de la tesis doctoral (Castrillo 2019) en la que investigué experiencias de mujeres-madres¹, varones-padres y profesionales de la salud obstétrica sobre intervenciones médicas en embarazos y partos en la ciudad de La Plata – capital de la provincia de Buenos Aires, Argentina – entre 2013 y 2019. Dicha tesis de referencia analizó diversas instancias de la atención médica del proceso perinatal en la ciudad de La Plata, con técnicas metodológicas complementarias: observaciones con distintos grados de participación en seis cursos de parto y salas de espera; veinte entrevistas en profundidad a mujeres-madres, varones-padres, profesionales de la salud y funcionarios/as sanitarios/as; y un extenso corpus de charlas informales y presencias en el campo, desde mayo de 2013 hasta marzo de 2019².

A continuación se presenta un apartado por cada pregunta, como dimensiones de análisis, que pretenden contribuir a la comprensión de esta violencia de género en salud, basada en relaciones de poder médico-paciente asimétricas, con expresiones situadas en cada contexto particular. Además, en cada apartado y según corresponda, se dará cuenta de datos correspondientes al trabajo de investigación empírico mencionado.

What: ¿qué es la violencia obstétrica?

La violencia obstétrica, categoría nacida en Latinoamérica para nominar las formas de maltrato, abuso y sobremedicalización presente en la atención perinatal, tiene su origen en el proceso de hegemonización de la definición médica de su abordaje. Esto es: la construcción del nacimiento como un evento médico – y no ya social, sexual, privado, comunitario –, que encuentra su origen en la hospitalización y la profesionalización de su atención ocurrida hace poco más de un siglo, ha devenido en la patologización del proceso y la dominancia de la intervención médica como la única legítima para definirlo y abordarlo.

En 1985, la Organización Mundial de la Salud en la *Declaración de Fortaleza* (surgida en la reunión realizada en dicha locación brasilera) estableció la primera declaración pública³ que recoge lo que diversas organizaciones comunitarias feministas venían señalando: el modelo médico hegemónico había transformado los embarazos y partos en hechos de enfermedad, plausibles de ser sobreintervenidos

¹ La autora de este trabajo reconoce que en la actualidad, en el caso de Argentina, se utiliza el sujeto “personas gestantes/con capacidad de gestar” para incluir las diferencias genéricas existentes. De todos modos, y a los fines de este capítulo, se unificará el uso en “mujeres” por el recorte elegido de las unidades de investigación de la investigación de base. Asimismo es preciso establecer que trabajar solo con parejas heterosexuales fue una decisión metodológica.

² Posterior a esta primera etapa, actualmente la indagación se concentra en la formación médica obstétrica como nicho de condensación y cristalización de ciertos factores que reproducen la VO.

³ https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/DECLARACION_DE_FORTALEZA.pdf.

bajo esta mirada biomédica patologizante. La epidemia de cesáreas y episiotomías⁴, la naturalización de partos como eventos traumáticos, la soledad de las mujeres gestantes en salas de parto e internación puerperal, el aumento del maltrato, la sobre medicación e inducción farmacológica del evento fisiológico, son solo algunos de los índices que marcaban la necesidad de repensar los modos en que parimos y nacemos.

En ese marco, la lucha por la necesidad de humanizar la atención obstétrica se combinó con la necesidad de visibilizar y denunciar las experiencias que a diario viven las mujeres en las salas de parto, controles prenatales, atención de abortos incompletos e internaciones puerperales. Así, en 2007 en Venezuela se oficializó la primera definición mundial de VO, presente en la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, que la enunciaba como

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

Esta definición, que incluye acciones, ámbitos de atención, victimarios/as y víctimas, es la carta insignia de muchas legislaciones que surgieron luego. Para el caso argentino, se da una situación particular: en 2004, se legisla sobre los “Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento” (Ley N° 25.929/04, conocida como Ley de parto respetado⁵) y, recién cinco años después, se incluye la VO como una de las seis modalidades de violencia contra las mujeres en la Ley N° 26.485/09 (Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales). Así, se genera un entramado legislativo que supone que la violación a los derechos establecidos en la primera ley implica VO en términos de la segunda, en tanto se define esta violencia como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”.

Si bien reproduce lo central de la definición venezolana, en Argentina la consideración de la VO como una violencia de género implica una apuesta simbólica y política fundamental, porque permite comenzar a vislumbrar de qué modos la institución médica, ligada al bienestar y a la salud, reproduce patrones patriarcales, de subordinación de las mujeres, bajo la primacía de la dominación biomédica sobre los modos de nacer y parir.

Junto a las definiciones legales que, como ha advertido la ONU en 2019 (Simonovic 2019), dan cuenta de que VO es un concepto nacido en Latinoamérica, es en estas latitudes también donde han florecido fructíferas problematizaciones académicas de las ciencias sociales al respecto. Los estudios socio-antropológicos so-

⁴ Se refiere al corte quirúrgico que se realiza en la zona del periné para ampliar el canal vaginal durante el período expulsivo. Su epidemia, es decir, su realización rutinaria y sin indicación, es considerada la mutilación genital de occidente.

⁵ La Ley, resultante de la articulación de un proyecto de una organización feminista y de un proyecto del ejecutivo nacional, se sancionó en septiembre de 2004 pero se reglamentó once años después: en octubre de 2015.

bre la atención médica de embarazos y partos, si bien tienen sus orígenes en la segunda mitad del siglo XX, adquieren en las últimas décadas la particularidad de una explosión bibliográfica en torno a la pregunta por la VO: experiencias situadas, posibles causas y soluciones, abordajes teóricos diversos y distintos aspectos iluminados, entre otros.

Estas definiciones académicas de la VO, amparadas en los estudios sociales del proceso salud-enfermedad-atención (Menéndez 1992; Castro 2011), tienen como punto de partida la consideración de que la práctica médica en tanto práctica social (y no técnico-inocua) expresa relaciones de poder, posiciones de clase, jerarquías, incluso sujeción y formas de violencia, y supone, entre otras cosas, a los/as pacientes como sujetos subalternizados y pasivos. En esas relaciones de poder asimétricas se dan condiciones para que se ejerzan violencias sobre las mujeres-madres, los varones-padres y los/as recién nacidos/as. Se trata de formas específicas de violencia que se dan en la atención obstétrica, que constituyen violaciones a los derechos humanos y (no) reproductivos de las mujeres “y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género” (Medina 2010, p. 121).

Arguedas Ramírez (2014) entiende la VO como el “conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y posparto” (p. 3). En efecto, las definiciones académicas permiten vincular la cuestión de la violencia de género que enmarca la VO a la violencia institucional en salud, y explican, como Magnone Alemán (2011, p. 3), que ambas violencias “son posibles porque las sostienen sistemas de poder jerárquicos de género y de salud, respectiva e interconectadamente”.

Así, a partir de la lente socio-antropológica ha sido posible establecer que este tipo de violencia es resultante del cruce entre sistemas desiguales de género y violencia institucional en salud (Magnone Alemán 2010); que se ampara en mecanismos de desautorización de las mujeres y sus saberes en el momento de la atención de su proceso gestacional (Sadler 2003); que puede pensarse en sus dimensiones física y psicológica (Medina 2010); que es la expresión de una violencia básica en la atención de la salud (Camacaro Cuevas 2000); o, más claramente, la institucionalización de una violencia de género (Canevari 2011). En términos generales, desde un abordaje sociológico, que propone una mirada de género en salud y de derechos humanos, entendemos la VO como violaciones a derechos humanos, resultante de la estructura de poder del campo médico y del habitus médico autoritario que genera (Castro 2014).

Castro y Erviti (2014, 2015) trabajan en aportar una conceptualización sociológica de la VO, entendiéndola no como una cuestión de calidad en la atención médica, como se sostiene desde una mirada de la salud pública, sino como una violación a derechos sexuales y reproductivos de las mujeres inherente a la estructura del campo médico. En este sentido, entiende la violación de estos derechos humanos a las mujeres durante la atención obstétrica “como un epifenómeno del campo médico que se manifiesta en las prácticas cotidianas que resultan del rutinario encuentro entre la estructura de poder de dicho campo y el habitus de los médicos” (Castro y Erviti 2014, p. 40). O, en otras palabras, como “un efecto de la estructura

de poder del campo médico y de la lógica-práctica que caracteriza el habitus de los prestadores de servicios” (Castro 2014, p. 176). Esto quiere decir que hablar de calidad de atención reduce el problema y supone soluciones técnicas y de recursos humanos, y, en cambio hablar de vulneraciones a derechos humanos requiere conceptos sociológicos, políticos y cambios de paradigma.

Entonces, ¿qué es la VO? Es la violación a derechos sexuales, reproductivos, no reproductivos y humanos que se da durante la atención de los procesos perinatales (embarazo, parto, puerperio y aborto), en manos de profesionales de la salud e instituciones sanitarias, que se origina en la medicalización, intervencionismo y patologización de los nacimientos y la gestión biomédica de los mismos.

Situando el significante VO para el caso empírico analizado, es preciso destacar dos cuestiones: primero, que Argentina en su definición legal contempla que no solo el evidente maltrato, sino la construcción misma del parto como evento médico susceptible de intervención, puede constituir VO, por exceso de medicalización. Y segundo que, como advertí y concluí en mi trabajo doctoral, la apropiación subjetiva de esta definición y la autopercepción de las víctimas como tales, es casi nula, en tanto la hegemonía de una mirada que privilegia las decisiones médicas sobre la atención y experiencias obstétricas, se encuentra enquistada en distintos ámbitos de atención y sectores socioculturales. Así, se pudieron recabar experiencias que, a las luces de lo que establece el entramado legal, constituían formas leves y graves de VO, pero eran acompañadas por justificaciones por parte de sus relatores/as. Al respecto, y como decisión metodológica, en el último capítulo de la tesis, consideré mencionar aquellos ejemplos que en los relatos de parto constituían violaciones a derechos, aunque las personas indagadas no los hubieran considerado como tales. Entre ellas, por ejemplo:

El obstetra me cargaba “sos de campo, sos fuerte” o cosas así (...) y me decía “te la estoy co-siendo...” porque me hizo un punto, “te la estoy dejando divina para el pelado [el esposo]”, o sea me hacía, como chiste en ese momento, yo calculo que era también para distraerme mientras veían si la llevaban a neo o no, que en realidad enseguida, la sacaron y dijeron “no, no va a neo, está divina, está re, es re grandota” (Entrevista a Natalia y Lito, atención en institución privada).

“El punto para el marido”, nombre que le puso la militancia, implica achicar el tamaño de la vagina en el momento de la sutura de la episiotomía. Intervención, la episiotomía, que responde a una epidemia intervencionista que también ha sido denunciada por la OMS y que resulta de la posición litotómica para parir, que no permite el trabajo de los músculos del suelo pélvico y del miedo profesional al desgarrar natural. La desexualización del parto al convertirlo histórica y simbólicamente en un acto médico, se rompe al resexualizar la vagina una vez ocurrido el nacimiento, presentada como un nuevo pacto patriarcal entre varones: el obstetra y la pareja. El regalo del doctor al padre del/la bebe: el cuerpo virgen, como si aquí no hubiera pasado nada, de su mujer, para aumentar el placer sexual de él.

En este sentido, los trabajos de campo de situados – y ejemplos como el recién plasmado – nos permiten dar cuenta de las brechas, obstáculos y distancias entre ciertas normativas de avanzada, y la escasa apropiación subjetiva de lo que nominan.

How: ¿cómo se expresa?

La imagen de los icebergs nos ha servido a las teóricas feministas para explicar las violencias de género que nos atraviesan socialmente: una pequeña parte visible que oculta el gran trasfondo que la sustenta. Para el caso de la VO es justamente la definición médica del evento perinatal (y la construcción de la institución biomédica como la única legítima para abordarlo, con sus técnicas, actores/as y métodos) eso que no vemos pero que la sostiene.

A su vez, es preciso distinguir las materializaciones de esta violencia en formas sutiles y formas visibles. Esto es, por un lado las formas visibles o notorias de VO, ligadas al maltrato en la relación médico-paciente o a efectos extremos (muerte perinatal, heridas físicas, incapacitación, histerectomías, entre otros) más enlazados a la mala praxis que tienden a desviar las discusiones, en tanto la VO y la mala praxis son dos cuestiones distintas. El asunto es que, a nivel comunicacional y político se buscan estos casos de alto impacto para justificar la importancia de trabajar en la erradicación y prevención de esta violencia, desconociendo lo negativo de centrar su conceptualización en casos extremos. El costo es, básicamente, invisibilizar que es en la (sutil y enraizada) definición médica del evento perinatal que se encuentra el núcleo de la (re)producción de la VO, encarnado en relaciones de poder asimétricas entre médicos/as y pacientes, y el predominio de las normas institucionales sanitarias por sobre la fisiología, los cuerpos, los procesos reproductivos y los DDHH de las mujeres.

En este sentido, por otro lado, distingo lo que entiendo como formas sutiles de VO, vinculadas a la estructura de dominación médica e investidas de carácter clínico: es decir, prácticas aparentemente necesarias en la gestión biomédica del parto que, sin embargo, han sido cuestionadas y discutidas mundialmente por entidades científicas y médicas hace más de cinco décadas. Entre estas intervenciones que se realizan de forma masiva y rutinizada, en la literatura y en el trabajo de campo empírico se repiten, algunas de carácter pretendidamente clínicas (cesáreas innecesarias, episiotomías didácticas o “por prevención”, inducciones farmacológicas masivas – y algunas sin consentimiento –, goteos de oxitocina sintética, rotura artificial de bolsa, vías intravenosas obligatorias, monitoreos fetales continuos, tactos repetidos, anestesia compulsiva o no oferta de analgesia) con otras que responden a usos y costumbres institucionales, en cuyo carácter simbólico de dominación y reproducción de la jerarquía médica por sobre los derechos de la mujer y la fisiología del evento perinatal, reposa la VO. Entre estas últimas, la inmovilización, la prohibición de comer, beber y moverse, la soledad (el aislamiento obligatorio por no permitirle estar acompañada) o la falta de intimidad en salas de internación conjuntas, la prohibición de gritar/gemir/llorar y expresar emociones, la no comunicación de la evolución del trabajo de parto, el parto y la salud del/la recién nacido/a, el maltrato verbal durante todo el proceso.

En este sentido, retomando a Villanueva Egan (2010), se puede pensar la VO en un continuo que va desde regañones, burlas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, hasta daños mayores a la salud de las mujeres. Incluye, además, la no consulta (ni la posibilidad de participación) sobre decisiones que se toman en el curso del trabajo de parto, su utilización como recurso

didáctico sin autorización y el manejo del dolor durante el proceso como castigo. Todo esto enmarcado en la imposibilidad de negarse, dado que “desde el momento en que ingresan a la sala de labor, las mujeres reciben una serie de mensajes, que las instruyen sobre la conveniencia de someterse a las órdenes de los médicos” (Villanueva Egan 2010, p.148).

Para el caso de Argentina hay un modo esquemático de advertir cuándo estamos frente a casos de VO: cuando se violan los derechos que establece la ley de parto respetado lo que, lógicamente, no es exclusivo ni excluyente. En este sentido, si no se permite el acompañamiento de la persona que la gestante elija en toda la internación perinatal, si no se le permite elegir la posición para parir, si no se la informa sobre la evolución de su estado de salud y ni se le pide consentimiento para cada una de las intervenciones médicas que se le quieran realizar, si se le prohíbe moverse, comer y beber durante el trabajo de parto, si se la utiliza como objeto de estudio sin su autorización⁶, si se la separa de su bebé y no se le permite el contacto inmediato, si no se respeta su derecho a un parto que respete sus tiempos fisiológicos y psicológicos, se le interviene innecesariamente, estamos frente a situaciones de VO. La apropiación subjetiva de estos derechos y sus violaciones en términos de ciudadanía reproductiva permitirían visibilizar aún más esta violencia estructural y sistémica.

En síntesis, considero que existen dos niveles básicos de definición que nomino como formas evidentes y sutiles de violencia. En las primeras ubico los actos que cualquier testigo podría pensar como agresivo o violento y se relacionan a cuestiones de maltrato o destrato, y claramente aquellos casos que desencadenan en muertes perinatales o graves daños a la salud de la madre o los/as recién nacidos/as. La mayor dificultad política y simbólica se relaciona a nominar como violentas las formas más sutiles. En ellas están las prácticas médicas, con aparente justificación clínica-científica lo que parece volverlas inevitables o necesarias, pero como constituyen excesos de medicalización y patologización del proceso (tanto de su comprensión como de su forma de abordarlo) son pasibles de ser significadas como violencias, en tanto responden a un quehacer profesional que vulnera derechos humanos de las mujeres y por ello constituyen VO (su fuerza simbólica es la que las convierte en violentas). Disputar que un modo de trabajar, pensar e intervenir un proceso puede ser significado como violencia, es el quid de la cuestión y la disputa de la definición. Finalmente lo visible es que la VO tiene su eje (y la posibilidad de su reproducción) en las prácticas masivas, revestidas de cientificidad. Se trata de un ejemplo más del “iceberg de la violencia de género”: lo visible es el maltrato, lo invisible y que está abajo, sosteniendo, es la definición médica del

⁶ Para mi caso de estudio (la ciudad de La Plata) este es uno de los derechos más vulnerados en el ámbito público en tanto las cuatro maternidades que corresponden al subsistema de atención pública son “hospitales-escuela” en los que los/as egresados/as de las Facultades de Ciencias Médicas realizan sus prácticas y residencias. El proceso de enseñanza-aprendizaje de la obstetricia conlleva el trabajo sobre los cuerpos de las mujeres gestantes como si fueran objetos pedagógicos sobre los que “practicar” suturas, maniobras, técnicas, métodos.

evento perinatal, travesado por intervenciones médicas⁷ y simbólicas rutinizadas e innecesarias.

Para el caso estudiado, tanto en las entrevistas con profesionales y funcionarios/as sanitarios/as como con las parejas de padres, se advierte cierta naturalización de protocolos de atención obstétrica basados en prácticas rutinizadas. El proceso que comienza desde el ingreso a la institución médica – tan bien conceptualizado por Sadler (2003) en sus mecanismos de desautorización – sea pública o privada, incluye el apego a la definición médica del proceso de nacimiento. Lo de las vías intravenosas de rutina, los tactos a repetición en casos de los hospitales escuelas, el dato de 90% de episiotomías a primerizas en la maternidad pública más grande de la ciudad por necesidad de los/as estudiantes de practicar sutura, la obligación de parir acostadas y con manos y pies atados, la falta de información (y la sospecha) sobre los fármacos administrados por la vía y la fijación de deadlines, son datos reales que surgieron en el trabajo de campo. Estos son solo algunos de los ejemplos que tanto miembros de los equipos de salud como usuarios/as de los servicios obstétricos narraron en la investigación doctoral de referencia (Castrillo 2019).

When: ¿cuándo se concreta?

Dado que entendemos la VO como la violación a derechos humanos en procesos reproductivos y no reproductivos es posible situar su origen desde la medicalización de la menarquía en las niñas, cuando no en el propio nacimiento⁸. Es la medicalización y sobreintervención de cada uno de los eventos fisiológicos sexuales y (no) reproductivos femeninos la materialización concreta de esta VO. De todos modos en lo específico del término se refiere a las violaciones de derechos en la atención obstétrica de procesos de embarazo-parto-puerperio y aborto⁹.

En concreto, en cada interacción con profesionales de la salud obstétrica y con instituciones sanitarias puede haber expresiones de VO. Por ejemplo, durante el embarazo, ya desde el primer contacto médico para su confirmación (mediante análisis de laboratorio o ecografía); durante las consultas y controles prenatales a través del manejo de la información y la (im)posibilidad de tomar decisiones sobre el propio proceso y su abordaje (profesionales dilatando la conversación sobre cómo suelen asistir partos, si tienen tendencias más quirúrgicas, por ejemplo); e, incluso, los cursos de parto, operan como espacios en los que, como desarrollé en la tesis de referencia, se reproducen mecanismos de socialización para la obe-

⁷ Canevari Bledel (2016) hace un interesante análisis retomando la definición que hace la Ley de violencia de género (25.485) de las seis *modalidades* de violencia contra las mujeres (obstétrica, doméstica, institucional, contra la libertad reproductiva y mediática) que a su vez pueden asumir cinco tipos cada una. Así, la VO puede ser física, psicológica, sexual, económica/patrimonial y simbólica.

⁸ En el trabajo de campo incluí indagaciones en torno al propio nacimiento de los/as entrevistados/as y de mí misma, confirmando la naturalización y cristalización de la VO en los nacimientos.

⁹ No se desarrolla en este artículo, pero los legados sin anestesia y otras formas biomédicas de castigar a las mujeres que ingresan con abortos inconclusos a los hospitales constituyen VO postaborto y son de las que más se denuncian, según datos de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Buenos Aires (2016).

diencia a las normas biomédicas e institucionales (que, la mayoría de las veces, vulneran los derechos humanos). Muchas mujeres narran experiencias en las que, durante el embarazo, son objeto de distintas formas de maltrato en torno a su supuesto no-saber lo que ocurre en su cuerpo. Asimismo, si bien las prácticas clínicas durante los dos primeros trimestres de la gestación tienden a ser “necesarias” para garantizar un completo control prenatal, durante todo el embarazo se va estableciendo una dominancia simbólica de la situación por parte de la autoridad biomédica que deviene en que las decisiones de las últimas semanas, vinculadas al momento del parto – por ejemplo la indicación de cesáreas innecesarias – sean arrojadas por dicha figura de poder. “Te espero hasta el viernes y sino inducimos” o “en esta clínica si no nace antes de la semana 41, vamos a cesárea”¹⁰ dan cuenta de dos intervenciones completamente normalizadas que no se amparan ni en la fisiología del proceso perinatal ni en los derechos que regulan su atención. Sino en un sentido común instalado en la práctica médica y en las instituciones sanitarias que supone que el desencadenamiento del trabajo de parto es voluntario, consciente y a merced de deseo institucional y profesional. Este es solo uno de los escenarios inhóspitos e incoherentes en los que nacemos y parimos hoy.

De todos modos si durante el embarazo se van estableciendo el terreno para la pérdida total de autonomía de las decisiones reproductivas, es en el momento del parto cuando mayormente se expresa la VO. Desde que la mujer entra a la institución se da lo que considero que es el ingreso a un Estado de hecho institucional excepcional, que desconoce las normas del Estado de derecho general (en particular, los derechos sobre el proceso perinatal). En los días que transcurren entre el desencadenamiento del trabajo de parto, la internación y el alta definitiva (en caso de que el nacimiento ocurra en una institución, sea pública o privada), se activan una serie de mecanismos y procedimientos prácticos y simbólicos que pueden configurar VO. Una vez que comienza el período expulsivo se asiste a un acrecentamiento de intervenciones innecesarias que pueden constituir VO: episiotomía, cesáreas con dudosas o inexistentes indicaciones médicas, maniobra de kristeller¹¹, pujo dirigido, maltrato verbal, soledad, separación con el/la recién nacido/a, etc. A su vez, durante todo el periodo perinatal, la infantilización, negación de información, experimentación médica con el cuerpo de las mujeres y los/as bebés, y negación de consentimiento, por ejemplo, dan cuenta de formas sutiles de VO que resultan de la definición médica patologizante del nacimiento. Y luego del parto, ciertas prohibiciones en la internación puerperal (básicamente la no garantía del derecho al acompañamiento) así como intervenciones en la crianza o la lactancia (su no promoción/apoyo o su mandato, por ejemplo) constituyen VO.

Además, esta violencia se expresa cuando vemos películas, leemos libros, escuchamos relatos en los medios que insisten en normalizar esta visión eminente-

¹⁰ Ambas frases surgieron en el trabajo de campo de la autora. Según protocolos nacionales e internacionales, un parto de bajo riesgo ocurre entre la semana 37 y 42 de gestación. El límite en la semana 41 es una arbitrariedad institucional biomédica.

¹¹ Es una maniobra desaconsejada por la OMS y diversos organismos nacionales y provinciales de salud en la que una persona ejerce fuerza con el brazo o el codo sobre la panza de la mujer, que está acostada, con el propósito de “ayudar” en el descenso del feto por el canal de parto.

mente médica de los nacimientos, en la que el protagonismo está vinculado a los/as profesionales y las instituciones sanitarias, y las mujeres asumen características pasivas o secundarias en la escena del parto. Se trata de formas simbólicas de internalizar socialmente formas intervenidas y anti-fisiológicas de nacer y parir, que aseguran la reproducción del modelo médico hegemónico de atención obstétrica.

En el trabajo de campo realizado en la ciudad de La Plata entre 2013 y 2020, se hizo evidente que los CPP operan como espacios en los que circulan ciertos “deberes ser” y ciertas conductas esperables y sancionables por la institución y los/as profesionales. Y en ese repaso de los itinerarios y formatos de atención se va normalizando la versión biomédica del tránsito perinatal. Allí se establece si es “por protocolo” la aplicación de vías, la participación de acompañantes, el corte tardío del cordón umbilical, la posibilidad de moverse durante el trabajo de parto, entre muchas otras cuestiones. Y se confirma también que en la internación, durante la dilatación y ya en sala de partos, las posibilidades de tomar decisiones autónomas – avanzado el proceso de parto – disminuyen, acrecentándose el poder médico para intervenir. El cansancio, el dolor, el desconocimiento y el temor a las complicaciones juegan un lugar central en este proceso.

Where: ¿dónde se materializa?

Al pensar el territorio donde se concretiza la VO es posible pensar un conglomerado articulado que va desde lo micro (los cuerpos de las mujeres y los/as recién nacidos/as), pasando por lo meso (las salas de parto, los consultorios, los quirófanos, las habitaciones de internación) hasta lo macro: (las instituciones de salud y los domicilios donde ocurren los nacimientos, y, por supuesto, las geografías mayores (nacional, provincial, local) que implican políticas sanitarias particulares. En este punto es preciso recordar que la VO es producto de un *modelo* de atención obstétrica intervencionista y patologizante que se desarrolla en distintos *ámbitos* de asistencia. Esto es relevante en tanto tiende a confundirse (no ingenuamente, sino como parte de una operación simbólica) el parto respetado con el parto domiciliario, cuando en realidad el primero es un modelo y el segundo un ámbito de atención. En este sentido, sostengo que el dónde de la VO se vincula a la entrada de la mujer a la institución de asistencia o a la entrada de la asistencia biomédica al domicilio (si se eligió este espacio). Lo determinante es la primacía de la norma institucional y definición médica del evento por sobre los derechos y la fisiología.

Retomando la clasificación recién expresada en términos de lo micro, la VO se puede cristalizar en los cuerpos de mujeres que gestan, que paren, que amamantan, que crían y que abortan. Asimismo, la atención dispensada a ellas afecta la salud de los/as recién nacidos/as: por ejemplo, la aceleración de los tiempos del parto mediante la indicación de cesáreas innecesarias o inducciones medicamentosas, o la falta de atención a tiempo, impacta notable y comprobadamente en la salud neonatal.

Respecto al nivel meso, las salas de parto, los quirófanos, los consultorios obstétricos, los espacios de ecografías, los laboratorios de análisis clínicos, los lugares donde se dictan los cursos de parto y las salas de espera, son algunos de los territorios por los que discurren los itinerarios asistenciales (Blázquez Rodrí-

guez 2009) de las mujeres en período perinatal, por tanto plausibles de ser escenografías de hechos de VO.

Y en paralelo es preciso, a la hora de cartografiar la VO, dar cuenta de qué expresiones comunes y cuáles diferenciales asume cada ámbito de atención, en términos de subsectores público o privado de salud y la opción de domicilio. A modo de pantallazo, es posible establecer que en el ámbito público el hecho de ser hospitales-escuelas, la falta de insumos y recursos humanos, la no adecuación de la infraestructura y la dificultad en el acceso a la atención, son algunos de los factores que propenden a la VO, aunque, como se ha expresado, no proponemos una concepción reduccionista que considere esta violencia estructural y sistémica como mero problema de recursos, con soluciones técnicas. De todos modos, el proceso de enseñanza-aprendizaje médico es generador del habitus médico autoritario (Castro 2014) que reproduce las condiciones de posibilidad de la VO. Y en el caso de estudio, estos procesos de enseñanza ocurren en las maternidades públicas, utilizando como objetos pedagógicos los cuerpos de las mujeres usuarias.

Asimismo, en el ámbito privado se asiste a un mayor intervencionismo con fines de lucro (mayores tasas de cesárea implican mayor tiempo de internación en habitación y neonatología, y mayor indicación de medicamentos también aumenta la cuenta final de ingresos) amparados en la libertad de empresa. De todos modos en ambos ámbitos la norma institucional tiende a buscar la *mejor* gestión de los tiempos de los partos que no solo implica beneficios a nivel de planificación, sino que se sostiene en la desigualdad estructural médico-paciente. Por ello se ponen *deadlines* a los embarazos (“te espero hasta la semana 41”), se inducen farmacológicamente los partos, se indican o programan cesáreas innecesarias, entre otros. Finalmente, el ámbito domiciliario si bien tiende a corresponder con una mayor garantía de derechos y un respeto de la fisiología del nacimiento, existen algunas cuestiones que pueden ser significadas como VO: el incumplimiento de acuerdos previos, el abandono de persona o la negación de ciertas prácticas, por ejemplo.

Al respecto, en la tesis de referencia se presenta la complejidad y heterogeneidad de experiencias en los diversos ámbitos de atención. Lo decible es, a los fines de este trabajo, que la VO atraviesa las distintas espacialidades en las que ocurren los nacimientos, en tanto constituye un elemento inherente a la atención médica de los mismos. Y, del mismo modo, en todos los ámbitos se pueden recabar experiencias placenteras, de respeto de derechos y de la fisiología de los partos. Analizar la espacialidad del parto y de la atención obstétrica en general permite pensar las relaciones de poder, los/as actores/as, las normas, las experiencias y expectativas, las tecnologías y técnicas biomédicas que se entrecruzan y que, en muchos casos, por su cristalización estructural, constituyen catalizadores de formas de VO.

Why: ¿por qué y para qué se (re)produce?

Pensar los fundamentos ontológicos de la VO es uno de los aportes de la mirada sociológica con perspectiva de género y derechos humanos en salud. En tal sentido, existen referentes teóricos/as – mencionados/as en el primer apartado – que han cubierto estos interrogantes desde hace décadas, provenientes del campo

de estudios feministas y han contribuido con respuestas para pensar por qué y para qué se (re)producen esta violencia estructural y sistemática.

No es el objetivo de este trabajo profundizar en este punto pero sí es preciso mencionar que causas de la VO se encuentran en el proceso de medicalización mundial que comenzó a fines del siglo XIX, que implicó la conversión del parto en hecho médico, a partir de una doble ocurrencia: la hospitalización y la profesionalización de su atención, borrando del esquema el domicilio como lugar de nacimiento y el actuar de parteras y matronas en el mismo. A la entrada del parto en la jurisdicción médica se sumaron su patologización, el predominio de un enfoque de riesgo médico y la consolidación de una atención intervencionista. En este marco, desde las ciencias sociales se ha explicado que la doble dimensión de la medicina (como práctica médica y como estructura de dominación) fomenta una formación y estructura del campo médico que tienden a generar una asistencia obstétrica andrógina, patriarcal y misógina. Castro (2014) con su concepto “habitus médico autoritario” ha dado cuenta de cómo los mensajes y castigos que reciben los/as estudiantes en sus años de formación respecto a cómo pensar y vivir el género, la relación médico-paciente, el cuerpo, los procesos fisiológicos, entre otros, contaminan y moldean su quehacer profesional futuro.

Esta sobremedicalización de la vida que afecta todas las áreas de la vida social, encuentra en la VO una práctica ejemplificadora para mujeres. Esto es, actúa a modo de norma que se internaliza hace décadas respecto a cómo parir/nacer, a la importancia de la reproducción social (generar ciudadanos/as dóciles para las exigencias del capitalismo) y a qué lugares ocupamos en la estructura médica, entre otros aspectos. Es el castigo ejemplificador respecto al ejercicio de la ciudadanía y autonomía reproductiva. La doble relación asimétrica de poder que implica la atención obstétrica (por la desigualdad de poderes entre médico-paciente y de género, sobre las mujeres) es condición para el ejercicio de esta violencia.

Finalmente, y tal como reconstruyo en la tesis doctoral de referencia, la VO está en el centro de la disputa histórica entre dos modelos de atención obstétrica: intervencionista y humanizado. El primero la causa, el segundo la visibiliza y busca combatirla.

Who: ¿quiénes la ejercen y quiénes la sufren?

Por último, es preciso establecer quiénes la ejercen y quiénes la sufren, aunque no lo reconozcan como tal y no se identifiquen ni como victimarios/as ni como víctimas. Respecto a los/as primeros/as, son claramente identificables los distintos miembros de los equipos de salud obstétrica (enfermeros/as, anestelistas, neonatólogos/as, parteras/o, médicos/as obstetras, pediatras) así como otro personal de las instituciones de salud (administrativos/as, limpieza, maestranza, etc.). De igual modo los/as jefes/as de servicio de las instituciones que vulneran derechos humanos en la atención de los partos son victimarios/as de VO. Finalmente y a nivel macro, los ministerios de salud locales, provinciales y nacionales y otros poderes del Estado que, a través de políticas públicas, proyectos de ley y normativas, (re)producen las condiciones para que se ejerza VO (por acción u omisión) también

son parte de quienes la ejercen. Del mismo modo, las carreras de ciencias médica que no actualizan sus currículas hacia paradigmas humanizadores.

Respecto a las víctimas, es preciso mencionar a las mujeres gestantes, mujeres madres, mujeres que abortan, recién nacidos/as y acompañantes, por la violación a sus derechos durante la atención obstétrica. Del mismo modo es preciso establecer que hay castigos contra los/as profesionales de la salud que no se ajustan al modelo médico hegemónico y buscan dispensar una atención más respetuosa.

En Argentina nace un/a bebé por minuto. Guiándonos por los datos y experiencias recabados por la propia y otras investigaciones¹² es preciso decir que la mayoría de ellos ocurren en contextos donde se vulneran derechos humanos y se incurre en violencia obstétrica.

A modo de cierre: propuestas de cambio

El abordaje sociológico de la VO permite dar cuenta de sus sustentos ontológicos, sus expresiones, sus interseccionalidades con otras formas de violencia, sus factores facilitadores y obstaculizadores, los modos en los que ocurre, los lugares y quiénes la protagonizan. A modo de presentación de una problemática multidimensional y compleja, el presente artículo se propuso, a través de la estrategia comunicacional de las 5w, dar cuenta de algunos tópicos de este fenómeno mundial al que le puso nombre y apellido Latinoamérica.

Junto a su caracterización, es posible identificar algunas propuestas de cambio para su prevención y erradicación. En primer lugar, reasignarle a la VO su entidad de violación a derechos humanos es primordial, en tanto a partir de ello podrán vehiculizarse algunas medidas tendientes a penalizar o sancionar dichas vulneraciones. Las capacitaciones obligatorias en género, salud, derechos perinatales y derechos humanos son ineludibles si lo que queremos es nacer y parir sin violencia. Lo que propongo es poner el foco en los/as victimarios/as y no en las víctimas como se viene realizando, responsabilizándolas de exigir sus derechos en uno de los momentos más vulnerables de la vida. De las violaciones a derechos humanos, el Estado y las instituciones son responsables. Junto a ello, considero que sería importante incluir estos contenidos en la Educación Sexual Integral desde la infancia, en tanto articula saberes y prácticas con relación al cuerpo, los derechos, la fisiología, el deseo, el cuidado, la salud y la sexualidad, entre otros. Finalmente, es urgente intervenir las currículas de la formación médica para dejar de intervenir los cuerpos de las mujeres gestantes.

Un afamado médico francés, Michel Oden, popularizó una frase que sostiene que “para cambiar el mundo hay que cambiar la forma de nacer”. Actual-

¹² Argentina no cuenta con estadísticas oficiales al respecto, pero diversas organizaciones de mujeres (Las Casildas, Dando a Luz, Observatorio de Violencia Obstétrica) han llevado a cabo relevamientos que, aunque con muestras no representativas, dan cuenta de la naturalización e invisibilización de esta violencia. La falta de datos oficiales es un dato en sí mismo y da cuenta de la escasa prioridad que se le da a nivel gubernamental a la visibilización, prevención y erradicación de la VO. Las investigaciones socioantropológicas sobre la atención del parto que se llevan a cabo en el país (en nombre de autoras como Cecilia Canevari Bledel, Karina Felitti, Celeste Jerez y Valeria Fornes) si bien son de corte cualitativo como la propia, confirman este escenario.

mente, y tras varios años de especializarme en el área, considero que sigue siendo preciso invertir la fórmula: primero cambiar un mundo que viola derechos humanos para alcanzar el propósito de cambiar la forma en la que venimos a él.

Bibliografía

Ley N° 26485 de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”, 2009, <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>.

Ley N° 25929 de “Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”, 2004, <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>.

Arguedas Ramírez Gabriela, *Poder obstétrico, aborto terapéutico, derechos humanos y femicidio de Estado: una reflexión situada en América Latina*, en *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, coordinado por Patricia Quatrocchi, Natalia Magnone Alemán, Cuadernos del Instituto de Salud Colectiva, Universidad Nacional de Lanús, Editorial EDUNLa, 2020.

Arguedaz Ramírez Gabriela, *La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense*, “Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe”, 11 (1), enero-junio 2014, pp. 155-180.

Camacaro Cuevas Marbella, *La construcción discursiva médico-obstétrica en el proceso reproductivo de las mujeres*, “Revista Ensayo y error”, XVII, 35, 2008, pp. 95-115.

Canevari Bledel Cecilia, *Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública*, Barco Edita, Buenos Aires 2011.

Canevari Bledel Cecilia, *El marco legal de la violencia obstétrica: derechos y reveses. El marco legal de la violencia obstétrica: derechos y reveses*, Jornadas Salud y Población, 2016.

Castrillo María Belén, *Hacer partos y parir: hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos* (Doctoral Dissertation, Universidad Nacional de La Plata), 2019. Publicada en SEDICI- UNLP. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/78629>.

Castro Roberto, *Teoría social y salud*, CRIM, Ed. Lugar, Buenos Aires 2011.

Castro Roberto, *Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México*, “Revista Mexicana de Sociología” 76 (2), abril-junio 2014, pp. 167-197.

Castro Roberto-Erviti Joaquina, *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, UNAM/CRIM, México 2015.

Castro Roberto-Erviti Joaquina, *25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México*, "Revista Conamed", 19 (1), 2015, pp. 37-42.

Defensoría del Pueblo, Provincia de Buenos Aires, Informe Monitoreo de Políticas Públicas y Violencia de Género 2014/15, <https://www.defensorba.org.ar/pdfs/comunicados/Informe-OVG-2014-2015-Monitoreo-de-Policas-Publicas-y-Violencia-de-Genero.pdf>.

Magnone Alemán Natalia, *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*, X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, UdelaR, Montevideo, 13-14 de septiembre de 2011.

Magnone Alemán Natalia, *Derechos y poderes en el parto: una mirada desde la perspectiva de Humanización* (Doctoral Dissertation, Tesis de la Maestría en Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República), 2010.

Medina Graciela, *Violencia obstétrica*, Cap 4 en Informe de "Omisión y diferencia. Derechos Reproductivos en México", Grupo de información en reproducción elegida, 2010, <http://informe.gire.org.mx/bibliografia.html>

Menéndez Eduardo L., *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, Edit. Alianza, México 1992.

OMS, *Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento, Declaración de Fortaleza*, 1985, Tecnología apropiada para el parto.

Sadler Michelle, *Así me nacieron mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario* [Tesis], Universidad de Chile, Santiago 2003.

Simonovic Dubravka, *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*, 2019, Informe ONU, https://digitallibrary.un.org/record/3823698/files/A_74_137-ES.pdf.

Villanueva Egan Luis Alberto, *El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un ginecoobstetra*, "Revista CONAMED", 15 (3), julio-septiembre 2010, pp. 147-151.