



Violencia obstétrica. Poder simbólico y cuerpo de mujer

TATIANA GARCÍA FERNÁNDEZ (UBA)
19 DE AGOSTO DE 2016

La Violencia obstétrica es una de las formas en la que se presenta la violencia de género. Constituye una clara vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, consagrados en Tratados internacionales y Leyes nacionales.

Aunque involucra distintos tipos de violencia hacia la mujer: física, psicológica, sexual y simbólica; todavía sigue siendo la violencia de género menos registrada, más silenciada y naturalizada en nuestra sociedad.

Esta violencia permanece en las sombras de la historia de cada mujer que da a luz o acude por un aborto a una institución. Oculta a los ojos de la mayoría, tras el velo cultural que naturaliza el padecimiento y enajenación del cuerpo femenino en la maternidad.

La buena noticia es que cada día nos encuentra a las mujeres más organizadas para hacer valer nuestros derechos, denunciando, compartiendo saberes, construyendo espacios de resistencia y lucha contra esta violencia; junto a otros y otras profesionales de la salud, dispuestos a revisar sus prácticas y acompañarnos en nuestros deseos y decisiones.

Leyes, saberes y poderes

En Argentina, desde el año 2009, la Ley Nacional 26.485 –que tiene como fin prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, en todos los ámbitos en donde se desarrollen sus relaciones interpersonales– define Violencia obstétrica, como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, como consta en la Ley 25.929 de “Parto Humanizado”. Esta última Ley, sancionada cinco años antes (en 2004) y reglamentada recientemente en 2015; promueve, además, la participación de la mujer como persona sana, protagonista de su gestación y parto, respetando su derecho al parto natural, no intervenido, con atención especial a los tiempos biológicos y psicológicos de cada una, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por su estado salud o el de su hijo/a por nacer.

Un aspecto sumamente importante que agrega la Ley Nacional 26.485 a la definición de la violencia obstétrica, es respecto de la consideración del trato inhumano a la mujer en situación de aborto. Mientras que la ley 25.929 de Parto Humanizado se refería al trato cruel, deshonesto, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud a las mujeres en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto; la nueva ley lo extiende a la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no.

Hace varias décadas que las mujeres se expresan públicamente sobre lo que consideran una apropiación de sus cuerpos y sus partos por los profesionales de la medicina, quienes consideran patológicos todos los partos (en oposición a fisiológicos, naturales, saludables), convirtiéndolas en pacientes de manera automática, realizando actos médicos y

farmacológicos rutinarios que les impide participar activamente en las decisiones sobre su propio cuerpo.

La redacción de la “Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia” del Ministerio de Salud de la Nación y Unicef data del año 2004 y fue actualizada luego en el año 2010. En la introducción de dicha guía se hace referencia a la OMS, a la *Declaración de Fortaleza* de 1985 en Brasil, donde se debatió y acordó que “el nacimiento no es una enfermedad” y se plasmaron una serie de recomendaciones sobre la tecnología apropiada para la atención de los partos.

Lamentablemente, aquel documento oficial que alentó la propuesta de “humanizar” la atención del parto, rescatando el protagonismo de la mujer y su familia; que proponía transformar las maternidades en instituciones “centradas en la familia” y no en el equipo de salud; no ha logrado a la fecha modificar las malas prácticas arraigadas en la cultura de las instituciones.

En Buenos Aires, salvo contadas excepciones como la Maternidad “Carlotto” de Moreno o el Hospital Álvarez de Capital Federal, las necesidades de las mujeres y sus familias no constituyen el centro de atención.

En los servicios de obstetricia de nuestro país y de la región, la mayoría de las mujeres son sometidas a diario a unos procedimientos y/o tratamientos de rutina, los cuales la mayor parte de las veces no discriminan o individualizan las necesidades reales de dichas mujeres. Prácticamente todas las mujeres embarazadas, cuando ingresan a los servicios de maternidad para su internación, se someten a una serie de prácticas sociales en tanto paciente que, tratándose de personas sanas, representan un claro abuso de poder por parte de los efectores de salud. La situación de abuso se agrava, además, porque las intervenciones sobre su cuerpo suceden sin que medie explicación de las razones por las cuales son necesarias (suponiendo que lo fueran) y sin que las mujeres puedan optar libremente someterse o no a esas intervenciones, decidir sobre su propio cuerpo y el modo de vivir estos procesos.

Desde el feminismo cultural, se tiende a pensar que la transformación de las instituciones y el cambio social empiezan por tener en cuenta la experiencia de las mujeres,

acumulada a lo largo de la historia y hasta hoy menospreciada. La violencia vivida en la atención obstétrica, como sucede con toda violencia de género, permanece silenciada entre la mayoría de las mujeres. Hay quienes relatan que cuando se animaron a contarle a otras mujeres de la familia que habían sido madres, la violencia sufrida durante el parto, a muchas les había sucedido lo mismo hace 40 años atrás y nunca lo habían comentado. Habían preferido “asumir” que así eran las cosas.

El silencio respecto de estos temas y la ausencia de transmisión generacional, nos llevan a pensar sobre esta marca en la subjetividad en relación a los saberes vedados y la ignorancia sobre el propio cuerpo con la que llegan y salen del parto la mayoría de las mujeres. Sobre como mantienen sus experiencias al margen del colectivo, suspendido de lo social, como una experiencia que involucra la carne en una dimensión que no se puede recuperar para la vida. La experiencia del nacimiento de los hijos se recorta a momentos que podemos ordenar y recuperar para el álbum social. Nadie quiere escuchar hablar a ninguna parturienta y decir que el momento que imaginaba como el más feliz y poderoso, en realidad fue un calvario. Acaso, podrá recuperarse la nota del suplicio como una anécdota de las cosas que tenemos que pasar las mujeres por los hijos, como castigo ejemplar desde los tiempos de Eva... Pero, pocas personas están dispuestas a escuchar el reclamo de una mujer que se sintió abusada en su parto, que reparó en sí misma en lugar de pensar que su hijo está sano gracias a todo un equipo de gente que hizo una rápida intervención en su cuerpo, exonerándola de una acción que bien podría haber hecho por sí misma, a su tiempo.

La violencia obstétrica en Argentina. Identificar para prevenir, definir para combatir

En los años 2003 y 2008 se publicaron informes que constituyeron documentos fundamentales para la visibilización de la violencia obstétrica. El Observatorio de Salud Género y Derechos Humanos, iniciativa del Instituto de Género Derecho y Desarrollo (INSGENAR) y del Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), publicó sus Reportes de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales públicos. Las experiencias registradas refirieron

a la existencia de una continuidad de maltratos que revestían diferentes grados, que iban “desde el menoscabo y falta de respeto a la dignidad de la mujer”, al tratarla como una “menor” (infantilizándola), hasta “la existencia de tratos inhumanos y degradantes que llegaban a la tortura”.

Comenzó también a circular un “Test”, elaborado por varias organizaciones de mujeres, que permitió a muchas más mujeres identificar como violencia obstétrica el trato recibido y las prácticas que se le efectuaron durante su internación en maternidad.

Otro documento escrito importante de mencionar, sobre todo por la construcción de saber colectivo que implicó, es el producido a partir de las “I Jornadas de participación ciudadana para definir Violencia obstétrica”, realizadas en la Universidad de Madres de Plaza de Mayo en el año 2013, a la que asistieron personas de diferentes organizaciones, movimientos sociales e independientes; cuyo lema fue: “identificar para prevenir, definir para combatir. La violencia obstétrica es violencia de género”. Allí se crearon documentos fundamentales para la definición de la violencia obstétrica; tipificando sus prácticas y describiendo sus consecuencias en la vida de las mujeres y sus hijos/as.

Entre los años 2014 y 2015, el ensayo fotográfico y el documental “Puja, venir al mundo” mostraron la experiencia de diferentes mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Y actualmente siguen recorriendo los barrios de todo el país para hacer visible la violencia obstétrica y empoderar a las mujeres.

En mayo de este año 2016 se publicaron los datos de la encuesta realizada por el Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO), de reciente creación en 2015, la cual reveló un altísimo índice de esta violencia de género ejercida en nuestro país.

Los índices registrados de medicalización de los partos sobrepasan excesivamente los estándares de la Organización Mundial de la Salud, cuyas recomendaciones son aplicables a todo el mundo. Estas son algunas de sus cifras:

Mientras que la OMS recomienda no superar el 15% de nacimientos por cesáreas, la encuesta de OVO registró un índice de 46% de nacimientos por cesárea, de los cuales 39% fueron programados y más de la mitad en mujeres primerizas. En el sector privado, el índice de cesáreas asciende a más del 60%.

Se registró que el tiempo medio de gestación de las mujeres encuestadas fue de 38.8 semanas en cesáreas programadas y 39.7 semanas en inducciones, datos que cobran especial relevancia si se tiene en cuenta el alerta de la OMS sobre la cantidad de nacidos prematuros debido al elevado índice de inducciones y cesáreas programadas. Preocupa el incremento de cesáreas programadas en el sector privado, sobre todo, porque no responde a decisiones informadas de las mujeres sino a un interés mercantil y a la organización de la agenda médica.

Se consultó por la colocación de vía y suministro de oxitocina sintética (frecuentemente usada para acelerar el parto) con los siguientes resultados. Mientras que el 80% de las mujeres indicó que se les colocó una vía al momento de internación en maternidad, el registro del suministro de oxitocina sintética (que se administra por medio de la vía) muestra un índice alarmante: casi del 70% de las mujeres manifiesta haber recibido suministro de esta hormona (cuando la OMS recomienda un estándar entre el 5-10%) y, en la mayoría de los casos, las mujeres expresan no haber recibido información clara, adecuada y completa sobre la práctica, ni haber dado su consentimiento. Cabe destacar que muy pocas veces se les informa a las mujeres que se les está acelerando el parto por medio del goteo; y que nunca se les comunica que las contracciones desatadas por acción de la oxitocina sintética resultan mucho más dolorosas y difíciles de soportar que las naturales que, en cambio, son más suaves porque suelen estar acompañadas de endorfinas que el propio cuerpo genera cuando el proceso natural no es intervenido.

A la mayoría de las mujeres que tuvieron parto vaginal se les realizó una episiotomía. Un corte en el periné, sumamente doloroso en su cicatrización, que altera para siempre la estructura original de la vulva y que, en algunos casos, tiene consecuencias traumáticas a largo plazo e incluso de por vida. En muchas instituciones es una intervención que se realiza como rutina a todas las primerizas. Mientras que la OMS recomienda no superar el 15%, la tasa de episiotomías informada por OVO supera el 65% y de esta cifra el 87% corresponde a primerizas. La recomendación de la OMS sobre la reducción de esta práctica a casos estrictamente necesarios, se viene cumpliendo en países europeos y actualmente registran tasas muy bajas. Gran Bretaña, por ejemplo, tiene una tasa del 13% y Suecia de un 6%.

Un registro que alarma en demasía es el índice registrado de mujeres a las que se les efectuó la maniobra de Kristeller (34%). La misma consiste en ejercer una fuerte presión con las manos o el antebrazo sobre la parte superior del útero materno, en el momento del expulsivo. Esta práctica está categóricamente desaconsejada por la OMS por los altos riesgos que conlleva y se considera que no existe justificación médica para realizarla.

Mientras que la ley de Parto Humanizado 25.929 enuncia claramente el derecho de toda mujer a estar acompañada por una persona de su confianza durante todo el tiempo que permanezca internada (trabajo de parto, parto y post parto). El sistema público de salud es el que revela mayor cantidad de casos vulneración de este derecho, justificándose en la falta de infraestructura o de insumos para garantizar la asepsia (ambo para el acompañante, por ejemplo).

El derecho a recibir información adecuada, completa, verdadera y oportuna es un derecho fundamental. Sin embargo el 44% reporta que no fue informada sobre la evolución del trabajo de parto, su estado de salud y el de su bebé, que fue vulnerada su autonomía y sus derechos conforme a las leyes vigentes.

La ley 25.929 expresa claramente la obligación de no limitar los movimientos durante el trabajo de parto y el parto. La OMS hace más de 30 años que desaconseja la posición de litotomía (de espaldas) para el parto, porque existe evidencia científica de que la libertad de movimiento cumple un rol fundamental para el proceso saludable del parto, siendo justamente la posición de litotomía e inmovilidad la menos beneficiosa. Pese a estas recomendaciones mundiales, y a la letra de la Ley argentina, la libertad de movimiento no está garantizada para las parturientas. El informe de OVO da cuenta de que el 44% de las mujeres no pudo moverse libremente durante el trabajo de parto. Mientras que el 70 % fue privada de elegir la posición en la que se sentía más cómoda al momento de parir.

El 74% de las mujeres no recibió información clara, adecuada y completa sobre las prácticas que realizaron sobre su hijo/a, por ende tampoco dieron autorización para realizarlas. Cerca del 45% no sabe qué prácticas se le realizaron, sólo recuerda extensos lapsos de tiempo en los que se llevaron a su bebé, incluso inmediatamente después del parto; cuando la Ley 25.929 deja en claro que el recién nacido debe permanecer siempre con su madre, a menos que su estado de salud o el de su madre justifiquen la separación.

A modo de conclusión

El registro del OVO evidenció el trato deshumanizado y el uso injustificado de medicalización e intervenciones de rutina como prácticas frecuentes en los sistemas de salud, tanto públicos como privados. Dio cuenta del abuso de poder de los efectores de salud en lo que refiere a la negativa a cumplir con su deber de informar y solicitar autorización de las mujeres para realizar cualquier práctica sobre ellas y sus hijo/as. Esto implica una vulneración reiterada de la autonomía de la mujer, una negación sistemática de las mujeres como sujetas de derechos.

El silencio en el que todavía permanecen gran parte de las mujeres que han sido víctimas de esta violencia, la invisibilización del daño por parte de la sociedad y la naturalización de estas prácticas en los sistemas de salud, muestran que el camino por recorrer para erradicar esta violencia, tiene que ver con un cambio cultural, con combatir la violencia simbólica que sostiene estas prácticas sociales.

La violencia obstétrica es violencia simbólica porque se sirve de patrones estereotipados, mensajes, valores, para transmitir y reproducir la dominación, la desigualdad y la discriminación, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad. Este tipo de violencia es la más difícil de reconocer. Es la que continúa inadvertida por todos los actores y no permite ver las marcas, tan visibles, de la violencia obstétrica en los cuerpos y en la subjetividad de las mujeres.

Es en la dimensión simbólica de esta violencia, donde es necesario reparar. En la reproducción encubierta y sistemática de la violencia hacia las mujeres solapada bajo la noble empresa de cuidar su salud.

Todavía la ciencia médica no ha logrado interpelarse lo suficiente respecto de su praxis y los prejuicios en relación al género que están presentes como un “resto” de los viejos discursos científico médicos que antaño abonaron la concepción del cuerpo de las mujeres como una naturaleza minusválida, fallada para la gestión autónoma de sus procesos fisiológicos. Mucho menos ha conseguido desmontar la condena social en relación al cuerpo, la maternidad y la sexualidad de las mujeres, como ordenador clave de la realidad “natural” que es la biología femenina. Su praxis se apoya en la antigua norma afianzada

en la cultura patriarcal que instauró la incapacidad de las mujeres para tomar decisiones autónomas sobre sus propios cuerpos. Allí la ciencia médica, como saber androcéntrico, ha hecho y sigue haciendo estragos.

Esta condena social sobre las mujeres, su cuerpo, su sexualidad, sus decisiones en relación a la vivencia de la maternidad, se plasma en todas las distintas formas de violencia obstétrica. Cuando se la infantiliza y se la priva de toda posibilidad de decisión, reacción o resistencia a prácticas que no ha consentido, en situaciones de extrema vulnerabilidad como lo son el trabajo de parto, parto, post parto o aborto. Desde el abuso de medicalización y patologización de procesos saludables como el embarazo y el parto; hasta el trato cruel e inhumano al que son sometidas muchas de las mujeres que llegan a las guardias médicas con un aborto en curso y su salud deteriorada. Y se las tortura someténdolas a interrogatorios (irrelevantes para el diagnóstico o el tratamiento), a amenazas de denuncias, a legrados sin anestesia.

Es la violencia simbólica hacia las mujeres la que está a la base de todas las demás violencias que cuentan en la violencia obstétrica. Porque todas las malas prácticas se sostienen a partir de la reproducción de algo que se ve como natural; que la mujer es un ser que necesita de otros que hagan por ella y decidan sobre su cuerpo.

A partir de este registro simbólico, de las luces que permiten la visualización de la violencia obstétrica como una violencia de género, es que las mujeres comienzan a reconocerse, a denunciar y a luchar para cambiar la historia. Es entonces, donde podemos empezar a ver las rupturas con los órdenes sociales y culturales establecidos. Cuando podemos vislumbrar, en la práctica cotidiana del colectivo “mujeres”, emancipación y diferencia, como rasgos de una nueva identidad.