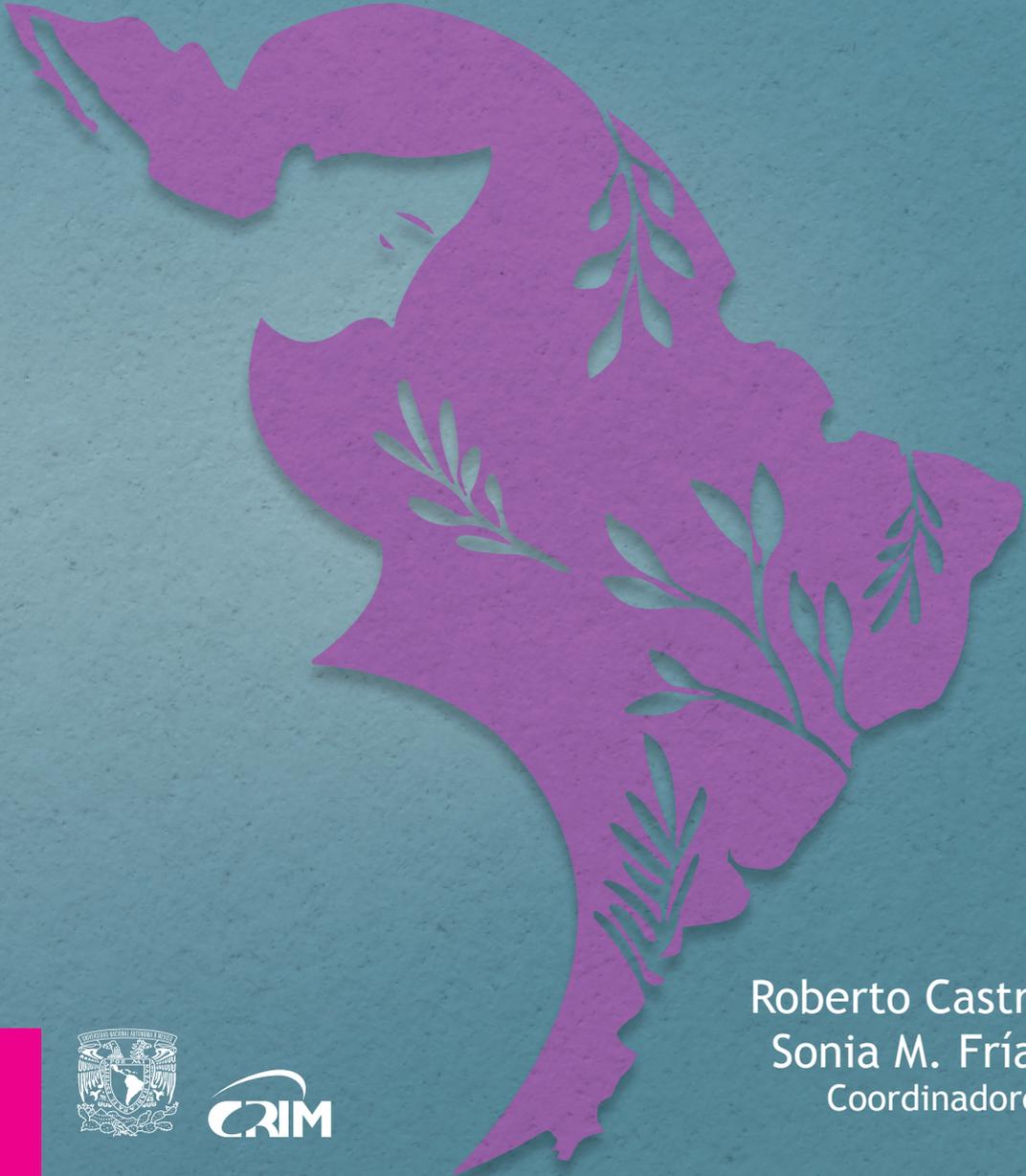


Violencia obstétrica y ciencias sociales

Estudios críticos en América Latina



Roberto Castro
Sonia M. Frías
Coordinadores



CRIM





UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Dr. Enrique Graue Wiechers
Rector

Dr. Leonardo Lomelí Vanegas
Secretario General

Dra. Guadalupe Valencia García
Coordinadora de Humanidades

Dr. Fernando Lozano Ascencio
Director del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM)

COMITÉ EDITORIAL

CRIM

Dr. Fernando Lozano Ascencio
PRESIDENTE

Dra. Sonia Frías Martínez
Secretaria Académica del CRIM

Dr. Guillermo Aníbal Peimbert Frías
Secretario Técnico del CRIM
SECRETARIO

Dr. Fernando Garcés Poó
*Jefe del Departamento de Publicaciones y Comunicación
de las Ciencias y las Humanidades del CRIM*

Dr. Roberto Castro Pérez
Investigador del CRIM

Dr. Óscar Carlos Figueroa Castro
Investigador del CRIM

Dra. Luciana Gandini
Investigadora del Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM

Dra. Naxhelli Ruiz Rivera
Investigadora del Instituto de Geografía, UNAM

Dra. Rosalva Aída Hernández Castillo
*Profesora-investigadora del Centro de Investigaciones
y Estudios Superiores en Antropología Social*

Lic. José Luis Güemes Díaz
Jefe de la Oficina Jurídica del Campus Morelos de la UNAM

Violencia obstétrica y ciencias sociales
Estudios críticos en América Latina

Violencia obstétrica y ciencias sociales

Estudios críticos en América Latina

Roberto Castro

Sonia M. Frías

Coordinadores



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias

Cuernavaca, 2022

Catalogación en la publicación UNAM. Dirección General de Bibliotecas y Servicios Digitales de Información

Nombres: Castro, Roberto (Castro Pérez), editor. | Frías, Sonia M., editor.

Título: Violencia obstétrica y ciencias sociales : estudios críticos en América Latina / Roberto Castro, Sonia M. Frías, coordinadores.

Descripción: Primera edición. | Cuernavaca : Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, 2022.

Identificadores: LIBRUNAM 2122179 (impreso) | LIBRUNAM 2124216 (libro electrónico) | ISBN 9786073058698 (impreso) | ISBN 9786073058759 (libro electrónico).

Temas: Mujeres embarazadas -- Abuso de -- América Latina. | Mujeres maltratadas -- Atención médica -- América Latina. | Derechos reproductivos -- América Latina. | Salud reproductiva -- Aspectos sociales -- América Latina. | Medicina social -- América Latina.

Clasificación: LCC RG580.A28.V56 2022 (impreso) | LCC RG580.A28 (libro electrónico) | DDC 618.3—dc23

Este libro fue sometido a un proceso de dictaminación con base en el sistema de revisión por pares a doble ciego, por académicos externos al CRIM, de acuerdo con las normas establecidas en el Reglamento Editorial del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México, así como por el artículo 46 de las Disposiciones Generales para la Actividad Editorial y de Distribución de la UNAM.

Diseño de forros: Michele Muris Torreblanca

Gestión editorial: Aracely Loza Pineda

Primera edición: 25 de abril de 2022

D. R. © 2022 Universidad Nacional Autónoma de México
Ciudad Universitaria, alcaldía Coyoacán, 04510, Ciudad de México

Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias
Av. Universidad s/n, Circuito 2, colonia Chamilpa,
C. P. 62210, Cuernavaca, Morelos
www.crim.unam.mx

ISBN: 978-607-30-5869-8

Esta edición y sus características son propiedad
de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio
sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales

Impreso y hecho en México

Contenido

- 1 Introducción. Violencia simbólica,
violencia obstétrica y ciencias sociales 9
Roberto Castro
Sonia M. Frías

PRIMERA PARTE DEFINICIONES Y GÉNESIS HISTÓRICA

- 2 Un análisis crítico de las conceptualizaciones
de la violencia obstétrica 37
Natalia Righetti
Martín Hernán Di Marco

- 3 Geografías brasileñas del dolor:
la violencia obstétrica como un castigo sexual a las mujeres 69
Maíra Soares Ferreira

SEGUNDA PARTE CULTURA Y TEORÍA SOCIAL

- 4 La pirámide de la violencia obstétrica:
dimensiones culturales y estructurales 103
Ester Espinoza Reyes

5	Pensando sociológicamente la violencia obstétrica <i>Belén Castrillo</i>	143
---	---	-----

TERCERA PARTE
ESTUDIOS EMPÍRICOS

6	La autonomía profesional como amenaza a la garantía de los derechos de las mujeres en maternidades públicas <i>Cecilia Canevari</i>	175
7	¿Curar el parto? La compleja relación entre medicina y nacimiento <i>Mercedes Campiglia Calveiro</i>	211

CUARTA PARTE
LEYES Y POLÍTICAS

8	La violencia obstétrica en el papel. Crítica a la política pública para la atención del embarazo, parto y puerperio en la Ciudad de México <i>Dolores Corral</i> <i>Sylvia Sosa Fuentes</i>	257
	Sobre las autoras y autores	293

1

Introducción

Violencia simbólica, violencia obstétrica y ciencias sociales

Roberto Castro
Sonia M. Frías

Surgida al fragor de los movimientos feministas, en particular aquellos que han puesto el acento en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, la noción de *violencia obstétrica* (vo en lo sucesivo en este capítulo) es producto de las luchas que se libran en diversos campos: el político (que incluye al activismo feminista), el jurídico, el médico y el académico. Y es solo al observar la dialéctica entre ellos, a la luz de las ciencias sociales, que podemos comprender la evolución que ha seguido esta causa en América Latina y en el mundo, y los obstáculos que enfrenta en la actualidad.

Además de su expresión en prácticas medicalizadas específicas que forman parte del modelo hegemónico de atención del parto, la vo incluye una dimensión de violencia simbólica en la que se ha reparado poco. Esta se define como la colaboración que ofrecen las personas que viven bajo una o varias formas de dominación con el orden social que las oprime. Es un reconocimiento basado en el desconocimiento de la arbitrariedad de esas relaciones de poder: “Lo que designo con el término reconocimiento [...] es el conjunto de supuestos fundamentales, prerreflexivos con los que el agente se compromete en el simple hecho de dar al mundo por sentado, de aceptar el mundo como es y encontrarlo natural porque *sus mentes están construidas de acuerdo con estructuras cognitivas salidas de las estructuras mismas del mundo*” (Bourdieu y Wacquant 2005, 240; cursivas en el original).

Es difícil pensar en un ejemplo más elocuente de violencia simbólica que el caso de la atención médica occidental del parto. La investigación histórica ha demostrado que la atención del parto fue expropiada por la medicina moderna, eminentemente masculinizada, desde el siglo XIX, mediante un proceso en el que, en alianza con el Estado, consolidó su profesionalización y obtuvo el marco jurídico que le garantizó el monopolio legítimo de las prácticas curativas, entre las que

incluyó al proceso perinatal (Oakley 1984; Kukura 2016). Ello implicó el concomitante desplazamiento de las parteras y la deslegitimación de las formas tradicionales de parir. Y, al consolidar su dominación, la medicina moderna promovió entre los diversos agentes sociales la aceptación del modelo biomédico de atención del parto como el “más conveniente”, el más “avanzado”, como la expresión de la vanguardia de la civilización y la modernidad (Sadler 2020).

Sin embargo, el modelo médico contemporáneo de atención al parto ha sido denunciado como una práctica en sí misma violenta (ver Belli 2013, y varias autoras en el presente libro). La manera de parir, bajo la égida de la medicina institucional moderna es, con frecuencia, una experiencia violenta, de sometimiento, de expropiación de derechos y de abusos clínicos, tal como lo saben muchas mujeres de diversa condición desde hace muchos años (Chiarotti, García Jurado, Aucía y Arminchiardi 2003; Chiarotti, Schuster y Arminchiardi 2008). Dado que no todo conocimiento participa de la misma jerarquía, ni todo saber cuenta con una amplia validación social, esta certeza de las mujeres ha permanecido marginada por mucho tiempo. Hay conocimientos políticamente legitimados desde las estructuras de poder, que se vuelven, por lo mismo, del dominio público y, en ocasiones, materia de interés para el Estado: se producen, o al menos se reconocen desde las cimas de esa orografía de la dominación. Otros conocimientos, en cambio, permanecen en las simas, soterrados, sin acceso a los recursos necesarios para su legitimación pública y colectiva, por lo que traducen una experiencia existencial demoledora: se viven como asuntos personales, privados, como si fueran producto de la mala suerte o de lo que “le tocó vivir” a quienes los experimentan. Cuando ello ocurre, la violencia simbólica se realiza plenamente: a pesar de haber registrado en su propio cuerpo la violencia física y emocional derivada del modelo médico de atención, a pesar de haberlo sufrido en carne propia, muchas mujeres terminan por reconocer su experiencia como un episodio individual, como algo que de todas maneras hay que agradecer “porque la/el bebé está bien”, o como parte de los sacrificios que la maternidad más noble demanda.

En otros casos, sin embargo, las mujeres sí han protestado y hecho oír su voz durante el momento en que son atendidas en pleno trabajo de parto; han tratado de comunicar cómo se sienten y qué curso de acción querrían seguir, y han deseado, ante todo, escuchar las señales de su propio cuerpo y seguir de forma

intuitiva los pasos que este va dando. Pero, entonces, han debido enfrentarse a esa forma de *injusticia epistémica* que consiste en constatar que quienes las rodean —básicamente personal de salud— no les conceden un nivel adecuado de credibilidad, pues se las considera no capacitadas para opinar, carentes de los méritos (sociales, técnicos o académicos) para ser tomadas en cuenta como agentes con interlocución válida por lo que, con frecuencia, se las reduce a la categoría de “ignorantes” de su propio cuerpo (Fricker 2017; Carel y Kidd 2014).

Algo similar ocurrió con la violencia de pareja contra las mujeres que por años fue desdeñada, desde las instituciones encargadas de la impartición de justicia, como una cuestión privada (acto clasificatorio cristalizado en el refrán “los trapos sucios se lavan en casa”) aunque fueran miles de mujeres las que la sufrían, menosprecio que inhibía el desarrollo de una experiencia colectiva y politizada. En el caso de la atención medicalizada del parto, la cuestión incluye un amplio repertorio de, bien vistas, extrañas intervenciones que, por efecto de la violencia simbólica, terminan siendo aceptadas y naturalizadas por los agentes sociales: desde aquellas prácticas de sedación de las mujeres al momento del parto (técnica común en muchos países occidentales a mediados del siglo pasado) que contravenían lo que las mujeres saben desde el cuerpo (o sea, que así no se pare), hasta las actuales tasas de cesáreas que han alcanzado niveles absurdamente elevados, pero que son vividas por muchas mujeres como una cuestión derivada de una falencia individual: “dice el doctor que soy estrecha de caderas, que el bebé no cabe”. Y si bien esta relativa conformidad no es universal —pues hay grupos de mujeres indígenas, negras y de otras minorías sociales que encarnan una herencia de experiencias negativas respecto a los abusos que se pueden cometer desde la medicina moderna (Freyermuth 2003; Washington 2006)— las estadísticas sobre las tasas de cesáreas están a la vista: mientras que en 2000 poco más de 12 % de los nacimientos en el mundo ocurrieron vía operación cesárea, en 2015 este porcentaje llegó a 21 %, cuando la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es que las tasas deben oscilar en un máximo entre 10 y 15 % (Boerma et al. 2018; OMS 2015a).¹

¹ Estos porcentajes no son homogéneos en todas partes: en América Latina, la proporción de nacimientos por cesárea llegó a 44.3 %, mientras que en África Central y Occidental

Diversas investigaciones demuestran que los factores que más explican las altas tasas de cesáreas en el mundo solo en una reducida proporción tienen que ver con la salud de las mujeres, mientras que la mayoría de ellas son atribuibles a variables organizacionales, económicas y políticas de las compañías aseguradoras, a cuestiones de eficiencia institucional, y a una propensión del personal médico “a practicar” operaciones para entrenar (Campero et al. 2007; Davis-Floyd 2003). Es decir, variables ajenas al proceso natural del parto.

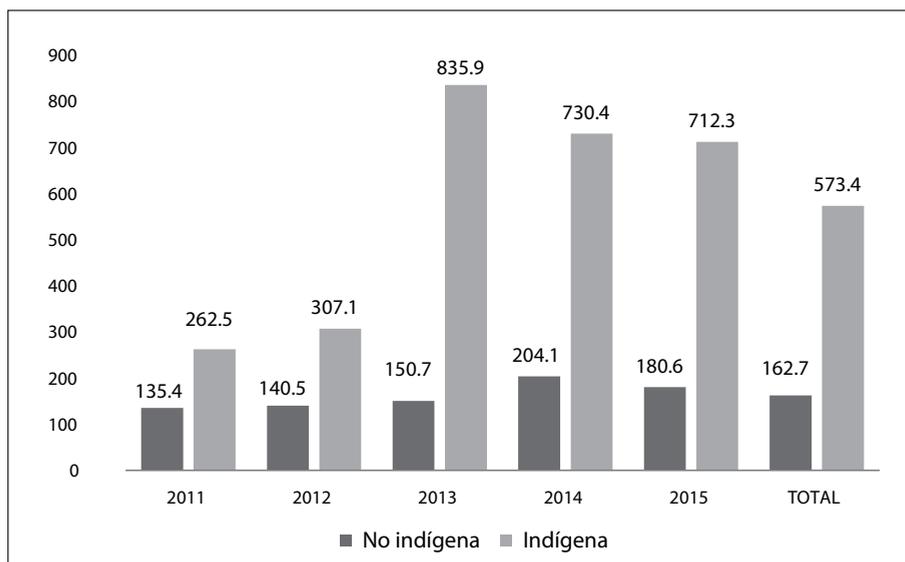
La relativa conformidad con que se percibe este fenómeno resulta todo un dato sociológico, como si se diera por sentado que estamos ante una creciente epidemia de mujeres con malformaciones que les impiden parir de forma natural. Dicho en pocas palabras: la aparente ausencia de la rebelión a la que este panorama podría concitar es proporcional a la fuerza con la que operan la injusticia epistémica y la violencia simbólica en esta materia, máxime que esta creciente estadística no siempre es resultado de una imposición directa o autoritaria de parte de los servicios de salud, sino que incluso en ocasiones también responde a una solicitud expresa por parte de algunas mujeres (Pérez 2018).

En donde sí se observan obvias prácticas autoritarias es en el caso de las políticas de colocación de dispositivos intrauterinos (DIU) y esterilización de las mujeres indígenas de inmediato después del parto, en México y otros países de América Latina, que también pueden considerarse como formas de violencia obstétrica. En esta región, dichas tasas son desproporcionadamente elevadas en comparación con las que se observan en las mujeres no indígenas. La gráfica 1 es ilustrativa respecto de lo que ocurre en México en esta materia.

En este caso, claro, no podemos hablar del mismo tipo de “conformidad” del que se observa en torno a las cesáreas y al modelo médico contemporáneo de atención al parto, pues diversos grupos de mujeres indígenas han protestado de varias maneras ante esta arbitrariedad (Sahuquillo 2017; CNDH 2002). Pero ni siquiera la intervención de organismos internacionales como la Organización de Naciones

fue solo de 4.1%. En América Latina, los países con los más altos porcentajes de nacimientos por esta vía son la República Dominicana (59.3%) y Brasil (56%). En México, en 2020 por primera vez la proporción de cesáreas llegó a 50%, tras muchos años de presentar una tendencia de ascenso constante (SSA 2020a).

Gráfica 1
Tasas de esterilización y colocación de DIU en el ámbito nacional
por cien mil mujeres en edad de 15 a 49 años, 2011-2015



Fuente: Castro y Campuzano (2021), cálculos propios con datos del Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SSA 2020b).

Unidas (ONU) o la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), o nacionales como la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) en México, han podido detener y cuestionar de raíz esta inercia médica institucional que facilita el despliegue de prácticas autoritarias por parte del personal de salud en su ejercicio profesional y que desconoce, en este caso a las mujeres indígenas, como sujetos autorizados, antes que nadie, para opinar sobre sus propias prácticas reproductivas.

En otros trabajos hemos analizado el origen del *habitus médico autoritario* y la naturalidad con que este se desarrolla en los servicios de salud, sin importar que el personal médico profesional tenga o no intenciones conscientes de actuar de mala fe (Castro 2014). Asociadas a esta propensión autoritaria se encuentran las diversas formas de maltrato, coerción, abuso y falta de respeto que múltiples investigaciones han documentado que sufren las mujeres durante el parto en las

instituciones de salud en América Latina (Quattrocchi y Magnone 2020), así como en diversas partes del mundo.

En efecto, desde finales del siglo pasado, comenzó a producirse literatura política y académica que documentaba los abusos sufridos por mujeres durante la atención del parto. El problema comenzó a ser conceptualizado como “abuso y maltrato”, o como violación de derechos de las mujeres (Castro y Erviti 2003). En 2007 el término quedó por primera vez inscrito en la ley en Venezuela, desde donde se ha diseminado a otros códigos jurídicos de la región. Al ser reconocida en la ley, la violencia obstétrica adquirió un nuevo estatuto ontológico: pasó de ser conocida por muchas mujeres de forma directa, vivencial, aún sin designarla con ese nombre, a ser nominada y registrada en el ámbito jurídico como una forma de sufrimiento humano con nombre específico, con el concomitante efecto pedagógico que pone “en boca de las personas, las palabras de la ley” (Segato 2011, 250).

Como lo muestran varios capítulos de este libro, el número de artículos científicos publicados en revistas académicas con el término “violencia obstétrica” en el título, ha tenido un aumento exponencial en la última década, lo que revela un creciente proceso de apropiación que el término ha venido conociendo en diversas partes del mundo, si bien, como se verá, con efectos no siempre positivos. Así, en este libro proponemos que la forma como se ha utilizado este concepto debe ser materia de estudio desde las ciencias sociales, pues no todas las investigaciones sobre violencia obstétrica apuntan en la misma dirección, ya que algunos usos pueden tener un efecto contrario al que se busca y reforzar, sin quererlo, al modelo médico dominante.

Cabe entonces diferenciar múltiples aproximaciones en torno a la violencia obstétrica, en función de sus supuestos, sus enfoques teóricos, sus postulados metodológicos y sus alcances críticos (Castrillo 2016). De entre esta multiplicidad, nos interesa resaltar dos perspectivas en esta materia que, si bien no son excluyentes entre sí, presentan algunas variantes que conviene conocer. Por una parte, está la corriente que centra su mirada en indicadores como el abuso verbal, faltas de respeto, imposición de procedimientos sin autorización de las mujeres, aplicación de técnicas innecesarias, maltrato emocional y otros semejantes, en los que incurre el personal de salud durante la atención institucional del parto; este enfoque privilegia el uso de la expresión “abuso y maltrato durante la atención del

parto” para referirse al problema (Bohren et al. 2015; Diniz et al. 2015; Castro y Frías 2019; Amroussia et al. 2017). A esta corriente pertenecen la mayoría de los artículos publicados en el mundo en los años recientes, incluyendo los elaborados por la Organización Mundial de la Salud (Freedman et al. 2014; OMS 2015b) y por la propia Organización de las Naciones Unidas (ONU 2019). Y, por otra parte, está la corriente que nombra al problema de manera directa como “violencia obstétrica” y que postula que su origen se halla en la naturaleza violenta del modelo médico occidental de atención del parto y que, por lo tanto, la erradicación de este problema pasa necesariamente por la reapropiación, por parte de las mujeres, de sus procesos reproductivos y la eliminación de la hegemonía médica sobre sus cuerpos (Arguedas 2014; Goberna-Tricas y Bolanderas 2018; Insgenar 2006; Sadler et al. 2016). Los esquemas de percepción y apreciación que impone el campo nos llevan a pensar que la VO se reduce a cuestiones como el maltrato, los insultos, o la sobremedicalización, y deja intacto el modelo médico de atención del parto, aquel en el que la medicina moderna sigue dictando los términos en los que se debe parir. Lo que significa que no siempre, sobre todo en la literatura académica, la crítica es radical. Este libro suscribe esta última postura, sin que ello impida a las diferentes autoras explorar, con libertad, otras perspectivas.

Como se podrá apreciar en la lectura de los capítulos, el problema de la VO es objeto de intensas luchas en diversos campos. Varias autoras de este libro ofrecen evidencias de ello obtenidas en su trabajo de campo en clínicas y hospitales donde se atienden partos. La resistencia al interior del campo médico, sobre todo entre el personal médico y de enfermería, ante la posibilidad de comenzar a practicar la obstetricia de manera diferente, es un indicador directo de ello. La lucha también se puede ver entre estas profesiones y otras como parteras y doulas (Magnone 2011; Campiglia 2015). En otro nivel, la lucha se da entre diversos campos, por ejemplo, el campo jurídico y el campo médico, sobre todo ante la posibilidad de criminalizar la violencia obstétrica y tipificarla como delito (Rello 2015). Y en un nivel aún más general, la lucha se disputa en torno al monopolio de la atención del parto que en muchos países ostenta en la actualidad la medicina moderna, pero que de forma creciente enfrenta cuestionamientos desde diversos ámbitos como el movimiento feminista, organizaciones de parteras y doulas, y otros. Varios capítulos de este libro ilustran este último aspecto.

Ante la demostración de la eficacia y contundencia de la violencia simbólica que se ejerce desde el modelo médico contemporáneo de atención del parto, podría parecer que no hay alternativas. Pero siempre hay rutas de salida. Así como, con base en el principio de que “lo personal es político”, el movimiento de mujeres pudo, no sin grandes esfuerzos, redimensionar el conocimiento que tenían muchas de ellas, por experiencia propia, de la grave violación de los derechos humanos que supone la violencia de pareja, y convertirlo, así, en un asunto público, también ha comenzado a crecer un movimiento en favor del parto humanizado y en contra de la violencia obstétrica que es ya objeto de atención por parte de diversas instituciones. La violencia simbólica, por eficaz que resulte en la mantención del orden del que es producto gracias a la complicidad inconsciente con que opera por parte de las personas dominadas, puede subvertirse si se evidencian sus mecanismos ocultos y la arbitrariedad de la que es expresión: “La acción de la violencia simbólica es tanto más fuerte cuanto mayor es el desconocimiento de su arbitrariedad, y uno puede destruir ese poder de imposición simbólica a partir de una toma de conciencia de lo arbitrario, lo que supone el develamiento de la verdad objetiva y el aniquilamiento de la creencia que la sustenta” (Gutiérrez 2004, 298).

La génesis de esta creciente conciencia del problema puede rastrearse vinculada a varios ejes de manera simultánea. En primer lugar, el ya mencionado análisis histórico feminista que, desde la década de 1980, comenzó a documentar cómo el ascenso de los “expertos” médicos y científicos supuso un concomitante desplazamiento de las mujeres de las materias que hasta entonces les habían sido propias, como la atención del parto (Freidson 1978; Ehrenreich y English 1990).

En segundo lugar, el eje del análisis institucional que centra la mirada en el surgimiento de las instituciones modernas y el subsiguiente desarrollo de las burocracias diseñadas para la producción (atención) masiva y eficientista (Foucault 1984; Weber 2014). La propia medicina no escapó a este proceso de “racionalización”, lo que explica la desaparición de la antigua práctica liberal centrada en los pacientes y el surgimiento de la medicina de especialidades, caracterizada por la existencia de grandes instituciones y corporaciones de salud a las que pertenecen los/as médicos/as en calidad de empleados, y en donde se atiende a grandes cantidades de personas que acuden a ellas en busca de atención a sus necesidades de salud (Schraiber 2019).

Y, en tercer lugar, desde luego, el eje de los estudios de género y feministas que han impulsado una agenda emancipatoria en múltiples frentes, entre los cuales los derechos sexuales y reproductivos ocupan un lugar central. En este sentido, a lo largo de las últimas décadas diversos movimientos de mujeres (activistas y académicas) han promovido una lucha por la reapropiación de muchas de las materias de las que antes fueron despojadas o de las que han sido excluidas en materia de salud y, desde luego, con relación al embarazo y la atención del parto (Boston Women's Health Book Collective 1992; Martin 1987).

Tesis de posgrado en ciencias sociales y violencia obstétrica en América Latina

Una extraña tradición dentro del campo de los estudios de posgrado en ciencias sociales (y, posiblemente también en muchas otras disciplinas) impone a los/as estudiantes la obligación de hacer una disertación o tesis, tarea que se logra, por lo común, luego de arduos esfuerzos, para después ser olvidadas en algún reservorio de obras que nadie consulta. Se trata de un desperdicio cuyas razones y funciones una investigación sociológica bien podría dilucidar, pues muchas de esas tesis están llenas de ideas novedosas, enfoques sugerentes, hallazgos relevantes y conclusiones importantes. A mediados de 2020, quienes nos encargamos de la coordinación de este libro caímos en la cuenta de que en América Latina se han completado, en los últimos años, varias tesis de maestría o de doctorado en el área de ciencias sociales, en torno al problema de la violencia obstétrica. Decidimos entonces invitar a las autoras de los diversos capítulos que componen este volumen a participar con un texto derivado de sus tesis, con la convicción de que cada una puede hacer aportaciones de primera importancia al conocimiento y al debate sobre esta materia. Si bien en una empresa como esta siempre se corre el riesgo de terminar por ensamblar un conjunto de capítulos que no dialogan gran cosa entre sí, en este caso hemos logrado en colectividad crear un libro con una unidad temática y un argumento que pueden apreciarse no solo de manera longitudinal, sino en cada texto en sí mismo.

La unidad temática de este libro queda en evidencia al examinar los ejes que cruzan transversalmente los diferentes capítulos que lo componen. Un primer eje, el *conceptual*, muestra a la VO como producto de los diversos dispositivos de poder que operan en contra de las mujeres, no solo en términos de desigualdad de género, sino al interior del modelo médico hegemónico que estructura el tipo de atención que se brinda, desde la medicina moderna, cuando se trata de la atención del parto. La VO puede teorizarse como la punta de una pirámide cuyos vértices son la violencia de género y el disciplinamiento de los cuerpos, la violencia económica promovida por el Estado, las conductas violentas del propio personal de salud, y la violencia simbólica manifestada en la dificultad o incapacidad que muestran muchas mujeres de reclamar de forma activa el ejercicio de sus derechos (Espinoza).² Esta “pasividad” debe entenderse en el marco de la subalternización de las mujeres que produce la medicina moderna y en el tipo particular de vínculos que se establecen entre las personas profesionales y las mujeres (Canevari).

El modelo médico moderno de atención del parto, sostienen las autoras, es en sí mismo violento, incluso en los casos en los que no se registra lo que diversos estudios han dado en llamar “maltratos” o “faltas de respeto” a las mujeres (Campiglia y Castrillo). Es un modelo que ve a las mujeres como objetos de trabajo, más que como sujetos (Espinoza). Más aún, la reciente proliferación de artículos e investigaciones sobre VO, que se centran justo en esas formas más evidentes de abuso, ha contribuido a invisibilizar el carácter violento de las múltiples intervenciones médicas legitimadas por la medicina moderna como “necesarias”, “preventivas” o “auxiliares” y, por ende, del carácter violento del modelo médico de atención del parto en su conjunto (Castrillo). La pregunta entonces es cómo se dio la autorización gubernamental para violentar así los cuerpos de las mujeres (Ferreira), y cómo desarticular la VO si tiene entonces un carácter estructural (Campiglia) y, como es evidente, no puede reducirse solo a una cuestión de “sensibilizar” a los médicos y médicas.

Se trata de una génesis que ha sido documentada desde un enfoque foucaultiano donde la VO es parte de un sistema más general de castigos, vigilancia y

² Para hacer referencia a las autoras y autores de este libro, iremos señalando entre paréntesis sus apellidos.

disciplinamiento impulsado por el Estado, y en el que participan no solo médicos y médicas, sino guardianes, psiquiatras, capellanes y profesionales en otros ámbitos (Ferreira). Y si este enfoque privilegia el aporte de las ciencias históricas, otros trabajos en este libro enfatizan la importancia de la sociología (Castrillo, Ferreira), la antropología (Campiglia), el enfoque de género (todas) y el pensamiento feminista que, por definición, supone también una investigación política (Canevari) y de políticas públicas en la materia (Corral y Sosa).

El ascenso y la hegemonía de la medicina moderna se deben a su eficacia y a su alianza con el Estado en el proceso de expansión del capitalismo (Campiglia, Canevari), donde el vínculo médico-paciente es cada vez más tecnologizado y donde la autonomía médica entra cada vez más en tensión con la autonomía de las mujeres (Canevari). Otras tensiones en esta misma línea tienen que ver con la manera de nombrar las cosas, donde el personal de salud “hace partos”, denominación que choca con las formas en que muchas mujeres se apropian de su experiencia de parir (Castrillo).

La riqueza de los enfoques de las ciencias sociales es evidente: la antropología concibe a la medicina moderna como un sistema de creencias, un sistema simbólico que hace mucho más que curar la enfermedad (Campiglia). El enfoque sociológico que usan las autoras permite conceptualizar al campo médico y las luchas que se libran en su interior, no solo por el monopolio de la definición legítima de atención “correcta” del parto, sino incluso por la definición de VO y como fuente de las políticas y los reglamentos que se formulan en esta materia (Corral y Sosa). Un marco legal que no incluye los aspectos simbólicos, psicológicos y de sobremedicalización, y que deja en manos de potenciales victimarios y victimarias la definición del alcance de estos aspectos (Canevari). Esto último no sorprende, pues una inspección de las definiciones de VO muestra que esta sigue siendo una noción imprecisa, que se utiliza y aplica de diversas maneras (Righetti y Di Marco).

Un segundo eje transversal tiene que ver con los *métodos* empleados por las diversas autoras a lo largo de este libro. La variedad y riqueza de los planteamientos metodológicos incluye un amplio espectro de estrategias y procedimientos puestos al servicio de la construcción del objeto: la indagación sobre las variedades definitorias y de uso del concepto de VO, de la naturaleza, alcances y consecuencias

de esta, su relación en términos sociológicos y antropológicos con el parto humanizado, y un estudio de caso concreto sobre las políticas implementadas en torno a la VO, así como el análisis de sus limitaciones y, por ende, las razones de su fracaso.

Además, en los diversos capítulos de este libro la persona que lee puede encontrar materia de consulta para conocer los “trucos del oficio” en palabras de Becker (2009), acerca de cómo se hace una exhaustiva revisión bibliográfica sobre el concepto de VO, y cómo se depuran los hallazgos y, por último, se les clasifica en pocas categorías. Encontrará también ejemplos específicos del análisis que se puede hacer cuando se usan técnicas tan diversas como entrevistas en profundidad a mujeres que sufrieron VO; observaciones etnográficas en maternidades combinadas con grupos focales y entrevistas individuales con profesionales de la atención del parto (doulas, médicos, médicas, enfermeras, enfermeros, parteras, obstetras), además de mujeres en trabajo de parto y acompañantes; una investigación etnográfica comparativa en dos maternidades, en una de las cuales se puso en marcha un programa de humanización del parto, para observar los circuitos del poder que se activan y las resistencias que genera un intento de cambio de este tipo; entrevistas en profundidad combinadas con observaciones de modelos de atención distintos (uno medicalizado y otro basado en derechos) y, desde luego, el análisis histórico y arqueológico propuesto por Foucault, que indaga sobre la génesis del modelo hegemónico actual de la atención del parto y la violencia que suele serle concomitante.

Por último, un tercer eje analítico que corre de manera transversal a lo largo de los diversos capítulos se refiere a los *hallazgos* que presentan las autoras. Este es un libro cuyo objetivo es mostrar los resultados alcanzados en materia de VO con base en diversas tesis de posgrado en ciencias sociales. Por ello, si bien cada capítulo es un estudio específico, una lectura horizontal de todos ellos nos lleva a formular, entre otros posibles, un argumento general (sustentado en evidencias empíricas) desde la estructura que presentamos en el siguiente apartado.

Hacia una teoría social y feminista de la violencia obstétrica

El libro se organiza en cuatro apartados. El primero de ellos, denominado “Definiciones y génesis histórica”, agrupa dos capítulos que discuten, cada uno, el estado del arte en términos de la definición del concepto de violencia obstétrica, y un análisis de la génesis histórica de este fenómeno.

En efecto, conviene acercarse al problema de la VO con una profunda revisión bibliográfica de la manera en que ha sido definido este concepto y constatar, así, que no existe un consenso unánime sobre el significado y los alcances de esta forma de violencia de género que ha comenzado a ser estudiada de manera sistemática en la última década. Righetti y Di Marco proponen, tras una revisión de más de 200 artículos y una selección de 100 de ellos publicados en América Latina, que es posible agrupar la literatura existente en cinco grandes categorías: *i)* artículos con un enfoque legal o jurídico, en los que la VO se concibe como el nexo entre violencia de género y mala práctica médica; *ii)* artículos de ciencias sociales y humanas, que enfatizan el papel que juegan las desigualdades de poder y donde se incluyen los enfoques más feministas, social-construccionistas y de psicología femenina; *iii)* artículos que privilegian la construcción de tipologías clasificatorias, que enfatizan el problema de la calidad de la atención vinculado a toda forma de VO. Se incluyen ahí: *iv)* los enfoques que hablan del problema en términos de *disrespect and abuse* (más que de VO propiamente dicha) que suponen un salto analítico respecto al enfoque de “violencia obstétrica” impulsado desde América Latina porque no siempre tienen enfoque de género. Y, por último, *v)* artículos que se centran en la percepción sobre esta materia que tienen las personas profesionales, en los que destaca la resistencia que presenta el gremio médico ante el debate en torno a la VO y su tendencia a responsabilizar al Estado por las, con frecuencia, arduas condiciones de trabajo.

Surge entonces la cuestión acerca de la manera en que se relacionan estos enfoques entre sí. La lectura del texto de Righetti y Di Marco demuestra que la inexistencia de una definición consensuada es expresión de las luchas que, en torno a esta materia, se libran en la actualidad en los campos jurídico, académico (de las ciencias sociales, las humanidades y la salud colectiva), de los servicios de salud y, desde luego, el campo político, donde el movimiento de mujeres juega

un papel central. Pero las luchas por delimitar el alcance del concepto de VO no se libran con igual intensidad en todos los ámbitos antes mencionados. Righetti y Di Marco muestran que, en ese sentido, el campo académico es el más dinámico a este respecto, y señalan las implicaciones epistemológicas, éticas y políticas de las diversas conceptualizaciones de la violencia obstétrica, para concluir que, más allá de las contribuciones de cada enfoque, sorprende las pocas propuestas en la literatura orientadas a enfrentar y cambiar la situación, si bien no omiten identificar las propuestas del parto humanizado como la alternativa más clara en esa dirección.

Con este antecedente sobre las variedades semánticas en torno al concepto de VO, lo natural es preguntarse sobre los orígenes históricos de la obstetricia médica moderna y, en consecuencia, de la VO. Esa es justamente la contribución de Maíra Soares Ferreira, de Brasil, con su capítulo “Geografías brasileñas del dolor: la violencia obstétrica como un castigo sexual a las mujeres”. La autora parte de la tesis de que la VO es un acto misógino de castigo a las mujeres, resultado de siglos de negación de su sexualidad y capacidad de decidir, para plantearse la pregunta nodal acerca de cómo se dio la autorización gubernamental para violentar los cuerpos de las mujeres, cuál es el papel que juega la ciencia obstétrica en invisibilizar y justificar dicha violencia, y de qué manera es practicada por los planes gubernamentales de salud sexual y reproductiva. La idea cristiana de que la mujer se redime en la abnegación conyugal y el sufrimiento en el parto subyace a la obstetricia moderna que se presenta como la opción salvadora de las mujeres ante el modelo de la cristiandad que mandata que las mujeres “parirán con dolor”. La autora argumenta que es posible encontrar importantes indicios de procesos de usurpación científica operados por la obstetricia actual sobre la antigua partería tradicional, la manipulación de la intervención de las parteras en las comunidades fuera del alcance y del interés del Estado, la desigualdad en las acciones violentas acordes con las características sociales de las mujeres y el tipo de asistencia requerida, la imposición de una obstetricia sin evidencias científicas y la falsedad de los programas gubernamentales de “humanización”, todos dirigidos al control por parte del Estado, que mantiene el castigo sexual a las mujeres. El enfoque histórico resulta fundamental para comprender la génesis de la obstetricia moderna: a finales de la década de 1950, señala Maíra Soares Ferreira, ya se encuentran artículos científicos que hablan de la crueldad en las maternidades, y se funda en Inglaterra

una asociación de mujeres destinada a prevenir la crueldad hacia las embarazadas. Lo que demuestra que el término VO es producto de una larga lucha ante la que profesionales médicos se resisten al insistir, en primer lugar, en que el propio término (VO) debe ser eliminado pues, arguyen de forma errónea, les afrenta en lo personal.

La segunda sección del libro se denomina “Cultura y teoría social” y agrupa dos capítulos. Una vez revisada la génesis histórica de la obstetricia moderna y de la VO, viene bien acceder de lleno al análisis de este fenómeno en el presente, en sus dimensiones macro y microsociales. Para la primera, el capítulo de Ester Espinoza ofrece un excelente acercamiento pues permite vislumbrar los vínculos entre la cultura occidental (estrechamente asociada a la violencia misógina) y la práctica médica autoritaria que se gesta en los médicos y médicas desde los años de la residencia. Con el título “La pirámide de la violencia obstétrica: dimensiones culturales y estructurales”, el capítulo parte de la teorización de Galtung para señalar que la VO es la parte visible de una pirámide de violencia más amplia y compleja con raíces en aspectos culturales y estructurales que dan base, justifican o legitiman a la manifestación directa de la violencia. La cultura, por tanto, genera la violencia de género que se manifiesta en las salas de labor y parto. Su objetivo es analizar algunos de los elementos culturales y estructurales que permiten que se produzca y reproduzca la violencia obstétrica en México. En esta cultura hay varios elementos que propician la VO: la representación del cuerpo femenino como débil y la medicina occidental que parece estar estructurada para hacerlo dócil; la violencia económica estructural que funciona como mecanismo que clasifica a las mujeres en función del tipo de atención obstétrica a la que podrán tener acceso; y, no menos importante, la falta de una cultura de derechos plenamente vigente entre las mujeres, que contribuye a que estas se mantengan pasivas y sin ánimo de demandar a las instituciones de salud donde son violentadas, por considerar que esas acciones serán poco efectivas. La autora concluye que cada uno de estos elementos tiene un correlato que se manifiesta en forma de violencia directa, por medio del disciplinamiento de los cuerpos gestantes y la falta de acceso a una atención obstétrica digna y oportuna. Se trata de luchas de saber y poder que implican inducción del miedo, así como desconfianza y pasividad, entre otros efectos.

El capítulo de Belén Castrillo, de Argentina, titulado “Pensando sociológicamente la violencia obstétrica”, constituye un claro alegato en favor del papel que puede jugar la sociología en el estudio riguroso y consecuente del problema de la VO. Al analizar el creciente número de publicaciones académicas sobre violencia obstétrica que se observa en los últimos años, la autora postula que dicho *corpus* de publicaciones no necesariamente es expresión de un avance de la crítica al modelo médico occidental de atención del parto ni mucho menos de la construcción de las condiciones para su radical transformación. Al contrario, dado que la mayoría de las publicaciones se centran en las formas extremas de maltrato y abuso a las mujeres durante la atención del parto, y focalizan su “crítica” en esos aspectos, se deja de lado la crítica fundamental, es decir, la del modelo de atención, lo que en realidad termina por reforzar el sistema que es origen y causa de la violencia obstétrica. Este análisis vuelve a poner en el centro la cuestión sobre la disputa de lo que es (y no es) la VO propiamente dicha. Esta disputa se aprecia también en diversas tensiones que son evidentes de diversas maneras; por ejemplo, en la brecha entre lo que dicen las leyes, lo que regulan los reglamentos y lo que al final se hace; o entre las nominaciones objetivas (el personal de salud “hace” partos) y las apropiaciones subjetivas de muchas mujeres de la experiencia de parir; o en el rango que se abre entre la VO obvia (que concita urgente intervención) y la VO sutil, que se vehiculiza a través de un sinnúmero de intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto, y que se presentan como necesarias, preventivas, saludables y otras categorías opuestas a lo que entraña la noción de VO.

La tercera sección del libro, que se denomina “Estudios empíricos”, incluye dos capítulos que constituyen sendas investigaciones en dos maternidades, en Argentina en un caso, en Ciudad de México en el otro. Así, transitamos de forma gradual, en este libro, de lo conceptual a lo histórico, a lo macrosocial y cultural y, por último, a lo microsocioal. En efecto, el capítulo de Cecilia Canevari, de Argentina, titulado “Leyes, protocolos y prácticas médicas: autonomía, anomia y violencias”, indaga cómo la medicina moderna “subalterniza” a las mujeres al vulnerar la autonomía de aquellas que demandan asistencia por sus eventos reproductivos. Muestra el vínculo crítico que se establece entre los/as profesionales de la salud y las usuarias de los servicios, y aporta elementos desde las teorías feministas críticas para dilucidar las distintas formas de expresión que adquieren las violencias,

mismas que abarcan gradientes que van desde modos simbólicos hasta otros más explícitos, que ocasionan daño. El capítulo ofrece elementos para comprender el proceso a partir del cual el patriarcado y el capitalismo, como estructuras sociales que perduran temporalmente, se entrelazan de manera particular en el caso de la medicina y las violencias que allí se evidencian. La autora documenta la paradoja existente en la tendencia, por un lado, de las autoridades a protocolizar las prácticas médicas y, por el otro, del personal médico a defender la autonomía de la profesión, lo que les permite ignorar activamente las reglamentaciones que, se supone, norman su práctica en materia de VO. Las maternidades siguen poniendo el énfasis en que las/los bebés nazcan bien, lo que las lleva a una creciente tecnologización del parto, en claro detrimento de las posibilidades de partos sin diversas formas de violencia. La colonización que resulta de la creciente imposición del modelo médico moderno se refleja también en la violencia simbólica que significa el hecho de que muchas mujeres soliciten un parto de acuerdo con los estándares de la medicina moderna, señala la autora, por lo que es imperativa la adopción de un enfoque crítico-feminista que nos prevenga de la ingenuidad de depositar en el Estado todas las esperanzas de transformación del parto medicalizado.

Por su parte, el capítulo de Mercedes Campiglia (autora de Argentina, tesis hecha en México), se presenta con el sugestivo título “¿Curar el parto? La compleja relación entre medicina y nacimiento”. Con un enfoque antropológico, el texto se basa en una intervención en un pequeño hospital de la Ciudad de México, que consistió en la implementación de un programa piloto para la humanización del parto, y en el análisis de lo ocurrido en comparación con otra maternidad donde no hubo intervención. Esta estrategia se reveló a lo largo del trabajo de campo como un recurso privilegiado para la observación de las dinámicas de circulación del poder al interior de la institución intervenida y como un detonador de reacciones que permitió analizar los movimientos producidos en las estructuras a partir de las propuestas de cambio. La autora muestra que el modelo médico hegemónico de atención del parto se basa en cuatro ejes: la inscripción de los cuerpos que dan a luz en la lógica neoliberal de la productividad; la construcción de espacios fragmentados destinados al procesamiento de dichos cuerpos por un equipo de profesionales que toma a su cargo la tarea reproductiva; la concentración del saber en manos de los/as expertos/as que convocan a la parturienta a adoptar la posición

de “paciente”, y el uso del significante de “riesgo” como recurso para conducir a la hiperpasividad de las mujeres y la hiperreactividad del personal. No escapa a su atención lo que advierten otras autoras de este libro, a saber, que no todas las mujeres prefieren un parto humanizado con poca intervención médica: la hegemonía de la hipermedicalización se advierte en la colaboración que muestran las mujeres que la solicitan. En esta dialéctica, entonces, la intervención confirma el poder de los médicos y médicas, mientras que la no intervención devuelve la confianza a las mujeres. Pero se trata de un complejo entramado social —y no solo de la falta de una disposición personal de los médicos— lo que explica el surgimiento de la VO. La humanización del parto, señala la autora, requiere desde que el personal de salud pueda descansar, dormir y trabajar en condiciones también humanas, hasta la generación de narrativas y condiciones que le permitan vincularse de otra manera con las mujeres que atiende, no como el objeto en el que interviene, sino como la persona a la que acompaña.

En consecuencia, el recorrido realizado en este libro, hasta este punto, incluye el análisis de la variedad de concepciones que se identifican en la literatura en torno a la VO, el estudio de los orígenes históricos y los componentes culturales del problema, así como la indagación socioantropológica, con fundamentos empíricos, de la intervención medicalizada sobre los partos y la producción de subalternidades a partir de un modelo medicalizado y hegemónico de atención del parto. Resulta indispensable, entonces, concluir este volumen con un análisis de las políticas públicas que se están implementando para erradicar y prevenir este problema.

Ese es el contenido de la cuarta sección del libro, denominada “Leyes y políticas”, que consta del capítulo titulado “La violencia obstétrica en el papel. Crítica a la política pública para la atención del embarazo, parto y puerperio en la Ciudad de México”, de Dolores Corral (de Argentina, tesis hecha en México) y Sylvia Sosa Fuentes (de Uruguay). Las autoras analizan con enfoque de género y empleando conceptos de la teoría de marcos interpretativos de políticas y del estructuralismo genético de Pierre Bourdieu, los diseños de los principales instrumentos normativos y herramientas de acción federales y locales vigentes en 2019, que componen la política pública encargada de regular la atención de las mujeres y personas gestantes durante el periodo perinatal en dicha ciudad. Además de poner en evidencia que las causas estructurales posibilitadoras del ejercicio de

violencia obstétrica se dejan de lado tanto a la hora de legislar como de diseñar instrumentos operativos, las autoras identifican una serie de inconsistencias entre los diversos niveles normativos donde la VO solo aparece de forma explícita en los documentos jurídicos de mayor jerarquía, pero se desvanece o desaparece en la medida en que se transita a instrumentos específicos de regulación del manejo de los servicios. En estos últimos, si acaso, se concibe a la VO como un problema de calidad de la atención, lejos del conocimiento científico social ya disponible —como el contenido en el presente libro— acerca del carácter patriarcal, de estructura determinada e incomprensible sin una perspectiva crítica feminista y de género, de la VO. Por ende, las políticas públicas sobre la materia se reducen, en el plano operativo, a meras cuestiones técnicas y de calidez en el trato. Las autoras realizan una serie de recomendaciones que apuntan a mejorar los diseños actuales de intervención, y rescatan la necesidad de vincular al sector salud con el educativo, ya que desde las escuelas y facultades de medicina y enfermería el tipo de formación que reciben las personas profesionales de la salud influye en la construcción de *habitus* autoritarios reproductores de diversos tipos de violencia (entre ellas, la obstétrica), que se pondrán en práctica en los espacios institucionalizados de atención de personas embarazadas y puérperas. Por tanto, para concluir, dicho capítulo destaca el argumento central que se advierte a lo largo de toda esta obra: que es fundamental hacerse de los conocimientos que aportan las ciencias sociales, no solo para conceptualizar e historizar el problema de la VO, sino para comprender sus dinámicas y determinaciones específicas y, por ende, para poder concebir intervenciones de eficacia política que contribuyan de manera decisiva a la erradicación del problema y su sustitución por un parto humanizado.

Este libro es, por tanto, mucho más que una mera colección de buenos capítulos, independientes entre sí. La coherencia de conjunto de esta obra, que es poco frecuente observar en publicaciones semejantes, es sin duda el resultado de lo que es común a todos los capítulos: la aplicación rigurosa de las teorías y los métodos de las ciencias sociales, y la apuesta por hacer de estas una sofisticada y rigurosa herramienta de esclarecimiento académico y de lucha política.

La lectura de esta obra demostrará la razón que nos asiste en nuestra convicción de que las ciencias sociales de calidad tienen un papel fundamental que jugar en el estudio de los objetos que —como la cuestión de la violencia obsté-

trica y la violencia simbólica con que se legitima— son materia de luchas no solo académicas, sino de mayor importancia aún, de luchas políticas, jurídicas y de derechos humanos en contra de todas las formas de violencia contra las mujeres.

Referencias bibliográficas

- Amroussia, Nada, Alison Hernández, Carmen Vives-Cases e Isabel Goicolea. 2017. “‘Is the Doctor God to Punish Me?’ An Intersectional Examination of Disrespectful and Abusive Care during Childbirth against Single Mothers in Tunisia”. *Reproductive Health* 14(32). doi:10.1186/s12978-017-0290-9.
- Arguedas Ramírez, Gabriela. 2014. “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe* 11(1): 155-180. <https://www.redalyc.org/pdf/4769/476947241008.pdf>.
- Becker, Howard. 2009. *Trucos del oficio. Cómo conducir su investigación en ciencias sociales*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Belli, Laura F. 2013. “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”. *Revista Redbioética/Unesco* 4(7): 25-34. <http://hdl.handle.net/11336/12868>.
- Boerma, Ties, Carine Ronsmans, Dessalegn Y. Melesse, Aluisio J. D. Barros, Fernando C. Barros, Liang Juan, Ann-Beth Moller, Lale Say, Ahmad Reza Hosseinpoor, Mu Yi, Dácio de Lyra Rabelo Neto y Marleen Temmerman. 2018. “Global Epidemiology of Use of and Disparities in Caesarean Sections”. *The Lancet* 392(10155): 1341-1348. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31928-7.
- Bohren, Meghan A., Joshua P. Vogel, Erin C. Hunter, Olha Lutsiv, Suprita K. Makh, João Paulo Souza, Carolina Aguiar, Fernando Saraiva Coneglian, Alex Luíz Araújo Diniz, Özge Tunçalp, Dena Javadi, Olufemi T. Oladapo, Rajat Khosla, Michelle J. Hindin y A. Metin Gülmezoglu. 2015. “The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A

- Mixed-methods Systematic Review”. *PLoS Medicine* 12(6): 1-32. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26126110/>.
- Bourdieu, Pierre y Löic Wacquant. 2005. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Boston Women’s Health Book Collective. 1992. *Our Bodies, Ourselves*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Campero, Lourdes, Bernardo Hernández, Ahidée Leyva, Fátima Estrada, Jomo Osborne y Sara Morales. 2007. “Tendencias de cesáreas en relación con factores no clínicos en un centro de educación para el parto en la Ciudad de México”. *Salud Pública de México* 49(2): 118-125. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200007.
- Campiglia, Mercedes. 2015. “Violentar el nacimiento”. *El Cotidiano*, núm. 191: 79-86. <https://www.redalyc.org/pdf/325/32538023009.pdf>.
- Carel, Havi y Ian James Kidd. 2014. “Epistemic Injustice in Healthcare: A Philosophical Analysis”. *Medical Health Care and Philosophy* 17: 529-540. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24740808/>.
- Castrillo, Belén. 2016. “Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica”. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, núm. 24: 43-68. <https://pdfs.semanticscholar.org/ca66/fb7d1b96d7e85e005c56aa>.
- Castro, Roberto. 2014. “Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México”. *Revista Mexicana de Sociología* 76(2): 167-197. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001.
- Castro, Roberto y Julio César Campuzano. 2021. “Las estadísticas de esterilización y colocación de dispositivos intrauterinos en poblaciones indígenas: indicios de una forma de violencia obstétrica focalizada”. En *Violencias de género en contra de mujeres y niñas indígenas en México en contextos públicos, privados e institucionales*, coordinado por Sonia M. Frías, 305-352. Cuernavaca: CRIM-UNAM.
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti. 2003. “Violation of Reproductive Rights during Hospital Births in Mexico”. *Health and Human Rights* 7 (1): 90-110. https://www.jstor.org/stable/4065418?seq=1#metadata_info_tab_contents.
- Castro, Roberto y Sonia M. Frías. 2019. “Obstetric Violence in Mexico: Results from a 2016 National Household Survey”. *Violence Against Women*

26(6-7): 555-572. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1077801219836732>.

- Chiarotti, Susana, Mariana García Jurado, Analía Aucía, Susana Arminchiardi. 2003. *Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Rosario, Argentina: Insgenar; CLADEM.
- Chiarotti, Susana, Gloria Schuster y Susana Arminchiardi. 2008. *Con todo al aire 2. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Rosario, Argentina: Insgenar; CLADEM.
- CNDH (Comisión Nacional de Derechos Humanos). 2002. *Recomendación general número 4. Derivada de las prácticas administrativas que constituyen violaciones a los derechos humanos de los miembros de las comunidades indígenas respecto de la obtención de consentimiento libre e informado para la adopción de métodos de planificación familiar*. México: CNDH. <https://www.cndh.org.mx/documento/recomendacion-general-numero-4-derivada-de-las-practicas-administrativas-que-constituyen>.
- Davis-Floyd, Robbie E. 2003. *Birth as an American Rite of Passage*. Los Ángeles: University of California Press.
- Diniz, Simone, Heloisa de Oliveira Salgado, Halana Faria de Aguiar Andrezzo, Paula Galdino Cardin de Carvalho, Priscila Cavalcanti Albuquerque Carvalho, Cláudia de Azevedo Aguiar y Denise Yoshie Niy. 2015. "Abuse and Disrespect in Childbirth Care as a Public Health Issue in Brazil: Origins, Definitions, Impacts on Maternal Health, and Proposals for its Prevention". *Journal of Human Growth and Development* 25(3): 377-384. [pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/19.pdf](https://www.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n3/19.pdf).
- Ehrenreich, Barbara y Deirdre English. 1990. *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Madrid: Taurus.
- Foucault, Michel. 1984. *La verdad y las formas jurídicas*. México: Gedisa.
- Freedman, Lynn P., Kate Ramsey, Timothy Abuya, Ben Bellows, Charity Ndwi-ga, Charlotte E. Warren, Stephanie Kujawski, Wema Moyo, Margaret E. Kruka y Godfrey Mbaruku. 2014. "Defining Disrespect and Abuse of Women in Childbirth: A Research, Policy and Rights Agenda". *Bulletin of the World Health Organization* 92(12): 915-917. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25552776/>.

- Freidson, Eliot. 1978. *La profesión médica*. Barcelona: Península.
- Freyermuth, Graciela. 2003. *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México: CIESAS.
- Fricker, Miranda. 2017. *Injusticia epistémica. El poder y la ética del conocimiento*. Barcelona: Herder.
- Goberna-Tricas, Josefina y Boladeras, Margarita, coords. 2018. *El concepto “violencia obstétrica” y el debate actual sobre la atención al nacimiento*. Madrid: Tecnos.
- Gutiérrez, Alicia B. 2004. “Poder, *habitus* y representaciones: recorrido por el concepto de violencia simbólica en Pierre Bourdieu”. *Revista Complutense de Educación* 15(1): 289-300. <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/RCED0404120289A>.
- Insgenar (Instituto de Género, Derecho y Desarrollo). 2006. *Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Rosario: Insgenar. <https://cladem.org/publicaciones-argentina/con-todo-al-aire-report-de-derechos-humanos-sobre-atencion-en-salud-reproductiva-en-hospitales-publicos-edicion-1/>.
- Kukura, Elizabeth. 2016. “Contested Care: The Limitations of Evidence-Based Maternity Care Reform”. *Berkeley Journal of Gender, Law & Justice* 31(2): 250-255. doi.org/10.15779/z389g5gd55.
- Magnone Alemán, Natalia. 2011. *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica*. Trabajo presentado en las x Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo, Universidad de la República. <https://www.fcs.edu.uy/archivos/Magnone.pdf>.
- Martin, Emily. 1987. *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*. Boston: Beacon Press.
- Narruhn, Robin y Terri Clark. 2020. “Epistemic Injustice. A Philosophical Analysis of Women’s Reproductive Health Care in a Somali-American Community”. *Advances in Nursing Science* 43(1): 86-100. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31299693/>.
- Oakley, Ann. 1984. *The Captured Womb. A History of the Medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Basil Blackwell.

- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2015a. *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Ginebra: OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=E873DD754110053227F58335ABE1CD10?sequence=1.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2015b. *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra: OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?sequence=1.
- ONU (Organización Mundial de las Naciones Unidas). 2019. *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un 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*. Ginebra: ONU. <http://undocs.org/es/A/74/137>.
- Pérez, Angélica. 2018. "Latinoamérica presenta la mayor tasa de cesáreas en el mundo". *Noticias de América, RFI*. <https://www.rfi.fr/es/americas/20181015-latinoamerica-presenta-la-mayor-tasa-de-cesareas-en-el-mundo>.
- Quattrocchi, Patrizia y Natalia Magnone, comps. 2020. *Violencia obstétrica en América Latina. Conceptualizaciones, experiencias, medición y estrategias*. Buenos Aires: UNLA.
- Rello, Maricarmen. 2015. "Médicos se oponen a tipificar la violencia obstétrica como delito". *Milenio*. <https://www.milenio.com/estados/medicos-oponen-tipificar-violencia-obstetrica-delito>.
- Sadler, Michelle. 2020. "Prólogo. Despertando las metáforas que dormían en la ciencia". En *Violencia obstétrica en América Latina. Conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, compilado por Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone, VII-XXI. Buenos Aires: Universidad de Lanús.
- Sadler, Michelle, Mario Dos Santos Jr., Dolores Ruiz-Berdún, Gonzalo Leiva Rojas, Elena Skoko, Patricia Gillen y Jette A Clausen. 2016. "Moving beyond Disrespect and Abuse: Addressing the Structural Dimensions of Obstetric Violence". *Reproductive Health Matters* 24(47): 47-55. doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002.

- Sahuquillo, María R. 2017. “Organizaciones de mujeres indígenas denuncian ante la ONU las esterilizaciones forzosas de Perú. Un documental muestra la violación de los derechos humanos de miles de afectadas entre 1996 y el 2000”. *El País*, 5 de mayo de 2017. https://elpais.com/internacional/2017/05/05/actualidad/1493998303_640735.html.
- Schraiber, Lilia Blima. 2019. *El médico y la medicina: Autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo xx*. Buenos Aires: Universidad de Lanús.
- Segato, Rita L. 2011. “Femi-geno-cidio como crimen en el fuero internacional de los derechos humanos: el derecho a nombrar el sufrimiento en el derecho”. En *Feminicidio en América Latina*. México, coordinado por Rosa-Linda Fregoso y Cynthia Bejarano, 249-277. México: CEICH-UNAM.
- SSA (Secretaría de Salud). 2020a. *Nacimientos, cubos dinámicos*. Dirección General de Información de Salud. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_nacimientos_gobmx.html.
- SSA (Secretaría de Salud). 2020b. *Subsistema automatizado de egresos hospitalarios (SAEH)*. http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinai/s_sae.html.
- Washington, Harriet A. 2006. *Medical Apartheid. The Dark History of Medical Experimentation on Black Americans from Colonial Times to the Present*. Nueva York: Harlem Moon Broadway Books.
- Weber, Max. 2014. *Economía y sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.

PRIMERA PARTE
DEFINICIONES Y GÉNESIS HISTÓRICA

2

Un análisis crítico de las conceptualizaciones de la violencia obstétrica

Natalia Righetti
Martín Hernán Di Marco

Introducción

La preocupación en torno al abuso de las tecnologías médicas y el maltrato a las mujeres en el contexto de la atención del embarazo, el parto y el posparto tiene antecedentes históricos y aún está presente en el debate público. Ya en 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó el uso apropiado de estas tecnologías y el respeto de la autonomía de las mujeres (OMS 1985). Así mismo, en 2014 reforzó el reconocimiento de este tema como un problema de salud pública y derechos humanos, y señaló la falta de consenso internacional sobre cómo definir y medir este fenómeno (OMS 2014).

Fue el movimiento feminista y de derechos humanos el que en la década de 1980 dio impulso al acercamiento a esta problemática (Ramón y Allori 2017). A su vez, investigaciones académicas, de organismos gubernamentales y no gubernamentales contribuyeron a la producción de conocimiento sobre el tema en el ámbito global (D'Oliveira, Diniz y Schraiber 2002).

En 2007, Venezuela fue el primer país en incluir la violencia obstétrica en el marco de la regulación de la violencia contra las mujeres. El artículo 15, numeral 13 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la definió como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (República Bolivariana de Venezuela 2007). Con ello inició el movimiento que llevó a otros países de América Latina a sancionar este tipo de leyes (Gherardi 2016;

Quattrocchi 2018).¹ De este modo, la problemática del abuso de intervenciones médicas y el maltrato en la atención de la salud materna quedó enmarcada en la desigualdad de género, la discriminación y la violencia que padecen las mujeres por su condición de género. En tanto concepto novedoso, la violencia obstétrica está rodeada de imprecisiones en torno a sus orígenes, definición, alcance del concepto, formas de medición e iniciativas para su prevención y erradicación (Diniz et al. 2015; Sadler et al. 2016). Asimismo, las formas de violencia que comprende la violencia obstétrica, las prácticas concretas en que se expresa y los derechos que resultan vulnerados a causa de ella son objeto de estudio en la bibliografía científica con resultados diversos (Belli 2013; Cassiano et al. 2016; Rodrigues et al. 2018). Por otro lado, es importante destacar que la construcción teórica que se haga de la violencia obstétrica es fundamental para el diseño de las políticas públicas que resulten efectivas para su puesta en marcha (Castro 2014a, 2014b).

En este marco, en el presente capítulo destacamos y analizamos las diversas conceptualizaciones de la violencia obstétrica que se encuentran en los artículos científicos desde el surgimiento de este concepto y hasta 2019. De este modo, nos enfocamos en la literatura académica que se ha publicado en torno a esta temática.²

Consideramos aquí a la literatura científica como un indicador de las formas en las que este fenómeno se piensa, define y construye, así como de los cambios y disputas entre diferentes campos de conocimiento por imponer su visión sobre el tema. Desde nuestra perspectiva, el análisis de la literatura científica permite objetivar las disputas y negociaciones que existen en el campo académico y en su diversidad (Bourdieu 1999, 2000; Torre 2004).

En este capítulo nos enfocamos en la producción académica en cinco líneas de indagación para dar cuenta del proceso de disputa por el sentido de la

¹ Los países que sancionaron leyes que contemplan la violencia obstétrica son Venezuela (2007), Argentina (2009), México (Veracruz en 2008; Chiapas en 2009), Panamá (2013), Uruguay (2017), Brasil (Santa Catarina en 2017; Minas Gerais en 2018), Ecuador (2018) y Bolivia (2013), que no menciona expresamente la violencia obstétrica, pero se refiere a la violencia “en los servicios de salud” (Gherardi 2016; Quattrocchi 2018; Sesia 2020; Aguiar, D’Oliveira y Diniz 2020).

² Este capítulo es producto de la tesis de maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la Universidad Nacional de Lanús de la primera autora.

“violencia obstétrica”. En tanto áreas de conocimiento diferenciadas, las diversas disciplinas construyen, teorizan y comunican la información académica con base en sus propios principios de inteligibilidad (Bourdieu 2000; Torre 2004). Es así que aquí mostramos el estado actual del conocimiento sobre este fenómeno, y destacamos las bifurcaciones, confluencias, diferencias y reconfiguraciones que tiene este término en la literatura científica.

Esperamos que este trabajo contribuya a profundizar la comprensión de la violencia obstétrica, que ilumine los diversos acercamientos de este concepto presentes en la bibliografía científica, así como los aspectos de esta problemática que aún no han sido suficientemente estudiados y que puedan convertirse en objeto de estudio de futuras investigaciones.

En la siguiente sección detallamos la metodología implementada en la búsqueda y revisión de artículos científicos, a partir del marco general de la síntesis interpretativa crítica. En el tercer apartado describimos cinco enfoques analíticos hallados en los estudios sobre violencia obstétrica: *a)* enfoque de las tipologías; *b)* enfoque legal; *c)* enfoque de las ciencias sociales y humanas; *d)* enfoque de la percepción de las mujeres, y *e)* enfoque de la percepción de los/as profesionales de la salud. Destacamos las particularidades de cada uno de ellos, las tendencias en las conceptualizaciones de la violencia obstétrica y las lógicas a partir de las cuales comprenden y “presentan” esta problemática. En la sección final discutimos las convergencias y divergencias entre estos enfoques, así como las consecuencias analíticas en las diferentes formas de conceptualizar la violencia obstétrica.

Metodología

Este capítulo se desprende de una investigación más amplia en la que se desarrolló una revisión bibliográfica narrativa (Weed 2005) a partir del análisis de contenido. Para ello seleccionamos las siguientes bases de datos: PubMed, Scopus, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINHAL). Tuvimos en cuenta el área de cobertura, al incluir bases de datos que tienen alcance global (PubMed y Scopus), además de las que abarcan la región latinoamericana. Tres

de ellas, a su vez, se especializan en ciencias de la salud (PubMed, BVS y CINAHL), mientras que las demás carecen de especialidad temática.

Para las búsquedas exploratorias, que permitieron reunir material bibliográfico destinado a diseñar la búsqueda definitiva, utilizamos descriptores del Medical Subject Headings (MeSH) en PubMed y Descriptores em Ciências da Saúde (Decs) en las otras bases de datos, así como términos libres que se identificaron en la bibliografía antes conocida sobre la materia. De estas locuciones, utilizamos: *childbirth, violence, violence against women, gender-based violence, abuse and disrespect, mistreatment, humanized birth, women rights, human rights*, entre otras. Cabe destacar que no existe un descriptor específico para designar a la violencia obstétrica, lo que puede interpretarse como un indicador en sí de que esta forma de violencia no se ha constituido aún como objeto de estudio en el campo biomédico.

Para la búsqueda bibliográfica definitiva optamos por emplear *obstetric violence* como término libre, en inglés, en todas las bases, como único término de búsqueda. Esta elección responde al objetivo principal del trabajo que consiste en analizar, precisamente, las diversas conceptualizaciones de la violencia obstétrica, tal como estas se desarrollan en los artículos científicos seleccionados. En este sentido, decidimos recolectar todos los artículos que utilizaran de forma explícita el concepto, sin importar sus perspectivas, con la intención de reflejar el despliegue que ha tenido en la bibliografía. También relevamos editoriales resultantes de la búsqueda bibliográfica, ya que dejan ver posiciones de actores y actoras clave en los diversos campos. No obstante, cabe destacar que este formato de publicación es minoritario en comparación con la cantidad de artículos científicos recopilados.

Dado el carácter reciente del concepto de violencia obstétrica y con el fin de rastrear en la bibliografía cómo ha sido abordado, definido y analizado a lo largo de la historia, optamos por no aplicar una delimitación temporal. Con base en esta justificación, tampoco acotamos el aspecto espacial en la búsqueda bibliográfica.

Los criterios de inclusión para conformar el *corpus* de análisis partieron de que se tratara de artículos científicos: *a*) en los que se presentaran resultados de investigaciones teóricas o empíricas, y *b*) que abordaran la violencia obstétrica o las percepciones respecto de ella como tema principal. El criterio de exclusión fue que la violencia obstétrica se mencionara como tema secundario, subordinado a otra temática de análisis. Para la aplicación de estos criterios se leyó el título y el

resumen de los artículos. Se seleccionaron artículos en idioma español, portugués e inglés.

Realizamos las búsquedas, en su versión definitiva, el 23 de abril de 2019. El volumen total de artículos recuperados fue de 261, de los cuales 38 fueron de PubMed, 64 de Scopus, 31 de Scielo, 85 de BVS y 43 de Cinhal. Tras la eliminación de citas duplicadas y la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, obtuvimos un total de 100 artículos.

El enfoque general fue el análisis de contenido (Dixon-Woods et al. 2006), que permite clasificar y describir los documentos, guiado por las dimensiones de este: 1) definiciones de violencia obstétrica; 2) conceptos asociados, y 3) formas de violencia, prácticas concretas y derechos vulnerados. En primer lugar, clasificamos los artículos en función de los enfoques sobre la violencia obstétrica identificados en los diversos artículos. En segundo lugar, para la sistematización de las definiciones de violencia obstétrica señalamos: definiciones explícitas (citadas o elaboradas por el autor) e implícitas (referidas de forma indirecta en el texto y objetivables a partir de núcleos de sentido).

En la siguiente sección analizamos la literatura científica sobre violencia obstétrica con base en una tipología de los enfoques. Nos guiamos por las siguientes preguntas: ¿cuáles son los enfoques de análisis con los que se produce conocimiento en torno a la violencia obstétrica? ¿Qué características conceptuales y metodológicas condensan estos enfoques? ¿Qué sentidos se disputan entre ellos?

Resultados

Enfoque legal

Este grupo de artículos ($n = 19$) se caracteriza por abordar el concepto de violencia obstétrica con la referencia del marco normativo de la violencia contra la mujer desarrollado en países de América Latina. Entre ellos, Venezuela y Argentina han sido pioneros en relación con el tema. De este modo, la violencia obstétrica se enfoca desde la racionalidad jurídica y la problemática se enmarca en la inequidad

de género, expresada en la discriminación y la violencia contra la mujer.³ De acuerdo con esta perspectiva, la violencia obstétrica se presenta como un instrumento útil para delinear responsabilidades y obligaciones de los/as profesionales de la salud, alentar el reclamo de las mujeres ante el incumplimiento de sus derechos y orientar el diseño de las políticas públicas para combatir falencias sistémicas en la atención obstétrica (Vacaflor 2016; Williams et al. 2018).

En los artículos analizados, los autores destacan el aporte novedoso que representa este concepto (Williams et al. 2018; Vacaflor 2016), señalan algunas de sus limitaciones (D'Gregorio 2010; Pickles 2015) y explicitan las ventajas de incorporarlo a los sistemas legales de otros países que carecen de un instrumento equivalente en sus respectivos marcos normativos (Vacaflor 2016; Borges 2018; Pickles 2015).

Respecto al primer aspecto, Williams y colaboradores (2018) presentan el concepto de violencia obstétrica como un nuevo constructo legal que forma parte de un enfoque regional latinoamericano compartido por cinco países: Venezuela, Argentina, Bolivia, Panamá y México. Según observan los autores:

Este constructo legal refiere al trato no respetuoso y abusivo que las mujeres pueden experimentar de parte de los profesionales de la salud durante el embarazo, el parto, y el posparto, así como a otros elementos de calidad de cuidado deficiente, como la no adherencia a las mejores prácticas basadas en la evidencia (Williams et al. 2018, 1208, traducción libre).

Los autores señalan que este marco legal hizo foco al inicio en la calidad del cuidado obstétrico para luego ampliar el enfoque hacia la experiencia de las mujeres durante el parto. De este modo, la violencia obstétrica se concibe “en el nexo entre la violencia basada en el género y la mala práctica clínica, y entrelaza elementos del trato respetuoso y la calidad de cuidado” (Williams et al. 2018, 1208).

³ Si bien la definición legal de violencia obstétrica se enmarca en la normativa sobre la violencia contra la mujer esto no ha implicado que adopten una perspectiva de género o que se profundice en la dimensión de género de este fenómeno.

De la definición de la violencia obstétrica que se encuentra en las legislaciones de Venezuela y Argentina se desprende que esta forma de violencia se enmarca en la violencia de género, es ejercida por los/as profesionales de la salud y resulta en la pérdida de autonomía y la capacidad de decidir libremente de las mujeres sobre sus cuerpos y sus procesos reproductivos. A su vez, se basa en los ejes del trato deshumanizado, el abuso de medicalización y la patologización de procesos naturales. Esta definición legal —con énfasis en los aspectos mencionados— se ha vuelto la referencia general para todos los artículos que abordan el tema, aparte del enfoque utilizado.

El concepto legal de violencia obstétrica, leído en este grupo de artículos, puede interpretarse como respuesta normativa a un problema de salud pública. En este sentido, Vacaflor (2016) señala que el problema de la violencia obstétrica radica en la implementación de prácticas médicas contrarias a la evidencia científica, así como en el abuso y el maltrato que se deriva de los servicios de salud con exceso de demanda y escasez de profesionales. Por otro lado, en este contexto, el marco normativo compuesto por las leyes de parto humanizado y violencia de género internalizan el derecho internacional de los derechos humanos, y determinan la obligación del Estado de brindar servicios de salud adecuados para las mujeres, que garanticen la igualdad de los derechos entre hombres y mujeres, para evitar así la discriminación de género. A su vez, y desde una perspectiva ética, Vacaflor (2016) enfatiza que el concepto de violencia obstétrica, enmarcado en la violencia contra la mujer, denuncia estereotipos de género arraigados en la cultura que atentan contra la autonomía de las mujeres y el reconocimiento de su condición como agente moral, capaz de tomar decisiones sobre su propio cuerpo. De este modo, este punto de vista pone en evidencia que el concepto legal de violencia obstétrica aborda los desafíos sistémicos que subyacen a esta problemática.

En relación con las limitaciones o las críticas expresadas en la bibliografía respecto al concepto legal de violencia obstétrica, D'Gregorio (2010) —presidente de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Venezuela— en una editorial del *Journal of Gynecology and Obstetrics* cita el artículo 51 de la ley de Venezuela y, de esta forma, ilustra una lectura crítica sobre las definiciones normativas. Por un lado, cuestiona al agente designado por la ley como responsable de la violencia obstétrica y, por otro, la falta de adecuación entre la norma y las condiciones

particulares de la práctica de la obstetricia en Venezuela. El autor señala que los/as profesionales de la salud no están en contra de los requisitos de la ley, sino que se ven impedidos de cumplirlos por situaciones que exceden su responsabilidad. Según observa, la atención inmediata de las emergencias obstétricas o la práctica del contacto temprano entre la madre y el recién nacido están limitadas por la sobrepoblación de los servicios, la falta de recursos y de personal de salud o la infraestructura inadecuada, así como la atención del parto en posición de litotomía es el método que se enseña en las universidades de su país a profesionales de la salud. De este modo, sostiene que: “De acuerdo con la ley, el personal de salud es responsable de una situación que es una responsabilidad institucional, no personal” (D’Gregorio 2010, 202, traducción libre), y en última instancia estatal, en la medida en que el Estado nacional es el responsable de garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos.

Por otro lado, Williams y colaboradores (2018) llaman la atención sobre el carácter paradójico de la criminalización producto de la tipificación de un delito en particular. Al respecto, los autores señalan:

Aunque, por un lado, el uso de legislación con la consecuente criminalización es controvertido y podría generar un significativo rechazo de la comunidad médica, por otro lado, la legislación crea un entorno propicio para quienes buscan producir un cambio y mejorar la calidad y la dignidad en la atención del parto (Williams et al. 2018, 1210, traducción libre).

Mientras señalan la necesidad de que la comunidad científica discuta las ventajas y desventajas de este tipo de legislación, sostienen que la aprobación de estas leyes constituye un buen comienzo, ya que empodera a las mujeres y sus familias para reclamar sus derechos al cuidado de la salud sin discriminación.

Por otra parte, la criminalización de la violencia obstétrica también ha sido defendida de manera categórica. Por ejemplo, Pickles (2015) aborda la respuesta que brinda el sistema legal sudafricano a esta problemática al sugerir la incorporación de este dispositivo legal. La autora observa que, si bien existen algunas figuras legales que podrían utilizarse para criminalizar prácticas abusivas, irrespetuosas o violentas de los/as profesionales de la salud, estos instrumentos legales

no son específicos del ámbito médico, carecen de una perspectiva centrada en la mujer y, en la práctica, no se utilizan.

Por último, otras críticas que se encuentran en la bibliografía relacionada con este enfoque y mencionada antes se han vinculado con: la focalización en agentes individuales como perpetradores de actos de violencia y la simultánea invisibilización de la violencia estructural; la centralización en el ámbito público; y la dificultad para dar cuenta de las elecciones autónomas de las mujeres relacionadas con las intervenciones médicas en el parto (D'Gregorio 2010; Pickles 2015; Díaz-Tello 2016; Borges 2018).

Enfoque de las ciencias sociales y humanas

El siguiente grupo de artículos (n = 23) se caracteriza por conceptualizar a la violencia obstétrica a partir de la premisa de que “el parto es un evento sociocultural, discursivo y político en el cual colisionan múltiples formas de poder” (Chadwick 2017, 490, traducción libre). En esta línea de interpretación, se enfatiza que la violencia obstétrica constituye una forma de violencia contra las mujeres, en la medida en que el maltrato y el abuso en la atención del embarazo y el parto se encuentran atravesados por las relaciones desiguales de poder entre los géneros. Se identifican así dimensiones estructurales en los orígenes de este fenómeno (Sadler et al. 2016; Castro y Frías 2019). Asimismo, se destaca que la violencia obstétrica tiene características específicas que se asocian con la obstetricia como disciplina y la diferencian de otras formas de violencia propias del ámbito médico. Por último, se observa que la violencia obstétrica ha recibido menos atención que otras modalidades de la violencia contra la mujer, y se caracteriza así por la naturalización e invisibilización en el sistema de salud.

Un primer núcleo de estudios producidos en el marco de la sociología y la antropología considera que la práctica médica, en tanto práctica social y vehículo de un saber técnico que no es neutral, “expresa relaciones de poder, posiciones de clase, jerarquías, incluso sujeción y formas de violencia y supone, entre otras cosas, a los pacientes como sujetos subalternizados y pasivos” (Castrillo 2016, 47). En esas relaciones asimétricas de poder, basadas en el paradigma tradicional según el

cual los/as profesionales de la salud determinan el curso de la atención médica guiados por su saber técnico mientras el conjunto de pacientes obedecen, se dan las condiciones para que se ejerzan prácticas que son conceptualizadas como formas de violencia. Estas últimas, a su vez, adquieren un carácter particular cuando se trata de la atención obstétrica (Castrillo 2016; Castro y Frías 2019).

El enfoque de las ciencias sociales sobre la violencia obstétrica enfatiza que se trata de un problema que “expresa la posición desigual de las mujeres —y de las mujeres embarazadas en particular— en el sistema de salud y en la sociedad” (Sadler et al. 2016, 50, traducción libre). En este sentido, se considera que el concepto de violencia obstétrica resulta de utilidad para referir a la naturaleza estructural del problema y enfatizar que se trata de una forma específica de violencia de género que involucra, además, a la vulneración de los derechos humanos de las mujeres (Castro y Frías 2019; Castrillo 2016; Sadler et al. 2016).

La violencia obstétrica no se concibe, entonces, como un problema de calidad de la atención en los servicios, sino como una forma de violencia de género (Castrillo 2016; Castro y Frías 2019) basada en la misma condición social de “ser mujer” (Shabot y Korem 2018, 384), en el contexto de la atención del embarazo y el parto. Por ello, las características de la obstetricia como especialidad médica resultan de crucial importancia para comprender la especificidad de esta forma de violencia (Sadler et al. 2016) en el marco del modelo médico hegemónico.

Con base en la conceptualización de la violencia obstétrica desarrollada por Castro (2014a), Sadler et al. (2016) remarcan que esta forma naturalizada de violencia, que se fundamenta en la dominación simbólica masculina y en la sumisión femenina, es producto de la socialización de los/as profesionales de la salud en las estructuras de poder constituidas y reproducidas por la biomedicina. Esta no solo se produce por intermedio de la fuerza, sino sobre todo mediante estos mecanismos discretos y naturalizados, ya que es aceptada, reproducida y reforzada por todos los actores y actrices involucrados, incluidos los/as profesionales de la salud, las mujeres y quienes deciden las políticas públicas.

Por otro lado, otro grupo de artículos se destaca por la aproximación fenomenológica en el campo de la filosofía feminista (Shabot 2016; Shabot y Korem 2018), así como por aquella basada en el análisis construccionista social, en la psicología feminista (Chadwick 2017). En estos casos, el estudio de la violencia

se focaliza en el efecto que produce esta forma de violencia sobre las mujeres, que incluye la dimensión corporal y la capacidad de agencialidad.

Por ejemplo, desde un enfoque fenomenológico feminista, Shabot (2016) concibe la violencia obstétrica como una forma de violencia de género que se expresa como *opresión internalizada en el cuerpo* de las mujeres (*embodied oppression*). Esta forma de opresión *en el cuerpo* en la atención obstétrica tiene la función “de domesticar esos cuerpos, volverlos ‘femeninos’ nuevamente” (Shabot 2016, 245, traducción libre), dado que su comportamiento durante el parto es concebido como amenazante de los poderes hegemónicos del patriarcado y antitético del mito de la *feminidad*.

Como señala Shabot (2016), por un lado, la violencia obstétrica tiene mucho en común con la alienación que se produce en el contexto de la atención médica y puja por transformar al paciente en un sujeto pasivo, sin capacidad de agencia ni poder, frente al poder médico. Por otro lado, en cambio, constituye una forma de violencia dirigida en especial hacia las mujeres, como estrategia de alienación de los cuerpos y condena de la autonomía de la mujer en el proceso de parto.

En esta línea, Shabot y Korem (2018) profundizan en esta conceptualización de la violencia obstétrica como forma de *domesticación* del cuerpo de las mujeres para devolverlas a la *feminidad*, y aportan al análisis el papel de la *humillación basada en el género* (*gendered shame*) en la construcción y perpetuación de la violencia. En este proceso es clave la internalización de los estereotipos, leída a partir de las experiencias vitales. Como sostienen las autoras: “Así es como el estereotipo de la ‘buena’ madre, sin egoísmo, silencio, humilla y disciplina a las mujeres en el trabajo de parto” (Shabot y Korem 2018, 392) y “[las] conduce a tener una apreciación negativa de sí mismas” (Shabot y Korem 2018, 393, traducción libre).

Por otro lado, los estudios que abrevan de la psicología feminista han criticado la perspectiva analítica que reduce a la violencia obstétrica a un fenómeno unidimensional. Por ejemplo, Chadwick (2017) señala como una limitación de la conceptualización de la violencia obstétrica de Shabot (2016) recién mencionada, que esta se basa tan solo en la dimensión *opresiva* del poder, así como en un énfasis excesivo en el carácter del género como modo de disciplina corporal. Al concebir la violencia obstétrica como *opresión internalizada en el cuerpo*, se permanece en un tipo de análisis descriptivo de actos individuales de violencia, que

tiende a producir posiciones estáticas de víctima y victimario. Chadwick (2017), en cambio, analiza la violencia obstétrica como un proceso relacional dinámico, que produce otro tipo de efectos sobre la subjetividad y la capacidad de agencia de las mujeres. De este modo, centrarse en las formas de agencialidad que se producen en este contexto le permite explorar las respuestas y los actos de resistencia de las mujeres ante el poder y la coerción, y se distancia así de la concepción estática de la mujer como sujeto pasivo, víctima de la opresión.

Sobre la base de la bibliografía disponible, Chadwick (2017) advierte que esta violencia está dirigida a mujeres consideradas “problemáticas”, que desafían los ideales de la “buena maternidad” o de la feminidad, propios de la clase media. Los estereotipos de etnia y clase, según se trate de madres pobres, negras o adolescentes, están implicados en los actos de microagresión que se producen en la atención obstétrica, y dan así lugar a una perspectiva interseccional que revela múltiples ejes de marginación social.

Por otro lado, así como en Shabot (2016), para Chadwick (2017) la violencia obstétrica también funciona como un modo de disciplinamiento, pero que se caracteriza por ser una fuerza productiva que resulta en formas de conducta internalizadas en el cuerpo (*in-corporadas*), constitutivas de formas de *agencialidad ambigua*. Chadwick explora la docilidad del cuerpo y los cuerpos resistentes como formas de agencialidad ambigua. La primera, en el trabajo de parto se concibe, así, no como forma de obediencia y pasividad, sino, por el contrario, como forma de agencialidad, que resulta de un proceso relacional fundado en una estrategia, delineada como respuesta a las formas de poder actuantes en la atención obstétrica. Por otro lado, otras mujeres encuentran lugar para la resistencia, al escapar de la agencialidad que conduce a la docilidad de los cuerpos y afirmar una autonomía corporal que les permite *escuchar* a sus cuerpos. Esta afirmación de sí mismas es sostenida por las mujeres, aunque derive en un estallido de violencia, destinado a restaurar el orden dictado por los imperativos normativos y las jerarquías del poder médico, de género y de clase.

De este modo, la violencia obstétrica se concibe como el resultado de un conjunto de relaciones, normas, legados históricos y formas de medicalización, que constituye un dispositivo disciplinador y, a la vez, un proceso relacional en el marco del cual se produce la subjetividad, la agencialidad y la resistencia de las mujeres.

Enfoque de las tipologías

Los artículos agrupados con base en este enfoque ($n = 13$) se caracterizan por abordar y conceptualizar la violencia obstétrica a partir de una clasificación o tipología de formas de violencia, abuso o daño que se ejerce sobre las mujeres en el marco de la atención institucionalizada del parto y el nacimiento. La característica central de este acercamiento es el objetivo clasificatorio y tipologizador en torno al fenómeno de la violencia obstétrica. Las tipologías utilizadas son diversas y expresan diferentes conceptualizaciones de la violencia obstétrica, pero sobre todo se enfocan en la calidad de la atención antes que en la indagación acerca de las causas de estas formas de violencia. Sin embargo, se observan matices al respecto, que serán señalados a continuación.

De acuerdo con algunos autores (Tesser et al. 2015; Silva et al. 2018; Brandão et al. 2018), el término “violencia obstétrica” se utiliza “para describir y agrupar diversas formas de violencia (y daños) durante el cuidado obstétrico profesional” (Tesser et al. 2015, 2, traducción libre). En algunos casos, para presentar estas formas de violencia se recurre a tipologías de formas de violencia referidas por autores que no emplean el concepto de violencia obstétrica, sino que abordan la problemática a partir de las ideas de abuso y falta de respeto (*abuse and disrespect*) (Bowser y Hill 2010) o maltrato (*mistreatment*) (Bohren et al. 2015). En este sentido, se observa un salto analítico entre estos últimos, por lo común aplicados fuera del contexto de América Latina, y el concepto de violencia obstétrica, en el cual se pierde la perspectiva de género como encuadre del fenómeno.

Las formas de violencia que se abordan en estos artículos suelen explicarse en función de los daños que se derivan del exceso de intervenciones médicas, el trato deshumanizado y la consecuente vulneración de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres.

A su vez, se puede observar que se recurre a tipologías diversas. Es así que los actos identificados como violencia obstétrica “pueden ser categorizados de distintas maneras, según la fuente consultada, porque aún no hay consenso sobre su clasificación” (Rodríguez y Das Mercedes 2017, 211). Esta heterogeneidad en las tipologías empleadas, así como la identificación o el uso indistinto de los términos “violencia obstétrica”, “abuso y falta de respeto” (*abuse and disrespect*) y “maltrato”

(*mistreatment*), deja en evidencia que la definición y la especificidad del concepto de violencia obstétrica aún no ha logrado suficiente claridad y concordancia en la bibliografía existente (Savage y Castro 2017; Brandão et al. 2018).

Por otra parte, independientemente de las categorías que se utilicen y de la sutileza del análisis en cada caso, se puede observar que el enfoque basado en la tipificación de las formas de maltrato y abuso identifica a la violencia obstétrica como un problema de calidad de la atención, que responde a la perspectiva médica o gerencial (Castro 2014a, 2014b; Savage y Castro 2017). Esto es así, en la medida en que las diversas formas de violencia responden al modo de interacción entre el/la profesional de la salud y la mujer en situaciones particulares, así como a la precariedad de las instituciones y el sistema de salud, en términos de limitación de los recursos materiales e infraestructura, sobrecarga de los servicios, y condiciones de trabajo de los/as profesionales, entre otros factores. De este modo, la violencia obstétrica se concibe como un problema de ética profesional y disposición personal para sortear las limitaciones del contexto institucional y respetar los derechos de las mujeres, o bien, como el producto de estas falencias estructurales, que trascienden la voluntad y la responsabilidad de quienes son profesionales de la salud.

Cabe destacar que, si bien esta perspectiva está muy presente en la bibliografía, también ha sido objeto de críticas (Diniz et al. 2015; Sadler et al. 2016; Savage y Castro 2017). Una de estas críticas se relaciona con que no se diferencian lo suficiente las formas de maltrato que surgen de los comportamientos individuales y de las deficiencias del sistema de salud (Savage y Castro 2017). En esta línea, Freedman y colaboradores (2014) complejizaron el esquema inicial de Bowser y Hill (2010) al diferenciar factores individuales, estructurales y de política pública, vinculados, a su vez, con la percepción de los/as profesionales de la salud y las mujeres, y las normas establecidas.

Por último, otra crítica señala las limitaciones que presentan las tipologías al no diferenciar que el maltrato puede provenir de acciones intencionales y no intencionales de los/as profesionales de la salud, así como de las condiciones del sistema de salud y los efectores de salud (Savage y Castro 2017; Fredman et al. 2014; Bohren et al. 2015).

Enfoque de la percepción de las mujeres

Este grupo de artículos ($n = 27$) se caracteriza por explorar la perspectiva de las mujeres usuarias de los servicios de salud respecto de la violencia obstétrica. Tal como señalan diversos autores, en la bibliografía sobre el tema predomina la visión del campo médico, de modo tal que la perspectiva de las mujeres, en tanto figuras subordinadas en el sistema dominante, ha quedado relegada. Sin embargo, se encuentran artículos que dan cuenta de la identificación, por parte de las mujeres, de diversas formas de violencia obstétrica, así como de su conceptualización en términos de fenómeno social vinculado a la desigualdad socioeconómica y al autoritarismo médico. Por otro lado, otros autores tematizan la naturalización de la violencia obstétrica por parte de las mujeres, así como su capacidad de adaptación a ella, o el impacto que esta produce en términos de trauma psicológico tanto en las mujeres como en los/as profesionales de la salud.

Diversos autores, entre ellos Terán y colaboradores (2013) y Oliveira y Penna (2017), se han enfocado en identificar las formas de violencia reconocidas y tematizadas por las mismas mujeres, incluidas aquellas que justifican el maltrato recibido, lo que da lugar a una forma de “violencia consensuada”. En esta misma línea, aunque se hace referencia a una noción más sofisticada de la violencia obstétrica relacionada con el reconocimiento de sus dimensiones estructurales, Morales, Chaves y Delgado (2018) se refieren al contexto colombiano. Los autores señalan que las mujeres conciben este fenómeno como resultante de la naturalización de un contexto social violento y discriminatorio, que se expresa en el sistema de salud y favorece el desarrollo de relaciones de poder entre los/as profesionales de la salud y las mujeres.

Estos estudios enfatizan que, desde la perspectiva de las mujeres, la violencia obstétrica genera sentimientos que impactan de manera negativa en su capacidad de enfrentar el parto, que controlan su modo de conducta y afectan su identidad. Entre estas afecciones se destaca el miedo a todo lo relacionado con el parto, la sensación de incapacidad para parir y el sentimiento de soledad y abandono, tanto de parte del equipo médico como de los familiares o seres queridos.

Sin embargo, tal como se desarrolló en el enfoque sociológico, Morales, Chaves y Delgado (2018) señalan que se presenta en las mujeres una actitud de

aceptación y sumisión ante el maltrato recibido, que constituye, a la vez, una estrategia de naturalización de la violencia y de adaptación a ella con el fin de evitar poner en riesgo a los recién nacidos. Este aspecto, relacionado con las razones por las cuales las mujeres “aceptan” el maltrato, también es abordado por Castro y Savage (2019), quienes encuentran un desfase entre la conceptualización académica de la violencia obstétrica y la percepción de las mujeres.

Castro y Savage (2019) señalan que las mujeres reconocen experiencias de maltrato pero que, sin embargo, no lo formulan en términos negativos. Advierten que tienen expectativas limitadas respecto de lo que consideran como *buena atención*, y que esta apreciación se basa en una perspectiva medicalizada que prioriza la efectividad de las prácticas médicas y desatiende los aspectos humanos o espirituales. Esta percepción positiva respecto de la atención se explica a través de una concepción de la violencia obstétrica como forma de *gobernanza reproductiva* desplegada por los/as profesionales de la salud y establece las bases para el ejercicio de lo que denominan *reproducción estratificada*.

Por último, otros autores focalizan en las consecuencias de la violencia obstétrica en términos de estrés postraumático, que afecta tanto a las mujeres como a los/as profesionales. Estos estudios ilustran que no toda la literatura relativa a las percepciones de las mujeres parte del paradigma de las ciencias sociales. Por ejemplo, Olza Fernández (2013) indica que, en Australia, Reino Unido y Estados Unidos, entre otros países, se encontró una elevada prevalencia de síntomas traumáticos luego del parto. Según la autora, para algunas mujeres, el parto es vivenciado como una violación sexual, y la sucesión de intervenciones experimentadas por ellas como prácticas invasivas también puede afectar a profesionales de la salud. En este contexto, la autora señala que el reconocimiento de la violencia obstétrica por parte de las mujeres puede ayudarlas a revelar el carácter traumático del parto y a recuperarse en el aspecto emocional.

Enfoque de la percepción de los/as profesionales de la salud

En este grupo de artículos (n = 18) se destaca la actitud de resistencia que oponen un buen número de profesionales de la salud y representantes del discurso médico

hegemónico ante el debate en torno a la violencia obstétrica, así como frente a las recomendaciones de transformación del modelo de atención del parto propuestas por organismos internacionales, gubernamentales y de la sociedad civil.

En la literatura revisada, esta visión reactiva respecto del concepto de violencia obstétrica, que puede considerarse representativa de la percepción de los/as profesionales de la salud en general, se ilustra a través de la posición de las sociedades médicas (Palharini 2017; Soto-Toussaint 2016). La bibliografía, asimismo, da cuenta de los efectos de la feminización de la obstetricia en la violencia obstétrica (Pozzio 2016), la contraposición entre el movimiento de parto humanizado y el de violencia obstétrica (Dixon 2015) y las lecturas medicalizantes sobre las propias subjetividades de los/as profesionales (Pintado-Cucarella, Penagos-Corzo y Casas-Arellano 2015). Estos diversos enfoques del tema reflejan una heterogeneidad de conceptualizaciones en relación con la violencia obstétrica dentro del campo biomédico, así como la inexistencia de uniformidad ideológica y práctica.

Por un lado, en su artículo sobre la posición que adoptan los organismos de profesionales médicos de México en relación con el debate actual en torno a la violencia obstétrica, Palharini (2017) se centra en el rechazo que genera este concepto en los/as profesionales de la salud, en el marco de un conflicto que evidencia dimensiones políticas. La negación de la existencia de la violencia obstétrica en los servicios de salud se debe a que esta forma de violencia ha sido atribuida por organismos oficiales, investigadores científicos y movimientos sociales a características inherentes al modelo médico hegemónico. Como señala Palharini (2017), la actitud defensiva se manifiesta en el discurso médico hegemónico frente a lo que se considera una acusación injustificada.

En los documentos y manifestaciones de las asociaciones médicas, se afirma categóricamente el valor de la disciplina médica y de la gran mayoría de los/as profesionales médicos, en términos de excelencia técnica y moral, para garantizar la atención segura del parto. Se reconoce, en cambio, la posibilidad de la existencia de la violencia obstétrica solamente a nivel comportamental individual y con carácter de excepcionalidad.

Tal como se desprende del análisis de Palharini (2017), los/as profesionales médicos responsabilizan en particular al Estado por la violencia obstétrica, el cual fracasa en garantizar las condiciones de trabajo y atención necesarias para

realizar un parto seguro. Al invertir el lugar de la “víctima”, algunas sociedades de profesionales se refieren a este fenómeno como *violencia contra el obstetra*, afirmando que “la manera superficial con que se aborda el tema coloca al obstetra/ginecólogo siempre como *verdugo*” (Magalhaes 2015 *apud* Palharini 2017, traducción libre, cursivas del original).

Por otro lado, el cuestionamiento que expresa Soto-Toussaint (2016) en nombre de los anestesistas no apela al concepto de violencia obstétrica tal como se define en el marco normativo de los países que han incorporado este instrumento legal, ni a su manifestación en los servicios de salud, sino tan solo a su tipificación como delito. La violencia obstétrica es, de hecho, reconocida por el autor como una forma de violencia de género que se expresa en relaciones desiguales de poder que relegan a la mujer a una posición de subordinación y otorgan a los/as profesionales de la salud la facultad de decidir sobre sus cuerpos y sus procesos reproductivos. De este modo, el marco normativo que regula los derechos de las mujeres en la atención de la salud sexual y reproductiva puede ser aceptado, al menos desde el discurso, por quienes son profesionales de la salud, pero no así la judicialización de la práctica médica.

Siguiendo con la descripción de la posición que asumen los distintos actores del campo médico, Pozzio (2016) destaca tanto un proceso de feminización de la ginecoobstetricia como un aumento de la postura reactiva frente a la violencia obstétrica, lo cual *a priori* podría resultar contradictorio. Pozzio (2016) señala que, así como los profesionales varones adoptan posiciones diversas ante la humanización del parto, también entre las profesionales mujeres hay quienes rechazan y quienes ejercen la violencia obstétrica, siendo incluso un lugar común considerar que son las mujeres quienes más ejercen esta forma de violencia. De este modo, las mujeres se posicionan como víctimas y victimarias de la violencia de género, en una aparente paradoja.

Pozzio (2016) intenta dilucidar esta situación señalando, por un lado, que es el saber-poder de la medicina el que ha producido y reproducido un orden de género desigual en el que las mujeres, tanto profesionales como pacientes, han sido históricamente subordinadas y maltratadas; y, por otro lado, que el género consiste precisamente en una construcción y que no existen las identidades esenciales de género. En este sentido, la autora reconoce la existencia de dos tipos de

profesionales médicas mujeres. Aquellas que, independientemente de haber sido maltratadas, se identifican con el dispositivo de poder inherente al modelo médico hegemónico y reproducen la desigualdad, y otras que, en cambio, logran operar un resquebrajamiento en ese dispositivo resistiendo la violencia desde la acción individual.

Por otro lado, Dixon (2015) presenta la posición de las parteras empíricas en México, observando en primer lugar su reciente revalorización en el marco del sistema de salud y la atención hospitalaria del parto, luego de haber sido marginalizadas durante décadas ante el avance de la biomedicina en la atención del parto. Las parteras han sido impulsoras de un enfoque diferente de la crítica al modelo de atención biomédico, al acompañar el proceso de legislación sobre la violencia obstétrica en América Latina.

Dixon (2015) aclara que mientras el movimiento de parto humanizado se centra en la medicalización y propone la modificación de protocolos de atención, el movimiento más reciente de la violencia obstétrica que encarnan las parteras enmarca la concepción de las prácticas obstétricas en el contexto más amplio de las discusiones regionales sobre la violencia, el género y la inequidad.

Por último, Pintado-Cucarella, Penagos-Corzo y Casas-Arellano (2015), en un estudio realizado en México, relacionan esta forma de violencia con la falta de habilidades técnicas de los/as profesionales médicos para afrontar los aspectos emocionales y sexuales del parto, y el síndrome del *burn out*. Esta concepción de la violencia obstétrica, a diferencia de la anterior, pone el foco nuevamente en la interacción médico-paciente y las restricciones que implican las condiciones laborales y de infraestructura del sistema de salud.

Discusión

En este capítulo analizamos distintos enfoques sobre la violencia obstétrica que identificamos en los artículos científicos que abordan el tema. A partir de un análisis de contenido, estudiamos las tendencias generales de la conceptualización de la violencia obstétrica en cada una de estas perspectivas, las heterogeneidades o

los debates desarrollados al interior de cada una, y las disputas de sentido que se negocian entre diferentes enfoques analíticos y áreas de conocimiento.

¿Cuáles son las particularidades, afinidades y diferencias entre los distintos enfoques? ¿Cuáles son los modos con los que estos se relacionan entre sí? Estas preguntas son centrales para comprender no solo cómo se ha estudiado la violencia obstétrica, sino también para visibilizar las disputas políticas y epistemológicas que moldean este fenómeno.

Como señala Castrillo (2016), es fundamental partir del hecho de que la conceptualización de la violencia obstétrica se inserta en un campo de disputa por la legitimidad de su definición. Esto implica que distintos actores y actoras sociales, desde su adscripción a un determinado campo y del lugar que ocupan en él, aplican diversas estrategias de legitimación y deslegitimación de esta forma de violencia, en función de la perspectiva y el interés que representan (Quattrocchi 2018).

Los distintos enfoques tienen como punto de partida la definición legal del término, de modo tal que todos ellos enmarcan esta forma de violencia en la violencia de género y la vulneración de los derechos reproductivos de las mujeres, concebidos como derechos humanos. Así mismo, conciben la violencia obstétrica como un problema de salud pública. Estos dos aspectos se tornan parte de la *doxa* para tematizar, conceptualizar e investigar la violencia obstétrica.

Por otro lado, las prácticas que se reconocen como violencia obstétrica desde los distintos puntos de vista son aquellas que, en sintonía con la definición legal, pueden encuadrarse en el trato deshumanizado, la medicalización y la patologización de procesos naturales. En este sentido, todos los enfoques orientan la conceptualización y la operacionalización de la violencia obstétrica alrededor de estos tres ejes de la definición legal.

Sin embargo, no todas las perspectivas profundizan en el análisis de estas cuestiones del mismo modo. Con excepción de la de las ciencias sociales, las dimensiones históricas, sociales y culturales vinculadas con el género y la vulneración de los derechos de las mujeres apenas se abordan en los otros enfoques. Es el punto de vista de las ciencias sociales en particular el que se centra en estas dimensiones estructurales como condiciones de posibilidad de la violencia obstétrica.

En la literatura se observa un consenso respecto de que la violencia obstétrica comprende formas de violencia directa (física, verbal), otras más sutiles de

violencia emocional (como el trato deshumanizado y no respetuoso) y violencia estructural (basada en estereotipos sociales, discriminación y deficiencias del sistema de salud), tal como señala Chadwick (2017). Con algunas diferencias, estas formas de violencia son, por lo general, reconocidas por los diversos enfoques, y es así como la particularidad del concepto de violencia obstétrica contribuye a nombrar como formas de violencia a ciertos fenómenos que no siempre son reconocidos como tales. Sin embargo, los diversos puntos de vista establecen distintas relaciones entre estas formas de violencia.

El enfoque social, como mencionamos antes, reconoce las formas estructurales de violencia como condiciones de posibilidad de las manifestaciones de violencia directa y emocional, con lo cual queda en evidencia que ubica el origen social en sus dimensiones estructurales. De este modo, las formas estructurales de violencia, naturalizadas e invisibilizadas, adquieren igual o mayor importancia que las de violencia directa o emocional, quizás más evidentes, pero no por ello más urgentes o relevantes.

Desde la visión de las ciencias sociales, se *des-cubren* las estructuras de dominación que subyacen a la práctica médica y conducen a la vulneración de los derechos de las mujeres (Castro y Erviti 2015). Desde la perspectiva de género, la violencia obstétrica se concibe como expresión del poder obstétrico, que constituye, a la vez, una forma de poder disciplinario (Castro y Erviti 2015). De este modo, el enfoque social contribuye a profundizar la comprensión de esta dimensión estructural, fundamental para la concepción de la violencia obstétrica.

No obstante, este punto de vista también hace referencia a dimensiones estructurales de otro tipo, vinculadas con la desigualdad económica y social inherente al sistema capitalista y a las políticas neoliberales de salud. En el marco de los sistemas de salud estratificados en lo social, la calidad de la atención se relaciona con la capacidad de pago de las personas, y esto es un determinante de la violencia obstétrica. Con ello, se abre un tema de discusión, quizás no suficientemente abordado, respecto de las particularidades que presenta la violencia obstétrica en los ámbitos público y privado.

Por otro lado, el enfoque de las tipologías, que representa la perspectiva médica sobre el tema, realiza sobre todo un análisis descriptivo que consiste en una clasificación o taxonomía de las formas de violencia, en la que no se enfatiza

el modo en que estas se relacionan entre sí. En este sentido, este punto de vista no se caracteriza por ofrecer una explicación social respecto del origen del problema, del modo en que lo hace el enfoque social. A pesar de esta falencia, los artículos que adoptan esta perspectiva tienen centralidad en la bibliografía especializada y en la literatura de organismos internacionales.

El punto de vista de las tipologías se centra en el comportamiento individual de los/as profesionales o en la precariedad del sistema, en tanto problema de calidad de la atención. De este modo, se enfatiza la responsabilidad institucional o estatal respecto de la violencia obstétrica, así como la responsabilidad individual de aquellos/as profesionales que, por razones de idiosincrasia personal, incumplen la conducta ética dictada por la disciplina. La conducta de los/as profesionales en su conjunto, en tanto actores sociales que representan el modelo médico hegemónico, y su vinculación con las características del campo médico, permanecen, así, sin explicación.

La violencia obstétrica queda, entonces, desvinculada de las dimensiones estructurales conformadas por las relaciones de poder inherentes al campo médico. Es así que este enfoque, junto con el de los/as profesionales de la salud, revela una concepción ahistórica y asocial de la medicina, en términos de Menéndez (2005), que oculta los intereses y las relaciones de poder inherentes a toda práctica social.

Como señalan Castro y Erviti (2015), la manera en que se define el estudio de los problemas de calidad de la atención debe interpretarse como un efecto directo de la estructura de poder y del funcionamiento del campo médico. En este punto es relevante la reflexión de los autores sobre la autonomía de los campos y el predominio de un grupo —la profesión médica— sobre los otros actores y actoras del campo en la imposición y monopolización de los esquemas legítimos de percepción y apreciación de la realidad.

El campo médico, cuando reconoce la existencia de lo que denominamos violencia obstétrica, se apropia del problema desde la lógica gerencial de su área para dar una respuesta desde allí. La interpreta como un problema que puede solucionarse por medio de la gestión, la reorganización de los servicios y la asignación de recursos, lo cual requiere en específico del saber médico. Aborda el problema sin establecer ningún diálogo con la esfera social, e incluso desatiende los

resultados de las investigaciones y recomendaciones que revelan las limitaciones del modelo médico hegemónico.

El caso extremo de esta perspectiva sobre el tema, expresada en el enfoque de los/as profesionales de la salud, alcanza incluso a la negación de la violencia obstétrica y a la inversión del lugar de la víctima y el victimario, al señalar que la violencia se ejerce en contra de los/as profesionales de la salud. Esto revela, es cierto, que los avances en la problematización de la violencia obstétrica en el ámbito médico son aún limitados, lo cual se expresa en la inexistencia de un descriptor específico en las bases de datos del campo de la salud.

Así mismo, es la autonomía de los campos la que permite explicar la lucha entre los campos médico y legal en la disputa en torno a la definición y la criminalización de la violencia obstétrica. Mientras que el campo médico se autorreconoce como discurso legítimo para regular en la materia, el legal debe enfrentar su resistencia a la tipificación de la violencia obstétrica como delito.

Por otro lado, el punto de vista legal, como señala Quattrocchi (2018, 33), “toma en cuenta solo en parte la complejidad de la violencia obstétrica y no permite comprender y explicar las raíces históricas, políticas, sociales y económicas que la producen y legitiman”. En este sentido, el alcance del concepto legal de la violencia obstétrica resulta limitado, y reclama en su auxilio el complemento de la explicación sociológica del fenómeno, precisamente, en tanto fenómeno social.

El concepto legal de violencia obstétrica, al insertarse en el marco normativo de la violencia de género, comprende dimensiones estructurales vinculadas con la inequidad de género, esto es, patrones sociales y culturales que exceden la dimensión individual. En este sentido, cabe preguntarse si la regulación de las prácticas obstétricas que identifican como agente responsable a los/as profesionales de la salud permitirá abordar la violencia de género más profunda que se encuentra detrás. Ahí se ve reflejada la complejidad de estudiar los diversos registros de la violencia —física, estructural y cultural— al mismo tiempo.

El acercamiento legal permite reflexionar si, en términos de Castrillo (2016), el cambio en las sensibilidades sociales respecto de la violencia obstétrica generó modificaciones suficientes en las legitimidades, de manera tal que se pueda sostener la aplicación de este marco normativo. Es decir, si la ley expresó

una necesidad social bien reconocida o, por el contrario, se adelantó a un proceso social que aún es incipiente.

Sin duda, la violencia obstétrica constituye un fenómeno social complejo que, como hemos visto, requiere ser estudiado desde distintas perspectivas de análisis. Son estos distintos enfoques los que permiten profundizar en los aspectos diversos de esta problemática que enriquecen su comprensión. A la vez, por la propia naturaleza del tema, en tanto cuestión social vinculada con el género, la violencia y la discriminación, el acercamiento a las dimensiones históricas, sociales y culturales resulta fundamental, por lo cual la visión de las ciencias sociales adquiere primacía en el análisis.

En relación con las propuestas para enfrentar la violencia obstétrica, se observa que ocupan un lugar menor en la bibliografía sobre el tema, a pesar de su relevancia. Es posible que esto se deba a la dificultad que acarrea producir una transformación cultural del tipo de la que hemos analizado.

Como señala Quattrocchi (2018), en sintonía con la complejidad del tema, se apela a diversas herramientas de acción, que provienen tanto del Estado (la legislación, las políticas públicas) como de la sociedad (la militancia y el reclamo de los organismos de la sociedad civil en defensa de los derechos de las mujeres).

La iniciativa, más reiterada, vinculada con la incorporación en la formación médica de contenidos relativos a las formas de violencia, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y los beneficios del cuidado basado en la evidencia científica, si bien resulta fundamental, no deja de llamar la atención sobre la dificultad que implica. La apropiación de estos contenidos, como hemos visto, implica un profundo cambio de paradigma.

Por último, recuperar la voz de las mujeres en relación con sus experiencias, preocupaciones y preferencias en la atención de la salud reproductiva resulta una medida a la vez novedosa y necesaria, si se considera su ausencia en el modelo de atención hegemónico que ha conducido a problematizar la violencia obstétrica. En definitiva, un anclaje indispensable de esta problemática reside, de hecho, en la autonomía de las mujeres.

Consideraciones finales

En este capítulo hemos analizado las conceptualizaciones de la violencia obstétrica que se encuentran en los artículos científicos publicados desde el surgimiento de este concepto. El concepto de violencia obstétrica aporta una nueva visión para abordar la problemática identificada desde hace mucho tiempo del abuso de las tecnologías médicas y el maltrato hacia las mujeres en ocasión de la atención institucionalizada del parto y el nacimiento, y con mayor amplitud de su salud sexual y reproductiva.

Más allá de la contextualización de la violencia obstétrica en el marco de la violencia de género y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como encuadre general de este acercamiento, hemos identificado en la bibliografía distintos enfoques o perspectivas de análisis que permiten profundizar la comprensión de este concepto. Los diversos enfoques —entre ellos, el de tipologías de formas de violencia, el legal, el de las ciencias sociales y las humanidades, y el de la percepción de las mujeres y los/as profesionales de la salud— son una muestra de la centralidad que el problema de la violencia obstétrica ha alcanzado en el marco de la lucha por los derechos humanos y la equidad de género, e iluminan aspectos diversos de la violencia obstétrica. A partir de ellos, con esta investigación hemos podido mostrar la complejidad de este fenómeno, así como profundizar en el análisis de los conceptos centrales y los debates internos de cada enfoque.

Dado el carácter reciente de este concepto y las imprecisiones que ello conlleva, un análisis de las diversas conceptualizaciones desarrolladas hasta el momento y de las controversias que subyacen a su adopción resulta fundamental. Como hemos mostrado, se trata de un objeto en disputa tanto al interior del campo médico, como entre diversos campos, de manera significativa el médico, el jurídico y el de las ciencias sociales y el pensamiento feminista. Se espera que los resultados de este estudio puedan ser de utilidad para la problematización y el enfrentamiento de esta modalidad de la violencia, que ha sido cada vez más abordada en los debates públicos y en el ámbito académico, pero aún permanece invisibilizada para amplios sectores de la sociedad.

Los aspectos discutidos en este capítulo llevan, a su vez, a plantear algunos nuevos interrogantes para futuras indagaciones empíricas. Destacamos dos:

primero, reflexionar sobre la relación de la literatura y el desarrollo del tema en el tiempo lleva a preguntarse cuándo se publicaron las investigaciones de los diferentes enfoques y qué vínculo con el contexto podría establecerse en esta tendencia temporal; segundo, si se consideran literatura gris y documentos institucionales, ¿cómo fue incorporándose o no el concepto de violencia obstétrica en documentos nacionales y regionales, y qué enfoques dominan en cada área? Estas preguntas requieren futuras investigaciones que amplíen este campo de conocimiento.

Referencias bibliográficas

- Aguiar, Janaina Marques de, Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira y Carmen Simone Grilo Diniz. 2020. "El parto como 'atropellamiento': ideología médica, visión pesimista del parto normal y violencia obstétrica". En *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, coordinado por Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone, 131-144. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- Belli, Laura. 2013. "La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos". *Revista Redbioética/UNESCO* 1(7): 25-34. <http://hdl.handle.net/11336/12868>.
- Bohren, Meghan, Joshua Vogel, Erin Hunter, Olha Lutsiv, Suprita Makh, João Souza, Carolina Aguiar, Fernando Coneglian, Alex Diniz, Ozge Tunçalp, Dena Javadi, Olufemi Oladapo, Rajat Khosla, Michelle Hindin y A. Metin Gülmezoglu. 2015. "The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed Methods Systematic Review". *PloS Medicine* 12(6):1-32. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001847>.
- Borges, María. 2018. "A Violent Birth: Reframing Coerced Procedures during Childbirth as Obstetric Violence". *Duke Law Journal* 67(4): 827-862. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29469554/>.
- Bourdieu, Pierre. 1999. "¿Es posible un acto desinteresado?" En *Razones prácticas sobre la teoría de la acción*, 139-158. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre. 2000. *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires: Eudeba.

- Bowser, Diana y Kathleen Hill. 2010. *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth*. Harvard: Harvard School of Public Health University Research Co., LLC. https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/32/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf.
- Brandão, Thais, Sofia Cañadas, Alejandro Galvis, María Moreno de los Ríos, Margriet Meijer y Kirsten Falcon. 2018. "Childbirth Experiences Related to Obstetric Violence in Public Health Units in Quito, Ecuador". *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 143(1): 84-88. DOI: 10.1002/ijgo.12625.
- Cassiano, Alexandra, Milena Santos, Flavia Santos, Cristyanne Holanda, Jovanka Leite, Maranhao Tercia y Berta Enders. 2016. "Expresiones de violencia institucionalizada en el parto: una revisión integradora". *Enfermería Global*, núm. 44: 452-464. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n44/en_revisiones5.pdf.
- Castrillo, Belén. 2016. "Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica". *Sexualidad, Salud y Sociedad*, núm. 24: 43-68. <https://pdfs.semanticscholar.org/ca66/fb7d1b96d7e85e005c56aa1e35e6c46d8e8a.pdf>.
- Castro, Arachu y Virginia Savage. 2019. "Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic". *Medical Anthropology* 38(2): 123-136. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/01459740.2018.15>.
- Castro, Roberto. 2014a. "Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México". *Revista Mexicana de Sociología* 76(2): 167-197. www.scielo.org.mx/pdf/rms/v76n2/v76n2a1.pdf.
- Castro, Roberto. 2014b. "Pautas de género en el desarrollo del *habitus* médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica". *Salud Colectiva* 10(3):339-351. <https://scielosp.org/pdf/scol/2014.v10n3/339-351/es>.
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti. 2015. *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca: CRIM-UNAM.

- Castro, Roberto y Sonia Frías. 2019. "Obstetric Violence in Mexico: Results from a 2016 National Household Survey". *Violence Against Women* 26(6-7): 555-572. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30957706/>.
- Chadwick, Rachele. 2017. "Ambiguous Subjects: Obstetric Violence, Assemblage and South African Birth Narratives". *Feminism & Psychology* 27(4): 489-510. https://www.researchgate.net/profile/Rachele-Chadwick/publication/314130530_Ambiguous_subjets_Obstetric_violence_assemblage_and_South_African_birth_narratives.
- D'Gregorio, Rogelio. 2010. "Obstetric Violence: A New Legal Term Introduced in Venezuela". *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 111(3): 201-202. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20926074/>.
- D'Oliveira, Ana, Simone Diniz y Lilia Schraiber. 2002. "Violence against Women in Health-care Institutions: An Emerging Problem". *Lancet*, núm. 359: 1681-1685. <https://edisciplinas.usp.br/mod/resource/view.php?id=512961>.
- Díaz-Tello, Farah. 2016. "Invisible Wounds: Obstetric Violence in the United States". *Reproductive Health Matters* 24(47): 56-64. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/j.rhm.2016.04.004>.
- Diniz, Simone, Heloisa Salgado, Halana Andrezzo, Paula de Carvalho, Priscila Carvalho, Cláudia Aguiar y Denise Niy. 2015. "Abuse and Disrespect in Childbirth Care as a Public Health Issue in Brazil: Origins, Definitions, Impacts on Maternal Health, and Proposals for its Prevention". *Journal of Human Growth and Development* 25(3): 377-382.
- Dixon, Lydia. 2015. "Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices". *Medical Anthropology Quarterly* 29(4): 419-437. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25411151/>.
- Dixon-Woods, Mary, Debbie Cavers, Shona Agarwal, Ellen Annandale, Antony Arthur, Janet Harvey, Ron Hsu, Savita Katbamna, Richard Olsen, Lucy Smith, Richard Riley y Alex Sutton. 2006. "Conducting a Critical Interpretative Synthesis of the Literature on Access to Healthcare by Vulnerable Groups". *BMC Medical Research Methodology*, núm. 6: 35. <https://www.researchgate.net/publication/6914951>.
- Freedman, Lynn, Kate Ramsey, Timothy Abuya, Ben Bellows, Caridad Ndwiga, Charlotte Warren, Stephanie Kujawski, Wema Moyo, Margaret Kruk y

- Godfrey Mbaruku. 2014. "Defining Disrespect and Abuse of Women in Childbirth: A Research, Policy and Rights Agenda". *Bull World Health Organ*, núm. 92: 915-917. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/271621>.
- Gherardi, Natalia. 2016. *Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40754-otras-formas-violencia-mujeres-que-reconocer-nombrar-visibilizar>.
- Menéndez, Eduardo. 2005. "El modelo médico y la salud de los trabajadores". *Salud Colectiva* 1(1): 9-32. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2005.v1n1/9-32/es>.
- Morales, Ximena, Laura Chaves y Carlos Delgado. 2018. "Neither Medicine nor Health Care Staff Members are Violent by Nature: Obstetric Violence from an Interactionist Perspective". *Qualitative Health Research* 28(8): 1308-1319. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29749290/>.
- Oliveira, Virgínia y Cláudia Penna. 2017. "O discurso da violência obstétrica na voz das mulheres e dos profissionais de saúde". *Texto e Contexto Enfermagem* 26 (2): e06500015.
- Olza Fernández, Ibone. 2013. "PTSD and Obstetric Violence. Midwifery Today with International Midwife". *Midwifery Today*, núm. 105: 48-49, 68. <https://afar.info/biblio/private/2699.pdf>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 1985. "Appropriate Technology for Birth". *Lancet* 326 (8452): 436-437. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2863457/>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2014. *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra: OMS. https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/.
- Palharini, Luciana. 2017. "Autonomia para quem? O discurso médico hegemônico sobre a violência obstétrica no Brasil". *Cadernos Pagu*, núm. 49:1-37. https://www.researchgate.net/publication/321636025_Autonomia_para_quem.

- Pickles, Camilla. 2015. "Eliminating Abusive 'Care': A Criminal Law Response to Obstetric Violence in South Africa." *South African Crime Quarterly*, núm. 54: 5-16. www.scielo.org.za/pdf/sacq/n54/02.pdf.
- Pintado-Cucarella, Sheila, Julio Penagos-Corzo y Marco Antonio Casas-Arellano. 2015. "Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica." *Ginecología Obstétrica de México* 83(3): 173-178. blog.udlap.mx/wp-content/uploads/2015/07/art.original_sindrome.pdf.
- Pozzio, María Raquel. 2016. "La gineco-obstetricia en México: entre el 'parto humanizado' y la violencia obstétrica." *Revista Estudios Feministas* 24(1): 101-117. https://www.researchgate.net/publication/304812349_La_gineco.
- Quattrocchi, Patrizia. 2018. "Violencia obstétrica. Aportes desde América Latina." *Periódico do Núcleo e Pesquisas sobre Gênero e Direito* 7(1): 20-46. https://www.researchgate.net/publication/332637514_VIOLENCIA__OBSTETRIC.
- Ramón Michel, Agustina y Agustina Allori. 2017. "El parto respetado como asunto de derechos: el mapa jurídico en la Argentina." *Mora* 23(1): 144-153. <http://www.scielo.org.ar/pdf/mora/v23n1/v23n1a10.pdf>.
- República Bolivariana de Venezuela. 2007. *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. <https://www.refworld.org/es/docid/57f794ab2c.html>.
- Rodrigues, Diego, Valdecyr Alves, Raquel Vieira, Diva Leao, Erimar Paula y Mariana Pimentel. 2018. "Obstetric Violence in the Context of Labor and Child-birth." *Journal of Nursing UFPE On Line* 12(1): 225-236. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23523/26085>.
- Rodrigues, Raphaela y Magno Conceição das Mercês. 2017. "Prevalência de violências obstétricas em um município do sudoeste da Bahia: um estudo piloto." *Enfermagem Brasil* 16(4): 203-210. <https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1259>.
- Sadler, Michelle, Mário Santos, Dolores Ruiz-Berdún, Gonzalo Rojas, Elena Skoko, Patricia Gillen y Jette Calusen. 2016. "Moving beyond Disrespect and Abuse: Addressing the Structural Dimensions of Obstetric Violence." *Reproductive Health Matters* 24(47): 1-9. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/j.rhm.2016.04.002>.

- Savage, Virginia y Arachu Castro. 2017. "Measuring Mistreatment of Women during Childbirth: A Review of Terminology and Methodological Approaches". *Reproductive Health*, núm. 14: 1-27. https://www.researchgate.net/publication/320644617_Measuring.
- Sesia, Paola. 2020. "Violencia obstétrica en México: la consolidación disputada de un Nuevo paradigma". En *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, coordinado por Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone, 3-30. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- Shabot, Sara. 2016. "Making Loud Bodies 'Feminine': A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence". *Human Studies* 39(2): 231-247. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10746-015-9369-x>.
- Shabot, Sara y Keshet Korem. 2018. "Domesticating Bodies: The Role of Shame in Obstetric Violence". *Hypatia* 33(3): 384-401. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hypa.12428>.
- Silva, Meyrenice, Bianca Feijó, Francisca Lopes, Francisca Guerra, Idalina Santos, Gezabely Rodriguez, Mraks Santos y Saiwori Anjos. 2018. "Labor and Birth in the Rural Region: Obstetric Violence". *Journal of Nursing UFPE On line* 12(9): 2407-2411. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/234440/29933>.
- Soto-Toussaint, Luis. 2016. "Obstetric Violence". *Revista Mexicana de Anestesiología*, núm. 39: S55-S60. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161s.pdf>.
- Terán, Pablo, Carlos Castellanos, Mireya Blanco y Damarys Ramos. 2013. "Violencia obstétrica: percepción de las usuarias". *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* 73(3): 171-180. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004.
- Tesser, Charles, Roxana Knobel, Halana Andrezzo y Simone Diniz. 2015. "Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer". *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade* 10(35): 1-12. https://www.researchgate.net/publication/279521042_Violencia_obstetric.

- Torre Escoto, Gabriela. 2004. "La reproducción del campo académico de la comunicación en México: un análisis de la tesis de maestría (1996-2000)". En *Producción, circulación y reproducción académicas en el campo de la comunicación en México*, coordinado por Raúl Fuentes-Navarro, 85-127. Guadalajara: ITESO.
- Vacaflor, Carlos. 2016. "Obstetric Violence: A New Framework for Identifying Challenges to Maternal Healthcare in Argentina". *Reproductive Health Matters* 24(47): 56-65. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1016/j.rhm.2016.05.001>.
- Weed, Mike. 2005. "Meta Interpretation': A Method for the Interpretative Synthesis of Qualitative Research". *Forum: Qualitative Social Research* 6(1): 37. https://www.researchgate.net/publication/277149031_Meta_Interpretation.
- Williams, Caitlin, Celeste Jerez, Karen Klein, Malena Correa, José Belizán y Gabriela Cormick. 2018. "Obstetric Violence: A Latin American Legal Response to Mistreatment during Childbirth". *BJOG*, núm. 125: 1208-1211. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29727059/>.

3 Geografías brasileñas del dolor: la violencia obstétrica como un castigo sexual a las mujeres

Maíra Soares Ferreira

Introducción

La publicación brasileña del *Diccionario femenino de la infamia: recepción y diagnóstico de mujeres en situaciones de violencia* (Fleury-Teixeira 2015) puso a disposición conceptos ya reconocidos y nombrados, como “violencia en el embarazo” (Oliveira 2015), “violencia en los servicios de salud” (Diniz 2015), “violencia obstétrica” (S. de Oliveira, V. de Oliveira y Vilela 2015), “violencia sexual” (Oliveira 2015), “violencia de género” (Cassab 2015), “violación de derechos” (Costa 2015), “culpa” y “tácticas de sometimiento” (Strey 2015), “represión sexual” (Carvalho 2015), entre otras que se cruzan en la construcción política y conceptual de la violencia obstétrica (vo).

En esta trama, entendemos que la vo engloba desde agresiones físicas, psicológicas, verbales, simbólicas y sexuales hasta negligencia en el cuidado, discriminación, medicación excesiva o inadecuada, adhesión a prácticas obstétricas conocidas por ser desaconsejadas, perjudiciales y no basadas en evidencias científicas, vividas al momento del embarazo, parto, nacimiento y posparto. En Brasil, algunas prácticas ya tipificadas como vo son: tricotomía (afeitado de vello púbico), enemas, episiotomía, amniotomía, inducción de contracciones uterinas con la hormona sintética, oxitocina, maniobra de Kristeller, impedimento de la presencia de acompañantes y doulas, imposición de litotomía, prohibición de alimentos, falta de movilidad, bajo y mal uso de la partograma, entre otras (S. de Oliveira, V. de Oliveira y Vilela 2015).

A partir de la tipificación, de la conceptualización del término “violencia” —como la imposición de un dolor y sufrimiento evitables— y desde la posición filosófica y sociológica de que la violencia permite a la sociedad comprender

sus propios límites, presentaré la realidad y los pilares de la VO como el acto de infligir dolor para castigar las sexualidades de las mujeres brasileñas. “Infligir el dolor para castigar una infracción o para imponer una orden es y ha sido, durante mucho tiempo, un principio de intimidación y poder, una forma de tener dominio sobre otra persona” (Le Breton 2013, 199). En el caso de VO, la imposición del dolor como forma de aniquilación y, por tanto, reducción del sujeto a objeto, se realiza en el dominio sobre el cuerpo social y sexual de la mujer.

El poder de un hombre o de un Estado se mide por la suma de los dolores que puede prodigar sin que ninguna de sus prerrogativas se vea amenazada por el repudio de las víctimas o por el rigor de la ley. La licencia para hacer sufrir a la gente es la cara oscura del poder: de bofetadas a porras, de “golpes” a látigos, de miembros rotos o despedazados al desollado metódico, el único límite es la muerte de la víctima. La tortura es un tiempo completo de la práctica del horror. Ella pretende convertir el sufrimiento en un modo de control político. Por la coerción de un dolor que no tiene más límites que la imaginación de los torturadores, su objetivo es destruir el sentido de identidad de la víctima para llevarla a revelar secretos importantes, producir una confesión de culpa, de compromiso político o moral, o, simplemente, doblegarla a la decisión de los verdugos (Le Breton 2013, 199-200).

El autor analiza los ejercicios de poder generados por el libre albedrío para causar el dolor, el placer y la fantasía de la omnipotencia brindada y cómo dicho castigo entrena los modos de ser, las convicciones, las condiciones y las relaciones sociales. “El dolor somete a la víctima sin necesariamente tener que matarla, pero dejando en su memoria la cicatriz de su abuso y el destino que le espera en caso de reincidencia o ‘mala conducta’” (Le Breton 2013, 200). En esta misma perspectiva epistemológica, Foucault (1987) analiza cómo el castigo del cuerpo en suplicio —por ejemplo, descuartizado— se seleccionó y se elevó a un arte cuantitativo del sufrimiento que, en lugar de matar en definitiva al cuerpo físico, retiene la vida en el sufrimiento. Se trata de “castigos menos directamente físicos, cierta discreción en el arte de hacer sufrir, una disposición del sufrimiento más sutil, más velada y despojada de ostentación” (Foucault 1987,12).

La meticulosa administración de una cierta cantidad de violencia, tipificada como la *vo*, se presenta con procedimientos bien definidos, protocolizados como asistencia al parto y al nacimiento, descritos con duración y uso necesario de instrumentos que pueden traducirse en penitencia, vigilancia, castigo y coerción. Sin embargo, estos mecanismos de control son la parte más velada del proceso, se ubican fuera del campo de la percepción lógica y son desmentidos de forma eficaz por la atribución que se le da a la asistencia que evita fatalidades. Cuando el Estado redistribuye las características de la infamia, la población niega la *vo* vivida en la certeza de que no debe ser ingrata. “La justicia ya no asume públicamente la parte de violencia que está conectada a su ejercicio. El hecho de que mate o hiera ya no es la glorificación de su fuerza, sino un elemento intrínseco a ella que está obligada a tolerar. Y le cuesta mucho tener que imponerse” (Foucault 1987, 13).

Se observa que incluso los casos más extremos cuya asistencia —parto o aborto— resultó en “muertes maternas” valoradas como evitables, están respaldados por la ley y la moral de este Estado. Foucault (1987) analiza que el desplazamiento de las orgías de dolor por la implantación de la vigilancia se produjo luego de que las voces del siglo XVIII denunciaran la crueldad de la tortura, después de todo, se entendió el riesgo de los refinamientos de la violencia. Este riesgo estimuló respuestas similares por parte de la población, lo que conduciría al debilitamiento y no al fortalecimiento del Estado como institución de poder y control. Así, se inaugura un régimen de castigo menos corporal y más existencial, que gestiona mejor tanto el infligir el dolor como la legitimidad de los derechos humanos, en ciertos casos suspendidos, en otros otorgados. Para que, conforme a las aspiraciones del humanismo, el poder del Estado pueda seguir con libertad su curso de vigilancia y sanción. “Pero, en general, las prácticas punitivas se han vuelto mojigatas. No tocar más el cuerpo, o lo menos posible, y lograr alcanzar en él algo que no es el propio cuerpo” (Foucault 1987, 15):

El cuerpo está allí en la posición de un instrumento o un intermediario; toda intervención sobre él por el encierro, por el trabajo obligatorio tiene como objetivo privar al individuo de su libertad considerada tanto como un derecho y como un bien. Según esta pena, el cuerpo se coloca en un sistema de coacción y privación, de obligaciones e interdicciones. El sufrimiento físico, el

dolor corporal ya no son los elementos constitutivos de la condena. El castigo pasó de un arte de sensaciones insoportables a una economía de derechos suspendidos. Si la justicia aún tiene que manipular y tocar los cuerpos de los justificables, esto se hará a distancia, propiamente, de acuerdo con reglas rígidas y apuntando a un objetivo mucho más “elevado”. Como resultado de esta nueva retención, todo un ejército de técnicos vino a reemplazar al verdugo, el anatomista inmediato del sufrimiento: los guardias, médicos, capellanes, psiquiatras, psicólogos, educadores; por su simple presencia al lado del condenado, cantan a la justicia el elogio que necesita: le aseguran que el cuerpo y el dolor no son los objetos últimos de su acción punitiva (Foucault 1987, 15).

Esta economía política del cuerpo amparado por las relaciones de poder y dominación es lo que permite analizar la VO como un hecho social que dramatiza causas, es provocado por otros procesos y es la causa de estos procesos. Las políticas que generan, sustentan y perpetúan la violencia socialmente autorizada manifestada en la VO comprenden la conjugación de las problematizaciones de género, sexualidad, raza/etnia y clase. Y esto es lo que Lugones (2008) llama múltiples opresiones. O sea, son potentes marcas de sometimiento y dominación que actúan de tal manera que ninguna, al oprimir, moldea y rebaja a una persona sin ser tocada o separada de otras marcas que, al mismo tiempo, también oprimen, moldean y rebajan a esa persona. Esta comprensión de la trama de violencia involucrada en la VO se basa en los conceptos de interseccionalidad y consustancialidad, correlación o combinación de una serie de opresiones jerárquicas como el género, sexualidad, raza/etnia y clase. Así, la acumulación de marcadores sociales de cada cuerpo —su color, clase, raza/etnia y sexualidad— legitima, cada vez más, la autorización política para violar cuerpos, y confirma la naturalización e invisibilidad de la VO justificada como una ciencia obstétrica y practicada como una asistencia a la sexualidad y salud reproductiva.

Es decir, la regla del Estado define qué cuerpos deben ser castigados, explotados, mutilados, maltratados e incluso asesinados con la asistencia del parto, aborto y nacimiento en hospitales públicos y cuáles deben ser anestesiados y cortados en la asistencia privada. Esta orientación debe seguir “conocimientos, técnicas, discursos científicos” que se forman y entrelazan con la práctica del po-

der de castigar (Foucault 1987, 29). Michel Foucault (1987) y Giorgio Agamben (2004) plantean que estos márgenes de violencia brindan una perspectiva excepcional para comprender el estado que primero los crea, instituye la violencia y sus modos de mantenimiento y perpetuación, y luego incluye algunas “reparaciones”.

Para la perpetuación de esta norma están las inversiones en el desconocimiento del escenario obstétrico nacional, la reverencia hacia el ejército de técnicos, así como la fuerza del borrado social de la violencia y la inducción del olvido, por ejemplo, de la VO vivida.

Esta inversión política del cuerpo está ligada, según relaciones complejas y recíprocas, a su uso económico; es, en buena proporción, como fuerza de producción que el cuerpo está investido por relaciones de poder y dominación; pero a cambio su constitución como fuerza de trabajo solo es posible si está atrapado en un sistema de sujeción (donde la necesidad es también un instrumento político cuidadosamente organizado, calculado y utilizado); el cuerpo se convierte en una fuerza útil solo si es un cuerpo productivo y un cuerpo sumiso. Esta sujeción no se logra solo con los instrumentos de violencia o ideología; bien puede ser directa, física, usar la fuerza contra la fuerza, actuar sobre elementos materiales sin consecuentemente, ser violenta; puede ser calculada, organizada técnicamente y pensada, puede ser sutil, no usar armas ni terror y, sin embargo, sigue siendo física (Foucault 1987, 29).

Teoría y métodos

A estos instrumentos organizados se suma la construcción de otro soporte: la misoginia presente en la fuerza de este Estado fundado y fundamentado en las y por las desigualdades. Welzer-Lang (2001) denota que la división del mundo por sexo y género se establece con las internalizaciones que asocian las funciones nobles a los hombres o a lo masculino, y las no nobles a las mujeres y a lo femenino; así, regula desde “la violencia doméstica masculina hasta las violaciones de guerra, incluida la violencia en el trabajo que tiende a preservar los poderes que se atribuyen colectiva e individualmente a los hombres a expensas de las mujeres”

(Welzer-Lang 2001, 461). Imbuido de su búsqueda de la cosmogonía de estas violencias, el autor expresa el “doble paradigma naturalista” incrustado en ella: la naturaleza pseudosuperior del hombre, que remite a la dominación masculina, el sexismo y las fronteras rígidas e infranqueables entre géneros y la institución de la heterosexualidad que califica los casos de relaciones sexuales entre hombres y mujeres como “normales y naturales”.

El autor profundiza estas reflexiones al analizar la forma en que la sociabilidad de los hombres ocurre por el alejamiento de los aspectos normatizados como de mujeres y, así, se inaugura el lugar social de la persona que, sometida a un modelo, obtendrá privilegios derivados de él. Se establece la lógica del abuso —el abusado como potencial abusador— y también las relaciones de codependencia, la dialéctica entre opresivo/oprimido, entre otras denominaciones que narran las vivencias fundacionales de esta humanidad cuyas (no) posibilidades de existencia están en las relaciones binarias, impuestas y jerarquizadas según raza/etnia, clase, color, género y sexualidad. Como afirma Torrão-Filho (2005, 147): “La homofobia es hermana del racismo y la misoginia, y su superación está vinculada al proceso de construcción de la libertad y de la democracia.”

Una sección de los estudios feministas actuales tiende, además, a cuantificar estos privilegios y a mostrar los efectos de la dominación masculina. La misoginia, sintetizada como odio a las mujeres, ya está en la base de estas relaciones asimétricas entre hombres y mujeres que propician la diferenciación desigual; sin embargo, dada la política de naturalización, pasa desapercibida para la conciencia y así se reproduce. Borges y Gonçalves (2011) explican las relaciones íntimas entre la violencia contra la mujer y este sentimiento de odio hacia las mujeres y, con ello, la consecuente materialización en delitos como el feminicidio, agresión verbal, difamación, descalificación psicológica, acoso moral y sexual, tortura corporal, legislación restrictiva, entre otras. Una de esas violencias es la violencia obstétrica, cuyo término aún puede considerarse relativamente nuevo, pero que se ha consolidado como otro tema importante de lucha e investigación, con trabajos que ya se destacan en el escenario académico latinoamericano, y también en el escenario político de lucha por los derechos de las mujeres. De esta manera, entender las acumulaciones, sistematizaciones y superaciones —que no solo son conceptuales, sino también políticas y emancipatorias— puede contribuir a

analizar cómo funcionan estos mecanismos estatales efectivos para perpetuar las desigualdades, la violencia, los castigos, el poder y el control sobre el cuerpo de las mujeres.

A partir de estas posiciones y enfoques, el presente texto —resultado de mi tesis doctoral *Pisando en óvulos: la violencia obstétrica como un castigo sexual a las mujeres* (Ferreira 2019)— se basa en la teoría social de carácter construccionista y en teorías feministas y resalta las contribuciones de la interculturalidad. Con este conjunto de conocimientos fue posible reflexionar sobre cómo las relaciones intrínsecas entre el Estado y el parto —vía los diferentes programas de asistencia públicos y privados— coordinan la práctica sobre el cuerpo de las mujeres, de acuerdo con sus características sociales de color, clase, raza/etnia y género.

Respecto de la metodología, así como la terminología, me centraré en la tarea de presentar algunos datos generales, aunque solo estadísticos, sobre el escenario obstétrico nacional para ilustrar lo que se analizará. Berger (2001, 20) señala que “por sí mismos, los datos estadísticos no constituyen sociología. Solo se convierten en sociología cuando se interpretan sociológicamente, cuando se sitúan dentro de un marco de referencia teórico que es sociológico”. En otras palabras, la simple descripción, mención, recuento o correlación de datos o situaciones no es sociología. Así, la validez de los datos, descripciones y correlaciones que siguen, ocurrirá porque provocan la aplicación de la actividad sociológica, que, en este caso, es analizar las complejidades del hecho social de la VO en la sociedad brasileña. Por ejemplo: el informe *Situación mundial de la infancia 2011*, del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF 2011), mostró que la tasa de cesáreas en Brasil es la más alta del mundo, 44%. Los datos oficiales de Brasil, por otro lado, muestran un porcentaje promedio aún más alto. Según la Agencia Nacional de Salud Complementaria (ANS), los datos del mismo año muestran que las tasas de cesáreas en el sector complementario de salud brasileño son de 98% y en el sector público, el Sistema Único de Salud (SUS), de 35%. Otros datos nacionales de la *Encuesta Nacer no Brasil* (Leal 2014), muestran que 52% de los partos realizados por el Sistema Único de Salud (SUS) son por cesárea, llegan a 88% en la red privada.

Dadas las tasas brasileñas de cesáreas mucho más altas que el 15% recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa del Ministerio de Salud, por medio de la “Iniciativa de Hospitales Amigos del Niño (BFHI)”

invierte financieramente en el que denominan Parto Normal. Sin embargo, además de que solo 10% de las maternidades en el país están así certificadas, al fin y al cabo, estos partos “naturales” siguen el inmenso protocolo de intervenciones, conocido como la “cascada de procedimientos” practicados tanto en el cuerpo materno, en el parto natural completo y el cuerpo del o la bebé nacido/a sano/a (Leal 2014). La encuesta nacional antes mencionada, “Nacer en Brasil”, muestra que el parto vaginal —calculado como mayoría en los hospitales públicos— está en extremo medicalizado y repleto de intervenciones dolorosas, nocivas, sin consentimiento y no basadas en evidencia.

Así, “en el campo de la metodología de las ciencias sociales, entendida aquí como una reflexión sobre la práctica de la investigación social en sus aspectos lógicos, epistemológicos, teóricos y técnicos” (Nunes 2016, 29), el objetivo del presente texto es explorar la VO como una categoría de análisis. En otras palabras, la búsqueda de una mayor comprensión de este acto misógino, invisibilizado por la ciencia obstétrica y la asistencia a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, orienta este texto. Y la sociología, como forma de conciencia, es la actividad imbuida de esta necesidad de analizar este sistema con la intención de tomar conciencia de él y sobre él (Berger 2001). Así, con base en el construccionismo, me sumo a la sociología del conocimiento en el marco de la sociología del género y del feminismo.

Desde esa perspectiva, la investigación me condujo a los estudios sobre la relación entre los derechos y la violencia que dieron lugar a la crítica de la VO y a una “política pública de humanización” como situaciones correspondientes a la norma de vigilancia ya establecida y, por tanto, a la perpetuación del engaño que invisibiliza el núcleo de los problemas y mantiene aún el “orden” bajo el control estatal, por medio de las diversas instituciones. El punto clave fue conducir el trabajo, basado en la concepción arqueológica y los análisis de Michel Foucault, sobre la sociedad colonial moderna brasileña como un conjunto social constituido a partir de la jerarquía de marcadores sociales, sin perder de vista el compromiso ético-político, desde mi lugar parcial y posicionado, como sostienen los autores Sawaia (2002) y Haraway (2009). Sobre la dinámica de las relaciones sociales, Kergoat (2010) la analiza desde el entendimiento de que los conflictos de clase, género y raza/etnia no deben concebirse, interpretarse y enfrentarse de

forma aislada, ya que son categorías interdependientes que presentan una consustancialidad o coextensividad. Esto obedece a que dichos marcadores sociales son móviles, ambiguos y ambivalentes. Sus movimientos son circulares, espirales y simultáneos. Otros términos para describir los marcos sociales tan complejos sugeridos por Collins (2016) son: la “naturaleza interconectada de la opresión” o la “simultaneidad de la opresión”.

Resultados

La asistencia al parto habría pasado de una profesión a otra, del *affaire de femmes* al tema de los hombres, de las élites pobres a las educadas, de las manos negras a los guantes blancos, de las zonas rurales a las urbanas, del conocimiento popular al conocimiento científico, de los cuerpos palpitantes a los cuerpos patológicos, desde las técnicas mecánicas y los ritos espirituales hasta las técnicas químicas, desde una percepción comprensiva hasta una mirada escrutadora y minuciosa (Tornquist 2004, 98).

A lo largo de casi toda la historia de la humanidad, los partos y nacimientos han sido atendidos por mujeres parteras, inquisidoras, brujas, curanderas, comadronas y matronas. Mujeres conocedoras de la menstruación, el embarazo, el parto, el aborto, la lactancia, la alimentación y la enfermedad. Estos conocimientos seculares (ancestrales), anclados en el propio cuerpo femenino, son (re)transmitidos y (re)apropiados, (re)combinados y sistematizados a partir de sus propias historias de vida, sus multiparidades, sus prácticas intensas con el parto y nacimiento, y también de transmisiones generacionales, herencias ancestrales y tradiciones orales. Estas experiencias acumuladas circunscriben todo el ciclo de la vida sexual y reproductiva de la mujer, desde la menstruación hasta el control de la natalidad y la interrupción de la fecundación; manifiestan los conocimientos y las prácticas sobre la salud sexual y reproductiva del cuerpo femenino y potencian el universo femenino de diferencias, singularidades y también universalidades. Durante mucho tiempo, la intuición y las relaciones comunitarias regularon las instancias de la vida sexual y reproductiva de las mujeres: “la mayoría de los registros históricos

indican que, desde el aislamiento instintivo, las mujeres empezaron a ayudarse entre sí, apoyadas en sus prácticas y experiencias personales” (Scavone 2004, 128). Pero esta articulación, autonomía y liderazgo de las mujeres asustaron a la época y se convirtieron en un blanco de ataques. El poder de las mujeres se ha convertido en algo abominable:

El poder sanador era el mismísimo mal para la Iglesia, ya que había representado la influencia de estas mujeres, principalmente en la población campesina pobre, poniendo en riesgo el poder clerical. Además, el conocimiento de estas mujeres llegó a áreas consideradas peligrosas, como la propia sexualidad femenina. Las hogueras de los inquisidores no lograron quemar el conocimiento de las parteras y curanderos, quienes continuaron practicando partos y curas durante mucho tiempo. Sin embargo, la Inquisición siguió el proceso de legitimación de la medicina científica: lo que la Iglesia no puede doblegar, lo usurpará la institución médica científica (Scavone 2004, 131).

Así, lo que supuestamente se eliminó cuando estas mujeres fueron condenadas a la hoguera fue el poder, ya que la brujería —conocimiento y práctica— surgida de una larga experiencia empírica les confería capacidad de curación e intervención. En Europa, para los inquisidores, y en Brasil, para los colonizadores y esclavistas, esta magia se consideraba incontrolada, peligrosa y dañina. El contexto de estos diversos cuerpos y vidas perseguidas es el de la Inquisición —conocido como “caza de brujas” y promovido por la Iglesia medieval que tuvo su auge entre los siglos xv y xvii— que continuó en el Brasil colonial, con la opresión de las parteras, curanderos indígenas y africanos.

En la historiografía brasileña se afirma que entre las acusaciones de magia y brujería estaba el hecho de que estas mujeres poseían talentos médicos y obstétricos. Así, mientras la bruja —partera/curandera— se veía como alguien inferior y era maldecida, el partero/cirujano se presentaba como “salvador” y un aliado de la gran “ciencia”. Estos pasajes historiográficos desde la obstetricia empírica-tradicional-domiciliaria-femenina hasta la obstetricia médico-científica-hospitalaria masculina se fortalecieron a partir de la clasificación de las prácticas de estas mujeres, como oscurantistas, ignorantes y causantes de sufrimiento, es decir, basadas

en ideales de racionalidad y progreso; el discurso médico cobró fuerza en “el Siglo de las Luces” —Europa de los siglos XVIII al XIX—, y en Brasil, al inicio del periodo de la lucha por la independencia de Portugal y la transición del régimen colonial-esclavista al (actual) capitalista colonial moderno.

La colonización y la esclavitud marcaron el comienzo de periodos de gran violencia física y sexual, persecución, genocidio, odio, hostigamiento, abuso y opresión de las mujeres indígenas, negras, parteras, curanderas, *raizeiras* (sanadoras), entre otras. Las investigaciones han demostrado que hubo errores en las prácticas tanto de parteras/curanderas como de parteras/cirujanas. Sin embargo, entendemos que, no sin intenciones, “los errores de parteras y curanderas fueron sobreestimados y utilizados por algunas corrientes de la medicina científica para devaluar todas y cada una de las prácticas de las mujeres en materia de salud” (Scavone 2004, 132). En muchos países, pero sobre todo en colonias como Brasil, todo este proceso —desde la entrada del médico/cirujano en el escenario de los partos y el desplazamiento de las parteras (primero fueron colocadas como asistentes y luego retiradas por completo)— jerarquizó el conocimiento que culmina en el monopolio definitivo de la racionalidad médica como legítimo cuidado de la salud de la mujer:

Dicha monopolización también estandarizó el lugar de las mujeres en la vida familiar y se permitió controlar su cuerpo y su sexualidad, y fueron vistas solamente como aquellas que se preocupan (por los demás), cuidan y procrean. En esta estandarización, el cuidado de la vida tiene la connotación del ámbito privado y doméstico. Es la madre, u otra mujer en rol similar, quien se ocupará de la alimentación, la higiene, las visitas al médico y la administración de los remedios cuando sea necesario. Así, la salud familiar pasa por el ámbito del hogar, el privado y la mujer, pero es el dominio científico de los hombres (Scavone 2004, 135).

El poder que los hombres “ganaron” sobre las mujeres les exige a estas tanto sumisión a la gran “ciencia” y sus protocolos, como su dependencia del capitalismo moderno. Tal ilusión que las controla como servidoras del capital impone la tarea de “dignificar la masculinidad” a expensas de las mujeres. Motivada por

la búsqueda de una mayor movilidad de significados, opté por aquellas investigaciones que trazan el mapa y desentrañan las trayectorias femeninas en torno a las prácticas del parto y la partería, en diferentes periodos y, desde diferentes protagonistas, resistencias e intencionalidades divergentes:

Al estudiar las trayectorias de las mujeres en archivos y documentos entre los siglos XVI y XVIII, encontré imágenes asociadas recurrentemente con la dominación y opresión sobre las mujeres. En ellos, la mujer es víctima constante del dolor, del sufrimiento, de la soledad, de la humillación y la explotación física, emocional y sexual; pero también sentí la naturaleza de poderes discretos que reaccionaban y resistían a estas situaciones pintadas en las imágenes, poderes garantizados a las mujeres a través de su emancipación biológica, así como su emancipación de la dominación masculina. Me emocionó descubrir, detrás del torrente de discursos normativos sobre lo que debería ser una mujer, poblaciones femeninas en su revancha contra lo que había significado la moral para asegurar su condición de “minoría”. En el reverso del rol que les delegaban las instituciones de poder masculino, la Iglesia y el Estado, cosieron las características de su género, vinculando prácticas culturales y representaciones simbólicas en torno a la maternidad, del parto, del cuerpo femenino y del cuidado con los hijos (Del Priori 2008, 14).

Respecto de las fuentes documentales, la autora comenta las dificultades que enfrentó ya que eran confusas, discontinuas y desiguales. Esta es la tarea del trabajo a contracorriente, señalado por Walter Benjamin (1985), ir más allá de las versiones reduccionistas para contar las historias de adentro hacia afuera, con voces plurales y llenas de tensiones existentes. Además de que la mayoría de los procesos que se encontraron no son narrados por las mujeres, evidencian un mundo parcial, donde la relación desordenada de los sucesos, que denuncian muchos de los testigos, está llena de detalles en los que el odio se entrelaza con divergencias y miserias humanas.

Las teorías y los textos de teólogos, moralistas, confesores y médicos, en cambio, alejados de lo accidental o singular en la vida de las mujeres, invirtieron

en engordar una mentalidad colectiva que expresaba una profunda misoginia y un enorme deseo de estandarizar a la mujer. Ella significaba una amenaza [...] estaba bajo sospecha todo el tiempo. Entre calificativos como “pecado” o “enfermedad” escritos por moralistas y médicos, lo que se leyó fue: *¡cherchez la femme...!* Discursos similares que se ocupaban de la definición de los límites, entonces muy maleables entre lo público y lo privado, postulaban, sobre todo, el papel de cada género en estos espacios. Fue curioso percibir que el enorme interés por la domesticación de la mujer también revelaba el consenso masculino sobre el poder civilizador de la maternidad (Del Priori 2008, 15).

Esta maternidad “civilizada” alude a la mentalidad colonial esclavista brasileña contemporánea (Ferreira, 2012) que perpetúa la creencia de que la redención del pecado original está en la base de las violentas dificultades de la vida matrimonial y las violentas asistencias al parto y al nacimiento. En este engaño reside la sexualidad de la mujer brasileña. En la preocupación por elaborar una imagen regular de la feminidad que se adecue al proyecto cristiano, en el enfoque sacramental y místico que ofrece a la sexualidad solo justificada por la procreación. Esta aflicción —o conflicto— entre la maternidad deseada y la sexualidad reprimida encuentra su desenlace en el momento del parto: hay textos que datan del siglo XVI y que construyeron las ideas de santas madres que deberían dar a luz con dolor, al redimir al género por haber cometido el pecado original. Por ejemplo: “Los inconvenientes del embarazo y el dolor del parto, como la pena del pecado, deben ser soportados con paciencia, subrayó el predicador Arceniaga” (Del Priori 2008, 218). Así, la imagen de la mujer virtuosa y hogareña, exaltada durante el embarazo, tuvo que dar paso a otra, bastante pedestre, de mujeres afligidas por sus miedos y sus dolores. La mujer debía incorporar otro papel al significado del parto: uno de sufriente, cuyos gritos, a menudo más allá o por debajo del dolor, anunciaban la victoria sobre la muerte y el poder de procrear. El parto, momento por excelencia del proceso de la maternidad, quedó marcado con la imagen del sufrimiento de la madre. Había que sufrir para sacar a la luz el fruto. Quizás, con ello se inauguró un proceso crediticio del que el hijo sería el eterno deudor, destinado a pagar con su trabajo y cariño el parto entre dolores. La Iglesia encontró en estas imágenes la justificación del pecado original y la condena a la vida terrena.

Todas las mujeres personificadas en Eva necesitaban reglas eclesiásticas para ser entrenadas y así pagar por el pecado ancestral. En aquellos tiempos, sí, la anatomía imponía un destino.

Hay indicios de que estamos ya en los tiempos de la incorporación del sufrimiento. Una parte del libro de Del Priori (2008), *Mentalidades y prácticas en torno al parto: dar a luz con dolor*, describe de manera minuciosa las intervenciones realizadas a las mujeres en el trabajo de parto, y las llama barbaridades y rituales monstruosos. Incluso denomina el uso del arsenal de instrumentos médicos como tortura. En estos reportes contrasta la presencia de las parteras en situaciones en las que la fisiología “iba bien”, y el maltrato médico —autorizado— en partos considerados complicados y riesgosos. Las descripciones son terribles, pero muy actuales, así como el desplazamiento del “dolor” del parto.

A pesar de la actualidad de la siguiente afirmación, Telles (2011) presenta cómo la práctica abusiva de los médicos en obstetricia atravesó el siglo XIX:

En una maternidad municipal que operaba en Río a principios de la década de 1880, los partos se realizaban en presencia de estudiantes, quienes podían tocar, observar la dilatación y examinar a las mujeres, probablemente en contra de su voluntad. El conocimiento médico en obstetricia en este periodo se desarrolló principalmente a partir de la experiencia con mujeres pobres o esclavas (Telles 2011, 98).

Los estudios historiográficos europeos han atestiguado que la obstetricia nació con las mujeres y luego fue usurpada por la medicina mágico-religiosa. Y, no sin resistencia por parte de las mujeres, tal apropiación se dio a partir de la idea de que existe, en el cuerpo femenino, la presencia de un misterio, oculto, malvado, incontrolable (indomable, invencible, indomesticable), y que, por tanto, la construcción de este horror, odio, terror y pavor de lo femenino acompaña toda la transición de la representación social del aparato reproductor de la mujer como algo potente (muy presente en las tradiciones orales de la mujer, en los rituales de fertilidad y en los relatos de las culturas populares), por algo responsable y originado en males femeninos (interpretación religiosa).

Federici (2010) elabora estudios en torno a la disciplina y domesticación de las mujeres; reelabora las aproximaciones que acompañaron la transición del sistema feudal al capitalismo; analiza cómo la racionalización capitalista de la sexualidad fundó el patriarcado; denuncia las políticas actuales sustentadas en la misoginia y cuya tarea es mantener en orden el actual sistema capitalista moderno-colonial en detrimento de algunas expropiaciones, y examina el exterminio de las brujas como un acto fundacional del sistema capitalista que domestica a las mujeres.

La obra de esta autora e investigadora contemporánea ha ganado un amplio reconocimiento mundial ya que en los raros registros de la brutal masacre que fue la caza de brujas se omitió, por mucho tiempo, este proceso expropiatorio. A esto se suma el complejo análisis de la autora sobre los cuerpos de las mujeres, su trabajo y sus poderes, incluidos los sexuales y reproductivos, que fueron puestos bajo control estatal y transformados en recursos económicos.

Sobre los inicios de la construcción de la misoginia, la violencia y el castigo sexual contra el cuerpo y la vida de las mujeres promovidos y apoyados por el Estado, el estudio de Federici (2010) muestra que, además de la instalación de las referidas relaciones de abuso entre hombres y mujeres, la falsa liberación de la mujer de una determinada producción laboral significó su sujeción a las tareas específicas de reproducción de la especie (maternidad y familia).

En resumen, el capitalismo no existiría sin la misoginia y la apropiación del trabajo doméstico y materno no remunerado de las mujeres; tal expropiación de las mujeres, de antemano, las devalúa en la jerarquía laboral de género. Eficiente en el matrimonio y las relaciones maternas, esta mujer no puede ejercer su poder y, por lo tanto, la sociedad debe administrar sus placeres sexuales.

Al enfatizar que la lucha contra las desigualdades pasa por el cuerpo y, principalmente, por la mujer, el trabajo de Federici (2010) reorienta el regreso a la lucha por combatir la VO. Del silenciamiento de las mujeres en sus consultas prenatales privadas a los gritos (des)governados en las salas de parto de un hospital público brasileño del siglo XXI, ahí está la diferencia; mientras que la primera mujer será remitida a cirugía por cesárea en la fecha establecida, la segunda se llevará a las últimas consecuencias para un parto vaginal con el protocolo de las intervenciones, incluso el de la vulva mutilada. En este caleidoscopio cultural, cualquier

giro (des)enfocará la frase: cada cuerpo un color, a cada nacimiento un dolor. Se suprime la historia de inducir este dolor, se niega la función política y social imbuida en este e impuesta en cada parto, según su “color”. El factor “obligatorio” de este dolor —anestesiado o intensificado— está reprimido, se ha establecido ya como parte intrínseca de todos los partos y nacimientos modernos. En otras palabras, la “fuerza” presente en el trabajo activo se reprime y desplaza para poner en el centro un dolor agudo y vigilante. Para confirmar —y reprimir— la represión, es en torno a este dolor que se constituye la “solidaridad” de la ciencia y la asistencia médica en la norma.

Cuando se niega que el dolor infligido —de la violencia— se instituyó, el hecho de que esté al servicio de la culpa creada y el castigo administrado se vuelve invisible, se legitima la “mejora” médica. Este dolor conmueve a médicos y médicas, parteras, familias y comunidades, despierta un “instinto de cuidado ideológico” que promete paliar los tormentos que acompañan a la maternidad, otorga a quienes “asisten” el papel de protagonistas, salvadores o semidioses mujeres y hombres, y así, se establecen operaciones oscuras autorizadas y legitimadas. Mientras que, en el modelo protegido por la Iglesia, el sufrimiento del parto era un designio divino, un castigo para las mujeres que cometieron el pecado original y mediante el cual no se podía hacer nada para aliviar los riesgos y dolores del parto; en el modelo asistencial, la obstetricia pasa a la historia como salvadora de las mujeres.

Con omnipotencia, la ciencia revoca la frase “parirás con dolor” y trae consigo la preocupación humanitaria de solucionar el “problema” del parto (Diniz 2005; vo: Parirás con dolor, 2012). En este paradigma, el parto es un evento fisiológico patógeno, una forma de violencia intrínseca a la mujer y un fenómeno que siempre implicará daños, riesgos y sufrimiento. Entre la mujer acusada de su sexualidad y la mujer víctima de su naturaleza uterina, está el papel del médico o médica obstetra ocupados en anticipar y combatir los múltiples “peligros” del cuerpo femenino.

Las construcciones sociales sobre el dolor del parto como trampas del mal que afectan al cuerpo femenino se duplican con la construcción de imágenes horrendas y se despliegan mediante articulados relatos de sufrimiento. Para DeLee, el parto equivaldría a caer con las piernas abiertas sobre una horquilla (el paso del bebé por la vulva), y para el bebé, que una puerta le aplasta la cabeza (el paso por la

pelvis ósea) (vo: Parirás con dolor 2012, 12). La investigadora Diniz (1997) también encuentra equivalencias entre el ideal de la maternidad, la violencia física y sexual de la asistencia médica y el paso del niño por los genitales cuando narra que el parto se explica —en textos e informes— como una especie de violación invertida:

Durante varias décadas del siglo xx, muchas mujeres de clase media y alta del mundo industrializado han dado a luz inconscientes. El parto bajo sedación total (“sueño crepuscular” o “twilight sleep”) comenzó a utilizarse en Europa y Estados Unidos en la década de 1910, y tuvo mucho éxito entre los médicos y parturientas de las élites. Implicó una inyección de morfina al inicio del trabajo de parto y luego una dosis de un amnésico llamado escopolamina, por lo que la mujer sintió el dolor, pero no recordaba conscientemente lo que había sucedido. Generalmente, el parto era inducido con oxitocitos, el cuello uterino dilatado con instrumentos y el bebé extraído con fórceps altos. Como la escopolamina también era un alucinógeno, que puede provocar una intensa agitación, las mujeres deben pasar el trabajo de parto atadas a la cama, ya que luchaban intensamente y en ocasiones terminaban el parto llenas de hematomas. Para evitar ser visto en esta situación tan molesta, las camas estaban cubiertas, como una tienda de campaña. En Brasil, el parto inconsciente tuvo un exponente: desarrolló para uso en el parto la mezcla de morfina con cafeína —“Lucina”, uno de los nombres de la diosa Juno”— (vo: Parirás con dolor 2012, 13).

Después de muchas décadas, cuando la alta morbilidad materna y perinatal se volvió inaceptable, se abandonó este modelo de asistencia médica para el parto instrumental con sedación completa. Esta práctica se hizo a un lado para experimentar el advenimiento de una nueva anestesia, considerada más segura. En las zonas urbanas, el nuevo modelo hospitalario considerado más seguro, se amplió como estándar de asistencia médica para el parto y nacimiento; a mediados del siglo xx se instaló con legítimo éxito el proceso de hospitalización del parto en la gran mayoría de los países industrializados. El poder político representado por el desarrollo y el ideal de progreso otorgó a la medicina obstétrica occidental el lugar de ciencia, basada en la tecnocracia y en la sociedad jerárquica.

De esta manera, el monopolio de la obstetricia por parte de la medicina científica implicó la entrada de las prácticas tocológicas en la era del capitalismo industrial: una sofisticada medicalización del parto y su instrumentalización, como las cesáreas y los partos vaginales llenos de intervención. Así, las parturientas comenzaron a vivir sus partos “conscientes”, aunque atadas e inmovilizadas, asistidas por desconocidos, separadas de sus familiares y pertenencias, con el vientre cortado o las piernas abiertas y levantadas, con el funcionamiento de sus úteros acelerado con oxitocitos, sintético y reducido con anestesia y analgesia, etcétera. Silenciadas y sometidas a los protocolos, las mujeres han organizado sus discursos sobre estos castigos y penas.

En esta línea de resistencia Del Priori (2008), en su análisis del Brasil colonial, señala formas de vislumbrar y posibilitar la emancipación en medio de la violencia y la sumisión:

Si a pesar de tanto sufrimiento y tanta incertidumbre en cuanto al parto, la mujer no deja de reproducirse, ¿no será porque ese era específicamente su papel en la sociedad colonial? ¿No sería la capacidad de afrontar el dolor para dar a luz un estigma de la fisiología femenina condenada por tener útero? ¿No es esta la mejor manera de redimir el pecado original, según la Iglesia? Creemos que tales preguntas deberían pertenecer a la mentalidad de la época en lo que respecta a la fisiología femenina y la maternidad. Esta larga trayectoria de sufrimiento físico ciertamente ayudó en la construcción de la devoción mariológica en las colonias y en la elección de este rol —y como madre— para las poblaciones femeninas. Sobrevivir al parto a más de una las elevaba a la condición de santas, devolviéndoles una identidad que la mayor parte de la vida social les negaba. En el momento del parto, las mujeres se reunieron con ellas mismas y con su género. Hay razón más que suficiente, por tanto, en esta colonia en la que estaban solas y sin valor, para seguir dando a luz (Del Priori 2008, 230-231).

La contradicción que evidencian estos estudios es que, de manera simultánea a esta maternidad —madre exaltada y la mujer domesticada— también puede existir una cultura colectiva entre las mujeres que camina, desde antes y después

en paralelo a los estudios médicos sobre el parto. Algo que puede no solo tratar de esos poderes y liderazgos, sino sobre todo de la autonomía y articulación entre ellos, lo que, según la autora, es “una alianza de género para la emancipación personal de cada mujer” (Del Priori 2008, 232). Si recorremos otras historiografías, en dirección norte y de otras décadas posteriores en la historia, encontraremos diferentes colectivos, expresiones y resistencias también centrados en la hermandad. A finales de la década de 1950, en los Estados Unidos, una revista llamada *Ladies Home Journal* (Revista para amas de casa) publicó un artículo titulado “Crueldad en las maternidades” con narrativas de parturientas y enfermeras que hablan de las situaciones inhumanas que vivieron y presenciaron en el parto (Schultz 1958).

El término utilizado fue “crueldad” y estos registros se referían a los tratamientos de tortura —mencionados antes— como “el sueño crepuscular”, la combinación de morfina y escopolamina que produce sedación y también gran agitación psicomotora y posibles alucinaciones. Así como el uso abusivo de fórceps y la imposición de litotomía con piernas atadas, muñecas esposadas y en consecuencia lesionadas. Entre otros hematomas que dejan huellas en el cuerpo (Diniz 2015; Goer 2010). La publicación del artículo dio lugar a otros tantos testimonios-denuncias. Se animó a las mujeres lectoras a enviar sus cartas a la revista lo que reforzó la realidad de tales crueldades y abusos, términos utilizados en ese contexto. Un avance importante de esta recopilación de testimonios y denuncias fue la creación de la Sociedad Americana de Psicoprofilaxis en Obstetricia, hoy conocida como Lamaze International.

En el mismo año, en 1958, en el Reino Unido, un movimiento de mujeres también elaboró sus denuncias y utilizó también el término “crueldad”; creó The Society for the Prevention of Cruelty to Pregnant Women (Sociedad para la Prevención de la Crueldad contra las Mujeres Embarazadas). La carta de fundación de esta Sociedad, publicada en el diario *The Guardian*, contenía denuncias muy similares a las de la época y también a las actuales, tales como: soledad, falta de empatía, negación de la intimidad, falta de respeto, insensibilidad, ignorancia, falta de consideración y consentimiento; mala alimentación, reducción del horario de visitas, privación del sueño e incapacidad para descansar, falta de acceso al bebé, rutinas rígidas y toscas, entre otras (Diniz 2015, 2).

Los libros feministas entre las décadas de 1960 y 1980, como *Our Bodies, Ourselves* (Boston Women's Health Collective 1970), refuerzan las críticas, intentan sensibilizar a las personas profesionales de la salud, señalan los absurdos de las prácticas y dan voz a las mujeres sometidas a los malos tratos. Sin embargo, a pesar de estas quejas que se remontan a la década de 1950, los actos prescritos como atención a la salud de la mujer embarazada en el parto y el aborto no se transmutaron, más bien se enmascararon porque entraron en la lista de protocolos hospitalarios. De ahí la relevancia de este recorrido que culminó con la designación de esta asistencia violenta, abusiva, cruel, discriminatoria, criminal, irrespetuosa, etcétera. El término actual —violencia obstétrica (vo)— con sus tipificaciones, conceptos y legislación es el resultado de un largo proceso grupal de mujeres que trabajan aún por lograr las transformaciones.

En la simultaneidad de estas resistencias hay duplicidades contradictorias como recuerdo/olvido. El borrado social y el olvido inducido de los conocimientos usurpados de las parteras repercuten en la atención obstétrica practicada hoy, de la misma manera que el recuerdo de estas acciones resuena en los colectivos organizados de las mujeres. Por ello es necesario agudizar la reflexión sobre este cuerpo y sus geografías existenciales fundacionales que, al dar fe de la vida en cada parto y nacimiento, estampa la forma de la vida y de la muerte. Vida y muerte, castigo y control que, operados por profesionales de la salud, disciplinan la existencia de cada cuerpo, la forma de vivir y morir. Un Estado que decide qué vidas pueden nacer y cómo, y cuáles pueden ser asesinadas.

Cada uno de estos breves recorridos no solo se remonta a tiempos lejanos de la intensa relación de la mujer con el parto, sino que también apunta a la insistente expropiación de sus cuerpos y vidas. Si miramos la espiral de estas vivencias violentas y existenciales de la condición humana a partir del término “cuerpos no circunscritos” de Caldeira (2000), comprenderemos de nuevo la relación instrumental entre violencia y orden en la construcción primaria del sistema actual en el que vivimos. Como ironiza la autora, a pesar de que Brasil es una democracia política, con derecho a la participación y libre organización, y tiene legítimos derechos sociales, los aspectos civiles —igualdad ante la ley— y los aspectos de la ciudadanía reproductiva, por ejemplo, son continuamente violados. El grado en que esto sucede depende del grupo social en cuestión:

El cuerpo se concibe como un lugar de castigo, justicia y ejemplo en Brasil. La mayoría lo concibe como el lugar apropiado para que la autoridad se imponga mediante la imposición de dolor. En el cuerpo de los dominados —niños, mujeres, negros, pobres o presuntos delincuentes— los que tienen autoridad marcan su poder buscando, mediante infligir dolor, purificar el alma de sus víctimas, corregir su carácter, mejorar su comportamiento y producir sumisión. Para comprender cómo estas concepciones y sus consecuencias pueden aceptarse como algo natural en la vida cotidiana, no es suficiente simplemente desentrañar las asociaciones de dolor y verdad, dolor y desarrollo moral o incluso dolor y cierto tipo de autoridad. Estas concepciones de castigo y pena están asociadas a otras nociones que legitiman las intervenciones en el cuerpo y la falta de respeto a los derechos individuales (Caldeira 2000, 370).

El enfrentamiento se da en lo micro con miras a la fuente de lo macropolítico. Lo macro no se reduciría al Estado como el gobierno federal brasileño, por ejemplo; sería más acertado decir que el enfrentamiento es con el sistema patriarcal que también está activo en todas las instituciones de la sociedad brasileña, que es moderna, colonial, imperialista o capitalista. Federici (2010) disecciona lecturas y esboza estudios en torno a la disciplina y domesticación de las mujeres, rehace los enfoques que acompañaron la transición del feudalismo al capitalismo y, con ello, la racionalización de la sexualidad que fundó el patriarcado. Disecciona las políticas actuales del organismo respaldadas por la misoginia y preservadas por la tarea de mantener en funcionamiento el orden de este actual sistema capitalista moderno-colonial en detrimento de algunas expropiaciones. La autora examina el exterminio de las brujas como un acto fundacional del sistema capitalista que domestica a las mujeres. Los raros registros de la brutal masacre que fue la caza de brujas omitieron el acto de expropiación realizado. Los cuerpos de las mujeres, su trabajo y sus poderes, incluidos los sexuales y reproductivos, fueron puestos bajo control estatal y convertidos en recursos económicos. Con la construcción de la misoginia, la violencia y el castigo sexual contra el cuerpo y la vida de las mujeres promovidos y apoyados por el Estado, la entrega de los cuerpos a estas otras formas de abuso los convierte a todos en máquinas para la (re)producción de trabajadores y trabajadoras. Por lo tanto, cuando se trata de cuerpos-máquinas

de reproducción, las mujeres tienen prohibido abortar, apropiarse de sí mismas, de su cuerpo, de su vida y de su sexualidad. Federici (2010) muestra que la falsa liberación de la mujer de una determinada producción de trabajo fue su sujeción a restricciones específicas sobre la reproducción de la especie. A esta obligación dada a las mujeres, de obedecer sus cuerpos como objetos que solo funcionan, se le dio el nombre de maternidad obligatoria. Es decir, por diferentes medios el feminismo apuntó que este sistema capitalista imponía a las mujeres la reproducción de la fuerza de trabajo como trabajo forzoso y sin remuneración.

El capitalismo no existiría sin la apropiación del trabajo doméstico y materno no remunerado de las mujeres, y tal expropiación de las mujeres de antemano ya las devalúa en la jerarquía generalizada del trabajo. Eficiente a través del matrimonio y las relaciones maternas, esta “sirvienta” no puede ejercer su poder y por eso hay que gestionar sus placeres sexuales, amistosos y profesionales. Federici (2010), al enfatizar que la lucha contra las desigualdades pasa por el cuerpo y, principalmente, por el de la mujer, conlleva el retorno a la lucha por el combate a la VO. Es necesario avanzar y los movimientos de las mujeres siguen.

Conclusión

Antes de finalizar este trabajo sobre la discusión sociológica y conceptual de la VO, es necesario hacer una última consideración sobre las maniobras políticas del totalitarismo brasileño actual. Desde la formulación del concepto, este ha sufrido incesantes críticas e intentos de eliminarlo, tanto por el gobierno como por parte de los médicos y médicas y sus consejos profesionales, regionales y federales, que reclaman una falta de respeto al obstetra. Ante tales objeciones recurrentes, la primera observación es que no se trata de un concepto como “violencia del obstetra”, sino “violencia obstétrica”. Este solapamiento que intentan realizar los/as profesionales de la categoría —entre obstetras y obstétricas— es emblemático (o sintomático) desde el punto de vista de los discursos defensivos de una clase considerada como élite dominante y que, a su vez, actúa desde el ejercicio autorizado de control, vigilancia y manipulación de los cuerpos y las vidas. En muchos países hay publicaciones de sociedades científicas de médicas-ginecológicas que

piden el retiro del término, o que rechazan el concepto de violencia obstétrica, o que lo señalan como ofensivo para su persona y profesión. Véase por ejemplo el documento de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) en España y de la Asociación Italiana de Ginecólogos y Obstetras del Hospital (AOGOI) en Italia. Lo mismo ocurrió en Argentina y en Ecuador, entre otros países. En Brasil también, por ejemplo, un colectivo considerable de obstetras organizó manifestaciones en las redes sociales e incluso una conferencia para discutir la “violencia” que dijeron sufrir por el concepto “injusto” de violencia obstétrica (42 Jornada Goiás de Ginecología y Obstetricia y el VI Congreso Goiás de Ginecología y Obstetricia bajo el lema “Violencia contra el obstetra” con el apoyo de la Universidad Federal de Goiás [UFG], de la Fundación de Apoyo a la Investigación del Estado de Goiânia y de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Goiana).

El tema central de la Jornada “Violencia contra el obstetra” se concibió debido a las innumerables agresiones personales e institucionales contra esta especialidad. A modo de ejemplos: robos a obstetras en las puertas de las maternidades por falta de seguridad; cuestionar conductas obstétricas como la episiotomía y el uso de fórceps (la voluntad de la paciente y del juez prevalece bajo los protocolos obstétricos); ANS demonizando a este profesional como responsable de la alta tasa de cesáreas; operadores de planes de salud que no ofrecen médicos de guardia en las maternidades y asistencia a los usuarios bajo la responsabilidad del obstetra de 24 horas; la falta de camas, personal médico, laboratorio y equipo en las maternidades dificulta la atención obstétrica de buena calidad. Sin embargo, debido a la formación ética y humanitaria del obstetra, este médico lleva la marca del bien, la determinación de superar enormes barreras institucionales y de sacrificar la propia vida para mitigar el sufrimiento en busca de mejorar la calidad de vida de sus pacientes (Silveira 2017, 3).

La ironía que encierra esta “injusticia” que padece la profesión médica es la misma que denuncia la impunidad política y jurídica que invisibiliza a la violencia, al calificarla de asistencia. Es plausible señalar que esta reacción sintomática de estos profesionales ante las denuncias de violencia presentes en la práctica asistencial durante el parto, el nacimiento y el aborto, confirma la vigencia de un tér-

mino que denuncia la ciencia que sustenta tal hacer, y no la persona o profesional. Esto se debe a que dichos lugares profesionales “se fundan” a partir de la episteme misógina que construye la actuación violenta y, de manera compulsiva, lucha en un “escape hacia adelante” por su persistencia o (no) existencia. En otras palabras, la “normáscula” (norma patriarcal) de esta enseñanza “científica” obstétrica —que es cultural y política— invisibiliza a la violencia arraigada y naturalizada.

Así, correspondería a la retórica trasladar la pertinencia de la denuncia que hace del término VO —de su lugar ético-político—, por ejemplo, al campo de la moral y el poder. Son muchos los intentos, como la Orden de la Secretaría de Salud publicada por el Ministerio de Salud, el 5 de marzo de 2019, que solicitaba que el término VO dejara de ser utilizado por el organismo y alegaba su inadecuación ya que “tanto el profesional de la salud como los de otras áreas no tienen la intención de dañar o causar daño”. Las acciones de los movimientos de las mujeres, del Ministerio Público Federal y los organismos internacionales expresan su repudio y recomiendan que, en lugar de intentar abolir el término, se pongan en marcha medidas para frenar la VO. En efecto, el dolor y el resentimiento llevan a mirar ese punto ciego de la violencia en la asistencia que se ha hecho invisible a cambio de la ilusoria y efectiva oferta de poder y placer para quienes aprenden a vivir así. Sería y será necesario renunciar a esta forma de (no)existencia.

Luego de este breve contexto político, vale la pena retomar que el propósito de este capítulo fue presentar un análisis de los aspectos de la violencia obstétrica en Brasil —con la imposición del dolor, el sufrimiento y la muerte evitables—, legitimada por la ciencia obstétrica y autorizada por el Estado como asistencia en salud sexual y reproductiva. Y que se trata de un acto de castigo misógino para la mujer, fruto de siglos de negación de su sexualidad y capacidad de decisión, y —hoy en día— ejercido de manera desigual según la situación de la mujer, ya sea en el parto o en el aborto, la territorialidad de que se trate, el tipo de asistencia, ya sea pública o privada, y en función de los marcadores sociales de cada organismo: color, clase, raza/etnia y sexualidad. El debate posterior planteó cómo se concretó esta autorización política para violar el cuerpo de la mujer, así como su naturalización e invisibilidad justificada por la ciencia obstétrica y practicada por la consecuente asistencia en salud sexual y reproductiva. La respuesta es que con la quema de brujas se introdujo una configuración creciente de un modelo tecnocrático y masculino

de atención de la salud que se insinuó con la característica de la primacía de la tecnología sobre las relaciones humanas y una supuesta neutralidad de valores que desenfocó la tarea y el escenario de quien es protagonista. Las personas que ejercen el control disciplinario transitan por las instituciones para crear un consenso mejor establecido sobre el deber de sancionar.

A partir del análisis sociológico del proyecto médico y gubernamental del parto y el nacimiento en Brasil, se observa que no existe una disputa real por implantar diferentes proyectos de la sociedad. En otras palabras, la desigualdad y la equidad en salud funcionan de manera complementaria en la decisión de violar a los diferentes cuerpos de diversas maneras. Así, en cierto modo, todos los resultados encontrados, leídos, investigados y desentrañados, a pesar de ser incómodos, inquietantes y provocadores, no son sorprendentes, precisamente porque el conocimiento sobre las intervenciones y los protocolos médicos hospitalarios están por completo en resonancia con el conocimiento del sistema capitalista-colonial-racista-patriarcal brasileño. En resumen, el contexto brasileño presenta importantes evidencias de que: 1) los procesos de usurpación científica operados por la ciencia obstétrica actual no reconocen la siempre perversa alianza con la partera tradicional; 2) todavía hoy persiste el uso político de la actuación de las parteras en comunidades fuera del alcance/interés del Estado; 3) la desigualdad entre el cuidado y la violencia según la mujer y su marcador social, y 4) el imperativo de la obstetricia sin evidencia científica y el engaño de los programas políticos de “humanización”. Todos estos puntos están al servicio del control de un Estado comprometido en mantener el castigo sexual para las mujeres y así disciplinar sus cuerpos y sus vidas.

Por supuesto, lo que diagnostica el análisis de la VO es que el primer principio es “causar daño”, y por lo tanto no habría que presentar otro testimonio de los daños y costos de tales intervenciones, para luego dar fe de la creciente violencia e iatrogenia. Ante esto, la solución es admitir el problema: ¿al servicio de qué estamos, seguimos y seguiremos causando daño?

La red social que involucra a la violencia no se transformará solo a partir de las elecciones individuales de las mujeres, tampoco afectará las acciones y prácticas de una persona profesional u otra. Así mismo, no se puede sustentar en los hechos de un hospital u otro, de una casa de partos u otra, ni en presentar cuadros

de asistencia que en realidad se considere humanizada y/o apoyada por MBE. En conjunto los sujetos e instituciones conforman una misma trama social que pertenece a este esquema el cual complementa los derechos humanos con la violencia para perpetuar su herramienta de control y disciplina. Por eso, al entenderlos no como opuestos, sino complementarios al “orden” de las vidas disciplinadas, no cabría colocar ninguna defensa a la partera tradicional o a las personas profesionales de la humanización, así como la crítica única y directa a la actuación médica obstétrica no solucionaría el problema. Cada quien es parte y actúa en la asistencia en el parto y en el nacimiento, y del conjunto de cada uno de estos lugares se compone la usurpación de la actual sociedad brasileña, activa en su tarea de perpetuar la violencia obstétrica, y toda la violencia contra la mujer. El problema está en cómo se organizó el sistema político brasileño.

Además de que cada mujer cuide de su sexualidad, pues ¡su cuerpo es político y le pertenece!, que cada profesional se analice, y que cada partera se indigne y luche, es necesario denunciar y enunciar este evidente escenario —que el sentido común dice que ya se ha hecho—, pero aún corrosivo, que es el de la misoginia estructural en la organización política del sistema colonial patriarcal-esclavo brasileño. Es importante señalar que todavía hay poca investigación sociológica sobre VO y sus políticas sexuales para castigar el cuerpo de la mujer. Así, sobre todo, es urgente que la ciencia y la conciencia sobre el alcance y la función social de la violencia obstétrica sean cada vez más explícitas. Quizás lo que vivimos como un nuevo “imperativo” sea algo más cercano al de una sociedad que, por no vacilar en despojarse de su realidad, implica posiciones más críticas de sus sujetos. Lo importante es que todos estos análisis sobre la inadecuación del cuidado y la violencia institucional e institucionalizada han fortalecido los movimientos y las discusiones sociales, así como las acciones, ya sea en el espacio público o privado, familiar o colectivo. Sin embargo, quiero enfatizar que, en el escenario más amplio, el diagnóstico general de dar a luz y nacer en Brasil es aún superficial y está atrapado en los grandes tabúes que anclan la propia violencia obstétrica, en este caso, la vida, la muerte y la sexualidad.

Espero que el esfuerzo de construcción diagnóstica del contexto político brasileño de asistencia al parto, aborto y nacimiento —que hizo un aporte conceptual al término VO— pueda proliferar en varios puntos de partida, con

innumerables pronósticos capaces de aportar importantes análisis y afrontar proposiciones en torno a este hecho social. Para que al menos podamos vislumbrar posibilidades de continuar la vida con más libertad y menos violencia. Así, destaco mi interés teórico por producir conocimiento con objetividad feminista, definido por Haraway (2009) como “conocimiento localizado”. Que es específicamente: ampliar las posibilidades de entendimiento en torno a la sociedad brasileña por medio del análisis, por ejemplo, de esta partería usurpada por la ciencia, impuesta de forma violenta, no basada en evidencias y que se utiliza para controlar, supervisar, sancionar y disciplinar vidas. Con base en la propuesta crítica de esta autora de no imponer un lenguaje y con ello fortalecer las lecturas reduccionistas de la realidad, el desafío es la búsqueda de una pluralidad de ecuaciones y claves para leer la realidad. O sea, producir conocimiento en forma y con contenido, en subjetividad y objetividad, es un enfoque posible para las intenciones feministas de convertibilidades sugeridas y movilidad de significados (Haraway 2009).

Por último, el concepto de VO que aquí se propugna es el de un acto misógino con la intención de castigar la sexualidad de las mujeres y se realiza de manera diferente según los marcadores sociales de cada cuerpo y a partir de la asistencia para el parto, aborto y nacimiento; si es privado, con una tasa excesiva de cesáreas electivas; si es público, con intervenciones dolorosas abusivas, desaconsejadas por la MBE e innecesarias en el parto vaginal.

Referencias bibliográficas

- Agamben, Giorgio. 2004. *Estado de exceção: [Homo Sacer, II, I]*. São Paulo: Boitempo.
- Benjamin, Walter. 1985. “Sobre o conceito da História”. En *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*, traducido por Sérgio Paulo Rouanet, 222-232. São Paulo: Brasiliense.
- Berger, Peter. 2001. *Perspectivas sociológicas: uma visão humanística*. 23 ed. Petrópolis: Vozes. <https://eds2016salomao.files.wordpress.com/2016/09/peter-berger-perspectivas-sociolc3b3gicas-uma-visc3a3o-humananc3ads-tica-petrc3b3polis-vozes-1986.pdf>.

- Borges, Lenise Santana y Eliane Goncalves. 2011. “Ódio ao feminino: a misoginia está na base da violência contra a mulher”. Consultado el 1 de febrero de 2021. <http://transasdocorpo.org.br/index.php/noticias/odio-ao-feminino-a-misoginia-esta-na-base-da-violencia-contra-a-mulher/>.
- Boston Women’s Health Collective. 1970. *Women and their Bodies: A Course Paperback*. Consultado el 27 de mayo de 2017. <https://www.ourbodiesourselves.org/cms/assets/uploads/2014/04/Women-and-Their-Bodies-1970.pdf>.
- Caldeira, Teresa Pires do Rio. 2000. *Cidade de muros: crime, segregação e cidadania em São Paulo*. Traducido por Frank de Oliveira y Henrique Monteiro. São Paulo: EDUSP.
- Carvalho, Natalia S. de. 2015. “Repressão sexual”. En *Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência*. Organizado por Fleury-Teixeira y Stela N. Meneghel, 315-316. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Cassab, Latf A. 2015. “Violência de Gênero”. En *Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência*. Organizado por Fleury-Teixeira y Stela N. Meneghel, 376-378. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Collins, Patricia H. 2016. “Aprendendo com a outsider within: a significação sociológica do pensamento feminista negro”. *Revista Sociedade e Estado*, 31(1). doi:10.1590/S0102-69922016000100006.
- Costa, Frederico A. 2015. “Violação de Direito”. En *Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência*. Organizado por Fleury-Teixeira y Stela N. Meneghel, 368-369. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Del Priori, Mary. 2008. *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia*. São Paulo: UNESP.
- Diniz, Carmen Simone. 1997. “Asistencia al parto y relaciones de género: elementos para una relectura médico-social”. Tesis de maestría Facultad de Medicina. USP, São Paulo. Consultado el 1 de diciembre de 2021. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/969898/mod_resource/content/1

- /Assist%C3%Aancia%20ao%20parto%20e%20rela%C3%A7%C3%B5es%20de%20g%C3%AAnero.pdf.
- Diniz, Carmen Simone. 2005. "Humanization of Childbirth Care in Brazil: The Numerous Meanings of a Movement". *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3): 627-637. Consultado el 1 de diciembre de 2021. <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFfy8PdNkYgJ6ssQ/abstract/?lang=pt>.
- Diniz, Carmen Simone. 2015. "Violência nos serviços de saúde". En *Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência*. Organizado por Fleury-Teixeira y Stela N. Meneghel, 384-385. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Diniz, Simone Grilo, Heloisa de Oliveira Salgado, Halana Faria de Aguiar Andrezo, Paula Galdino Cardin de Carvalho, Priscila Cavalcanti Albuquerque Carvalho, Cláudia de Azevedo Aguiar y Denise Yoshie Niy. 2015 "Violência obstétrica como questão para a Saúde Pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção". *Journal of Human Growth and Development*, (25)3: 377-376. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.106080>.
- Federici, Silvia. 2010. *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Traducido por Verónica Hendel y Leopoldo Sebastián Touza. Madrid: Traficantes de Sueños. <https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Caliban%20y%20la%20bruja-TdS.pdf>.
- Ferreira, Maíra Soares. 2012. *A rima na escola, O verso na história*. São Paulo: Boitempo.
- Ferreira, Maíra Soares. 2019. *Pisando en óvulos: la violencia obstétrica como un castigo sexual a las mujeres*. Tesis de doctorado en Sociología-Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Federal de Goiás, Goiânia, Goiás.
- Fleury-Teixeira y Stela N. Meneghel, orgs. 2015. *Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2011. "Situação Mundial da Infância". *Adolescência, uma fase de oportunidades*. B&C Revisão de Textos.
- Foucault, Michel. 1987. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.

- Goer, H. 2010. "Cruelty in Maternity Wards: Fifty Years Later". *The Journal of Perinatal Education*, 19(3): 33-42. https://www.academia.edu/.../ Cruelty_in_Maternity_Wards_Fifty_Years_Late.
- Haraway, Donna. 2009. "Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial". *Cadernos Pagu*, núm 5:7-41. <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1773>.
- Kergoat, Danièle. 2010. *Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais*. Novos Estudos, núm. 86:93-103. <https://www.scielo.br/j/nec/a/hVnNxSrszcvLQGfHFfF85kk/?forma>.
- Leal, Maria do Carmo y Silvana Granado Nogueira da Gama. 2014. "Nascer no Brasil". *Cad. Saúde Pública*, (30)1:S5. Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XED01S114>.
- Le Breton, David. 2013. *Antropologia da dor*. São Paulo: FAP-UNIFESP.
- Lugones, María. 2008. "Colonialidad y género". *Tabula Rasa*, núm. 9:73-101.
- Ministério da Saúde. 2019. *Despacho DAPES/SAS/MS de 03 de maio de 2019*. Acusasse o recebimento do Ofício nº 017/19-JUR/SEC referente à solicitação de posicionamento deste Ministério quanto ao uso do termo "violência obstétrica". Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. https://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&codigo_verificador=9087621&codigo_crc=1A6F34C4&hash_download=c4c55cd95ede706d0b729845a5d6481d07e735f33d87d40984dd1b39a32d870fe89dcf1014bc76a32d2a28d8f0a2c5ab928ff165c67d8219e35beb1a0adb3258&visualizacao=1&id_orgao_acesso_externo=0.
- Nunes, Jordão H. 2016. "Questões metodológicas em Guerra e paz: causação, agência e refiguração". *Tempo Social: Revista de Sociologia da USP*. São Paulo. https://www.researchgate.net/publication/299356340_Questoes_.
- Oliveira, Márcia R. de. 2015. "Violência sexual". En *Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência*. Organizado por Fleury-Teixeira y Stela N. Meneghel, 395-396. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Oliveira, Simone F. 2015. "Violência na gravidez". En *Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência*.

- Organizado por Fleury-Teixeira y Stela N. Meneghel, 380-381. Río de Janeiro: Fiocruz.
- Sawaia, Bader. 2002. “Exclusão ou Inclusão perversa?” En *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Organizado por Bader Sawaia. Petrópolis: Vozes.
- Scavone, Lucila. 2004. *Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais*. São Paulo: UNESP.
- Schultz, G. D. 1958. “Cruelty in Maternity Wards”. *Ladies’ Home Journal*. pp. 44-45, 152-155. Consultado el 1 de diciembre de 2021. <http://wisewomanwayofbirth.com/cruelty-in-maternity-wards/>.
- S. de Oliveira, Caroline, V. de Oliveira, Thaís Fonseca Vilela y Maria Esther de A. 2015. “Violência obstétrica”. En *Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência*. Organizado por Fleury-Teixeira y Stela N. Meneghel, 386-388. Río de Janeiro: Fiocruz.
- Silveira, Maurício Machado da. 2017. “Violência contra o obstetra”. *SGGO*, 10(49): 3. Consultado el 5 de mayo de 2018. <https://portal.cfm.org.br/artigos/violencia-contra-o-obstetra/?lang=es>.
- Strey, Marlene N. 2015. “Culpa e táticas de assujeitamento”. En *Dicionário feminino da infâmia: acolhimento e diagnóstico de mulheres em situação de violência*. Organizado por Fleury-Teixeira y Stela N. Meneghel, 86-87. Río de Janeiro: Fiocruz.
- Telles, Lorena Feres da Silva. 2011. *Libertas entre sobrados: contratos de trabalho doméstico em São Paulo na derrocada da escravidão*. São Paulo: USP-Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas.
- Tornquist, Carmen S. 2004. “Parto e poder: o movimento de humanização pela parto no Brasil”. Tesis de doctorado. Universidade Federal de Santa Catarina. Consultado el 1 de diciembre de 2021. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/86639>.
- Torrão Filho, Amílcar. 2005. “Uma questão de gênero: onde o masculino e o feminino se cruzam”. *Cadernos Pagu Campinas*, núm 24: 127-152. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332005000100007>.
- Turke, Christoph. 2010. “A sociedade excitada”. *Filosofia da Sensação*. Campinas: Unicamp.

Violência obstétrica-parirás com dor. 2012. s.l.: Rede Parto do Princípio. [Dossiê elaborado pela Rede Parto do Princípio para a CPMI da Violência Contra as Mulheres]. <https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>.

Welzer-Lang, Daniel. 2001. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Rev. Estud. Fem.*, (9)2: 460-482. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2001000200008>.

Wikipedia (2021a). 22/03/2017. <https://pt.wikipedia.org/wiki/Morfina>.

Wikipedia (2021b). <https://pt.wikipedia.org/wiki/Escopolamina>.

SEGUNDA PARTE
CULTURA Y TEORÍA SOCIAL

4

La pirámide de la violencia obstétrica: dimensiones culturales y estructurales

Ester Espinoza Reyes

Introducción

La violencia obstétrica es una violación a los derechos humanos de las mujeres, experimentada durante el embarazo, parto o puerperio, que puede expresarse mediante malos tratos, procedimientos médicos innecesarios, negación de la atención o producción de daños físicos o psicológicos por parte del personal de salud. El abuso en los servicios obstétricos, explican Meza y colaboradores, es resultado de la convergencia de “relaciones de poder, discriminación, inequidad social y de género, además de condiciones estructurales como las deficiencias en infraestructura e insumos en las unidades médicas; las condiciones extenuantes y mal remuneradas en que trabaja el personal de salud y el desconocimiento de los derechos de las mujeres” (Meza et al. 2015, 361).

Pensar en la violencia obstétrica como el resultado de diversos elementos que se entrecruzan unos con otros, implica concebirla como producto de un dispositivo: un conjunto heterogéneo de elementos discursivos o no discursivos con una función estratégica concreta e inscrito en una relación de poder, que resulta del cruzamiento de las relaciones de poder y de saber (Agamben 2011). En este caso, tal dispositivo es el poder obstétrico (Arguedas 2014), es decir, la forma de poder disciplinario aplicado a la capacidad reproductiva de las mujeres y sus componentes culturales, estructurales e institucionales.

Dada la complejidad de los factores que confluyen en el origen de la violencia obstétrica, es fundamental tomar en cuenta las distintas dimensiones o los elementos que la constituyen. Al respecto, es útil el planteamiento de Galtung (1969, 1996, 1998 y 2016), quien comprende a la violencia como un ciclo compuesto por tres aspectos: la violencia directa, estructural y cultural, donde la primera es

solo la punta del *iceberg*, es decir, la parte conformada por comportamientos visibles y concretos, mientras que las otras dos tienen como función legitimarla y justificarla.

A partir de lo anterior, este capítulo tiene como objetivo analizar los elementos culturales y estructurales que permiten que se produzca y reproduzca la violencia obstétrica en México; con tal fin, se propone el modelo de la pirámide de la violencia obstétrica, compuesta por cuatro vértices que representan estas dimensiones: 1) la violencia de género y el constante intento de disciplinamiento de los cuerpos reproductores por parte de las instituciones sociales; 2) la violencia económica ejercida por el Estado, que afecta a gran parte de la población, aunque de manera desigual; 3) la violencia presente en el campo de la salud, la cual surge del *habitus* autoritario que poseen muchos de los/as profesionales médicos (Castro 2014) y de la enorme asimetría de poder que caracteriza a las relaciones entre estos/as y sus pacientes, en particular con las mujeres, y 4) la ausencia de una sólida cultura de derechos.

El desarrollo de este análisis toma relevancia, en particular, debido a la disputa epistemológica existente en torno al concepto de violencia obstétrica entre los grupos defensores de los derechos humanos que han sabido identificar su poder y su capacidad explicativa y abarcadora,¹ frente al gremio médico y las autoridades de salud. Estos dos últimos se niegan a reconocer al personal sanitario

¹ Es difícil establecer de manera precisa una genealogía de los movimientos específicos que han llevado a la inclusión de la violencia obstétrica dentro de los instrumentos legales destinados a la prevención, atención, sanción y erradicación de la violencia obstétrica, pues esta se entrelaza con movimientos como el activismo por el parto respetado, los derechos de las mujeres y su salud reproductiva, que pueden remontarse hasta la década de 1960, los cuales han desembocado en diversas declaraciones, convenciones y recomendaciones (Bellón 2015; Llobera, Ferrer y Chela 2019). Entre algunos de los grupos y organizaciones que actualmente se dedican a la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y niñas, destacan el Grupo de Información en Reproducción Elegida, la Alianza para la Atención Gineco-Obstétrica Digna y Nacer Mejor (México), El Parto es Nuestro, Dona Llum, Plataforma Pro Derechos del Nacimiento (España), Parents in Action-Roda (Croacia), Las Casildas (Argentina) y Nacer Mejor (Uruguay), entre otras. Algunas de las tareas en las que estas asociaciones se enfocan son la defensa legal de los derechos sexuales y reproductivos, el análisis de los fenómenos vinculados con esta área, y la difusión de información a través de distintos medios.

como perpetrador de la violencia obstétrica, pues consideran que el ejercicio de esta violencia va en contra de “un *ethos* profesional centrado ideológicamente en la búsqueda del bienestar de la paciente atendida” (Sesia 2020, 23), y señalan a las condiciones de la infraestructura hospitalaria como uno de los principales factores que originan la dificultad para llevar a cabo prácticas de acompañamiento (Femecog 2015).

El análisis parte de fuentes de información tanto primarias como secundarias; es decir, tanto de la revisión de la literatura sobre estas cuatro dimensiones, como de trabajo de campo realizado por la autora como parte de su tesis sobre violencia obstétrica y agencia en la ciudad de Tijuana, Baja California.² Dicha investigación se llevó a cabo entre 2016 y 2019 y tuvo como informantes a veinte mujeres que reconocieron haber experimentado violencia, malos tratos o intervenciones innecesarias durante la atención obstétrica.

El documento está organizado en ocho apartados, que incluyen a la presente introducción. En la siguiente sección se describe el aparato teórico-conceptual del que parte este trabajo. Enseguida se desarrolla la metodología empleada para la recopilación de datos. Los cuatro apartados posteriores se dedican al análisis de cada una de las dimensiones que componen la pirámide de la violencia obstétrica. Por último, el texto cierra con las conclusiones, donde se recapitulan los hallazgos y se enuncian las limitaciones de esta propuesta.

Del triángulo de la violencia a la pirámide de la violencia obstétrica

Delimitar el concepto de violencia no es una tarea fácil, se trata de un fenómeno que tiene “múltiples caras y anclajes en las distintas realidades históricas y sociales” (Ferrándiz y Feixa 2004, 159). Un hecho que complica la determinación de lo que se puede o no llamar violencia es que el uso de tal etiqueta no siempre cuenta con el consenso de los tres actores que suelen verse implicados en ella: los

² Se trata de la tesis de doctorado en Estudios Culturales titulada “Descolonizar el útero: experiencias y agencia frente a la violencia obstétrica en Tijuana, México” (Espinoza 2019).

victimarios, las víctimas y los testigos (cuando los hay), pues está rodeada de un heterogéneo campo de interpretaciones y memorias; sin embargo, se trata siempre de relaciones de poder, cultura³ y de los vínculos que entabla con diversas estructuras de dominación.

En el caso de la práctica obstétrica se parte del problema de los límites respecto a lo que puede ser clasificado como violencia o no, está estrechamente vinculado con las representaciones existentes sobre la medicina como una disciplina pura, objetiva y neutral, que no puede jamás buscar el mal de sus pacientes; así como con el celo con el que se resguardan los saberes que componen este campo como un capital codiciado que es el que evita que se cuestione la legitimidad de sus poseedores.

Sin embargo, al ejercer conductas violentas durante la atención obstétrica, los perpetradores no conciben a las mujeres como sujetas de derechos humanos, sino como objetos de trabajo. Algunas de las formas en las que esto se manifiesta son el despojo de sus ropas para uniformarlas con batas, la restricción de su movilidad, el uso de palabras humillantes, regaños y amenazas, entre otras. Esto es solo la fracción que es posible observar, pero forma parte de un fenómeno más amplio, enraizado en cuestiones estructurales y culturales.

En este trabajo se parte de un concepto amplio de violencia, propuesto por Galtung, quien la describe como “una privación de los derechos humanos fundamentales, en términos más genéricos hacia la vida, *eudaimonia*, la búsqueda de la felicidad y prosperidad, pero también lo es una disminución del nivel real de satisfacción de las necesidades básicas, por debajo de lo que es potencialmente posible” (2016, 150). La violencia se define también como la causa de la diferencia entre lo potencial y lo real, entre lo que pudo haber sido y lo que es, así como lo que incrementa la distancia entre lo potencial y lo real, y eso que impide la disminución de esta distancia. Cuando lo real es inevitable, entonces la violencia no está presente, aun si lo real está en un muy bajo nivel (Galtung, 1969). En

³ Al mencionar la palabra cultura a lo largo del texto se hace referencia al concepto propuesto por Giménez (2005), es decir, a la “organización social del sentido” que permea todos los significados humanos. Así, en este documento se hace mención, por ejemplo, de una “cultura médica” para hablar de los distintos significados que le dan sentido a la experiencia de formar parte de este campo.

otras palabras, para este autor se puede hablar de la presencia de violencia cuando una situación de fracaso (por ejemplo, hambre, guerra, enfermedad, muerte) es evitable en determinado contexto, pues se cuenta con los recursos para afrontarla, pero no se llevan a cabo acciones para evitarla por parte de los individuos, de la sociedad o de las instituciones.

Según Galtung, la violencia es un ciclo vicioso que puede explicarse como un triángulo formado por tres dimensiones: la directa, la cultural y la estructural. Mientras que la primera es visible, las otras dos no lo son. La violencia puede comenzar en cualquier vértice de tal figura y se transmite con facilidad a cada uno de los vértices restantes. La violencia directa, física y/o verbal, es un suceso y es visible en forma de conductas. Esta puede surgir de la violencia cultural o estructural, o del conjunto de estas dos. Al mismo tiempo, esta refuerza a ambas violencias, lo cual puede llevar a que se produzca más violencia directa. Es así como puede entenderse a la violencia como un ciclo vicioso.

La violencia cultural se ejerce mediante cualquier aspecto de la cultura que sirve para justificar y legitimar la violencia en sus formas directa o estructural; es decir, por medio de la religión, la ideología, el arte o las ciencias empíricas. Su función es que las otras dos formas de violencia aparezcan, e incluso se perciban, como cargadas de razón o, al menos, que se sienta que no están equivocadas. Esta se distingue por su carácter inalterable y persistente, dada la lentitud con la que se producen las transformaciones culturales, así como debido al trauma que la violencia en general puede producir y enraizarse en las culturas de los grupos que la experimentan (Galtung 1996). La violencia estructural es un proceso con sus altibajos que resulta de “la suma total de todos los choques incrustados en las estructuras sociales y mundiales, y cementados, solidificados, de tal forma que los resultados injustos, desiguales, son casi inmutables” (Galtung 1998, 16).

Esta perspectiva teórica resulta útil en el análisis de la violencia obstétrica, ya que es claro que se trata de un fenómeno en el que intervienen elementos a distintas escalas y con diversas raíces. De esta forma es posible comprender que las prácticas, maniobras o malos tratos que hasta el momento se han identificado como violencia obstétrica son tan solo la punta de un enorme *iceberg*, en el que hay que tomar en cuenta cuestiones como las actitudes, los estereotipos, las percepciones y los valores que los sujetos involucrados en este fenómeno de estudio tienen,

en primer lugar, respecto a lo femenino y a la idea de maternidad; pero, también, a aquellas condiciones que se intersecan con el hecho de ser mujer, como la clase, la etnia, la edad o el nivel educativo, ya que es a partir de esto que se justifican y legitiman culturalmente los malos tratos y agresiones. De igual manera, se vuelve indispensable considerar el papel que tienen el contexto, las estructuras y los sistemas injustos de tal modo que estas formas de violencia se perpetúan.

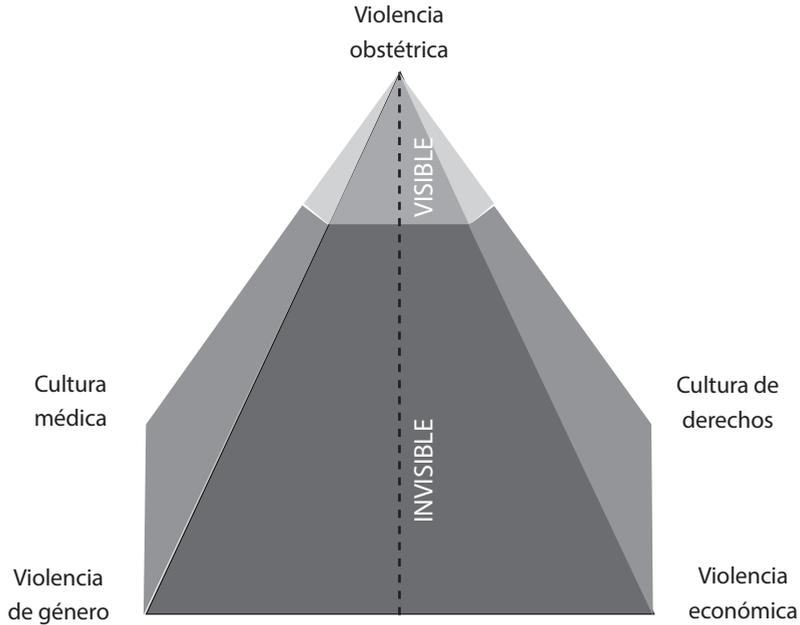
Con el fin de dar sentido a los elementos que intervienen en este fenómeno se propone el modelo de la pirámide de la violencia obstétrica (figura 1), compuesta por una porción visible, pero pequeña, que se ubica en la punta y representa a las conductas que constituyen violencia obstétrica, y por una fracción mucho mayor que se conforma en su base por las dimensiones subyacentes a esta problemática: 1) la violencia de género; 2) la violencia de Estado; 3) la violencia presente en el campo médico, y 4) la incipiente cultura de derechos con la que cuenta la sociedad en nuestro país.

La violencia obstétrica es violencia de género, pues se caracteriza porque el factor de riesgo o vulnerabilidad para experimentarla es solo el hecho de ser mujer. Por violencia de género puede entenderse

el ejercicio de la violencia que refleja la asimetría existente en las relaciones de poder entre varones y mujeres, y que perpetúa la subordinación y desvalorización de lo femenino frente a lo masculino. Esta se caracteriza por responder al patriarcado como sistema simbólico que determina un conjunto de prácticas cotidianas concretas, que niegan los derechos de las mujeres y reproducen el desequilibrio y la inequidad existentes entre los sexos (Rico 1996, 8).

Como explica Rico (1996), la violencia de género no es nueva, sino que hasta hace poco era socialmente aceptada; esto coincide con la idea de una constante modificación del umbral de sensibilidad moral respecto a la violencia. Así, aunque el concepto de violencia obstétrica surge apenas hace poco más de una década, la violencia contra las mujeres en el aspecto reproductivo tiene raíces de larga data, que se remontan a la etapa descrita por Federici (2010) como la “transición al capitalismo”. Esta se caracterizó por un descenso de la población en Europa e implicó la degradación del papel de las mujeres en la sociedad y la subordinación

Figura 1
Pirámide de la violencia obstétrica



Fuente: Elaboración propia.

y explotación de los saberes, prácticas y relaciones en torno a sus cuerpos y a la reproducción. Es en este momento cuando se produce lo que Ehrenreich (1993) denomina colonización del útero, es decir, el hecho de que la maternidad sea ocupada, definida y etiquetada mediante los conceptos centrales de la ideología patriarcal.

Respecto al segundo elemento de la pirámide cabe señalar que, aunque la perspectiva más difundida de la violencia económica es aquella centrada en lo doméstico, en la actualidad comienza a pensarse como un concepto aplicable a niveles macro para representar a una forma de violencia indirecta que es ejercida por las élites de los Estados, por razones relacionadas con la distribución de los recursos y la riqueza; es decir, con el objetivo de mantener su poder político y económico, así como con inequidades estructurales injustas, inherentes a la ideología

neoliberal, la cual beneficia a ciertos sectores de la población, mientras que desfavorece a la mayoría (Kesztyus 2018).

Así pues, para el caso de México, es necesario pensar también en la violencia obstétrica como una violencia económica de Estado, de un aparato que implementa políticas neoliberales que reproducen la miseria y la desigualdad social, que exacerba la violencia al no ofrecer las condiciones mínimas necesarias para que el sistema de salud funcione de forma correcta, lo cual termina por afectar a las personas más vulnerables: las mujeres, las pobres, las indígenas, las que tienen un bajo nivel escolar, las que son muy jóvenes, las madres solteras y las que están enfermas.

Esto puede comprenderse con mayor profundidad si se aborda desde una perspectiva interseccional. El término *interseccionalidad* fue acuñado por Kimberlé Williams Crenshaw y se refiere a la expresión de un “sistema complejo de estructuras de opresión que son múltiples y simultáneas” (Muñoz 2011, 10). La interseccionalidad no debe entenderse como la suma de identidades subordinadas distintas y separables, sino como un nudo pues “las personas con identidades construidas como inferiores por sistemas de poder hegemónico vivencian estas múltiples identidades como un todo” (Muñoz 2011, 12).

El tercer elemento en esta explicación es la relación autoritaria que los médicos tienden a establecer con las mujeres durante la atención obstétrica a partir de lo que Castro (2014) define como *habitus* médico autoritario, el cual se desarrolla por medio de un currículum oculto, compuesto por tres dimensiones:

1. El empleo de castigos y el disciplinamiento corporal, que se dan en particular durante el internado y la residencia, no solo como vehículo para la transmisión de conocimientos, sino también como reafirmación de las jerarquías.
2. La interiorización de las jerarquías, cuya centralidad en el campo médico es casi tan importante como en el militar, por lo que se hacen presentes desde los primeros días como estudiantes, aunque se vuelven aún más evidentes durante la residencia.

3. El disciplinamiento de género, representado por las agresiones sistemáticas hacia las mujeres en las facultades de medicina, mediante las que se busca su exclusión.⁴

La desigualdad y la asimetría características de las relaciones médico-paciente se sostienen además gracias a que los saberes de la práctica médica suelen considerarse objetivos, universales y homogéneos, es decir, se definen como un conocimiento autorizado; mientras que los saberes de las mujeres sobre su propio cuerpo y los procesos reproductivos, sus sensaciones y percepciones son convertidos en saberes subyugados, considerados inferiores a los del personal de salud, por lo que las mujeres no son percibidas como interlocutoras válidas. Esto se explica por el funcionamiento del poder y el saber, los cuales se implican de forma directa el uno con el otro, como señala Foucault (2002), quien propone que cualquier forma de poder se ejerce produciendo discursos o saberes que se convierten en verdades incuestionables.

Por último, la cuarta condición mediante la que se genera la violencia obstétrica es la ausencia de una sólida cultura de derechos en nuestro país, no solo por parte de las usuarias del sistema de salud, sino también de los prestadores de servicios. En este contexto, caracterizado por la desigualdad y la asimetría, una postura para tratar de equilibrar las relaciones entre las mujeres gestantes y los/as profesionales sanitarios/as es la de ejercer la ciudadanía ya que este “permite a la mujer ejercer su derecho a recibir una atención médica libre de autoritarismos y atropellos, por parte de los proveedores de servicios de salud, especialmente en el caso de las mujeres embarazadas” (Aguirre et al. 2013, 23).

Para que lo anterior sea posible, además de una formación en derechos, es necesario un mayor avance en la creación de mecanismos efectivos de exigibilidad

⁴ Si bien es cierto que la profesión médica en México, al igual que muchos países occidentales, vive un proceso de feminización, Pozzio (2014) afirma que la mayor presencia de mujeres en la especialidad de ginecoobstetricia no necesariamente cambia sus prácticas. En su trabajo, ella resalta cómo algunos de sus entrevistados destacan el hecho de que las conductas de las ginecoobstetras son resultado del dispositivo de saber/poder médico mediante el que han sido formadas, por lo que estas se masculinizan y algunas de ellas se convierten en maltratadoras de sus congéneres.

y justiciabilidad, es decir, los procesos de “defensa de los derechos violados ante tribunales o instancias administrativas adecuadas” (Freyermuth 2015, 237). Si bien, se ha dado un avance en este sentido a partir de las modificaciones al artículo 1o de la Constitución Mexicana en 2010, estos procesos se encuentran aún en un estado incipiente.

Historias de embarazo, parto y puerperio como herramientas narrativas de violencia obstétrica

El proceso metodológico para la elaboración de este texto estuvo compuesto por tres etapas. Como un primer paso para conocer el contexto de la violencia obstétrica en México y América Latina se realizó una revisión del estado del arte referente al tema. A partir de esta exploración y de los planteamientos teórico-conceptuales que se describen en el apartado anterior se desarrolló el modelo de la pirámide de la violencia obstétrica. Posteriormente, se llevó a cabo un nuevo repaso de la literatura e información estadística enfocado en las cuatro dimensiones que conforman la base de la pirámide.

La tercera fase consistió en el trabajo de campo, para el cual se empleó una metodología cualitativa con el fin de privilegiar la perspectiva de los actores y comprender a la violencia obstétrica a partir de la percepción de quienes la experimentaron. En la investigación de la que forman parte los resultados analizados en este capítulo, el género sobresale como categoría de análisis; sin embargo, se exploró su intersección con otras categorías como la clase, el nivel educativo, la edad y etnicidad. De esta manera, la selección de los casos tuvo como fin la conformación de una muestra variada intencional con el objetivo de emprender un análisis interseccional.

Los criterios de inclusión generales fueron que las participantes hubieran recibido atención obstétrica en un hospital de la ciudad de Tijuana, Baja California, durante su embarazo, parto o puerperio y consideraran haber experimentado violencia obstétrica, malos tratos o procedimientos innecesarios por parte del personal de salud. Además, se tomaron en cuenta las categorías señaladas en el párrafo anterior y se incluyó a las mujeres que fueron atendidas en instituciones

tanto públicas como privadas, ya que esta fue una forma de acceder al nivel socioeconómico de ellas.

Se trabajó con las informantes mediante el uso de historias narrativas con enfoque biográfico, para realizar un total de veinte entrevistas. Las participantes fueron identificadas por distintos canales: algunas mediante contactos personales, otras a través del grupo de Facebook, Parto humanizado/respetado en Baja California y el resto mediante la Casa de la Mujer Indígena en Tijuana (CAMI). Las entrevistas se hicieron en lugares públicos o en los hogares de las informantes y se dividieron en dos sesiones: la primera se dedicó a explorar sus experiencias de embarazo, parto y posparto, mientras que la segunda se enfocó en sus biografías con el fin de conocer sus contextos de manera más profunda. Se realizaron grabaciones con el consentimiento de las participantes, las cuales, posteriormente, se transcribieron y analizaron con el software Atlas. Ti.

Si bien la muestra trabajada es de tipo teórico e intencional, por lo que los resultados no son generalizables en términos estadísticos, lo que interesa en este capítulo es mostrar con base en los datos cualitativos una interpretación respecto a cómo se vinculan los casos tangibles de violencia obstétrica recopilados durante el trabajo de campo con cada una de las dimensiones culturales y estructurales que subyacen a esta, análisis que se desarrolla a partir de la siguiente sección.

Tiempos violentos: de la violencia de género en México a la violencia obstétrica en las salas de parto

La violencia de género es un reflejo de la desvalorización de lo femenino frente a lo masculino. Para Estévez (2017), en el caso de México esta es parte de una continuidad con la violencia criminal que se origina en una crisis de los derechos humanos, en la que el espacio socio-legal es disfuncional, corrupto y deliberadamente letal. Las dos guerras necropolíticas⁵ que se desarrollan de forma simultánea tienen

⁵ Estévez habla de dos guerras necropolíticas para referirse a “un tipo de conflicto que simultáneamente explica la violencia delincuencial y la de género, como parte de un *continuum* de una violencia cuyo objetivo es asegurar el comercio de la droga y la mercantilización de los cuerpos de las mujeres para afirmar los mercados criminales. Con México

como objetivo, por un lado, ganar la alianza con el Estado en la reproducción del capital criminal y, por el otro, desposeer a las mujeres de sus cuerpos para dominio misógino privado y para la explotación sexual.

Si bien, la violencia obstétrica es un asunto que se da en un tiempo y un espacio específicos de la vida de las mujeres, en este trabajo se parte de la hipótesis de que la cosificación y objetivación sexual que se ejerce sobre las corporalidades de quienes han sido asesinadas, desaparecidas o explotadas nutren los imaginarios y las representaciones sobre el valor de las vidas de las mujeres y su derecho a ejercer el control sobre sus propios cuerpos, por ejemplo, al recibir atención obstétrica en las instituciones de salud.

Esta conjetura se sustenta en el concepto de continuo de violencia, elaborado por Scheper-Hughes y Bourgois (2004) para referirse a violencias que se dan en forma de cadenas, espirales o espejos, enfatizan cómo con base en este continuo la gente común está dispuesta a cometer actos atroces de exclusión social radical, deshumanización, despersonalización, pseudoespeciación y reificación hacia quienes son en el ámbito social vulnerables o considerados prescindibles, y explican esto al señalar que la violencia está arraigada en el sentido común de la vida cotidiana y se encuentra en los sentimientos sociales y en las instituciones como la familia, las escuelas, las iglesias, los hospitales y el ejército.

Así pues, por una parte, algunos grupos todavía ven a las mujeres como sujetos desechables y que no merecen ejercer su autonomía; sin embargo, esto mismo ha avivado la organización colectiva de las mujeres para visibilizar y sensibilizar a la sociedad respecto a las agresiones de género, a través de movimientos como el Ni una menos.⁶

A pesar de los diversos frentes de lucha, la violencia no ha cedido. Para 2016, alrededor de seis de cada diez mujeres de quince años o más en México, habían

como estudio de caso, se ofrece una tipología de las guerras necropolíticas: la guerra por la gubernamentalización necropolítica del Estado y la guerra por la desposesión de los cuerpos de las mujeres” (2017, 69).

⁶ Esta es la consigna a partir de la cual surgió un movimiento feminista en Argentina, el cual se ha retomado en distintos países de Latinoamérica, Europa y Asia, entre ellos México, donde el 19 de octubre de 2016, se convocó a un paro nacional para denunciar el feminicidio.

sufrido por lo menos un incidente de violencia durante su vida; ese año, fueron asesinadas 7.5 mujeres por día en el país. Aunque la cuantificación de los feminicidios es una tarea difícil y por ello no se cuenta con cifras del todo confiables, entre 1985 y 2016 se han acumulado 52, 210 defunciones de mujeres con presunción de homicidio a nivel nacional (Segob, INMujeres y ONU Mujeres 2017).

Las cifras sobre incidentes de malos tratos en la atención obstétrica en México resultan inquietantes puesto que hablan tanto de la deshumanización de la que son sujetas las mujeres por el sistema de salud, como de la apropiación de su cuerpo y la omisión de su autonomía. Según la *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares* (Endireh) 2016, en México una tercera parte (33.4%) de las mujeres de 15 a 49 años cumplidos que tuvieron su último parto entre 2011 y 2016 han vivido incidentes de maltrato que pueden calificarse como violencia obstétrica (INEGI 2017). De estas sobresale el porcentaje de mujeres que señalaron haber sido sujetas de gritos o regaños, no haber sido atendidas por gritar o quejarse mucho, y haber sido objeto de ofensas y humillaciones, situaciones que alcanzaron 11.2, 10.3 y 7% respectivamente; mientras que el segundo caso se refleja en 9.7% de las mujeres a quienes les realizaron una cesárea sin que ellas dieran su autorización, 9.2% que fueron presionadas para colocarse un dispositivo intrauterino u operarse para no tener más hijos o 4.2% que inclusive le colocaron un anticonceptivo o esterilizaron sin su consentimiento (INEGI 2017).

Estos datos permiten ver que la constante desposesión de las mujeres de sus cuerpos que se expresa de forma visible, espectacular y llamativa mediante homicidios y violaciones, tiene su correspondencia en el plano de lo sutil e invisible, donde a algunos miembros del personal de salud les resulta mucho más importante alcanzar las metas numéricas de anticoncepción o realizar cesáreas cuando estas les ayuden a acelerar el ritmo de trabajo necesario en las salas de parto, que desempeñarse en el marco de los derechos humanos y el respeto a la autonomía corporal de las mujeres.

Castro y Erviti (2003) emplean también el concepto de continuo de violencia, aunque con un sentido distinto al que le otorgan Scheper-Hughes y Bourgois (2004), para señalar la existencia de una sucesión de actos violentos, en uno de cuyos extremos se ubican los casos graves, en los que es posible constatar que se ha causado un daño a la salud de la afectada y hay una clara responsabilidad de

las instituciones, mientras que en la otra orilla se ubican formas elementales de abuso y violación de los derechos que al no estar tipificadas como delito o traducirse en un daño evaluable no pueden ser reclamadas. Considero que, dentro de un espectro más amplio, la violencia obstétrica y la violencia de género se conectan como un continuo que consta de una serie de violaciones intermedias de derechos ubicadas entre los actos más elementales, como puede ser un regaño injustificado o una humillación verbal hasta llegar al extremo del feminicidio.

Los hallazgos obtenidos durante el trabajo de campo permitieron identificar que la cultura de violencia de género se manifiesta durante la atención obstétrica al ejercer intentos de disciplinamiento de los cuerpos gestantes tanto mediante violencia física como psicológica, la cual se dirige, en particular, hacia quienes se resisten e intentan ejercer su agencia, así como hacia aquellas mujeres que incumplen con las ideas hegemónicas sobre feminidad y maternidad⁷ u otros valores que, desde la medicina, se pueden considerar como superiores, pero que en realidad surgen de una perspectiva discriminatoria.

Una de las formas en que se ejerce esta violencia es mediante el uso de frases que buscan justificar la presencia de dolor como consecuencia del placer sexual. Para Castro y Erviti (2003), las expresiones alusivas a la sexualidad son mecanismos sobre los que se montan reprimendas a las mujeres o también se trata de formas de represión disfrazadas en forma de chistes. Entre las mujeres entrevistadas se encontraron algunos casos de quienes fueron sujetas de este tipo de malos tratos o en los que fueron testigos de ellos:

⁷ Entre los resultados de esta investigación se identificaron distintos casos de intentos de disciplinamiento tanto sutiles como explícitos: en uno de ellos, tras quejarse por ser lastimada durante el proceso de sutura de una episiotomía, una mujer fue humillada verbalmente por un miembro del personal de salud, quien le respondió “¿y cuando lo estabas teniendo [al bebé] nadie te lastimó?” Otras dos mujeres fueron receptoras de comentarios groseros por no haberse depilado antes de ingresar al hospital. Una más recibió la amenaza de que no sería dada de alta si no permitía que le colocaran un anticonceptivo, aunque ya había expresado su negativa al respecto. Otra más de las entrevistadas describió cómo al tratar de sentarse en lugar de estar recostada, ya que se sentía mal, las enfermeras la amenazaron con darle un tranquilizante y con amarrarla a la cama.

Cuando me estaban cosiendo, le dije al doctor: “oiga, me lastimó” y la asistente me dijo: “¿y cuando lo estabas teniendo nadie te lastimó?”, y yo: “esas no son respuestas”, y me dice: “pero tampoco tienes tú por qué responder así”, y le dije: “no, es que usted es la que me está prácticamente ofendiendo al decirme, al hacerme ese tipo de comentarios, mejor resérveselos, ¿no?”. El doctor me dice: “ya, no pasa nada, llévenla a revisión” (Entrevista, Lucía,⁸ Tijuana, 13 de marzo de 2018).

Me tocó ver en el caso de la muchacha de enfrente, se acercó la enfermera y le dijo: “deje de estar gritando, que si no, no la vamos a pasar”, y gritaba y gritaba “¡es que usted no tiene hijos!”, “sí, por eso no tengo —le dice—, pero ustedes paren y al año ya las tenemos aquí, entonces no les ha de doler tanto”, y la muchacha más gritaba y gritaba y gritaba, hasta que le dijo: “¿cómo cuando lo hizo seguro no estaba así?”, y ya fue cuando dije: “¡ay! Así me van a tratar a mí” (Entrevista, Nancy, Tijuana, 20 de marzo de 2018).

Estas frases sexistas, que las entrevistadas reportaron experimentar con distintas variantes, descalifican el dolor de las parturientas al considerarlo un castigo merecido por el placer experimentado durante el acto sexual; demuestran la forma en que se piensa, mira y concibe a las mujeres en una sociedad regida por una episteme patriarcal. Cumplen la función, como se puede ver en el relato de Nancy, de poner como ejemplo a las “malas” madres, a las que no se sacrifican y sufren en silencio, “como debe ser”, quienes no se desempeñan como cuerpos-para-otros, reproductores, materno-sensibles y atentos a las necesidades y deseos de los demás (Maier 1999). Y con ello, envían el mensaje a las otras presentes de que no ser dóciles implica la posibilidad de ser maltratadas.

Una forma más en que se busca docilitar a los cuerpos en resistencia es mediante las representaciones del cuerpo femenino como débil. Esto está ligado con la percepción de los saberes de las pacientes sobre su propio cuerpo y sus procesos reproductivos como inferiores, lo que los convierte en saberes subyugados frente a los conocimientos del personal médico.

⁸ Se han utilizado seudónimos para todas las informantes.

Así ocurrió con Jimena, quien experimentó uno de los casos más intensos de violencia, el cual comenzó desde sus controles de embarazo e incluyó regaños, acoso por parte del personal que insistía en hacerla confesar que consumía drogas; privación del acceso a alimentos, prohibición de la movilidad, jaloneos, una administración errónea de la anestesia y una episiotomía mal suturada que provocó una hemorragia y dolor físico durante dos años. La siguiente escena se presentó durante el trabajo de parto, después de que Jimena se decidió a ir a hablar con la trabajadora social sobre las múltiples situaciones de violencia que había estado sufriendo por parte del personal sanitario, y el jefe de área le prometió dirigirse a su equipo para que le dieran un mejor trato:

Regresé y ya la médico que estaba de turno me dijo: “¿quieres que te ponga la anestesia?”, y le dije: “sí, por favor, me siento muy mal y no quiero sentir esto”, y ya, ok, ya me pasaron con la anesthesióloga, y la anesthesióloga me dice: “ay, ¿cuánto tienes de dilatación?”, “pues creo que la doctora me dijo que como cuatro”, “¿cuatro apenas?”, y yo “sí”, “mmm, hija, esto se lo ponemos hasta que tienen como diez”, “mmm —le digo—, pues sí, pero me siento mal”, dice: “uy, ni aguantas nada” (Entrevista, Jimena, Tijuana, 25 de febrero de 2018).

Julia es una ama de casa de 31 años, con educación secundaria y de pocos recursos económicos. Cuando comenzó a sentir dolores, se presentó en el hospital público, donde la regresaron a su casa cinco o seis veces en el transcurso de cuatro días, por falta de dilatación. Durante este periodo se le volvió imposible dormir e ingerir alimentos, comenzó a deshidratarse y a vomitar con frecuencia. La última ocasión en la que asistió al hospital, se desmayó al llegar y despertó cuando ya estaba dentro del área de labor donde la desnudaban. Cuando la pasaron a la plancha, después de haberle roto las membranas y realizado múltiples tactos vaginales, ella ya no tenía fuerzas; sin embargo, esto no provocó ninguna empatía en el médico que la atendía, quien a pesar de todo lo que había tenido que pasar, la tachó de exagerada en su conversación con un colega:

Me dijo que me iba a pasar a la plancha y si no pujaba bien me iba a regresar, y escuché cuando le dijo al compañero: “¡pues a ver si puja la pinche vieja!”

o sea, esas son cosas, digo yo, que pues no... Yo digo que, si no están pasando por el dolor, no saben realmente lo que se siente, no tendría que haberle dicho eso, porque pues él no estaba en mis zapatos, porque sí le dijo: “es que ya sabes cómo son de exageradas”. Entonces digo yo, lo que pasa es que no han pasado por eso, porque realmente si pasaran, no harían eso (Entrevista, Julia, Tijuana, 14 de marzo de 2018).

Los casos presentados en este apartado permiten observar cómo se relacionan la cultura de violencia de género con el conflicto que se presenta entre el poder obstétrico y el cuerpo reproductor, así como el intento del primero por volver dócil al segundo, mediante distintas tecnologías, entre las que la violencia psicológica requiere un lugar especial, que se ejerce como una forma de reafirmar los mandatos de género tradicionales. Además, cabe señalar que el ingreso a la sala de parto es un momento en el que el poder obstétrico se despliega con contundencia, pues se ponen en juego una serie de prácticas que despojan a las parturientas de formas de expresión de sus identidades particulares al homogeneizarlas y convertirlas en pacientes por medio del uso de uniformes y realizarles intervenciones en algunas ocasiones rutinarias como la tricotomía, el enema, el suministro de oxitocina o la episiotomía. Se consigue disciplinar al cuerpo gestante también mediante diversas restricciones como la prohibición de la movilidad y de la ingesta de alimento, aunque esto no ocurre sin que algunas de las mujeres opongan resistencia a ello.

La violencia económica de Estado como causa de inequidad y falta de acceso a una atención obstétrica digna y oportuna

En el análisis de la violencia obstétrica resulta necesario tomar en cuenta las distintas características y pertenencias de las mujeres que la han experimentado, pues hasta ahora se ha afirmado que quienes la viven con una mayor frecuencia son las mujeres indígenas, así como quienes tienen una baja escolaridad e ingresos económicos limitados (Villanueva-Egan 2010; Íñiguez 2013; Belli 2013), es decir, personas no privilegiadas. Sin embargo, aunque de muy distintas maneras, no solo

estas, sino también aquellas que pueden considerarse con mayores privilegios en la sociedad, son sujetas a un tipo de violencia en el que se interconectan la práctica obstétrica con la maquinaria capitalista, el abandono por parte del Estado de sus funciones sociales y las limitaciones económicas que crecen de forma constante en la mayor parte de los estratos de la población. Esto se refleja en una marcada dificultad para que las mujeres, con una situación económica privilegiada o no, consigan acceder a una atención obstétrica acorde con sus propias necesidades y expectativas.

Así pues, es posible hablar de la existencia de una violencia obstétrica económica, la cual consiste en la ausencia de las condiciones y la libertad económicas para acceder a la atención obstétrica de acuerdo con las necesidades específicas de cada mujer gestante. Esto se puede expresar de distintas maneras según el tipo de atención recibida; en esta investigación se identificaron dos formas principales de expresión de este tipo de violencia: en el caso del sector público, se registra el riesgo de una negación de la atención debido a las carencias en la infraestructura, así como a una atención deficiente o incompleta por falta de algunos insumos materiales; mientras que en el ámbito privado se observa que produce la sospecha en las usuarias de haber sido objeto de cesáreas que no eran necesarias para el nacimiento de sus hijos. En ambos casos, pero sobre todo en el primero, las políticas neoliberales implementadas en nuestro país son parte de la explicación.

Escalante (2015) señala que en la actualidad se vive en el ámbito global en un momento neoliberal. El neoliberalismo es un programa intelectual y político que surge como una crítica al liberalismo clásico; parte de la idea de la superioridad de lo privado sobre lo público y se basa en una lógica de mercado, sin buscar eliminar al Estado ni reducirlo, sino ponerlo al servicio de este. Su formación ha sido larga y complicada, y sus inicios se remontan a la década de 1930. Sin embargo, es en 1994 cuando ve la luz su puesta en marcha en alrededor de 18 países que habían visto desplomadas sus economías y a los cuales se les condicionó a asumir las reformas institucionales neoliberales a cambio de condonarles millones de dólares en deudas (Harvey 2007).

En México, el camino hacia el neoliberalismo inicia con la crisis global de la década de 1970, en la que la economía del país se vio fuertemente golpeada, y el Estado en respuesta fortaleció al sector público, hasta alcanzar una deuda externa

de 58 000 millones de dólares en 1982. Diversos sucesos como el alza en los tipos de interés, la caída de los precios del petróleo y la huida masiva de capitales tuvieron efectos desgarradores que desembocaron en una devaluación del salario real de los trabajadores de entre 40 y 50 % y el aumento de la inflación en cifras que superaron 100 % entre 1983 y 1988 (Harvey 2007).

Algunas de las políticas dictadas por el Banco Mundial consistieron en la reducción del gasto en salud a nivel federal, la disminución del papel del gobierno federal en la prestación de servicios en este sector, su descentralización y el impulso de un sistema único de salud. Con la reorientación del modelo económico, el gasto estatal en bienes públicos decayó y la calidad de servicios como la educación pública y la asistencia sanitaria se redujeron o estancaron (Harvey 2007). La nueva crisis de 2008 y los consecuentes recortes en programas sociales recrudecieron la situación del sector salud; un ejemplo de ello es el recorte de 5 000 millones de pesos (equivalente a 395 millones de dólares en esa época) a la Secretaría de Salud (SSA) en 2010 (Casas, Casas, Rodríguez y Reséndiz 2010).

Molina y Tobar (2018) señalan que luego de una generación de reformas inspiradas en el discurso del neoliberalismo en salud, en el siglo XXI surge una versión *reloaded*, dado que se hizo evidente que, aunque el gasto hubiese aumentado, los resultados en salud no mejoraron y se profundizaron las desigualdades en esta área. Para estos autores, el principal resultado de las transformaciones neoliberales ha sido la tecnocratización de la salud y la pérdida de protagonismo de la cuestión sanitaria en la agenda de políticas públicas.

El problema que resulta del dominio del paradigma tecnocrático⁹ sobre la visión de la salud consiste en que las cuestiones sanitarias se entienden como

⁹ Davis-Floyd (2001) describe al paradigma tecnocrático como un modelo conectado a los valores centrales de las sociedades industrializadas, el cual se caracteriza por una visión que: 1) separa cuerpo y mente; 2) define al cuerpo como una máquina; 3) define a la paciente como objeto; 4) prescribe el distanciamiento del personal de salud y la paciente; 5) así como el diagnóstico y tratamiento de afuera hacia adentro; 6) la organización jerárquica y estandarización de los cuidados; 7) otorga la autoridad y responsabilidad al personal médico y no a la paciente; 8) sobrevalora a la ciencia y la tecnología; 9) se basa en intervenciones agresivas con énfasis en resultados a corto plazo; 10) define a la muerte como una derrota; 11) se basa en un sistema impulsado por las ganancias económicas, y 12) es intolerante a otras modalidades de la práctica de cuidado de la salud. Si bien, es

asuntos técnicos de expertos, se vuelven invisibles al sentir colectivo y, por tanto, su inclusión en las agendas públicas depende del funcionario en turno y no tanto de las exigencias de la población. Esto facilita el abandono de este sector y se traduce en hospitales sobrepoblados y llenos de deficiencias y falta de material (Miranda 2019).

Apenas en febrero de 2019, la imagen de un garrafón empleado como casco cefálico para brindar oxígeno a un bebé en un hospital público de Magdalena de Kino, Sonora, se difundió de forma masiva en Internet y, mientras usuarios de las redes sociales criticaron a los médicos que improvisaron de esta manera y la directora de este centro de salud fue destituida, varios profesionales sanitarios utilizaron las mismas redes para dar a conocer sus experiencias con la falta de insumos y el desabasto de medicamentos y equipo, así como para apoyar a sus colegas mediante la creación de los hashtags #yotambienimproviso y #todosimprovisamos (Miranda 2019).

En este contexto no resulta extraño el hecho de que las mujeres se vean en la necesidad de realizar largas esperas y dar múltiples vueltas a las instituciones para llegar siquiera a ingresar a las salas de parto, pues la escasez de recursos humanos y materiales es una condición importante en la gestación de la violencia obstétrica. Una de las informantes que se enfrentó a esta problemática, fue *Fidelia*, una mujer indígena migrante dedicada al trabajo doméstico, quien ante la negación de la atención al acudir al hospital público no encontró otra opción que acudir a un servicio privado de bajo costo, en donde parió apenas minutos después de ingresar:

Fidelia: Me voy al Hospital General, no me atienden, me da un dolor así de que yo decía, me quería morir y le dije a mi esposo: “no, me dijo que no, que hasta, que, es más, me faltaban dos semanas, que no, que no, que solamente

claro que se trata de un modelo clasificatorio que no existe como una réplica exacta en la realidad, con este Davis-Floyd busca explicar el paradigma que guía actualmente la práctica obstétrica hegemónica. En este trabajo se considera que la principal forma en que se vinculan los modelos neoliberal y tecnocrático en salud es en su búsqueda compartida por eficientizar los recursos económicos a costa de las necesidades subjetivas de los usuarios de los sistemas sanitarios.

eran contracciones, que me esperara”. Y ya fuimos, ya le dije al doctor que yo sentía que era muy fuerte el dolor. Eso fue en la mañana, que yo llevaba así poquito, pero así tuve igual el mismo desecho que el parto de mi niña, igual así el desecho y poquitas contracciones, pero ya cuando era como la una de la tarde, pues yo fui y me dijeron que no, que no me iba a aliviar en ese día y yo creo que ni en ... No me daban ni esperanzas, ni en dos semanas.

Entrevistadora: ¿Cuántas veces fue, seguidas, que la regresaron?

Fidelia: Dos veces. Dos veces fui, y fui como a las 9:00 de la mañana y me fui como a las 12:30 de regreso a la casa y le dije yo a mi esposo que ya no aguantaba de la espalda, le dije “¿sabes qué? Pues ya no quiero regresar al Hospital General”, pero me dice “¿por qué?”, “porque me da miedo, me están diciendo que no me voy a aliviar —le digo— ¿cómo me voy a ir otra vez al Hospital General? No quiero irme al Hospital General (Entrevista, Fidelia, Tijuana, 17 de julio de 2018).

La posibilidad de acudir a instituciones privadas para quienes cuentan con ingresos económicos bajos puede, además, verse limitada a aquellas mujeres que tuvieron embarazos considerados sanos, ya que, en los casos en los que ha sido diagnosticado que el bebé nacerá con alguna afección física, las clínicas más pequeñas muchas veces no cuentan con las instalaciones o la tecnología necesaria para atenderlos, y algunas de ellas no lo consideran una opción, pues pondría en riesgo la vida de sus hijos. Quienes se ven más afectadas por este tipo de violencia son las mujeres de menores recursos, que solo tienen acceso a la atención médica popular, puesto que sus ingresos no les permiten atenderse en otro tipo de servicios, suele tratarse de mujeres que no cuentan con un seguro como trabajadoras, debido a que se dedican a la atención de su hogar, son cuidadoras o se desempeñan en el empleo informal.

Por otro lado, aunque la experiencia no es la misma, sino que se da de manera más sutil, otras mujeres con mejor condición económica y mayor escolaridad se ven limitadas cuando desean recibir atención adicional, como el apoyo de una doula o cuando planean un parto en casa, pues estas son opciones restringidas por la misma estructura de las instituciones públicas de salud. De igual manera ocurre con quienes se atienden mediante un seguro de gastos mayores en instituciones

privadas, puesto que las opciones a elegir suelen ser muy pocas y, en este contexto particular, las mujeres se vieron enfrentadas a situaciones en las que su prestador de servicios se inclinaba claramente hacia la realización de una cesárea sin que esto estuviese basado en sus necesidades reales. En otras palabras, es posible señalar que existen distintos niveles de dificultad para que una mujer logre vivir su embarazo, parto y puerperio, de acuerdo con sus propias expectativas personales, y las experiencias de violencia obstétrica vividas por las mujeres tienen sus cimientos en una violencia económica que permea en diversos grados a gran parte de la población.

La práctica médica: ¿una cultura violenta y autoritaria?

En el campo médico, el internado y la residencia tienen en común ser periodos en los que algunos de quienes se desempeñan al mismo tiempo como estudiantes y trabajadores son sujetos de diversos tipos de violencia como malos tratos, acoso, humillaciones y castigos, entre otros. Estos maltratos configuran de manera considerable, la tercera dimensión de la pirámide de la violencia obstétrica: la cultura médica. Diversos estudios han analizado las condiciones en las que se forman los estudiantes de pregrado y posgrado en nuestro país (Fuentes, Manrique y Domínguez 2015; Iglesias et al. 2005; Montes-Villaseñor et al. 2018; Ortiz-León et al. 2014; Ríos, Romero y Olivo 2013; Sepúlveda-Vildósola et al. 2017). En ellos, los porcentajes de maltrato reportados varían de 31% en internos (Iglesias et al. 2005) y hasta 98.5% en residentes (Ortiz-León et al. 2014).

En el estudio de Ortiz-León y colaboradores (2014), realizado entre 260 médicos residentes de tres hospitales generales de la Ciudad de México, se analizaron seis tipos de acoso: el desprestigio laboral, el entorpecimiento del progreso, el bloqueo de la comunicación, la intimidación encubierta, la intimidación manifiesta y el desprestigio personal, las principales conductas reportadas fueron las dos últimas. En particular, los residentes reportaron haber sido criticados en su trabajo, que les gritaran, y que los superiores no les dejaran expresarse; algunos manifestaron haber sido víctimas de la sustracción de algunas de sus pertenencias, haber sido obligados a realizar gastos o estar bajo un control estricto en sus horarios.

En este mismo trabajo se indica que los residentes de la especialidad de ginecología y obstetricia fueron quienes más reportaron acoso psicológico, lo cual Ortiz-León y colaboradores (2014) consideran que se explica porque en esta especialidad predominan las urgencias, es decir, situaciones que deben ser atendidas de manera inmediata. Además, según los autores, este tipo de atención se convierte en una rutina para los residentes y se caracteriza por una sobrecarga de trabajo. Un aspecto a resaltar en la cuestión de género es que las mujeres reportaron mayores conductas de bloqueo de la comunicación como ser ignoradas, que sus preguntas no fueran respondidas o no les fuera permitido hablar, lo cual parece reflejar la idea de la superioridad de lo masculino sobre lo femenino, y de una deshumanización de las mujeres residentes por parte de sus superiores.

Los trabajos mencionados coinciden en que los principales perpetradores de la violencia son los médicos de jerarquía superior, como los profesores, los adscritos y otros residentes; aunque la violencia entre pares no parece ser frecuente, estos suelen ser testigos pasivos. Los malos tratos además se dan en un contexto de sobrecarga de trabajo, que es realizada en su mayor parte por quienes se encuentran en las partes más bajas de la jerarquía hospitalaria, mediante jornadas que llegan a sobrepasar las 30 horas continuas varias veces a la semana. Entre las consecuencias del acoso laboral durante el curso de una especialidad, se incluyen “la afectación del estado emocional, principalmente enojo, miedo o ansiedad, culpa, vergüenza, disminución de la confianza como doctor, afectación del desempeño académico y la calidad de la atención que se les brinda a los pacientes, insatisfacción laboral, *burn out*, abuso de alcohol, drogas ilícitas o automedicación, ideación o intento suicida” (Sepúlveda-Vildósola et al. 2017).

Carrillo-Esper y Gómez-Hernández (2014) señalan que la violencia durante la residencia existe desde hace décadas y los residentes las justifican porque las consideran la única manera de incorporar la cantidad enorme de conocimientos y habilidades necesarios para ejercer la medicina en un periodo tan breve; sin embargo, hoy en día las redes de Internet se han vuelto lugares privilegiados y de fácil acceso, que permiten ver que, contrario a esta idea, aunque algunos busquen perpetuarlas, también existen voces críticas en contra de estas prácticas, a

las cuales ven como formas de explotación mediante las que se pretende obtener mano de obra barata.¹⁰

Lo preocupante en este contexto es que si el entorno en el que se forman los futuros profesionales de la salud está lleno de violencia, ¿cómo se espera que se comporten esos médicos? Es muy posible que este ambiente tenga graves y enormes consecuencias sobre la forma en que estos se desempeñarán en el ámbito profesional: “es difícil comprender cómo puede un joven médico incorporar cualidades como el altruismo o la compasión por un enfermo cuando se forma en un ambiente en el cual permanentemente recibe críticas o humillaciones por realizar de forma incorrecta tareas que forman parte del aprendizaje” (Carrillo-Esper y Gómez-Hernández 2014, 173).

El correlato producido por este contexto puede describirse como una lucha de saberes y poderes entre médicos y los/as pacientes, así como una inducción del miedo por parte de los primeros hacia los/as segundos/as. Un aspecto específico en el que se manifiesta el poder médico y la importancia que se le atribuye a su discurso es la forma en que sus afirmaciones alcanzan un grado de verdad al ser emitidas y, en muchas ocasiones, inducen al miedo. Las cesáreas son una de las formas más frecuentes de lo que puede considerarse violencia obstétrica en el ámbito privado y parte de las prácticas que resultan de una inducción del miedo que en algunos casos inicia desde que el embarazo apenas comienza a desarrollarse y el ginecólogo da indicios de su preferencia por este tipo de intervención, mientras que en otras surge ya durante el trabajo de parto. En el caso de Tita esta inducción del miedo comenzó alrededor del séptimo mes:

Tita: Entonces el doctor empezó con que la cabeza estaba muy grande, y luego “ay, es que ya estás grande”, el ya estás grande, porque tenía 35 años, 36 al momento de dar a luz; tenía 35 años, “es que ya estás bien grande” y luego para... Pues el doctor, yo siento que preparó todo para que fuera cesárea, como que me infundió, como que sí me sentí con ese tipo de violencia que me sembró ese miedo.

¹⁰ Se hace referencia aquí a comentarios observados en la página de Facebook “Yo soy médico 17” (<https://www.facebook.com/yosoy17internacional>), en particular, en publicaciones que se refieren a problemáticas de los médicos residentes.

Entrevistadora: Pero ¿por lo de la cabeza?

Tita: Uno, por lo de la cabeza y dos, por lo del herpes. Entonces “no, mira, y luego tienes herpes”, así de comentarios.

Entrevistadora: ¿Pero cuando te dijo eso tú ya habías leído?

Tita: Ya había leído, y le dije y todo eso y en un momento me dijo: “es que lees demasiado”, por eso te digo que siento que fue muy sutil, pero no dejó de, finalmente logró el objetivo de sembrarme miedo y yo conscientemente tomé la decisión de seguir con ese médico (Entrevista, Tita, Tijuana, 20 de febrero de 2018).

Tita refiere que ella había tenido antes una infección de herpes, razón por la que su ginecólogo argüía la necesidad de realizar una cesárea; sin embargo, ella había leído información que señalaba la posibilidad de emplear medicamentos como medida preventiva, lo cual fue ignorado por el médico. Esto se sumó a otro argumento que él daba, al señalar que el tamaño de la cabeza del bebé era muy grande para un parto vaginal. Independientemente de que la información que Tita leyó hubiese sido correcta o errónea, lo que cabe resaltar de la relación que se estableció entre ella y su ginecólogo es que la comunicación no fue asertiva u oportuna, puesto que, además de que este descalificó sus conocimientos y opiniones, no se dio el tiempo de explicarle las razones por las que no tomaba en cuenta las opciones que ella ofrecía; de manera que, aunque existe la posibilidad de que el profesional de la salud estuviera dándole a Tita lo que él consideraba la mejor solución, se colocó en una posición en la que aparentó no haber considerado a su paciente como sujeto digno de diálogo.

La omisión de un diálogo horizontal entre médico y paciente se vuelve causa de una desconfianza que caracteriza a más de una de las relaciones entre los individuos inmersos en un evento obstétrico, en este caso las usuarias del sector privado. La insistencia en la importancia de la comunicación como un camino hacia procesos de gestación y parto que sean satisfactorios para quienes lo experimentan se debe a que cuando esta es asertiva y oportuna puede llevar a la correcta toma de decisiones por parte de las usuarias y a sentir que su individualidad y autonomía son respetadas, mientras que en el caso opuesto solo consiguen alejarlas y hacerlas que, con frecuencia, aborrezcan a la atención institucional.

Por otra parte, quienes consiguen identificar que en el vínculo dialéctico saber-poder, las “verdades” médicas no son incuestionables, sino que hay factores no objetivos involucrados en ello, gracias a que han desarrollado trayectorias de aprendizaje que les han permitido una toma de conciencia al respecto, cuentan con mayores recursos para actuar de acuerdo con sus propios intereses y buscar el diálogo con los profesionales de la salud. Cuando esto no se consigue, pueden emplear estrategias claras como la búsqueda de otro médico que les brinde una atención más cercana a sus expectativas, como ocurrió con Tula, quien trató de tener un parto más humanizado durante su tercer embarazo y se topó con las negativas del ginecólogo que al inicio le había dicho que sí a diversas prácticas, como el corte tardío del cordón umbilical o colocar piel con piel a la madre y al niño:

Y entonces todo estaba mal. Y “es que doctor, yo ya me informé, yo ya investigué, tengo doulas conmigo, voy a mis talleres de parto”, “no”, “es que yo ya le”, “pues vuelve a leer”. Entonces ahí cuando me dijo: “yo te recomiendo que vuelvas a leer”, me enojé, me quedé callada y lo único que me faltó fue no pagar la consulta, ¿verdad? Pero se la pagué y me fui bien enojada (Entrevista, Tula, Tijuana, 26 de febrero de 2018).

Con estos dos casos, es posible observar dos respuestas muy distintas por parte de las mujeres ante el autoritarismo de los médicos que las atendían, pues mientras que Tita continuó asistiendo a consulta con el mismo ginecoobstetra y finalmente, su hija nació mediante una cesárea, Tula decidió buscar otra opción, lo cual la llevó a desarrollar una trayectoria de aprendizaje distinta, al explorar alternativas no tradicionales de parto en un embarazo posterior. Si bien, experiencias como la de Tula son minoritarias entre los casos recopilados, puesto que requieren recursos que no todas las gestantes poseen, resultan clave, pues permiten identificar acciones mediante las cuales las mujeres avanzan poco a poco en el desmantelamiento de las asimetrías de poder que existen dentro del campo médico y que tienen entre sus causas una cultura violenta y autoritaria.

Por una cultura de derechos: de la normativa a la justiciabilidad en violencia obstétrica

Si bien la violencia obstétrica no es un asunto nuevo, su inclusión como un problema que debe ser prevenido, erradicado y sancionado por medio de leyes y normas puede considerarse reciente, pues en 2017 se cumplía apenas una década desde que este concepto fuera reconocido por primera vez dentro de una legislación de alcance nacional.¹¹ Sin embargo, desde la perspectiva de los derechos humanos, existen diversos antecedentes de los marcos legales y normativos respecto al tema. Algunos de estos precedentes son la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) ratificada en 1979, en particular el artículo 12, que obliga a los Estados Partes a otorgar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, así como la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (también conocida como Convención de Belém do Pará) llevada a cabo 1994, donde se establecen las distintas modalidades que puede tomar la violencia contra las mujeres, los ámbitos en los que puede desarrollarse y, por otro lado, los derechos que estas poseen, entre ellos, ser libre de discriminación y que se respete su vida, su integridad y su dignidad. Se incluyen, también, los deberes de los Estados y los mecanismos de protección de estos derechos.

El 23 de abril de 2007, Venezuela decreta su Ley sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en la que se consideran diecinueve formas distintas de violencia de género en contra de las mujeres, una de las cuales es la violencia obstétrica. Esto lo convierte en el primer país en incluir en su legislación este concepto y los actos que lo constituyen, y en imponer sanciones a quienes la ejecuten. Dos años más tarde, Argentina promulga la Ley No. 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, la cual incluye, en su artículo 6, seis modalidades de violencia, entre ellas la violencia

¹¹ Me refiero a Ley sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela.

obstétrica (Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina 2009). En la actualidad, varios países de la región, como Costa Rica, Ecuador y Chile, cuentan con iniciativas para incluir este concepto.

En México, la NOM-007-SSA2-2016 es el medio por el que se establecen los criterios y procedimientos para la prestación de servicios de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a la persona recién nacida. Por otra parte, también se cuenta con un Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, mediante el cual se pretende establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible. Entre ellas se encuentra la Guía de Vigilancia y Manejo del Trabajo de Parto en Embarazo de Bajo Riesgo, con la cual se busca proporcionar atención obstétrica segura y de confianza, promover el uso de las prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento científico disponible, apegadas a la normatividad vigente y al marco de los derechos humanos, así como la vigilancia y el manejo del trabajo de parto en forma oportuna y eficiente, y estrategias para la reducción de la morbilidad materno-fetal (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, Cenetec 2014).

En México, la Ley General de Acceso de las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el 1 de febrero de 2007. En esta se incluyen cinco tipos de violencia, entre las cuales no se encuentra la violencia obstétrica.¹² Un año más tarde, Veracruz se convirtió en la primera entidad federativa en incluir este concepto dentro de su Ley No. 235, además de añadirla a su Código Penal en 2010. Hasta 2019, veinte estados incluían la definición de violencia obstétrica en sus leyes Generales de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, además de que una entidad federativa la contemplaba en su

¹² Sin embargo, dentro de las figuras que incluye esta Ley de Acceso, la violencia obstétrica puede calificarse como violencia contra la mujer y, de manera específica, violencia institucional, si se parte de las definiciones que da este instrumento, donde se entiende a esta última como “los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia” (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión 2015).

código de salud —Durango—, y cuatro la tipificaban como delito —Veracruz, Chiapas, Guerrero y el Estado de México— (CNDH 2017). A finales de 2019 la Cámara de Diputados aprobó las reformas legales para incorporar en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, el término violencia obstétrica, y las turnó al Senado para su análisis y eventual ratificación, aunque hasta el momento no ha sido votado (Cámara de Diputados, 2019).

Sin embargo, aunque se cuenta con instrumentos como estos, ello no ha conseguido erradicar de forma completa los malos tratos en las salas de parto, las intervenciones innecesarias o, en casos extremos, la negación de la atención inmediata y adecuada, lo que deriva en una situación en la que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se violan y se experimenta violencia obstétrica. Esto, además, se da en algunos casos sin que se presente ninguna confrontación ante la violencia experimentada.

Los hallazgos del trabajo de campo permitieron observar que casi todas las informantes se vieron envueltas en alguna situación en la que ellas se daban cuenta de que la forma en que estaban siendo tratadas no era correcta, pero decidieron mantenerse pasivas. Así ocurrió con Julia, quien fue sometida a una maniobra de Kristeller que le trajo como consecuencia dos costillas rotas, mientras que Nancy resultó lastimada debido a una caída y al abandono en que se encontró durante la etapa de puerperio en el hospital. En ambos casos, ellas decidieron no hacer más,¹³ ya que consideraron que no se le prestaría atención a su reclamo por parte de las instituciones:

Entrevistadora: ¿Y cuando se enteró, no se le ocurrió poner una queja o algo?

Julia: No, pues es que ya había pasado mucho tiempo, ya qué caso me podían hacer. Entonces pues no, ya no hice nada. No podía hacer nada, pues ya habían soldado, habían soldado mal [las costillas]. Y realmente es que como ya había pasado tanto tiempo, pues, ¿qué es lo que piensas? “si no me hicieron caso en ese instante, pues ahora menos”. Entonces pues no, al último ya, así quedó (Entrevista, Julia, Tijuana, 14 de marzo de 2018).

¹³ Al respecto de la agencia de las mujeres frente a la violencia obstétrica, véase Espinoza-Reyes y Solís 2020.

Entrevistadora: Me dices que te dijeron que demandaras, ¿Quién te decía que demandaras? ¿Y exactamente por qué?

Nancy: Fue dentro de mi colonia, una persona que también sus familiares consideran que fue negligencia, porque entró con una situación y que ya adentro tuvo otra complicación y no le fue muy bien a la persona, entonces la verdad yo desconozco, ya no la seguí viendo, si esta persona demandó, pero a mí me dijeron que fue negligencia, o sea “pudiste haber pasado algo con el bebé en el lapso que estuviste ahí sin recibir atención”. Entonces me decían que ahí era por esa situación que yo podía demandar y otra porque estuve sola cuando tuve el desmayo y posterior a la hemorragia fue el guardia que me levantó, entonces me dicen que esas dos situaciones eran buen argumento para demandar, yo no quise investigar, yo le dije a mi mamá “ya mi hija está bien, yo estoy bien, yo no quiero situaciones”. Y luego ya pues yo no estaba confiada a que procedieran (Entrevista, Nancy, Tijuana, 20 de marzo de 2018).

Ambos casos permiten corroborar que las representaciones de las ciudadanas sobre los mecanismos de justiciabilidad y exigibilidad de sus derechos coinciden con lo señalado por Meza y colaboradores (2015), en el sentido de su poca efectividad en el corto plazo, lo cual habla tanto del desconocimiento respecto a los mecanismos mediante los que las usuarias de salud pueden enfrentarse a la violencia obstétrica, como de la desconfianza que se tiene en las instituciones del Estado y en su interés por impartir justicia cuando se llevan a cabo violaciones a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Así, mientras que, en el aspecto del aseguramiento del acceso a la salud, cuando menos en la letra, hay un enorme respaldo legal, la protección de los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia aún no se encuentra tan avanzada ni es tan completa como podría esperarse. Con lo descrito hasta este punto es posible concluir que algunos de los instrumentos legales que obligan al Estado a proteger los derechos de las mujeres en el ámbito de la gestación y el nacimiento ya están puestos sobre la mesa, mientras que otros siguen como proyectos que son empujados o detenidos por distintas facciones de la sociedad. Sin embargo, este es tan solo uno de los aspectos que confluyen en la factibilidad de que se vuelva posible parir y nacer en espacios libres de violencia.

Conclusiones

El propósito de este texto ha sido identificar el papel que tienen la violencia cultural y la violencia estructural en la producción de violencia obstétrica directa. Para responder a ello, fue necesario analizar las principales dimensiones sobre las que consideramos que descansa este problema. Así mismo se vincularon casos empíricos surgidos de un contexto urbano para mostrar la forma en que los cuatro elementos que componen a la base de la pirámide se materializan en distintas experiencias de violencia obstétrica vividas por mujeres con diferentes adscripciones étnicas, de clase, edades o niveles educativos.

Cabe señalar que la propuesta aquí presentada es de carácter analítico, y en los casos concretos de violencia experimentada por las mujeres no siempre están presentes los cuatro elementos enunciados, sino que estos pueden tener mayor o menor peso en cada una de las experiencias o presentarse de manera simultánea e interrelacionada. Este modelo es, ante todo, una propuesta para dar orden a los múltiples elementos que intervienen en el fenómeno, los que consideramos son los más importantes para el contexto mexicano.

Además, es fundamental aclarar que con esta exposición no se buscó abordar las causas de la violencia obstétrica, ya que afirmar causalidad es algo que rebasa los objetivos de este estudio, sino que al hablar de dimensiones hay que entenderlas como distintas caras de un mismo fenómeno que es posible, o no, ver en determinado momento.

De esta manera, aunque la violencia de género es uno de los aspectos que permea la vida de las mujeres en general, ya que es un elemento fuertemente arraigado en nuestra cultura, la importancia de esta es mayor, por ejemplo, en el caso de quienes han experimentado agresiones en carne propia previas a sus vivencias de violencia obstétrica, ya que esto puede haberles permitido normalizar la violencia y dificulta que ellas la identifiquen. Esto aplica también para quienes son perpetradores, pues entre más inmersos se encuentren en una cultura de la violencia, más complicado resulta que tomen conciencia del papel reproductor que están ejerciendo.

Por otro lado, aunque se ha señalado que el sistema ideológico y económico del neoliberalismo en el que nos encontramos inmersos nos afecta a todos, esto

lo hace de manera diferenciada. Así, el adelgazamiento del Estado en cuestiones sanitarias es una condición que fomenta el ambiente de explotación y sobrecarga de trabajo, y facilita la persistencia de las prácticas violentas hacia los médicos en formación; en el caso de las usuarias menos privilegiadas en el aspecto económico, las condena a recibir atención médica basada “en existencias”, en lugar de evidencias,¹⁴ y a ser víctimas de las consecuencias de una cadena de violencia que inicia mucho más atrás desde las estructuras de las instituciones. A la población con un poco más de solvencia económica la coloca en una posición en la que no consigue tener certeza respecto de que el móvil principal de los servicios que reciben son su propia salud y la de sus hijos, sino obtener determinados objetivos monetarios.

Si se quiere incidir en la disminución de los problemas como el de la violencia obstétrica y los malos tratos hacia la población usuaria en general, una de las tareas pendientes es la transformación de la cultura médica, para que deje de estar basada en las jerarquías, la violencia y el autoritarismo, así como en la explotación de mano de obra barata, y crear instituciones sustentadas en la equidad, el equilibrio y la armonía. Para lograr esto es indispensable no solo pensar en ajustes y nuevos esquemas de trabajo, sino realizar cambios estructurales importantes que incluyan, entre otras estrategias, la creación de un mayor número de plazas y una mayor inversión en el sector salud.

Por último, cabe mencionar que contar con una cultura de derechos no es una garantía absoluta de que estos serán respetados por los prestadores de servicios, cuando menos en un momento inmediato; pues, aunque las mujeres pueden buscar en repetidas ocasiones ejercer su agencia con el fin de evitar ser vulneradas, no siempre tienen éxito. Sin embargo, es necesario aprender a ejercer la ciudadanía, exigir y buscar la reparación de la justicia cuando esta no sea respetada, con ello se fortalecerá la capacidad de agencia tanto individual como colectiva y esta es una de las claves para obtener un cambio profundo.

¹⁴ Esta expresión se refiere a la dificultad que representa para el personal de salud ejercer una práctica médica basada en la evidencia científica en contextos en los que las condiciones de infraestructura no son las adecuadas, por lo que sus acciones se ven condicionadas por los recursos humanos y materiales que se tienen “en existencia” en sus instituciones.

Referencias bibliográficas

- Agamben, Giorgio. 2011. “¿Qué es un dispositivo?” *Sociológica*, 26(73): 249-264. https://www.researchgate.net/publication/262593457_Que_es_un_dispositivo.
- Aguirre, Alejandra, Beatriz Martínez, Karla Rivero, Carmen Blancas, Saúl Badillo, Lourdes González y Juan Marzuca. 2013. “La atención del parto: poder, derechos, violencia”. *Revista Salud Quintana Roo*, 6(25): 21-25. <https://salud.qroo.gob.mx/revista/revistas/25/5.pdf>.
- Arguedas, Gabriela. 2014. “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1): 155-180. <https://doi.org/10.15517/c.a.v11i1.14238>.
- Belli, Laura. 2013. “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”. *Revista Red Bioética/UNESCO*, 1(7): 25-34. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12868>.
- Bellón, Silvia. 2015. “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica”. *Dilemata*, 7(18): 93-111. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>.
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. 2015. *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209278/Ley_General_de_Acceso_de_las_Mujeres_a_una_Vida_Libre_de_Violencia.pdf.
- Cámara de Diputados, LXIV Legislatura. 2019. “Nota No. 3783. Aprueban diputados reformas en materia de violencia obstétrica”. *Comunicación Social*. [http://www5.diputados.gob.mx/index.php/camara/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2019/Noviembre/28/\(offset\)/20](http://www5.diputados.gob.mx/index.php/camara/Comunicacion/Agencia-de-Noticias/2019/Noviembre/28/(offset)/20).
- Carrillo-Esper, Raúl y Karla Gómez-Hernández. 2014. “Bullying durante el pre y posgrado de la formación médica”. *Revista de Investigación Médica Sur*, 21(4): 172-176. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80686>.
- Casas, D., I. Casas, R. Rodríguez y S. Reséndiz. 2010. “Reflexiones sobre el *habitus* médico institucional”. *Archivos en Medicina Familiar*, 12(4): 106-108.

- <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=28301>.
- Castro, Roberto. 2014. "Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México". *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2): 167-197. <http://dx.doi.org/10.22201/iis.01882503p.2014.2.46428>.
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti. 2003. "La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio". En *Género y política en salud*, compilado por Paola López, Blanca Rico, Ana Langer y Guadalupe Espinoza, 255-273. México: Secretaría de Salud. https://www.researchgate.net/publication/279293433_La_violacion_de_derechos_reproductivos_durante_la_atencion_institucional_del_parto_un_estudio_introductorio.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (Cenetec). 2014. *Guía de Práctica Clínica. Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazos de bajo riesgo*. México: Cenetec. <https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/Guia%20Vigilancia%20y%20Manejo%20del%20Trabajo%20de%20parto%20del%20embarazo%20de%20bajo%20riesgo,%202014.pdf>.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). 2017. *Recomendación General No. 31/2017*. Ciudad de México: CNDH. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-07/RecGral_031.pdf.
- Davis-Floyd, Robbie. 2001. "The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth". *Journal of Japan Academy of Midwifery*, 15(3): 40-55. doi:10.3418/jjam.15.3_40.
- Ehrenreich, Nancy. 1993. "The Colonization of the Womb". *Duke Law Journal*, 43(3): 492-587. <https://scholarship.law.duke.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3237&context=dlj>.
- Escalante, Fernando. 2015. *Historia mínima del neoliberalismo*. México: El Colegio de México.
- Espinoza, Ester. 2019. "Descolonizar el útero: experiencias y agencia frente a la violencia obstétrica en Tijuana, México". Tesis doctoral en Estudios Culturales. El Colegio de la Frontera Norte. <https://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/2019/08/TESIS-Espinoza-Reyes-Ester-DESC.pdf>.

- Espinoza-Reyes, Ester y Marlene Solís. 2020. "Decolonizing the Womb: Agency against Obstetric Violence in Tijuana, Mexico". *Journal of International Women's Studies*, 21(7): 189-206. <https://vc.bridgew.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2350&context=jiws>.
- Estévez, Ariadna. 2017. "La violencia contra las mujeres y la crisis de derechos humanos: de la narcoguerra a las guerras necropolíticas". *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 3(6): 69-100. <https://doi.org/10.24201/eg.v3i6.142>.
- Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología, A. C. (Femecog). 2015. "Pronunciamiento". *Femecog.org*. <https://femecog.org.mx/docs/FEMECOG%20pronunciamiento.pdf>.
- Federici, Silvia. 2010. *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación primitiva*. Madrid: Traficantes de Sueños. <https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Caliban%20y%20la%20bruja-TdS.pdf>.
- Ferrándiz, Francisco y Carles Feixa. 2004. "Una mirada antropológica sobre las violencias". *Alteridades*, 14(27): 159-174. <https://www.redalyc.org/pdf/747/74702710.pdf>.
- Foucault, Michel. 2002. *Vigilar y castigar*. Argentina: Siglo XXI.
- Freyermuth, Graciela. 2015. "Incidencia política en la mejora de la salud de las mujeres a través del discurso de los derechos humanos. Casos paradigmáticos". En *25 años de buenas prácticas para reducir la mortalidad materna en México. Experiencias de organizaciones de la sociedad civil y la academia*, coordinado por Graciela Freyermuth, 233-266. México: Observatorio de Mortalidad Materna en México; Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Fuentes, Ricardo, Carolina Manrique y Octaviano Domínguez. 2015. "Condiciones generales de los estudiantes de medicina de la generación 2010 durante su internado rotatorio de pregrado en la Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional". *Acta Bioethica*, 21(1): 29-36. https://www.researchgate.net/publication/279069427_Condiciones_genera.
- Galtung, Johan. 1969. "Violence, Peace, and Peace Research". *Journal of Peace Research*, 6(3): 167-191. <https://doi.org/10.1177/002234336900600301>.

- Galtung, Johan. 1996. *Peace by Peaceful Means. Peace and Conflict, Development and Civilization*. International Peace Research Institute, Oslo; SAGE Publications.
- Galtung, Johan. 1998. *Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia*. Bilbao: Bakeaz. <https://www.gernikagoraturuz.org/wp-content/uploads/2020/05/RG06completo.pdf>.
- Galtung, Johan. 2016. "La violencia: cultural, estructural y directa". *Cuadernos de Estrategia*, núm. 183: 147-168. https://www.uma.es/foroparalapaznelmediterraneo/wp-content/uploads/2017/02/170217-CE_183.pdf.
- Giménez, Gilberto. 2005. "La concepción simbólica de la cultura". En *Teoría y análisis de la cultura*, compilado por Gilberto Giménez, 67-87. México: Conaculta; Iocult. <https://seminariodemetodologiadelainvestigacion.files.wordpress.com/2011/06/teorc3ada-y-anc3a1lisis-de-la-cultura-1.pdf>.
- Harvey, David. 2007. *Breve historia del neoliberalismo*. Madrid: Akal.
- Iglesias, José, Donato Saldívar, Victoria Bermúdez y Abel Guzmán. 2005. "Maltrato del estudiante de medicina. Percepción de 404 alumnos de cuarto, quinto y sexto años de la carrera". *Medicina Universitaria*, 7(29), 191-202. <https://biblat.unam.mx/es/revista/medicina-universitaria/articulo/maltrato-del-estudiante-de-medicina-percepcion-de-404-alumnos-de-cuarto-quinto-y-sexto-anos-de-la-carrera>.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). 2017. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2016*. México: INEGI. <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/especiales/endi-reh/2016/>.
- Íñiguez, Lilia. 2013. "La aguja en el pajar". *Animal Político*, 19 de noviembre de 2013. <http://www.animalpolitico.com/blogueros-punto-gire/2013/11/19/la-ajua-en-el-pajar/>.
- Kesztyus, Katharina. 2018. "The Contemporary Neoliberal State and Economic Violence". *E-International Relations Students*. <https://www.e-ir.info/2018/05/31/the-contemporary-neoliberal-state-and-economic-violence/>.

- Llobera, Rosa, Victoria Ferrer y Xènia Chela. 2019. “Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido”. *Investigaciones Feministas*, 10(1): 149-184. <https://doi.org/10.5209/infe.60886>.
- Maier, Elizabeth. 1999. “El mito de la madre”. *Iztapalapa*, 45: 79-106. https://www.academia.edu/44435181/El_mito_de_la_madre_IZTAPALAPA_45.
- Meza, Alejandro, Sandra Mancinas, Sergio Meneses y David Meléndez. 2015. “Exigibilidad del derecho a la protección de la salud en los servicios de obstetricia en México”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(4/5): 360-364. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8820>.
- Miranda, Perla. 2019. “A falta de equipo, médicos optan por la improvisación”. *El Universal*, febrero 24 de 2019. <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/falta-de-equipo-medicos-optan-por-la-improvisacion>.
- Molina, Cecilia y Federico Tobar. 2018. “¿Qué significa neoliberalismo en salud?” *RevIISE-Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 12(12): 65-73. <http://www.ojs.unsj.edu.ar/index.php/reviise/article/view/272/pdf>.
- Montes-Villaseñor, Evangelina, Janet García-González, María Blázquez-Morales, Alma Cruz-Juárez y Xóchitl De-San-Jorge-Cárdenas. 2018. “Exposición a la violencia durante la formación profesional de los residentes médicos”. *Ciencia UAT*, 12(2): 54-66. <https://doi.org/10.29059/cienciauat.v12i2.852>.
- Muñoz, Patricia. 2011. *Violencias interseccionales. Debates feministas y marcos teóricos en el tema de pobreza y violencia contra las mujeres en Latinoamérica*. Tegucigalpa: Central America Women’s Network (CAWN). http://americalatinagenera.org/newsite//images/cdr-documents/publicaciones/igualdadynodiscriminacion/violencias_interseccionales.pdf.
- Órgano del Gobierno Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos. 2016. “Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio”. *Diario Oficial de la Federación*, 7 de abril. Ciudad de México: Secretaría de Gobernación. http://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5950/salud12_C/salud12_C.html.
- Ortiz-León, Silvia, Aurora Jaimes-Medrano, Silvia Tafoya-Ramos, María Mujica-Amaya, Víctor Olmedo-Canchola y José Carrasco-Rojas. 2014. “Ex-

- perencias de maltrato y hostigamiento en médicos residentes”. *Cirugía y Cirujanos*, 82(3): 290-301. <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2014/cc143h.pdf>.
- Pozzio, María. 2014. “El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada’: feminización y experiencias de las mujeres en la ginecoobstetricia en México”. *Salud Colectiva*, 10(3): 325-337. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/51025>.
- Rico, Nieves. 1996. *Violencia de género: un problema de derechos humanos*. Chile: CEPAL.
- Ríos, Bernabé, Sandra Romero y J. Ramón Olivo. 2013. “La percepción del maltrato de las y los estudiantes nayaritas en las carreras universitarias de medicina y enfermería. Un primer acercamiento”. *Waxapa*, 5(9): 20-30. <https://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2013/wax139e.pdf>.
- Scheper-Hughes, N. y P. Bourgois. 2004. “Introduction: Making Sense of Violence”. En *Violence in War and Peace: An Anthology*, editado por N. Scheper-Hughes y P. Bourgois, 1-27. Oxford: Blackwell.
- Secretaría de Gobernación; Instituto Nacional de las Mujeres; Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres. 2017. *La violencia feminicida en México, aproximaciones y tendencias 1985-2016*. México: Segob; INMujeres; ONU Mujeres. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/293666/violenciaFeminicidaMx_07dic_web.pdf.
- Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. 2009. *Ley No. 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. <https://trabajo.gob.ar/downloads/igualdad/ley26485.pdf>.
- Sepúlveda-Vildósola, Ana, Alma Mota-Nova, Germán Fajardo-Dolci e Isabel Reyes-Lagunes. 2017. “Acoso laboral durante la formación como especialista en un hospital de pediatría en México: un fenómeno poco percibido”. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1): S92-101. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2017/ims171n.pdf>.

- Sesia, Paola. 2020. “Violencia obstétrica en México: la consolidación disputada de un nuevo paradigma”. En *Violencia obstétrica en América Latina. Conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, compilado por Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone, 3-30. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- Villanueva-Egan, Luis. 2010. “El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”. *Revista Conamed*, 15(3): 147-151. <https://www.mediagraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60173>.

5 Pensando sociológicamente la violencia obstétrica

Belén Castrillo

Introducción

La violencia obstétrica (vo), constituida como problemática social y política en las agendas sociales y públicas de América Latina y como objeto de estudio sociológico, ha generado en las últimas dos décadas diversos movimientos y tensiones tanto en su definición como en su estudio y erradicación. La sociología ha permitido y permite iluminar sus multidimensionalidades, atravesamientos e interseccionalidades, al aportar el objetivo científico de develar el contenido histórico-social de *lo dado* para cuestionarlo y transformarlo. Pensar sociológicamente, como nos invita Bauman (2007) en ese manual clásico que fue de mis primeros encuentros con la disciplina, es posible y fructífero también frente a la vo.

Desde mi ingreso al campo de estudios sociales sobre la atención médica de procesos de embarazos y partos (en adelante PEP), he advertido el desarrollo cada vez más creciente de los debates sobre el concepto de *violencia obstétrica*. En 2013, cuando comencé, me valía de específicas definiciones legales (Venezuela, México y Argentina) y de puntuales contribuciones teóricas latinoamericanas y españolas (Castro 2014; Castro y Erviti 2014, 2015; Camacaro Cuevas 2000; Fornes 2009; Magnone Alemán 2010; Sadler 2003; Blázquez 2009; Montes Muñoz 2007). La proliferante producción académica que se advierte hoy —a diferencia de pocos años atrás— si se realiza una simple reconstrucción bibliográfica en los buscadores habituales, es resultado del trabajo de diversos y diversas cientistas sociales en el establecimiento de la vo como objeto de estudio sociológico.

Así, a partir de la lente socioantropológica hemos establecido que este tipo de violencia resulta 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 acercamiento sociológico, que propone una mirada de género en salud y de derechos humanos, entendemos la VO como violaciones a derechos, resultante de la estructura de poder del campo médico y del *habitus* médico autoritario que genera, tal como lo señaló uno de los compiladores de este libro (Castro 2014).

En suma, la VO se establece como una problemática social que permite poner en juego muchas de las dimensiones y perspectivas de análisis sociológico: género, salud, clase, etnia, edad, imaginarios, desigualdades, experiencias, derechos humanos, normas, instituciones, relaciones de poder y de saber-poder, políticas públicas, ciudadanía reproductiva, activismos feministas, constricciones estructurales, culturas organizacionales, marcos simbólicos y rituales, entre muchas otras. Y, asimismo, la sociología aporta una amplia caja de herramientas metodológicas para indagarla de forma empírica.

En este marco, este capítulo recoge los principales aportes derivados de una investigación que devino en la tesis (Castrillo 2019) para el doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de La Plata (Argentina) titulada “Hacer partos y parir: hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos. Experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud de La Plata (2013-2019)”, aprobada en julio de 2019, y que se basa en una indagación empírica profunda que continúa hoy en día. En este sentido, el capítulo persigue dos objetivos: por un lado, presentar algunos debates sobre la definición de la VO que se maduraron durante esos años de investigación (desde 2013 al presente, que incorporan reflexiones actuales); y, por el otro, realizar una reconstrucción de las principales líneas de análisis sociológico que se desarrollan en la investigación. Para ello, en el apartado siguiente (Teoría y métodos) se abordará el primer objetivo y se dará cuenta del diseño metodológico que enmarca la investigación de referencia. A continuación, a modo de hallazgos, se desarrollará el segundo objetivo: realizar una reconstrucción general de los resultados de dicha investigación sociológica sobre los modos de parir y nacer para el caso de estudio. Por último, en

las Conclusiones se recapitulará sobre ambos propósitos, y se marcarán las nuevas rutas que el estudio sociológico de la violencia obstétrica propone e implica.

Sobre la(s) violencia(s) obstétrica(s) y su estudio sociológico

El contexto académico y sociopolítico mundial y local no puede ser más próspero para pensar y reflexionar sobre la vo. En 2019, un informe de Dubravka Šimonović, relatora especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, de la Organización de Naciones Unidas (ONU), reconoció que se trata de un concepto nacido en América Latina (a partir de la ley venezolana de 2007); y a ello se suman otras definiciones legales que en nuestras latitudes ya tienen más de una década. Surge entonces la necesidad de analizar desde la sociología la brecha entre lo formal y lo real: la vo se (re)produce de manera cotidiana en cada sala de partos, a pesar de las leyes de avanzada, el reconocimiento internacional de la problemática y la evidencia científica disponible para sostener la urgencia de desmedicalizar y desintervenir los nacimientos.

La construcción médica del evento perinatal, que redundaba en la epidemia de cesáreas, los nacimientos devenidos en traumas y la cristalización en el imaginario social de que quien *hace* los partos es el personal de salud (lo que despoja de todo protagonismo a la mujer y al feto) se articula con una deficiente apropiación subjetiva o ciudadanía reproductiva, en términos de Castro y Erviti (2015), de los derechos humanos, sexuales y reproductivos por parte de las mujeres, lo que deriva en que quien *hace* los partos ocupa la posición de poder para establecer cómo concebirlos y abordarlos. Se trata de una problemática social en la que hay una tensión entre las nominaciones objetivas y externas y las apropiaciones subjetivas, la autoidentificación como víctimas, y la posibilidad de cuestionar la autoridad médica y su definición, cimentada histórica y socioculturalmente, de cómo es nacer y parir en nuestra sociedad.

Las definiciones de la vo están atravesadas por disputas situadas entre quién, cuándo y cómo la define (Castrillo 2016). Para el caso argentino, el Estado (empujado por el activismo feminista) produjo entre 2004 y 2009 un entramado legal que establece los derechos de las mujeres en la atención médica de sus PEP

(Ley No. 25.929/04) y, en paralelo, establece que la violación de ellos constituye VO, a la que pondera como una modalidad de violencia contra las mujeres (Ley No. 26.485/09). Tanto las definiciones legales como las académicas dan cuenta de cambios en las sensibilidades sociales y en las legitimidades para nominar ciertos procesos de salud y fisiológicos, y establecer nuevas formas de vivirlos. Sin embargo, como lo he señalado, esto no se traduce en cambios en la asistencia directa y en la formación de profesionales hacia perspectivas de humanización obstétrica. Este es el camino que observé en la realización de mi investigación doctoral: a pesar de que los marcos conceptuales me permitían detectar con frecuencia prácticas que constituían a todas luces VO, que no se nombraban ni se vivían así ni por las víctimas ni por los/as victimarios/as: al no poder advertirse una subjetivación de estos derechos. Y ello no implica una responsabilización de las mujeres por la violencia que sufren. Por el contrario, lleva a reflexionar sobre la profunda cristalización e institucionalización del quehacer y concepción obstétricos biomédicos que, mediante el efecto del poder y la violencia simbólicos, atraviesan generaciones, clases sociales, sistemas de salud, latitudes, y se establecen como el modo *normal* de nacer.

Al respecto, y antes de dar paso al recorrido por los hallazgos de la tesis, me interesa marcar dos formas en las que considero que un grupo de definiciones actuales sobre la VO aportan a su reproducción al no discutir la concepción médica del evento: la apelación a los casos extremos y la reducción de esta violencia estructural al abuso y maltrato.

Vincular la VO solo a casos en los que las mujeres o sus hijos/as resultan de manera grave dañados/as, incapacitados/as o fallecidos/as, si bien puede ayudar en la construcción y visibilización del problema, dificulta la apropiación de lo que implica esta forma de violencia: cualquier intervención (práctica o simbólica) que tienda a patologizar y sobremedicalizar el evento fisiológico de nacer. Si al construir nuestros problemas de investigación social apelamos a las muertes perinatales para justificar la importancia de erradicar la VO, ¿cómo sería posible entonces extender la idea de que parir acostadas, o con una vía intravenosa “por las dudas”, o siendo inducidas por goteos de oxitocina, también es expresión de esa violencia? “¿De qué me voy a quejar si yo y mi bebé estamos bien?”, se escucha a diario en las salas de internación puerperal: el proceso culminó en un producto sano,

más allá de cómo fue ese proceso. Esta apelación al caso extremo (que, en realidad, debería incluirse en el campo de la mala *praxis* médica) se ha extendido en la academia y, a mi entender, genera pisos de conformidad o puntos de partida que tienden a naturalizar aún más la VO.

Tal como lo establece la ley argentina que tipifica la VO como una violencia contra las mujeres (conocida popularmente como “ley de violencia de género”, 26.485), hay dos niveles básicos de definición que considero como formas evidentes y sutiles de violencia. En las primeras ubico los actos que cualquier testigo podría pensar como agresivos o violentos y se relacionan con cuestiones de maltrato, y aquellos casos que desencadenan muertes perinatales o graves daños a la salud de la madre o los/as recién nacidos/as. La mayor dificultad simbólica se encuentra en poder nombrar como violencia a las formas más sutiles, ligadas a las intervenciones médicas. Estas prácticas clínicas, con aparente y pretendida justificación biomédica y científica, se presentan como inevitables o innecesarias, pero como constituyen excesos de medicalización y patologización del proceso (tanto de su comprensión como de su forma de abordarlo) pueden significarse como violencias. Así, los tactos repetidos, las cesáreas innecesarias, las episiotomías didácticas o “por prevención”, la obligación de no moverse ni comer ni beber durante el trabajo de parto, la obligatoriedad de parir acostadas, la vía con suero de rutina y el monitoreo fetal constante, son solo algunas de las prácticas médicas que responden a un quehacer profesional que vulnera los derechos humanos de las mujeres y, por ello, constituyen VO. Argumentar 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 estas prácticas rutinarias y 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 son las intervenciones médicas.

Sesia (2020) cita a Sadler y explica que con este tipo de operaciones se reduce a lo micro algo que es estructural y sistémico. El problema es centrarnos en los excesos, los exteriores constitutivos, los extremos. Lo que la sociología permite mostrar es que la VO tiene su fuerza y razón de ser en la sutileza de la consulta médica, de la posición para parir, de una vía intravenosa al momento del internamiento. En este sentido, mi preocupación por el maniqueísmo de construir extremos me

llevó a establecer la categoría de *intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto* (IMPEP) porque permite comprender, describir y problematizar las tensiones que están entre ambos modelos, los claroscuros. Apelar al extremo es *hacerle el juego* al poder médico, que se cuida de no incurrir en lo que puede ser motivo de sanción, pero no obstante marca las reglas del juego, al ampararse en el privilegio epistémico (Arguedas Ramírez 2020) que le permite, por ejemplo, gestionar cuándo, cómo y dónde se nace.

Respecto del dónde, es preciso señalar que la VO es violencia institucional en tanto se asienta en la predominancia de las normas institucionales, ya sea de la biomedicina o de los sistemas de salud públicos o privados, por sobre la fisiología, los derechos y las necesidades de las mujeres y sus PEP. O, en otras palabras, se reproduce a través de cada norma institucional imbuida o disfrazada de acto médico-clínico, como es el caso de la gestión de los tiempos del proceso gestacional por medio del establecimiento de *deadlines* (“te esperamos hasta la semana 41” o “si no dilatas el viernes, te inducimos”) que desconocen de fisiología, y disfrazan de falta de voluntad y culpabilidad el devenir de las cesáreas y la supuesta necesidad de la intervención médica. La VO es violencia institucional por la primacía de la norma y la cultura institucional por sobre los derechos, deseos y necesidades de las mujeres y sus procesos fisiológicos. Esto es visible no solo en las instituciones sanitarias estatales o privadas, sino que se advierte también cuando la institución —encarnada en los/as profesionales de la salud y técnicas— *entra* a la asistencia, en el caso de partos domiciliarios, donde también puede existir VO. Ya sea por la entrada a la institución o de la institución a la asistencia, se visibiliza la inauguración de un nuevo Estado de hecho en el que las normas institucionales y los criterios profesionales *matan* a los derechos, necesidades y fisiología.

El segundo punto que llamó mi atención en varias de las producciones académicas (y también en ciertos informes estatales y de organismos internacionales) es la denominación como VO de una versión reducida, entendida como abuso y maltrato. Aunque puede tratarse de una cuestión lexicológica, esto me ha llevado a pensar que, en algunos casos, escinde la cuestión de género al tiempo que desatiende su carácter de violencia estructural y no se enfoca en la construcción e intervención médica de los PEP. Considero que centrarnos en el trato, en la mala *praxis* o, incluso, en las desigualdades en el acceso a la atención a la

salud, reproduce aún la aparentemente necesaria medicalización del parto, y pone en manos del personal de salud tanto la definición de cómo concebirlo, y cómo abordarlo, lejos de una perspectiva de género en términos de la salud y los derechos humanos.

La riqueza de la definición de la VO radica en poder discutir la concepción e intervención médica de los procesos reproductivos y no reproductivos de las mujeres, disputar la definición médica del parto y de su manera de abordarlo. Y, sin embargo, se advierte que la prolífera producción académica a la que asistimos, tiende a reconocer como VO la discriminación, el maltrato, las desigualdades de acceso, la mala *praxis* y la muerte perinatal, pero aún no la vemos en el acto clínico y en la definición médica que patologizan el PEP, que son la expresión más cabal de la VO: naturalizada, invisibilizada, legitimada.

Al situarse la VO en el marco del entrecruzamiento entre violencias contra las mujeres que se dan en el desarrollo del proceso de parto/nacimiento y de la violencia institucional (simbólica, administrativa, sexual, etc.) que se da en la atención de la salud, es importante poner el acento en que dicha definición externa u objetiva aún está en proceso de apropiación social y subjetiva, lo que es visible en los bajos números de denuncia y en la forma de invisibilizar este tipo de vulneración a los derechos humanos. Por ello, sostengo que la definición de esta violencia es parte de lo que se disputa en el campo de la atención obstétrica. No hay definición estática, la violencia es un concepto social e históricamente cambiante en relación con las posiciones de poder de los sujetos involucrados, sus condiciones estructurales y las definiciones de lo legítimo. La expansión de las etiquetas de violencia se advierte en tanto “comienzan a calificarse como ‘violentas’ prácticas que, unas décadas atrás, eran rutinarias (o, al menos, moralmente indiferentes)” (Garriga y Noel 2010, 100). El cambio de sensibilidades, entonces, implica una “modificación de nuestros umbrales de sensibilidad moral, que van corriendo, constantemente, la frontera entre lo aceptable y lo inaceptable” (Garriga y Noel 2010, 100). Y ello, a su vez, recoge disputas que a nivel macro y micro afectan desde las decisiones estatales hasta los *habitus* de los sujetos.

Pensar sociológicamente a la VO nos permite, entonces, concluir que existe un poder obstétrico que genera un “disciplinamiento físico, epistemológico y moral” (Arguedas Ramírez 2020, 96) sobre las mujeres, los cuerpos gestantes, los

procesos reproductivos e incluso sobre el personal de salud encargado de asistirlos, lo que constituye el campo de la atención médica de los embarazos y partos como un terreno de disputas de poder, agencia, hegemonías y contrahegemonías.

Metodología

Como mencioné antes, estos debates acerca de lo que implica y cómo se define y vivencia la VO fueron transversales a mi investigación, que no fue en sí misma *una investigación sobre VO*. Esto es, dadas las dificultades, en el momento de gestación del proyecto en 2013, para establecer esta forma de violencia como objeto de estudio sociológico legítimo (por el contexto académico, político y sociocultural), opté por generar una investigación sobre las experiencias situadas de la atención médica de los embarazos y partos (AMEP). En este sentido, se estudiaron experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud que asisten estos procesos gestacionales en instituciones sanitarias públicas y privadas y en domicilios en la ciudad de La Plata (Buenos Aires, Argentina) para el periodo 2013-2019.

Para ello, se combinaron tres técnicas de investigación cualitativas: análisis documental, entrevistas en profundidad y observaciones con distintos grados de participación en diversos espacios y eventos. El análisis de los documentos permitió profundizar en el conocimiento de las normativas y los protocolos de la atención obstétrica internacionales y locales, para explicitar la construcción de dos modelos de atención vigentes y en disputa: uno intervencionista y medicalizado —hegemónico en la práctica—; y otro humanizado y basado en derechos —hegemónico en la norma—. Mediante las otras dos técnicas de trabajo de campo fue posible reconstruir la brecha entre ambos modelos a partir de experiencias situadas, y dar cuenta de las tensiones, los cruces y las complejidades.

En lo concreto, entrevisté a doce profesionales de la salud (ginecoobstetras, parteras, psicólogas, trabajadoras sociales y neonatólogas) que asistían embarazos y partos en instituciones públicas y privadas de salud de la ciudad y en domicilios. Entre estas, cinco ocupaban al momento de la entrevista cargos jerárquicos en las maternidades o en el Ministerio de Salud Provincial. En paralelo,

se realizaron siete entrevistas en profundidad a mujeres-madres, tres de ellas en conjunto con sus parejas (varones-padres).

Para tal fin se construyeron dos guiones de entrevista: uno para conducir la indagación a profesionales de la salud y otro para direccionar la conversación con las mujeres-madres y varones-padres. Para el primer grupo, las preguntas se concentraron en la trayectoria personal y profesional en relación con la carrera médica; la atención médica que dispensan en los PEP (ello reconstruido a partir de los relatos del primer y último parto en el que participaron, para conocer los *habitus* constituidos en su quehacer profesional; y la enumeración de las rutinas prácticas que se realizan en la AMEP); la caracterización del equipo de trabajo y del trabajo en equipo en obstetricia; y el vínculo con las instituciones en las que trabaja. Para el segundo grupo, dado que se buscaba reconstruir las narrativas sobre las experiencias concretas de todo el proceso perinatal, se plantearon preguntas vinculadas al embarazo (itinerario asistencial, controles prenatales, dimensión emocional, contacto con profesionales e instituciones), parto (relato libre de la experiencia desde el desencadenamiento del trabajo de parto hasta el nacimiento, con foco en las intervenciones médicas que recibieron) y posparto (salud física y emocional de la parturienta, consejos o indicaciones médicas de crianza). Así mismo, para el caso de los varones-padres se indagó en sus vivencias en tanto acompañantes de un proceso que es eminentemente femenino y del que, en muchos casos, se ven impedidos de participar. Por medio de estas entrevistas en profundidad pude reconstruir representaciones del campo obstétrico heterogéneo y complejo para el caso de estudio, encarnadas en experiencias situadas.

Participé, también, en seis cursos de parto, asistí a un total de treinta encuentros, de entre una y cuatro horas de duración cada uno. Las diferencias principales entre ellos se dieron según quién ofrecía el curso: uno de una obra social, otro de un gimnasio, otro de un hospital público, otro de una clínica privada, otro de un hospital privado y uno ofrecido por un grupo de profesionales que asisten partos domiciliarios. Cada curso, a su vez, tenía dinámicas particulares, tiempos diferentes y equipos profesionales diversos entre sí. Para la selección de los casos de ambas inserciones al campo, los criterios fueron: accesibilidad, heterogeneidad y saturación.

La tesis resultante de esta investigación, cuyos hallazgos se reconstruyen en el siguiente apartado, resume en su título principal (“Hacer partos y parir”) la búsqueda por reconstruir esta disputa histórica entre dos modelos —construidos de forma analítica— de concebir, atender y experimentar los nacimientos. “Hacer partos y parir” se refiere a las relaciones de poder, imaginarios, incumbencias profesionales y acciones sociales principales que se implican en los nacimientos de las personas, atravesados por la sistematización de una forma particular de violencia: la VO.

Principales hallazgos

Los resultados de la investigación pueden pensarse, a grandes rasgos, en relación con siete puntos: *i*) la política de humanización de la AMEP; *ii*) los cursos de preparto como experiencias de socialización médica para la obediencia a las normas institucionales; *iii*) la reconstrucción del “hacer partos” a partir de la experiencia de los/as profesionales de la salud, su trayectoria formativa y asistencial; *iv*) las narrativas del “parir” a partir de experiencias situadas de mujeres-madres; *v*) el rol de acompañantes —condicionado— de los varones-padres; *vi*) las violencias obstétricas emergentes en los casos analizados, y *vii*) el establecimiento de una perspectiva conceptual para estudiar la AMEP, con base en los modelos de atención e intervenciones médicas. Así se plantea esta (re)construcción no solo de marcos teóricos, sino de una propuesta conceptual específica (modelos de atención e intervenciones médicas) para luego dar paso a la indagación empírica que comienza en la cúpula de poder y de lo macro (políticas públicas y cargos decisores), pasa por las representaciones de profesionales de la salud obstétrica, hasta las experiencias micro y situadas de nacimientos (encarnadas en relatos de mujeres-madres y varones-padres).

Bases conceptuales para una sociología de la atención médica de embarazos y partos

Una primera decisión de la investigación consistió en construir las bases conceptuales que permitieron hacer un estudio sociológico de la AMEP. A partir de un *corpus* de estudios socioantropológicos que aborda la misma problemática, construí un estado del arte con miras a sistematizar los aportes hispanoamericanos. Esta reconstrucción de antecedentes se realizó en torno a tres ejes: *a)* la medicalización y patologización del PEP; *b)* el género y los derechos sexuales y reproductivos, y *c)* el aspecto relacional de la AMEP: profesionales de la salud; mujeres-madres (corporalidad en el proceso de nacimiento); los varones-padres en el proceso de parto/nacimiento. Así mismo se estableció la perspectiva desde la que analicé el objeto: “el género y la salud: el patriarcado nace en el hospital”, y desarrollé lo que el cruce entre estudios feministas y análisis sociales del proceso de salud-enfermedad-atención permite decir sobre la institución, formación y práctica médica como reproductoras de estereotipos de género androcéntricos y patriarcales. Todo ello para llegar a la explicitación de los aportes teóricos de la mirada sociológica sobre las experiencias de AMEP. Presento, primero, un resumen de los aportes de algunas tesis del campo de estudio de la socioantropología de la atención obstétrica; segundo, la construcción de dos tipos/modelos de atención, y, por último, la noción de intervenciones médicas en los PEP y sus potenciales implicaciones para el objeto de estudio.

¿Por qué y para qué pensar sociológicamente un proceso “ eminentemente biológico y médico ”? Justo para desnaturalizar esa idea, y reponer su carácter sociocultural y los procesos ideológico-político-morales y socioeconómicos por los cuales un fenómeno cuya dimensión fisiológica y sexual ha sido convertido en un evento médico. Así, el acercamiento y la construcción sociológica de la AMEP tienen como objetivo “ descubrir las estructuras de dominación que subyacen a la práctica médica y que explican tanto la conducta del personal de salud como de las usuarias de los servicios ” (Castro y Erviti 2015, 22). De este modo, las preguntas sociológicas sobre el objeto de estudio permiten, por un lado, reconstruir los esquemas de percepción y apreciación de las mujeres y los/as profesionales, los patrones de interacción y las lógicas prácticas (re)producidas en la

atención médico-obstétrica, los elementos de la formación, estructura jerárquica y condiciones laborales de la “clase médica” (Castro y Erviti 2015), y, por otro, dar cuenta de procesos sociales más generales.

Ya sea que se concentre en lo micro o se quiera reconstruir miradas macro-sociales, la sociología de la AMEP permite pensar en los procesos, las experiencias, las prácticas y representaciones, y en las relaciones entre los sujetos, e incluso problematizar el conjunto en torno a las desigualdades (de género, edad, ámbito de atención, posición socioeconómica), las heterogeneidades o puntos de encuentro, las cuestiones de poder, dominación y las estrategias de resistencia, como en tantos otros *objetos* sociológicos. Porque en resumida cuenta, el parto es “fruto de la internalización de las normas sociales que lo apuntan en cada contexto particular” (Sadler 2003, 6), por lo que, aunque el proceso perinatal es un hecho fisiológico universal, existe una *diversidad cultural* en su atención (Sadler 2003). Desde esta perspectiva es que Montes Muñoz (2007) se refiere a las *culturas del nacimiento*, como aquellos universos simbólicos o sistemas de prácticas y representaciones sobre la concepción, la gestación, los partos/nacimientos en los distintos grupos culturales; sistemas que, a su vez, determinan las acciones y conductas de los sujetos, y señalan expectativas de comportamiento uniformes.

Así, en el acercamiento sociológico que (re)construí en este diálogo con el estado de la cuestión, resultó fundamental la consideración de la doble dimensión de la práctica médica, que desarrollan Castro y Erviti (2015) cuando sostienen que

por el grado de acumulación de conocimientos clínicos logrados, por su nivel de especialización técnica, y por el manejo de tecnologías modernas en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, es una *práctica profesional* orientada a brindar servicios de salud a la población, y por la forma en que estas jerarquías se expresan y se reproducen en el encuentro entre médicos y pacientes, la práctica médica es una *estructura de dominación* a la búsqueda permanente de los medios de su propia legitimación y perpetuación (Castro y Erviti 2015, 158-159, cursivas en el original).

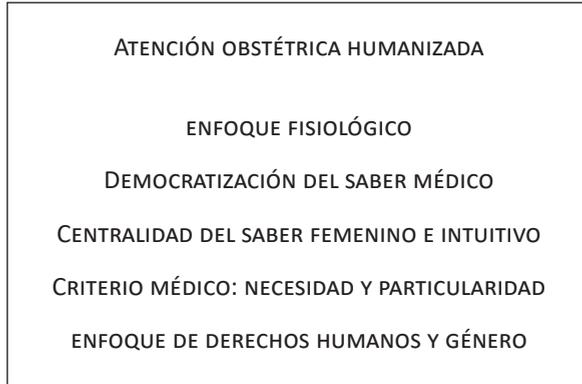
Estos dos “frentes activos” de la profesión médica, esto es, “la prestación” y “la producción y reproducción de su legitimidad” (Castro y Erviti 2015, 137) son

lo que Schraiber (2015) llama acción técnica y acción moral de la medicina. La primera se refiere a la intervención práctica, a la dimensión clínica y técnica, supuestamente inocua y neutral de la acción médica; mientras que la segunda apela a la dimensión política, normativa e ideológica de esa acción. Se trata de “una descripción clínica montada sobre una práctica normativa” (Schraiber 2015, 160).

Blázquez Rodríguez (2005, 99) los denomina como los dos planos de la asistencia sanitaria: uno de la *praxis* y otro ideológico; y es ni más ni menos en este segundo en el que se puede construir y aplicar la pregunta sociológica que propuse. En resumen, si se entiende que la concepción del PEP como evento médico responde a una construcción política e ideológica clara y situada a lo largo de la historia, y que justificadas en esa concepción se aplican las intervenciones prácticas-clínicas, se puede, entonces, entender la relevancia de desnaturalizar, descubrir y reponer las ontologías de la estructura de dominación que supone la práctica profesional médico-obstétrica. Estructura de dominación que, desde una lente sociológica y feminista, responde a subordinaciones de género y estructuras de poder androcéntricas y patriarcales del poder médico.

Sobre esta doble implicación de la práctica clínica, en el caso de los PEP, diversos/as autores/as señalan de qué modo las intervenciones conllevan acciones pedagógicas y “forman parte de mecanismos a través de los cuales se propugna la aceptación de una estructura de relaciones de poder entre médicos y pacientes y entre hombres (esto es, el androcentrismo de la ciencia) y mujeres” (Fornes 2009, 4). Al respecto, Davis-Floyd (1994) piensa en las prácticas obstétricas como “rituales” que sirven para la aceptación por parte de la mujer de un orden social establecido, cuya premisa es que “la forma en que se da lugar al nacimiento implica una forma de socialización y reproducción de un modelo cultural y sus estructuras de poder”. Al respecto y en coincidencia con esta argumentación, Fornes (2011, 143) sostiene que lo relevante entonces es “focalizar en su eficacia simbólica más que en lo obsoleto de su efectividad clínica”, en referencia a las intervenciones obstétricas. En congruencia, Jerez (2014) concibe las intervenciones como “ritos de pasaje” por medio de los cuales la mujer asume los dictados sociales y las demandas institucionales. Entre estas perspectivas socioantropológicas sobre la AMEP, también se han desarrollado visiones sobre el despliegue de un poder

Figura 1
Rasgos principales de los modelos de atención obstétrica



Fuente: Elaboración propia (Castrillo 2019).

disciplinario médico, mediante la sanción normalizadora, la vigilancia y el control social de los cuerpos y la normalización del proceso de parto (Erviti 2010).

Al tomar como punto de partida esta “doble verdad de la práctica médica”, me he concentrado en ver a la AMEP como una práctica de dominación, para intentar desentrañar los pilares ideológicos que son núcleo de las intervenciones clínicas que se consideran inocuas.

Por último, y con base en lo que deriva del análisis del marco teórico y de la reconstrucción de antecedentes, conceptualicé dos modelos de atención obstétrica, cuyos rasgos principales se mencionan en la figura 1 (y cuyo desarrollo excede a este capítulo).

Como mencioné, junto a la construcción analítica de estos dos modelos, propuse la categoría de “intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto” para captar las tensiones y los puentes entre ambos modelos. El origen de esta propuesta conceptual es considerar que estos dos modelos/enfoques del parto implican concepciones distintas de la mujer, del cuerpo, del proceso de embarazo, parto y puerperio, de cómo intervenirlos, de cómo pensar en el debate naturaleza/cultura. Sin embargo, tengo la certeza de que hay tensiones, cruces, complementariedad y un *continuum* entre ambos, que es identificable a partir de las intervenciones médicas en los PEP. Esto se basa en dos hipótesis centrales que

he construido: *a)* las intervenciones por sí mismas no constituyen un modelo de atención, aunque a mayor intervencionismo, mayor cercanía con el modelo medicalizado obstétrico, y *b)* los sujetos implicados y sus acciones tienden puentes entre esos modelos, y en una misma experiencia conviven prácticas y representaciones en apariencia contradictorias entre sí. En otras palabras: una misma intervención, por ejemplo, la cesárea, puede adquirir sentido como parte de una atención intervencionista o una humanizada, según las experiencias y significaciones atribuidas por los sujetos.

Considero que pensar en las intervenciones médicas en plural me permite captar con mayor amplitud de qué modo se intervienen los nacimientos sin caer en una caracterización negativa o simplista de las intervenciones, al centrarme en cómo las experimentan mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud, y que esa experimentación está atravesada por múltiples factores como la clase, el género y la edad. Propongo reflexionar, por tanto, en las *intervenciones médicas prácticas* y técnico-clínicas en los PEP, tanto como en las *intervenciones simbólicas en el y del proceso*, esto es, su medicalización que reproduce un orden social desigual y de jerarquías médicas hegemónicas sobre mujeres construidas como objetos médicos. De todos modos, este desglose es solo analítico, en tanto las intervenciones prácticas son simbólicas de por sí. Así mismo, pensar en las intervenciones médicas hace posible incorporar la dimensión de la agencia y las posibilidades de resistencia y cuestionamiento de los sujetos, para romper la visión que reedifica el saber-poder médico y encontrar algunas *válvulas de escape* en las que efectivamente se introducen estrategias de cambio. Esto es, las intervenciones médicas no son solo producidas y llevadas a cabo por profesionales de la salud, sino que, por efecto de los procesos de medicalización social, los sujetos sociales también intervienen médicamente en los PEP: por ejemplo, al realizar controles prenatales extras, presionar a “la embarazada de la familia” para que actúe de algún modo. En resumen, no todas las experiencias de embarazos y partos responden al marco hegemónico.

En este marco conceptual (re)construido se inserta la investigación cuyos principales hallazgos mencionaré a continuación, al dar cuenta de una indagación que va desde lo macro hasta lo micro: de la construcción de normativas de política materno infantil hacia la base; que pasa por los discursos de funcionarias ministeriales, jefas de servicio de maternidades públicas, profesionales de la salud

obstétrica hasta llegar a las experiencias de mujeres y varones. A continuación, se presentan algunos resultados en torno a: la política de humanización; los cursos de parto; las representaciones de profesionales de la salud y, después, los nacimientos contados por las madres y los padres.

Políticas de humanización y brechas de atención

Al poner el foco en lo formal, el análisis documental confirmó que, para el caso de estudio, se propone hace años¹ una política de humanización de la atención obstétrica que se asienta en el reconocimiento y la garantía de los derechos de las mujeres gestantes y de los/as recién nacidos/as; y en la revisión de prácticas médicas rutinarias. Una vez analizados los lineamientos y las guías que hacen referencia a dicha política, es posible advertir que expresa visiones progresistas que tensionan la realidad en la que se atienden hoy los PEP. Sin embargo, proponen un horizonte que no ve las constricciones estructurales del sistema sanitario y hospitalario y de la profesión médico-obstétrica general, y desatiende las disputas, (des)acuerdos, condiciones y posibilidades de los sujetos, los colectivos e instituciones implicados, al tiempo que se presenta como una alternativa de cambio, reevaluación y redefinición de las prácticas médicas con el fin de garantizar los derechos. En resumen, al analizar la política de humanización de la atención obstétrica se percibe una brecha evidente entre lo formal y lo real.

Así, es posible afirmar que hay tres elementos en juego en el análisis de dicha brecha a la hora de revisar la AMEP. Primero, el enfoque de riesgo reproductivo utilizado para *ponderar* los partos; segundo, la cuestión de las prácticas médicas aconsejadas y desaconsejadas para la intervención en estos casos; y, tercero, el foco en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que buscan garantizarse en este periodo del proceso perinatal. Al respecto, coincido con Porto et al. (2015) en cuanto a que hay cuatro factores fundamentales que suponen dificult-

¹ Al tiempo que se hablaba de “parto respetado/humanizado”, en Argentina ya era vigente el “Modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia” que tenía como modelo original el caso de una maternidad bonaerense, y que emulaba cada guía ministerial nacional para adaptar la asistencia en todo el país. Dicho modelo está desarrollado en la tesis.

tades para la implementación del modelo de humanización del parto: la cultura hospitalaria, la infraestructura sanitaria, las prácticas médicas sanitarias y la acción profesional.

En relación con ello, para el caso de estudio de la AMEP en la ciudad de La Plata (2013-2019), los datos estadísticos oficiales sobre los nacimientos ocurridos en instituciones públicas en el periodo dan cuenta de cómo, en promedio, aumenta la tasa de cesáreas, durante los años en los que, a su vez, se reglamentó la ley de parto respetado en el país, después de once años de sancionada (Castrillo 2019, 104-105). No hay mayor evidencia de la brecha entre lo formal y lo real. Y con el propósito expreso de analizar dicha brecha, los testimonios de funcionarias decisoras y jefas de las maternidades públicas, permiten captar sus representaciones acerca del respeto a un grupo de derechos fundamentales establecidos en la mencionada ley. En particular, los derechos al acompañamiento durante el parto, a la elección de la posición para parir, al no exceso de intervencionismo médico, al vínculo temprano madre-hijo/a; y, además, sus representaciones sobre las condiciones materiales de las maternidades que afectan la atención que dispensan.

Así, de las entrevistas con las jefas de los servicios de tocoginecología, destacan varios elementos que articulé alrededor de cuatro ejes: 1) los significados de la humanización; 2) la revisión de las prácticas médicas en relación con los derechos de las mujeres; 3) las condiciones estructurales que afectan la implementación, y 4) otros aspectos que consideran relevantes en la atención médica de partos. Llama la atención que respecto de la humanización la primera reacción es de “defensa” en tanto sostienen que es innecesaria una política que humanice un área que no conciben deshumanizada. Así mismo, en torno al nombre que le asigna el ministerio al programa similar al de parto respetado (Maternidades Seguras y Centradas en la Familia) suelen leerlo de manera peyorativa, interpretan que ello implica que toda la familia esté dentro de la sala de partos, y que interfieren con su trabajo. De igual modo, existen perspectivas que profundizan y hacen referencia al reconocimiento de los derechos y cuestionamientos al intervencionismo médico en el parto. Lo relevante es la posición defensiva o crítica con la que las jefas de servicio recogen esta política, en términos de no sentirse interpeladas por no considerar que su práctica sea “deshumanizada” y no encontrar novedad en prácticas

que piensan que “ya existían”. Discurso que se contradice con los datos oficiales y las experiencias estudiadas.

En la indagación sobre los derechos (que comprometen la revisión de las prácticas), es visible que su garantía es limitada, parcial o nula según de cuál se trate, y que se explica esta situación en relación con cuestiones estructurales heredadas, en condiciones de trabajo negativas y deficitarias, y en un estatus médico amenazado por la violencia social. Una de las entrevistadas refirió, a propósito de su inaplicabilidad, que esta política busca “meter un cuadrado en un redondo” (Entrevista 3, jefa de servicio de tocoginecología).

Estoy de acuerdo con Pozzio (2013) en que las posiciones médicas son heterogéneas y que es importante considerar la tensión entre la voluntad de cambio y las características estructurales hospitalarias y sanitarias que las frenan, pero que, de igual modo, no impiden la autocrítica y la revisión de ciertas prácticas y formas de las relaciones médico-paciente que pueden modificarse. Que tal vez deba reforzarse el puente entre los dos ejes que aquí se consideran como los pilares de la humanización de la atención del parto, esto es: el acceso a los derechos a la salud, sexuales y reproductivos de mujeres y familias, y la revisión de las prácticas médicas. Retomar testimonios de las distintas posiciones de poder en la disputa estatal-laboral y de las diversas experiencias, permitió captar lo común, lo sedimentado. E hizo posible concluir que, así como *la medicina* “corrige” los trabajos de parto para que no se desvíen de la normalidad al inyectar oxitocina, *el Estado* ha lanzado una ley en el mismo sentido: para “corregir” a las instituciones y profesionales médicos/as que se desvían. Los resultados de dichos cambios se gestan aún.

Cursos de parto: ¿socialización para la obediencia o empoderamiento en la autonomía?

Seguido de la incursión por las cúpulas decisoras, y con el propósito de conocer las intervenciones médicas en el periodo del embarazo, participé en cursos de parto (CPP),² para comprender cómo se insertan en la disputa entre los modelos

² Conforme al criterio de heterogeneidad que guió la investigación, asistí a seis cursos

analíticos de atención. Esto es, si apuntan a internalizar la obediencia a las normas médicas e institucionales al momento de la atención al parto o si buscan generar autonomía para las decisiones de sus participantes. En este sentido, entendí los CPP como la expresión de los modos de atender/intervenir/acompañar y concebir los PEP; y creo que, a partir de los contenidos y las formas que pude identificar en la participación en ellos se pueden analizar, estudiar y problematizar las significaciones y las prácticas que se establecen alrededor de la AMEP.

En términos de los hallazgos que se desprenden de este análisis, los he organizado en torno a cinco dimensiones: *a*) la cuestión de los tiempos y los procesos en la atención médica de los PEP, con centralidad en su aproximación y expresión en los CPP; *b*) la mediación (y necesidad) médica en el conocimiento del propio cuerpo de las mujeres y sus procesos fisiológicos; *c*) los discursos de los cursos: obediencia a reglas institucionales y profesionales o autonomía y libertad de elección vinculados con los derechos sexuales y reproductivos; *d*) el caso atípico: sobre los cuidados prenatales para el parto en domicilio, y *e*) el análisis de las experiencias concretas: la reconstrucción de las vivencias de quienes participaron en los CPP (a partir del seguimiento de algunas parejas entrevistadas y mi propia evaluación /devolución).

Dado que excede a este capítulo profundizar en cada una de las dimensiones, es preciso señalar que se advierte que durante el tránsito por los CPP se establece una serie de preceptos que tiende a (re)producir ciertos “sentidos comunes sobre el parto” que ubican como protagonista y decisor al personal de salud. Esto se da en el marco de la internalización de las normas institucionales y biomédicas en torno a la AMEP que se articula con la expresión del poder simbólico médico a partir de, por lo menos, tres situaciones naturalizadas: “¿cómo voy a saber que

de parto diversos en cuanto a su oferta, aproximación, metodología y pertenencia institucional. Se trató de un curso dictado por una obra social de trabajadores estatales (cuatro encuentros o sesiones); un curso de un hospital público (doce encuentros); un curso dictado por un gimnasio (tres encuentros); un curso de un hospital privado (dos encuentros); un curso ofrecido por una clínica privada (tres encuentros); y, un curso dictado por un grupo de profesionales que asisten partos en domicilio (cuatro encuentros). Los encuentros o sesiones señalados son en los que efectivamente participé. Algunos cursos pude realizarlos en forma completa y en otros estuve más tiempo, para captar experiencias de grupos distintos.

estoy en trabajo de parto?”; el conocimiento del propio cuerpo mediado por la interpretación médica; y “¿qué tengo que llevar para el internamiento?” La preeminencia de la mirada médica e institucional del evento emerge a cada momento, como efecto de una socialización e internalización de los preceptos médicos en los imaginarios sociales, y se agudiza en lo que llamé mediación médica del conocimiento del propio cuerpo y proceso: desde la confirmación del embarazo hasta la del nacimiento, es la interpretación clínico-tecnológica la que da certezas sobre lo que sucede en los cuerpos de las mujeres, como efecto del poder simbólico de la biomedicina.

En paralelo, aquellos cursos con perspectivas más progresistas y contenidos “empoderadores” de las mujeres y de su autonomía reproductiva, no pueden garantizar que en las salas de parto se sigan las mismas líneas de trabajo: que se asistan partos sin prácticas que implican VO. Y he ahí una nueva brecha: lo que enseñan/transmiten los cursos progresistas y lo que en realidad experimentan las mujeres en la atención obstétrica.

El curso de parto emerge entonces como un espacio a veces de catarsis, otras de acompañamiento y de conocimiento de herramientas centradas, sobre todo, en el momento del nacimiento. Se trata de espacios asistenciales-pedagógicos que adquieren rasgos particulares según los grupos e instituciones coordinadoras. La propuesta de cursos que empoderen a las mujeres en sus capacidades fisiológicas y promuevan un enfoque de los derechos y de género, aún requiere trabajo. Estos hallazgos de la investigación me permitieron mostrar que los embarazos sufren/son destinatarios de intervenciones médicas prácticas (controles prenatales, monitoreos, ecografías, tactos) y simbólicas (cursos, hábitos saludables, expectativas), que he decidido abordar y problematizar a partir del seguimiento de diversos cursos de psicoprofilaxis obstétrica. La propuesta fue atravesar el análisis de los cursos para saber si promueven la obediencia al modelo médico y sus normas y protocolos, o, por el contrario, buscan generar espacios de autonomía de las mujeres, en el marco de un enfoque de género y derechos humanos, y una *vuelta a la fisiología*. El extenso desarrollo descriptivo y analítico al respecto permite concluir que existen tensiones, expectativas, metodologías y discursos diversos, pero que prima aún una brecha entre lo que se dice en los cursos y lo

que pasa en la sala de partos, por la ausencia de líneas de trabajo generales que promuevan la atención obstétrica respetuosa de los derechos de las mujeres.

Hacedores/as de partos: representaciones de los/as profesionales de la salud obstétrica

En relación con las experiencias y representaciones de una heterogeneidad de los/as profesionales de la salud, entre quienes distingo a los/as “hacedores/as de partos” y a quienes practican “la otra obstetricia”, es decir, una humanizada (que dan cuenta de aquellos dos modelos analíticos que construí en el marco conceptual) podemos afirmar que se reconstruyen sus trayectorias formativas, docentes y asistenciales con el fin de conocer sus quehaceres y lógicas prácticas en la atención de parto. Para ello se presenta cómo se da la construcción del *habitus* médico autoritario de Castro (2014) para el caso de estudio, y cómo emerge el campo de la atención obstétrica como un tema de discusión. Destacan de esta indagación las tensiones entre el personal de salud y las áreas directivas de los servicios, por la inexistencia de líneas claras de trabajo que se adecuen a las normativas de la política de humanización, lo que cristaliza el personalismo en la atención y genera, a su vez, que la garantía y el acceso a los derechos humanos en la atención obstétrica descansen en la arbitrariedad, el voluntarismo del personal y el azar de quien atiende. Esto es, en un mismo hospital público o sanatorio privado conviven espacios de atención más humanizados con guardias que son de manera explícita intervencionistas.³

Del trabajo con las representaciones y experiencias de los/as profesionales surge un entramado de resistencias al cambio que va desde no reconocerse (re) productores/as de un modelo de atención violento, a posicionarse como víctimas de condiciones de trabajo e infraestructuras deficientes y de la violencia social que reciben, hasta la imposibilidad de revisar prácticas médicas.

³ En la investigación posdoctoral que estoy desarrollando sobre la formación médica de grado y posgrado, se advierte que este personalismo comienza en la Universidad: la cátedra de cada asignatura tiene sus formatos, sus métodos y sus niveles de dificultad. No hay una formación —así como una atención— uniforme.

De acuerdo con Diniz (2004) esta resistencia a modificar algunas prácticas en la obstetricia demuestra que además del aspecto técnico, este es un asunto político que se refiere a las relaciones sociales desiguales también de género y clase. Una vez que la evidencia está siempre sujeta a varias interpretaciones, puede reforzar o desafiar esas relaciones e impactar o no en la práctica. Es decir, no se construye o se mantiene toda la técnica solo con base en evidencia científica. De esta forma, el modelo intervencionista de asistencia al parto se sostiene por su conveniencia a muchos intereses y “por su carácter ritual, por su capacidad de reproducir valores y relaciones sociales” (Diniz 2004, 18) (Marques de Aguiar et al. 2020, 137-138).

El personalismo que descansa en la atención que se dispensa es de lo que más resalta en la indagación empírica y constituye un límite claro a las posibilidades de garantizar el acceso a los derechos humanos. Lo que aquí se delineó fue la construcción de su cuestionamiento al interior mismo del campo médico. Esto es, en el trabajo de campo emergieron experiencias de profesionales que resisten y se mueven entre un modelo y otro. ¿Se puede hablar, entonces, de una crisis hegemónica o de rearticulación de la atención obstétrica? Aunque sería imposible dar una respuesta concluyente, puede decirse que para que eso efectivamente suceda es necesario que la atención (y su regulación en protocolos y normas institucionales y corporativas médicas) se ajuste a un único lineamiento coincidente con el enfoque de los derechos y de género. La evidencia científica y la decisión política internacional y ministerial local están consolidadas hace más de una década (y más de cuatro en otros casos). Se parte, como mínimo, de la voluntad política de las jefas de servicios y de los/as encargados de guardia, para generar mecanismos de revisión, autocrítica y actualización de la atención obstétrica que dispensan.

Experiencias situadas: mujeres-madres que ponen el cuerpo y varones-padres que acompañan

Para continuar el camino de lo macro a lo micro, presento algunos resultados de lo que implica parir y acompañar para el contexto de los estudios. Esto es,

las experiencias de mujeres-madres y varones-padres sobre la AMEP; se respeta el criterio de heterogeneidad, que incluye los casos de instituciones públicas y privadas, y de partos domiciliarios. La indagación recogió experiencias y representaciones a modo de descripción densa del itinerario asistencial obstétrico, sobre la planificación del parto, los relatos de cómo sucedieron y las diferenciales en los ámbitos de atención y, por último, una vez más con base en los desarrollos teóricos de Castro (2014), planteo analizar la(s) ciudadanía(s) reproductiva(s) que emergieron del campo. Así, analizo las relaciones médico-pacientes que se generan, las tensiones entre la obediencia y la rebeldía frente al poder obstétrico, e, incluso, el devenir de algunas experiencias en activismos feministas por el parto respetado. En relación con las narrativas sobre “parir” reconstruí el PEP desde el momento de la concepción del embarazo, indagué sobre la “elección” de la persona profesional y la institución de asistencia, la realización o no de los CPP, la arena de negociaciones que implica la planificación del parto en la consulta médica. Además, me serví de sus relatos de parto para conocer cómo se dan los contactos con las instituciones y los/as profesionales; la gestión del dolor, las emociones, las IMPEP que les realizaron. Les propuse una autoevaluación del parto que quisieron y el parto que tuvieron. Todo ello me permitió realizar una lectura sociológica que se centró en captar diferenciales según los ámbitos de atención, las relaciones médico-pacientes hegemónicas y alternativas, mujeres como objeto del proceso de enseñanza-aprendizaje médica, y cómo construyen ese rol de pacientes, entre la obediencia y rebeldía, entre otras cuestiones.

Respecto de la experiencia de los varones-padres, la investigación mostró algunas tendencias más hegemónicas que limitan su participación, en tanto el estudio contribuyó a dar cuenta de cómo, en general, a partir de los condicionamientos estructurales (los internamientos obstétricos están, casi en su totalidad, completamente feminizados), se vieron reducidos a meros espectadores secundarios, impedidos en el acceso a su derecho al acompañamiento.

Por último, a partir del análisis de todas estas experiencias heterogéneas en torno a la AMEP, el trabajo arribó al punto de llegada: la VO. Cuando comencé, hace ocho años, a gestar la tesis, me propuse analizar esta violencia: experiencias, expresiones concretas, posibles causas, posibles prevenciones. Hacía solo cuatro años que se la había establecido como un tipo de violencia contra las mujeres en

Argentina, y solo seis años habían pasado desde la primera definición legal que generó la ley orgánica contra la violencia hacia las mujeres de Venezuela. En la academia estaba en ciernes su problematización, a modo de campo de estudios en ebullición. En distintas lecturas de mi proyecto de investigación en un equipo académico del que formé parte, hubo ciertas reticencias y recibí el consejo de no centrarme en la VO, sino permitir que esta emergiera en la indagación como un hallazgo, como un punto de llegada. Por ello repensé mi propuesta de análisis y pude encontrar que el núcleo conceptual de las intervenciones médicas en los PEP me permitía explicar no solo la VO, sino también la tensión entre modelos de atención, las prácticas y representaciones médicas y sociales respecto a los nacimientos, los extremos y las tensiones. En ese marco, nunca abandoné la búsqueda por analizar, reflexionar y producir herramientas para comprender y prevenir una modalidad de violencia naturalizada e invisibilizada. Si no hubiera tenido esta vía paralela e interconectada durante la investigación, mi punto de llegada habría sido que no existe la VO, en tanto ninguna de las mujeres que dieron su testimonio se reconoció víctima o victimaria de ella.

La decisión teórica y política en este punto de la investigación fue que, sin dejar de considerar que la VO no existe si no se la nombra, era preciso describir cada una de las situaciones que funcionarias, profesionales, mujeres-madres y varones-padres me habían narrado en sus entrevistas que constituían VO, aunque ellos/as no las hubieran significado como tales. Al respecto, es interesante el análisis de Muñoz García y Berro Palomo (2020) sobre las rutas de la inconformidad o de la queja, que llevan a que muchas mujeres no denuncien, si es que llegaron a denotar como violencia algunas de las prácticas o tratos que recibieron.

Muchos casos de violencia, maltrato y discriminación hacia las mujeres en los servicios de salud quedan en el ámbito de la experiencia individual y no son denunciados. Inconformarse sobre ello implica que este tipo de violencia debe ser nombrada como tal y a menudo las mujeres no la denominan de ese modo o minimizan lo sucedido, sobre todo si el parto se resuelve satisfactoriamente y sus recién nacidos se encuentran en buenas condiciones de salud (Muñoz García y Berro Palomo 2020, 117).

Este trabajo con las experiencias subjetivas de las mujeres “permite reconstruir los derroteros por los que circulan como sujetos sociales problematizando

la trama que van tejiendo sus itinerarios, los significados que estas les atribuyen y haciendo visible lo genérico de este proceso” (Fornes, 2009, 4). El objetivo de esta última parte, entonces, ha sido retomar los relatos a nivel micro de la atención médica de los PEP. El aporte principal ha sido tender puentes entre los modelos de atención obstétrica a partir de las experiencias de mujeres-madres y varones-padres, y encontrar tensiones entre el cuestionamiento y la legitimidad de la hegemonía del intervencionismo. Así, se reconstruyeron los itinerarios asistenciales durante el embarazo: la elección de los/as profesionales y las instituciones de atención, los controles y estudios prenatales y las vivencias del periodo gestacional. Respecto al parto, se analizaron sus evaluaciones y sus relatos en torno a las intervenciones médicas, al dolor y a los diferenciales entre los ámbitos privado, público y domiciliario. En paralelo se estudiaron los roles que asumieron las mujeres y los varones frente a la atención obstétrica. Se problematizó el activismo por el parto respetado, se retomaron las vulneraciones a los derechos sexuales y reproductivos que, en los casos analizados, pueden etiquetarse como violencia obstétrica, desde la mirada legal/objetiva. En términos de estos activismos, para futuras investigaciones, se presentó la inquietud concerniente a si detrás de la promesa de emancipación no se esconde el establecimiento de nuevas normatividades y mandatos sobre las maternidades (parto vaginal obligatorio, en casa, colecho, lactancia a demanda, apego, entre otros).

Conclusiones

Los hallazgos de la investigación doctoral de referencia que aquí se mencionan permiten dar cuenta de los aportes de pensar sociológicamente la AMEP y la VO. La necesaria imbricación entre procesos macroestructurales (que incluyen la medicalización de los PEP, así como la gestación de políticas públicas para frenarla y generar una atención obstétrica humanizada), meso (en particular, la formación y práctica médica) y microsociales (experiencias situadas de nacimientos) puede leerse desde esta disciplina con miras a iluminar relaciones de poder, agencia, desigualdades, disputas, modelos, hegemonías y brechas.

El presente trabajo se ha propuesto presentar las dimensiones del análisis y los resultados de la investigación que construyen una sociología de la VO. Para el caso de estudio aquí presentado se repite la imagen de la brecha, tanto entre modelos analíticos, como entre lo que las normas establecen y lo que en efecto sucede en las salas de partos: violaciones a los derechos humanos que ganan luz al ser atravesadas por una perspectiva sociológica que se enfoca en las interseccionalidades entre género y salud. Se trata de una disputa que obedece a la hegemonía entre modelos de atención, que da cuenta de un campo del nacimiento en movimiento, que está atravesado por tensiones entre lo nuevo y lo viejo: jefes de servicios *versus* guardias amigables; mujeres que eligen cesáreas *versus* mujeres que eligen parir en casa; leyes de avanzada *versus* violaciones a los derechos humanos; cursos progresistas *versus* atención intervencionista; normas institucionales *versus* derechos y fisiología.

Se advierte que en las escenas del parto (en salas, quirófanos o domicilios, públicos o privados) chocan o convergen marcos simbólicos y valorativos sobre lo que debería ser un parto. Si coinciden o no, en general el marco preponderante o que se impone es el médico-patriarcal, por fuerza del poder simbólico e institucional biomédico.

Como problemática multidimensional, exige soluciones multidimensionales: el Estado es responsable de sancionar e intervenir en la formación médica para garantizar accesos a los derechos; y, además, como contenido de la educación sexual integral podrían difundirse los derechos para mayor acceso a una ciudadanía reproductiva.

Las conclusiones de este trabajo señalan que, por un lado, la explosión de trabajos académicos de las ciencias sociales que buscan definir esta problemática en el último lustro tiende a generar una nueva naturalización de esta, al sentar su definición en casos extremos (mala *praxis*, muerte perinatal) o al reducirla a cuestiones de malos tratos o de desigualdades en el acceso al sistema de salud. Esto es, se sigue privilegiando la concepción y aproximación biomédicas del nacimiento (un hecho sexual, fisiológico, cultural e históricamente devenido en evento médico).

Por otro lado, el recorrido por mi investigación da cuenta de cómo el punto de vista sociológico de la VO y de la atención médica de los sucesos perinatales

permite iluminar diversas aristas que lo complejizan y que, desde una perspectiva de género en salud y derechos humanos, devienen en la urgencia de transformar los procesos de formación y asistencia obstétrica hacia modelos humanizados, para zanzar las brechas entre las normativas progresistas y lo que sucede en las salas de parto: el aumento en el intervencionismo médico en los nacimientos. Un hecho que, sociológicamente, puede comenzar a explicarse a partir de la tríada de una concepción defectuosa del cuerpo gestante y del proceso fisiológico, la profundización de la medicalización y patologización de los PEP, y la construcción de la necesidad de la intervención médica a partir del dominio del enfoque de riesgo reproductivo.

Referencias bibliográficas

- Argentina. 2004. Ley No. 25.929 de “Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento”. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>.
- Argentina. 2009. Ley No. 26.485 de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>.
- Arguedas Ramírez, Gabriela. 2020. “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*, compilado por Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone Alemán, 77-102. Buenos Aires: ADUNLa Cooperativa.
- Bauman, Zygmunt. 2007. *Pensando sociológicamente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Blázquez Rodríguez, Maribel. 2005. “Aproximación a la antropología de la reproducción”. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, núm 42: 1-25. <https://www.aibr.org/antropologia/42jul/articulos/jul0506.pdf>.
- Blázquez Rodríguez, Maribel. 2009. *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*. Taragona: Universitat Rovira i Virgili.

- Camacaro Cuevas, Marbella. 2000. *Experiencia del parto. Proceso de la mujer o acto médico*. Venezuela: Universidad de Carabobo.
- Canevari Bledel, Cecilia. 2011. *Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero, Argentina: Barco Edita.
- Castrillo, Belén. 2016. "Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica". *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, núm. 24: 43-68. <https://pdfs.semanticscholar.org/ca66/fb7d1b96d7e85e005c56aa>.
- Castrillo, Belén. 2019. "Hacer partos y parir: hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos". Tesis de doctorado. Universidad Nacional de La Plata. SEDICI-UNLP. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/78629>.
- Castro, Roberto. 2014. "Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México". *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2): 167-197. www.scielo.org.mx/pdf/rms/v76n2/v76n2a1.pdf.
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti. 2014. "25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México". *Revista Conamed*, 19(1): 37-42. [https://biblat.unam.mx/hevila/Revista CONAMED/2014/vol19/no1/](https://biblat.unam.mx/hevila/Revista%20CONAMED/2014/vol19/no1/).
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti. 2015. *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: CRIM-UNAM.
- Davis-Floyd, Robbie. 1994. *Del médico al sanador*. Buenos Aires: Creavida.
- Erviti, Joaquina. 2010. "Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos". En *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina: avances y desafíos en la investigación regional*, coordinado por Roberto Castro y Alejandra López Gómez, 121-122. Montevideo: Universidad de la República; México: CRIM-UNAM.
- Fornes, Valeria. 2009. "Cuerpos, cicatrices y poder: una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto". Ponencia presentada en el I Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad en la Universidad Nacional de Córdoba.

- Fornes, Valeria. 2011. "Parirás con poder... (pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea". En *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en Argentina*, coordinado por Karina Felitti, 133-154. Buenos Aires: CICCUS.
- Garriga Zucal, José y Gabriel Noel. 2010. "Notas para una definición antropológica de la violencia: un debate en curso". *Publicar en Antropología y Ciencias Sociales*, año VIII, núm. IX: 101-126.
- Jerez, Celeste. 2014. "Partos empoderados': clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos". Ponencia presentada en el XI Congreso Argentino de Antropología Social en Rosario, Argentina. <https://cdsa.academica.org/000-081/1588>.
- Magnone Alemán, Natalia. 2010. "Derechos y poderes en el parto: una mirada desde la perspectiva de humanización". Tesis de maestría en Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Uruguay.
- Marques de Aguiar, Janaina, Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira, Simone Grilo Diniz. 2020. "El parto como 'atropellamiento': ideología médica, visión pesimista del parto normal y violencia obstétrica". En *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, compilado por Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone Alemán, 131-144. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús; EDUNLa Cooperativa.
- Medina, Gabriela. 2010. "Violencia obstétrica". En *Informe de omisión y diferencia. Derechos reproductivos en México*, coordinado por GIRE: Grupo de información en reproducción elegida. <http://informe.gire.org.mx/bibliografia.html>.
- Montes Muñoz, María Jesús. 2007. "Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos". Tesis de doctorado. Universitat Rovira i Virgili, España. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=8131&orden=0&info=link&info=link>.
- Muñoz García, Graciela y Lina Berrio Palomo. 2020. "Violencias más allá del espacio clínico y rutas de la inconformidad: La violencia obstétrica e institucional en la vida de mujeres urbanas e indígenas en México". En

- Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, compilado por Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone, 103-130. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús; EDUNLa Cooperativa.
- Porto, Any Alice Silva, Lucília Pereira da Costa y Nádia Aléssio Velloso. 2015. “Humanização da assistência ao parto natural: uma revisão integrativa”. *Ciência & Tecnologia*, 1(1): 12-19.
- Pozzio, Maria. 2013. “Una propuesta de ‘parto humanizado’, los discursos de los actores y el lugar (incómodo) de las mujeres médicas en el mismo”. Ponencia presentada en las VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social, en el Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Argentina. <https://www.academica.org/000-063/95>.
- Sadler, Michelle. 2003. “Así me nacieron mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario”. Tesis de maestría. Universidad de Chile, Santiago. https://fundacionmetta.org/contenidos/cursos/ASI_ME_NACIERON_A_MI_HIJA.pdf.
- Schraiber, Lidia. 2015. “Acción técnica y acción moral en los profesionales de la salud”. En *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina: avances y desafíos en la investigación regional*, coordinado por Roberto Castro y Alejandra López Gómez, 11-26. Montevideo: Universidad de la República; México: CRIM-UNAM.
- Sesia, Paola. 2020. “Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma”. En *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, coordinado por Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone, 57-76. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús; EDUNLa Cooperativa.
- Šimonović, Dubravka. 2019. “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”. Informe ONU. https://digitallibrary.un.org/record/3823698/files/A_74_137-ES.pdf.

TERCERA PARTE
ESTUDIOS EMPÍRICOS

6

La autonomía profesional como amenaza a la garantía de los derechos de las mujeres en maternidades públicas

Cecilia Canevari

Introducción

Este trabajo pone la mirada en las relaciones de dominación/subalternización entre las mujeres y/o personas con capacidad de gestar¹ que asisten a servicios públicos de salud y los/as profesionales de la medicina. En estos intercambios institucionalizados hay una intencionalidad de control que resulta a menudo en violencia, tal como señalan numerosas investigaciones. El acercamiento a un problema social como la violencia porta una carga simbólica densa, porque hacerla visible es inquietante, para quien la nombra, la estudia, para quienes la ejercen cuando la hacen consciente, pero, sobre todo, para quienes la sufren. Conceptualizo la violencia obstétrica como una expresión de la violencia patriarcal para dar cuenta de que estas relaciones se producen y reproducen al interior de las estructuras sociales.

En este capítulo presento un recorte de una investigación más amplia,² y me propongo interpretar las prácticas de la medicina desde el feminismo crítico, al explorar los modos como se ejerce el dominio sobre los cuerpos de las mujeres y de las personas con capacidad de gestar. Apunto a la comprensión de las relaciones de poder que se establecen entre los/as profesionales de la salud y

¹ En adelante me referiré a las mujeres y en esta decisión de economía del lenguaje dejo incluidos a los varones trans.

² Es parte de mi tesis doctoral defendida en 2017 en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional de Buenos Aires, con la orientación en Estudios de Género y la dirección de Mónica Tarducci. El título es *Las prácticas médicas y la subalternización de las mujeres: derechos, autonomía y violencia*.

las mujeres que asisten a maternidades públicas,³ y la construcción de alteridades que deriva de estas. Parto del supuesto de que estas relaciones fundadas para la satisfacción de una necesidad de cuidados, al basarse en la subalternización con la consecuente discriminación, resultan en prácticas de control y dominación con diferentes expresiones de violencia, que se configuran en obstáculos para el acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos ya establecidos.

En estas relaciones de poder me propongo analizar en particular las vulneraciones a los derechos de las mujeres en sus eventos obstétricos y las expresiones que adquieren las violencias. Las leyes vigentes en Argentina, sumadas a las normativas del Ministerio de Salud de la Nación constituyen guías para las prácticas médicas, que se tensionan con el ejercicio de la autonomía profesional. Así, se limita la toma de decisiones como posibilidad de ejercicio de la autonomía por parte de las mujeres cuando se trata de opinar respecto a su cuerpo y los procesos que en él transcurren, para quedar en una posición subalterna, tutelada, vulnerada y/o violentada. Esta autonomía, que también se construye desde lo relacional, se enfrenta a múltiples tensiones de poder antagónico. Este es uno de los nudos críticos que, de alguna manera, transversaliza el análisis que se persigue para la comprensión del problema.

La autonomía es, entonces, una clave tanto para comprender la subalternización de las mujeres, así como también la tensión con los/as profesionales que no quieren quedar atrapados/as en las demandas y/o necesidades de las mujeres. Pero también es clave comprender que estas relaciones se desarrollan en el campo de la medicina donde se habilitan, naturalizan y reproducen prácticas de disciplinamiento en contextos institucionales que se sostienen en ordenamientos jerárquicos. Así, otro propósito es hacer un acercamiento a la medicina con el fin de interpretar sus prácticas hegemónicas institucionalizadas referidas a los procesos reproductivos de las mujeres que asisten a una maternidad pública.

³ En Argentina el sistema de salud está organizado en tres subsectores: público (de acceso universal y gratuito), privado (que atienden particulares, seguros privados y de trabajadores/as) y el de obras sociales (son servicios de los sindicatos). Los nacimientos para el total del país ocurren 99% en instituciones de salud (DEIS 2018).

Teoría y métodos

Los estudios que entrecruzan las problemáticas de género, las ciencias sociales y la salud son amplios y presentan un dinámico crecimiento. En particular aquellos que indagan la violencia contra las mujeres al interior de los servicios de salud tienen una expansión notable en los últimos años, con un fuerte vínculo con el crecimiento de los movimientos feministas tanto en la producción de conocimientos como en la protección de derechos. En Argentina hay trabajos pioneros de Silvina Ramos (1983) y de Eva Giberti (1993), a comienzos del siglo XXI surgen numerosos estudios (Arenas, Isac y Vivanco 2003; Chiarotti et al. 2003, 2008; Canevari 2011, 2017, 2019; Fornes 2009, 2011; Castrillo 2016, 2020; Yáñez 2015; Jerez 2014; Badillo Romero 2015, entre otros). En otros países latinoamericanos hay una expansión similar del tema (Castro 2014a, 2014b; Castro y Erviti 2014; Sadler 2003; Tornquist 2002, 2003, 2004; Rostagnol y Viera 2006; Camacaro Cuevas 2009, 2012; Diniz 2005; Rattner 2009; Magnone Alemán 2013; CLADEM 1998; entre muchos otros). En estos trabajos se comparte un diagnóstico de la dimensión del problema desde diferentes perspectivas de análisis, lo cual confirma la ubicuidad del fenómeno.

Esta es una investigación feminista crítica, que más allá de nutrirse de diferentes perspectivas teóricas, apunta a una posición epistemológica, teórica, ética y política, sustentada en una genealogía que tiene largo alcance pero que ingresa en los ámbitos académicos para la producción de conocimientos en la segunda mitad del siglo XX. Se da inicio así a una verdadera revolución epistemológica que ha cuestionado los cimientos de las más diversas disciplinas científicas. Celia Amorós (1998, 22) señala que “puede decirse que la teoría feminista constituye un paradigma, un marco interpretativo que determina la visibilidad y la constitución como hechos relevantes de fenómenos que no son pertinentes ni significativos desde otras orientaciones de la atención”. Para el feminismo los esfuerzos de conceptualización son también políticos y cabe resaltar el vínculo entre la agenda de los movimientos sociales y la academia. Rosa Cobo (2012, 325) plantea que “en el caso del feminismo, como en el de todas las teorías críticas —y el feminismo es sobre todo un pensamiento crítico—, los conceptos no solo iluminan y explican la realidad social, también politizan y transforman esa realidad”. La política

feminista ha avanzado en múltiples sentidos, trabaja por la utopía de una sociedad sin desigualdades al interseccionar el género, la clase, raza, edad, el territorio en donde se habita o la etnia.

Un concepto estrechamente vinculado con el de género es el de patriarcado como un sistema de dominio masculino que utiliza un conjunto de estrategias para mantener subordinadas a las mujeres al señalar el carácter global o universal de este (Cobo 2014). Lo comprendemos como una forma de organización social y como basamento arcaico para el ordenamiento de la sociedad. Está en la matriz (*patriz*) de todas las instituciones, modela el imaginario y las relaciones sociales. Los cuerpos de las mujeres —en particular su sexualidad y reproducción— son territorios de dominación del patriarcado y un espacio donde se ejerce una importante violencia simbólica (y real) para su control. Este orden crea categorías entre las personas, produce mandatos, jerarquiza lo masculino y aquello que está relacionado con lo femenino queda en una posición de subalternización.

De modo tal que hablar de género es hablar de violencia, la categoría género lleva implícita la dominación violenta. Cabe señalar que el anclaje en el mundo simbólico constituye al género en “la mejor fundada de las ilusiones colectivas” (Bourdieu 2000) y tal como plantea Joan Scott (1997), el género se sostiene en cuatro dimensiones interconectadas: el mundo simbólico, las normas que de ese imaginario se desprenden (explícitas o implícitas), las instituciones en donde se desarrollan prácticas (segregadas por sexo) y la identidad subjetiva; todas ellas atravesadas por relaciones de poder. Otro enfoque que enriquece esta postura plantea que el género es sobre todo una relación social material, concreta e histórica. Es una relación de clase, ligada al sistema de producción, al trabajo y a la explotación de una clase por otra (Curiel y Falquet 2005).

Para un discernimiento más amplio del fenómeno de la violencia obstétrica es necesario ubicarlo en un contexto histórico estructural (Quijano 2014)⁴ que tiene una larga perduración y se reproduce con anclajes fuertemente sostenidos.

⁴ Aníbal Quijano ha desarrollado la teoría de la *colonialidad del poder* para explicar la perduración a lo largo de la historia latinoamericana de un orden económico, geopolítico, social y sustentado en la categoría *raza*.

En este sentido apuntamos a tres dimensiones de análisis que se entrelazan entre sí y que solo diferenciamos con fines descriptivos.

En un plano epistemológico la medicina profesional tiene su origen durante la modernidad, momento en que el conocimiento abandona su dominio sagrado y se traslada a la ciencia, en un proceso que podríamos caracterizar como de sacralización de esta; que se impone con el paso del tiempo como un régimen de verdad (Foucault 2008a, 2008b); que más allá del carácter científico opera desde la superioridad moral, hasta alcanzar instalarse como una hegemonía (Menéndez 2003). Para esto ha combatido otras formas de saber con particular despliegue misógino (Federici 2010), tiene como objetivo el dominio de la naturaleza (Fox Keller 1991) que con lógicas binarias establece una relación distante entre sujeto y objeto, apartado de vínculos emocionales afectivos y se centra en los procesos de salud-enfermedad desde una perspectiva biologicista.

En un plano económico la medicina ha mutado hacia lógicas capitalistas (Castro 2019). De modo tal que, si el capitalismo para la acumulación originaria ha avanzado sobre los territorios campesinos y sobre la naturaleza para incrementar su capital, parece claro que en repetidas oportunidades ha transformado sus estrategias y, en este momento, su expansión depende de otros territorios que, para nuestro caso, son también los cuerpos y sus necesidades (reales o creadas) de atención de la salud. El ingreso de los procesos de salud-enfermedad-atención/cuidado como bienes de mercado y no como derecho humano, es otra de las claves para la comprensión del fenómeno que nos ocupa.

El modelo de la biotecnofarmacomedicina ha abrevado las lógicas capitalistas en sus fundamentos epistemológicos y en sus prácticas desde hace poco más de un siglo, y se puede marcar un punto de inflexión con el reporte Flexner⁵ en 1910. Como corolario —y como punta de un *iceberg*— luego de transcurridos

⁵ Este reporte es encargado por John Davison Rockefeller para tener un panorama de las escuelas de medicina en EE.UU. y el resultado muestra la diversidad de enfoques que conviven. Luego de la creación de la Fundación Rockefeller en 1913, comienza un proceso de unificación de las formaciones médicas que se concentran en la medicina alopática y coinciden con el surgimiento de la industria farmacéutica y las tecnologías como por ejemplo los rayos X. Luego la Fundación expande su accionar “filantrópico” influyendo sobre las escuelas de medicina en diferentes continentes (De Noronha 2014; Canevari 2017).

cien años, los Informes de Oxfam⁶ (2015, 2016) muestran el proceso creciente de concentración de la riqueza en el mundo que cada vez está en poder de menos personas: “los multimillonarios”. Varones en 90 % de los casos que han heredado su fortuna y se dedican a multiplicarla, y un sector de la economía que les ha ofrecido una gran rentabilidad ha sido el asociado a la salud, con una ganancia anual del orden de 47 %. Invertir en laboratorios farmacológicos, tecnologías médicas, en servicios o seguros de atención médica es uno de los mejores negocios en la actualidad. Si el sector salud responde a intereses tan poderosos, a lógicas de mercado, con seguridad los cuerpos, los procesos de salud-enfermedad y cuidado, se enfrentan a sus apetitos insaciables. Entre sus estrategias colonizadoras está la creación de necesidades para incentivar el consumo que para la salud puede ser inagotable (Illich 1978), la siembra de sentimientos de riesgo y miedo que son generadores de dependencia —con la consecuente pérdida de autonomía—, y la responsabilización individual asociada a la culpa (Castiel y Álvarez-Dardet Díaz 2010). El concepto de riesgo adquiere una significación particular en salud y se considera a las mujeres embarazadas como cuerpos “en riesgo” y desde allí se suscitan numerosos controles e intervenciones que pueden desencadenar diferentes violencias (Erviti 2010). También cabe retomar el hecho de que este énfasis puesto en la responsabilización y la culpabilización por las acciones individuales presenta una contracara que es la invisibilización de las acciones y responsabilidades de los gobiernos y las empresas (Castiel y Álvarez-Dardet Díaz 2010). Otro aspecto que cobra significancia en este análisis es que el poder médico opera muchas veces por consenso y no de forma coercitiva, hay un proceso de seducción irresistible del poder. Santiago Castro Gómez (2005) señala que hay un tránsito del poder disciplinar a un poder libidinal; de modo tal que en ocasiones una subjetividad colonizada desea lo que desea el poder sin necesidad de imposiciones. La colonialidad médica para expandirse precisa del ejercicio del poder seductor que opera sobre los cuerpos y sobre las subjetividades.

⁶ Oxfam es una confederación internacional de organizaciones no gubernamentales independientes que impulsa una campaña por un futuro más justo, trabaja para lograr un impacto en la lucha internacional por reducir la pobreza y la injusticia. El nombre “Oxfam” proviene del Comité de Oxford de Ayuda contra el Hambre, fundado en Gran Bretaña en 1942. Publica periódicamente informes sobre la pobreza en el mundo: <https://www.oxfam.org/es>.

Por último, a la medicina también la podemos comprender integrada a una estructura patriarcal que opera como un inmenso dispositivo⁷ sexista del poder, con orígenes arcaicos y que, al estar instalada en el mundo simbólico, está fuera y dentro de cada una de las personas, reproduce la subalternización de las mujeres y de todo aquello que se vincula con lo femenino de una manera que —sin hacer un esfuerzo de visibilización— es imperceptible para la conciencia.

Es en estos contextos que la violencia obstétrica se presenta como un fenómeno ubicuo, complejo, con una dinámica creciente relacionada con la tecnocratización e intervencionismo y con resistencias por parte los/as profesionales de la salud para permitirse una interpelación y asumir su responsabilidad ética para la transformación de las prácticas. Son significativos los avances legales que otorgan un marco de derechos a las personas usuarias de los servicios, aunque la astucia del capitalismo (Fraser 2009) pareciera tender trampas o crear laberintos de modo tal que algunas leyes⁸ se asoman con un semblante de fetichismo (Lemaitre Ripoll 2007). Y, en particular para la medicina, que proviene de un tradicional ejercicio autónomo de la profesión, esto se traduce una y otra vez en anomia frente a los marcos legales (Nino 1992).

Estos fenómenos asociados no solo distorsionan la idea de la salud como derecho, sino también el vínculo entre los/as profesionales y las personas que requieren atención, con una mediación creciente de la tecnología (Schraiber 2019).

Marco legal de la violencia obstétrica

La respuesta de los estados, ante el problema cada vez más visible de la violencia, se expresa en Argentina con la Ley Nacional No. 26.485/2009 (artículo 4) que conceptualiza la violencia contra las mujeres como “toda conducta, acción u

⁷ Entiendo los dispositivos como aquello que dispone nuestro ánimo para hacer lo que el poder espera que hagamos.

⁸ Es en particular visible para el caso de las leyes referidas a los derechos sexuales y (no) reproductivos de las mujeres que dependen de la respuesta del sistema de salud, como, por ejemplo, la que habilita el derecho a una ligadura de trompas o las interrupciones de embarazos.

omisión, que de manera directa e indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte la vida, la libertad, la dignidad, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial de las mujeres, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas por el Estado o sus agentes”. Luego expone diferentes tipos de violencia y las clasifica en: física, psicológica, sexual, económica y simbólica. Además, señala que la violencia se puede presentar en modalidades: doméstica, mediática, contra la libertad reproductiva, institucional, laboral, política y obstétrica. La violencia obstétrica⁹ se define como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley Nacional No. 25.929 (Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento del año 2004)”.¹⁰ Esta definición se amplía en el decreto reglamentario, donde se establece que: “Se considera trato deshumanizado el trato cruel, deshonesto, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o a el/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos 2015). Estas definiciones tienen algunas imprecisiones que operan en contra de aquello que intenta proteger. Sin duda, el texto no apunta a que se contemple una posible figura penal porque, de lo contrario, hubiera explicitado el marco con mayor claridad conceptual y operativa. Si la violencia obstétrica se ejerce sobre el cuerpo, ¿deja fuera a la violencia psicológica o simbólica? Además,

⁹ El primer antecedente es la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (No. 38.647/2007) de Venezuela que incorpora la figura de la violencia obstétrica en el artículo 51 en donde incluye las sanciones correspondientes a su incumplimiento. El otro antecedente de 2008 es la del estado de Veracruz en México. Ambas leyes explican con mayor detalle que la argentina, qué actos se consideran violencia y sus sanciones.

¹⁰ Esta ley fue aprobada en 2004 y reglamentada luego de más de diez años en 2015. Detalla de manera precisa los derechos de las mujeres a estar acompañadas, a recibir información, al parto natural, a ser tratada con respeto, intimidad, entre otros aspectos. La reglamentación aclara un punto importante por la resistencia que genera entre los/as médicos/as y es que el derecho a estar acompañada se extiende también en caso de una cirugía cesárea.

¿quién define cuándo la medicalización es abusiva? o ¿quién define las fronteras entre lo normal y lo patológico? Esta ley deja estas definiciones en manos de potenciales victimarios/as, que además son quienes hacen después los registros en las historias clínicas, de modo tal que no alcanza a proteger aquello que se propone. Si las leyes no tienen sanciones no asustan a nadie, “son como tigres de papel” (Chiarotti 2016). A su vez, cabe preguntarnos si el uso del derecho penal es el camino para revertir las prácticas médicas que son *habitus* (Herrera Vacaflor 2020). Un debate entre posiciones garantistas y punitivistas está presente al interior del feminismo referido a las estrategias para erradicar las violencias¹¹ (Arduino 2019).

Autonomías en tensión

Como se mencionó antes, la disputa por la autonomía conforma un nudo crítico para la explicación del fenómeno. Etimológicamente la autonomía significa tener la capacidad de establecer las propias normas sin intervención externa. Es, como el género, una categoría relacional en la cual se disputa el poder, y se asienta en el derecho de las personas o grupos a tomar decisiones por sí mismas. Hay una construcción de la propia autonomía, pero también precisamos de la habilitación

¹¹ Los feminismos en Argentina resurgen con fuerza a partir del fin de la dictadura militar y el retorno de la democracia (1983), con los Encuentros Nacionales de Mujeres y con la Campaña por el aborto legal, seguro y gratuito. Con una agenda dinámica, pero la legalización del aborto y las violencias han sido temas centrales. En el plano de las violencias surge el movimiento #Ni una menos, y #Yo si te creo hermana como respuesta a los femicidios, los abusos y las violencias sexuales; cuestionan la escasez de políticas destinadas a la prevención y erradicación, pero también a la débil respuesta del Poder Judicial ante las violencias. Al debate sobre garantismo y punitivismo hay que situarlo en este contexto. Micaela García fue asesinada por inacción policial y judicial y suscitó la sanción de la Ley Nacional No. 27.499 llamada *Ley Micaela* que obliga a todos/as los funcionarios/as de todos los poderes del estado nacional y provincial a recibir capacitaciones en género y violencia. Rita Segato (2020) señala una diferencia a considerar respecto del garantismo en casos de violencia de género. Como adepta al garantismo dice: “soy también vehementemente crítica del garantismo cuando se trata de crímenes contra las mujeres y la población LGBTQ+. Porque en ese caso el agresor encarna la posición de poder y la víctima es la que necesita de garantías”.

de las condiciones de posibilidad para su ejercicio. Lilia Blima Schraiber (2010) reflexiona sobre la medicina como una profesión en la que la autonomía es una característica central, con una tendencia permanente a mantenerla y como un foco de tensiones emergentes. Es una profesión autorregulada que, desde una superioridad moral, disciplina a los/as demás. La autora señala a la autonomía médica como un enlace entre el “saber técnico-científico y la de un poder político y cultural-moral del ejercicio de ese saber con una regulación externa al *corpus* profesional (la organización corporativa de los médicos) casi nula” (Schraiber 2010, 15). Señala, además, que esta opera en cuatro planos: el mercantil que se refiere a la inserción en los mercados de trabajo; aquel otro ligado al orden organizacional/administrativo o también jerárquico; el de la autonomía de la producción de su propio trabajo asistencial (del consultorio privado) y, por último, el de la autonomía técnica como acción concreta del trabajo. En el ámbito de un consultorio, cuando se cierra la puerta, se crea un espacio en donde la persona que consulta queda a merced del juicio clínico del profesional y sus criterios, que utilizará para tomar las decisiones para hacer una intervención clínica. La autonomía de la persona profesional médica queda distante del control del ejercicio profesional de sus pares, puede decidir cobrar honorarios o actuar fuera del orden jerárquico de las instituciones u organizaciones a las que pertenece. De esta manera, hay una subjetividad que se sustenta en estas autonomías y en el poder que de ellas se desprende, que crea posiciones de certezas discursivas y técnicas que con dificultad aceptan controles externos o sugerencias respecto de sus prácticas. Dado el carácter moralizador de la medicina, sus discursos se revisten de significado profesional, “cubriéndolos de valor y autoridad técnico-científica, apreciaciones de orden ideológico, político, religioso y hasta económico y social de las mujeres y de los problemas de salud que conllevan sus demandas a los servicios. Tales apreciaciones están revestidas de, y en la práctica profesional funcionan con la calidad de *juicio moral*, que se mezcla con el propio juicio clínico en la toma de decisiones asistenciales que hará cada profesional” (Schraiber 2010, 16). Otro aspecto que destaca es el modo de resistencia de los/as profesionales que se expresa en una actitud que se denomina “la excusa tecnológica”, porque se asienta en una incompetencia técnica para tratar con las demandas y necesidades de las mujeres (Schraiber 2010). Muchos/as profesionales quedan sin capacidad de respuesta

ante problemas como el embarazo no deseado, el aborto o la violencia íntima; y cuando intervienen alegan que lo hicieron en carácter personal y no profesional, aplican sus creencias personales y religiosas que se traducen en prejuicios y respuestas tutelares.

Estas autonomías profesionales se tensan y se disputan con las autonomías de las mujeres a quienes asisten. La autonomía de las mujeres se dirime en las decisiones sobre el territorio de su propio cuerpo y la posibilidad de un ejercicio soberano. Cuando las mujeres se institucionalizan quedan enajenadas, pierden el control sobre su cuerpo que, en efecto, pasa a no pertenecerles.

Métodos

¿La autonomía médica opera obturando la garantía de los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gustar? ¿Existe un disloque entre las leyes, las guías del Ministerio de Salud, la enseñanza universitaria y las prácticas médicas?

Mi acercamiento a la violencia obstétrica comienza hace unos quince años y desde entonces se sucedieron diversos diálogos con los/as profesionales de la salud (médicos/as, obstétricos/as,¹² enfermeros/as) que trabajan en servicios de maternidad, y con las mujeres que asisten a esos servicios. Pero también con organizaciones feministas y con numerosos/as autores/as que, desde enfoques diversos, nutren esta problemática. Otros diálogos que refuerzan la experiencia son aquellos mantenidos con quienes compartí los procesos de investigación.¹³

¹² En Argentina existe la carrera Licenciatura en Obstetricia en varias universidades del país con formación específica en la atención/cuidado de las mujeres y personas gestantes en los procesos reproductivos y en menor medida ginecológicos. Es una profesión dependiente de la medicina y en otros países de la región tiene otras denominaciones.

¹³ En Santiago del Estero compartí el trabajo con Patricia Arenas, Rosa Isac y María de los Ángeles Carreras (2005-2009) con un proyecto de investigación denominado *Género, violencia y salud: representaciones y prácticas en el Hospital Regional* (CICYT-UNSE 23/D081). Y en el Gran Buenos Aires conformamos un equipo con Julieta Arosteguy, Natalia Righetti y Clara Vallejos, en el marco de una Beca Carrillo-Oñativía del Ministerio de Salud de la Nación (2013-2014).

Los trabajos en el campo se sucedieron en dos instancias etnográficas intensas en maternidades públicas. La primera en Santiago del Estero¹⁴ (MSE) (2005-2009) y luego en el Gran Buenos Aires¹⁵ (MGBA) (2013-2014). En ambos momentos la estrategia metodológica se basó en la etnografía con una multiplicidad de fuentes (textos, informes, documentos técnicos, guías del ministerio, normativas, voces) y herramientas para la producción de la información. En estas instituciones se hicieron observaciones repetidas en la sala de partos, en el quirófano, en salas de parto y de internación de mujeres púerperas. Se hicieron entrevistas individuales y de grupos focales tanto con los/as profesionales (se trabajó por disciplina y con residentes) como con las mujeres (en la ciudad de Santiago se formaron dos grupos focales en barrios, además de trece entrevistas individuales en Santiago y quince en el GBA). En la MGBA se hizo un grupo focal con mujeres que tenían sus hijos/as internados en la terapia neonatal. Salvo alguna excepción, todas las entrevistas fueron grabadas y los registros de estos trabajos de campo constituyen un *corpus* de observaciones y de grabaciones de entrevistas de alrededor de ochocientas páginas.¹⁶

Ambas maternidades están dentro de hospitales de alta complejidad y son receptoras de derivaciones de amplios territorios. A su vez, en tanto hospitales-escuela, son espacios de enseñanza-aprendizaje para profesionales de la salud. Al transitar por dos territorios diferentes en cuanto a sus características geohistóricas y políticas, intento poner a dialogar a las realidades institucionales y confirmar supuestos respecto a mi objeto de estudio que, tal como he afirmado, contiene aspectos que cruzan múltiples fronteras. Son dos experiencias de campo en un

¹⁴ Santiago del Estero es una provincia del noroeste argentino y la maternidad se encuentra en el Hospital Regional que es público y de referencia para todo el territorio provincial. Atiende un promedio de 7 000 nacimientos al año.

¹⁵ Esta maternidad se encuentra en un distrito del Gran Buenos Aires, es un hospital público de alta complejidad y atiende un promedio de 4 200 nacimientos al año de mujeres provenientes de la zona oeste.

¹⁶ Cabe aclarar que como docente en la carrera de Licenciatura en Obstetricia y de posgrado en diferentes universidades hay procesos de intercambio y de enriquecimiento permanentes. Además, como activista integrante de colectivas feministas, conversamos con mujeres que buscan orientación y comparten sus experiencias más allá del periodo señalado.

lapso de diez años, que recuperan escenas y voces que me permiten estimar algunas comparaciones.

Hallazgos

Presentaré los resultados en dos dimensiones que emergen del trabajo de campo. Una es un registro descriptivo de la violencia obstétrica en las instituciones, de manera muy sucinta porque ya ha sido expuesta en otros trabajos (Canevari 2011, 2017, 2019 y otros/as autores/as ya mencionados/as). La otra dimensión es la autonomía médica y los derechos que legalmente se han sancionado, que encuentran importantes resistencias para su garantía.

Emergentes del trabajo de campo de las violencias obstétricas

En la Ley Nacional No. 26.485 ya mencionada y para el caso particular de la *modalidad* de la violencia obstétrica, se puede afirmar que los *tipos* que operan como categorías explicativas se entrecruzan en la realidad, y esta violencia se expresa por medio de todos los tipos descritos en la ley.¹⁷

La atención de los procesos reproductivos se centra en el cuerpo biológico de las mujeres y prioriza que el niño o niña nazca bien. En la medida en que los nacimientos se han revestido de una visión tecnocrática y son intervenidos, son cada vez más violentos. Quizás la máxima expresión de la violencia física sea el legrado¹⁸ sin anestesia, que aún perdura en las noches de guardia hospitalaria (Entrevista a Claudia MSE 2018) como forma de tortura, oculto por el silenciamiento temeroso de las mujeres que interrumpieron un embarazo en la clandestinidad o tienen un aborto espontáneo (que despierta sospechas). También se recurre a la limpieza manual de las paredes del útero luego del parto, práctica también muy dolorosa.

¹⁷ Dejando de lado la referencia en la ley de que la violencia obstétrica se ejerce sobre *el cuerpo* y los interrogantes sobre otros daños que se pudieran ocasionar.

¹⁸ Es una técnica para evacuar restos que pudieran haber quedado adheridos a la pared del útero que es extremadamente dolorosa.

Hay otras formas de violencia física que se hacen con justificaciones técnicas y son dolorosas como, por ejemplo, la dilatación manual del cuello del útero, el desprendimiento manual de membranas o maniobras del periodo expulsivo (por ejemplo, Khristeller). Otras provocan un aumento del dolor como el uso de estimulantes uterinos o dejan cicatrices que se podrían haber evitado (episiotomía o cesárea). En nuestras observaciones hemos registrado en la MSE, tres historias de mujeres que mueren por desatención, por abandono de persona en el periodo puerperal (MSE 2013 y 2016).

La violencia sexual se hace visible con la falta de respeto a la intimidad, al pudor, a la desnudez que tiene el carácter de un despojo sobre el control del propio cuerpo o en la realización de tactos sin la preparación necesaria. Dijo Nancy: “nadie me explicó lo que me iban a hacer, nunca me habían hecho una revisión así. Me sentí violada” (MSE 2008).¹⁹ En este mismo sentido es posible que la episiotomía como práctica de rutina —muy cuestionada—, también pueda considerarse como violencia sexual. El daño físico y sexual que deja esa cicatriz sobre el cuerpo de las mujeres como una marca y, en ocasiones, con consecuencias en la vida futura (Fornes 2009).

Las violencias psicológica y simbólica dañan la subjetividad y se expresan de diferentes maneras, en donde la autonomía es el eje para las disputas de poder. La culpabilización, la amenaza (de algo que podría sucederle a la criatura) o la responsabilización de aquello que ocurre; provocar miedo y sensación de riesgo, además de la soledad, crea las condiciones para la búsqueda de protección heterónoma con un fuerte sentimiento de vulnerabilidad. De igual manera, la desvalorización de saberes, el anonimato en los vínculos entre las mujeres y los/as profesionales, el insulto, la humillación, el interrogatorio con el fin de confesar una práctica abortiva (¿qué te hiciste?), o tan solo para completar la historia clínica al preguntar sobre la vida sexual, el tutelaje, la infantilización (con el uso de diminutivos como mamita, gordita) y, como contracara, un lenguaje encriptado oral y escrito.

¹⁹ El Comité Latinoamericano para la defensa de los derechos de las mujeres denuncia en Perú violaciones de mujeres dentro del hospital por parte de profesionales (CLADEM 1998). En nuestro país sucedió recientemente en un sanatorio, donde una mujer denuncia haber sido violada en estado de inconsciencia (<https://www.pagina12.com.ar/313417-una-mujer-denuncio-haber-sido-violada-en-el-sanatorio-guemes>).

En los servicios de salud opera un sexismo y un racismo automático (Segato 2003) que son la *patriz* de la violencia simbólica. Se clasifica a las mujeres y se las discrimina por diferentes razones: a las que no *colaboran*, a las pobres, a las campesinas, a las que tienen muchos hijos o hijas, a las que no se hicieron todos los controles, a las que no les expresan afecto, a aquellas que no desean ser madres y a las que ya han tenido a su hijo o hija que quedan en situación de abandono. Emerge también un desprecio de clase que surge (o no) como respuesta de las políticas sociales de redistribución de la riqueza: “Se embarazan por un plan” o “podría estar atendiendo a la pareja del ladrón que entró a casa” o “este niño mañana podría ser el violador de tu hija” (MSE 2016; MGBA 2013).

El disciplinamiento con el uso del tiempo es una estrategia de dominación que encuentra sus correlatos en otras instituciones y situaciones. Quien detenta el poder, puede hacer esperar, quien se encuentra subordinado/a, debe tener la paciencia de la espera. Las largas esperas acompañadas de soledad y miedo, generan angustia y sensación de desolación, las esperas en contexto de sufrimiento, son violencia. El tiempo marcha al ritmo de las necesidades e intereses del equipo de salud, y en función de esto se aceleran o se dilatan, con una tendencia hacia la *obstetricia diurna*, libre de desvelos o interrupciones molestas.

La violencia económica es más frecuente en los servicios privados, aunque no exclusiva. No necesariamente quienes invierten más dinero acceden a mejor atención que quienes acuden a servicios públicos. En este sentido podríamos destacar como una forma de violencia el crecimiento de las cesáreas en el sector privado y, en menor medida, en el público.²⁰

²⁰ He estudiado en particular las experiencias de mujeres que deseaban un parto natural y terminaron en una cesárea en el sector privado. Allí las violencias y manipulaciones operan con características específicas y en ocasiones con mucha crueldad. Se encubren de justificaciones que denominan científicas y la voluntad de la mujer queda anulada (Canevari 2017).

De la autonomía profesional a la anomia

En una conversación con un grupo de médicos/as residentes de obstetricia de la Maternidad de Santiago del Estero les preguntamos si conocían la existencia de la Ley Nacional de Derechos de padres e hijos/as durante el nacimiento (No. 25.929) y nadie la conocía. Les dejamos un material de difusión para que se familiarizaran con el tema, pero cuando volvimos a reunirnos, dos semanas después, nadie había leído. Quedamos desconcertadas; por un lado, por la escasa motivación para conocer aspectos legales de sus prácticas como estudiantes de posgrado de la medicina; por el otro, sobre las condiciones de trabajo que según sus propias palabras “no tenemos tiempo de leer ni siquiera el diario” o “somos nosotros los que no tenemos derechos”. Un médico instructor de residentes de la MGBA nos dijo: “En el servicio los médicos no leen. Es difícil que los residentes se interesen por conocer las leyes, nadie está capacitado en la perspectiva de derechos” (Entrevista a ME 2014). En ambos servicios insistimos en saber si los/as profesionales conocían las leyes vigentes que protegen a las mujeres: de nacimiento respetado, de violencia obstétrica, de derechos del paciente, de ligadura de trompas, el fallo sobre abortos no punibles.²¹ Y nos encontramos también con un significativo desconocimiento:

Médico: El aborto no punible es el que viene a partir de una violación o de un... de ese tipo de situaciones.

Entrevistadora: Sí, en riesgo para la vida...

Médico: No, no, no, de una violación (Entrevista a médico MGBA, 2014).

Cuando se trata de los derechos de las mujeres que solicitan una interrupción del embarazo contemplada en los marcos legales, más allá del conocimiento

²¹ La Corte Suprema de Justicia de la Nación emitió en 2012 el Fallo F.A.L. sobre medida autosatisfactoria en donde aclara los términos en los que el Código Penal en su artículo 86 establece los casos de no punibilidad de los abortos. De modo tal que todas las mujeres embarazadas víctimas de una violación tienen derecho a un aborto y, además, contempla que el riesgo de vida o salud debe ser contemplado desde la conceptualización de salud emitida por la OMS.

o desconocimiento de las normas, operan imperativos morales y religiosos. En estos casos la espera es una regla que apunta a que la mujer desista de su pedido de abortar.²²

Al analizar los programas de estudio para la formación de profesionales tanto en el grado como en el posgrado (las residencias) encontramos que no incluyen contenidos sobre los derechos referidos a aquellas personas que deben atender, cuidar, acompañar. En las carreras de grado (tanto de medicina, como las licenciaturas en obstetricia o enfermería) hay alguna materia de medicina legal, o de bioética, pero los contenidos apuntan principalmente a conocer el marco legal que regula la propia práctica para preservarse de cometer errores que luego les signifiquen un juicio de mala *praxis*.²³ La mirada con dificultad se traslada a esa otra persona que está ubicada, en un sentido epistemológico, en la posición de un objeto. La formación en el posgrado con las residencias²⁴ no es diferente, aunque hay iniciativas aisladas.

Fuimos en particular insistentes al momento de preguntar sobre las normas de funcionamiento de los servicios, las guías para la atención de las mujeres en sus partos o los protocolos de actuación frente a tal o cual circunstancia. No los encontramos.

En la página web del Ministerio de Salud de la Nación hay numerosas normativas y guías destinadas a profesionales para la atención de las mujeres, niñas y niños que tienen como objetivo mejorar la calidad de la atención y disminuir la mortalidad tanto de mujeres como de niños y niñas: Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia (2010), Maternidad segura y centrada en la familia con enfoque intercultural (2011), Emergencia obstétrica (2012), Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal

²² En Argentina acaba de sancionarse el 30 de diciembre de 2020 la Ley de Interrupción voluntaria del embarazo (No. 27.610) luego de extensos e intensos debates con posturas polarizadas. En los últimos años se hicieron públicos numerosos casos de niñas embarazadas a las cuales se las ha sometido a diferentes formas de tortura y en muchos casos forzadas a continuar con el embarazo.

²³ En las carreras de licenciatura de enfermería y obstetricia de la FHCSys de la UNSE hay un seminario optativo sobre género y derechos sexuales y (no) reproductivos.

²⁴ En ninguna de las dos maternidades logramos obtener un programa de la formación de las residencias con diferentes excusas.

y puerperal (2013), Recomendaciones para la prevención, diagnóstico y tratamiento de amenaza de parto pretérmino, atención del parto pretérmino espontáneo y rotura prematura de membranas (2015), y el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (2021).²⁵

Resulta significativo que en la Guía para la atención del parto normal (2010) no se mencionen las leyes No. 25.929 y No. 26.485, que se refirieron específicamente a los derechos de las mujeres durante el nacimiento. Esta guía contiene numerosas recomendaciones, se detiene en explicar diversos procedimientos de modo detallado y alude a una Ley de Hipoacusia o a la Ley Nacional de Sangre. Ciertas instrucciones que son precisas se incumplen de manera sistemática en las maternidades recorridas; por ejemplo, no poner una vía endovenosa a las mujeres cuando ingresan; o la posición electiva para el periodo expulsivo del parto, o que se desaconseja la episiotomía rutinaria.

Pareciera que las maternidades tienen normas precisas que pueden variar de acuerdo con los criterios del médico o médica de guardia, pero estas normas son implícitas o se hacen explícitas de boca en boca, sin acogerse del todo a criterios científicos, a lo estudiado en los textos universitarios, a las leyes vigentes o las normativas del Ministerio de Salud. No se encontraron normas escritas, respondieron que no hay protocolos, e inclusive parecieron sorprendidos/as con la pregunta o no la entendían.²⁶ Ante la insistencia dicen que utilizan como norma la Guía emitida por el Ministerio de Salud de la Nación.²⁷ Aunque no está impresa, saben que existe, pero en varias de sus recomendaciones no se cumple.

Entrevistadora: ¿Por qué ponen un suero a todas las mujeres en el trabajo de parto?

²⁵ El primer protocolo es de 2007 y hasta 2021 ha tenido múltiples versiones relacionadas con vaivenes políticos.

²⁶ Diferentes autores/as hablan de la tendencia a la protocolización de las prácticas médicas. O sea que se define todo en un manual que se sigue paso a paso. Así se decide la conducta a seguir frente a diferentes cuadros clínicos. En una guardia de hospital, asistí a una escena que es representativa: una mujer furiosa en un mostrador de la guardia gritando “¡protocolo, protocolo, mucho protocolo, pero nadie atiende a mi papá!” (Cuaderno de campo 2015).

²⁷ Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia (2010).

Obstétrico: Porque ya viene de generación en generación (Obstétrico MGBA 2014)

Residente 1: Los lunes todos los partos con episiotomía.

Residente 2: Los lunes era así, pero yo ahora que estoy fija los lunes, ni entra a mis partos [el médico jefe de la guardia] porque sabe que...

Entrevistadora: ...que no vas a hacer episiotomía.

Residente 2: Exacto. Yo no hago. Porque una vez nos obligaba a cortar y le digo, listo, corto, pero mañana [hablas] con la jefa de servicio, porque yo soy residente, estoy en formación. Y el jefe de residentes nos ha dicho: "Evalúen periné porque si no nunca van a aprender a hacer parto sin episio."²⁸

Residente 1: ¿Cómo sería? [en una guardia nos dicen] corta, y en otra no cortes, corta, no cortes... y así.

Residente 2: O la orden: ¡acuesta a la paciente! Y todas las guardias lo mismo²⁹ (Grupo focal residentes obstétricas MSE 2009).

Es tan simple como esto. Se practica así y no hay tiempo para preguntarse por qué. Esto hace de la medicina una técnica que se aleja de una característica científica, que es la duda, y de la búsqueda de evidencias como fundamento de aquello que se realiza. De esta manera, nos podemos preguntar los motivos para asistir el parto en la posición acostada o la realización de la episiotomía de manera rutinaria. Viene de generación en generación y lo que se aprende, se internaliza, se hace *habitus*, se requiere de un gran esfuerzo de la conciencia para modificarlo.

Se preguntó por los criterios para internar a las mujeres cuando llegan a la guardia, porque nos habían dicho que muchas veces las mandaban de vuelta a la casa. La médica contesta bastante a la defensiva, dice que, por definición, con 2 centímetros de dilatación la mujer no se encuentra en trabajo de parto. Las mujeres

²⁸ Cabe destacar que esta residente asistiría un parto sin hacer una episiotomía, por el aprendizaje, no por la decisión que es el derecho de la mujer.

²⁹ Las prácticas destinadas a la atención se organizan de acuerdo con los criterios del jefe o jefa de cada guardia que impone las propias normas, y quedan fragmentadas. Si la mujer llega un lunes, seguro el parto será con episiotomía, si llega el miércoles puede tener un parto vertical sin intervención: "En mi guardia se hace así y punto".

son admitidas cuando tienen más de 5 centímetros de dilatación, amenaza de parto prematuro, bolsa rota, metrorragias (pérdidas, nos aclara) o vómitos. Entonces le preguntamos de dónde toman esos criterios y la respuesta fue las guías de Nación (Cuaderno de campo MGBA 2014). En las guías referidas, no dice nada de eso.

Entramos en la sala de recepción del/a recién nacido/a y allí hay unas normas. La diferencia de temperatura es notable, está más caliente. Hay unos dibujos y al lado de las dos mesas para apoyar a los bebés, una lista titulada “orden de acciones” que indica paso a paso las acciones a realizar. Al lado hay unos dibujos con indicaciones para el “Cálculo de la edad gestacional, método de Capurro” (MGBA 2013).

Preguntamos a un médico si hay protocolos de atención de partos de bajo riesgo. Le llama la atención la pregunta, no la entiende o parece no agradaarle. Le pedimos que nos diga, entonces, ¿cómo aprendió las especificidades de su profesión?, ¿cómo fue aprendiendo lo que tiene que hacer? Contesta: por la experiencia (Cuaderno de campo MGBA 2014). En la sala de residentes hay un cartel en la pared, delante del escritorio, que dice: “No cortar el cordón antes del primer minuto luego del alumbramiento. Mostrar el sexo y el bebé a la mamá sin excepción”. Llama la atención que algo tan básico estuviera escrito en un cartel en la pared, a modo de recordatorio. Hay otras hojitas del mismo estilo, con indicaciones para los/as médicos/as, pegadas en la pared.

Entrevistadora: ¿Está instaurado como criterio para la atención, pero no hay un protocolo escrito?

Residente 1: No, no hay (Grupo focal residentes medicina MGBA 2014).

Como contraparte al desconocimiento de las leyes, en ambas maternidades los/as profesionales han expresado el temor a los juicios de mala *praxis*. Afirman que los/as médicos/as obstetras integran la especialidad a quienes más juicios les hacen.³⁰

³⁰ En 2009 se llevó adelante un juicio a un médico obstetra de la MSE por su responsabilidad en la muerte de una mujer a quien le hizo una cesárea y dejaron unos apósitos dentro del cuerpo que al no resolverlo con celeridad luego de varios días, le provocaron la muerte. Fue condenado a cinco años de inhabilitación de su título y una indemnización a los hijos/as.

Consentimiento, autonomía e información

Otro aspecto relevante en relación con las normas es el uso cotidiano del formulario de consentimiento informado. Este circula por los servicios en el momento del ingreso o cuando se va a realizar una práctica como, por ejemplo, una cesárea. El problema es que en su aplicación resulta ser no informado, de modo tal que tampoco hay consentimiento. Si no hay consentimiento ni es informado, ¿qué sentido tiene este formulario? Se desvaloriza un instrumento que le otorga la oportunidad a las personas de tener una participación activa frente al acto médico, de opinar, plantear su punto de vista o evitar que decidan por uno o una. El hecho de no otorgar al consentimiento la importancia que tiene, podría ser considerado como otra forma de violencia simbólica o psicológica (Marzano 2009). Hemos presenciado en reiteradas oportunidades el modo como hacen que lo firmen y nunca (nunca) se da el tiempo para la lectura o explicación detallada de lo que contiene la letra chica. Se lo considera un trámite y se lo anexa a la historia clínica. El objetivo parece apuntar de nuevo a la protección jurídica de los profesionales de la medicina ante posibles demandas, se presenta como una cesión de derechos; cuestión que tendría un peso significativo para quien lo firma por la renuncia que implica. Sin embargo, las mujeres lo firman, por lo general, sin protestar y sin clara conciencia del valor del documento. Es posible que el uso y el valor que tiene el formulario del consentimiento informado sea una muestra del significado que las leyes o normas nacionales tienen para quienes allí trabajan.

De igual manera se solicita la firma del consentimiento cuando se quiere incorporar a alguien a una investigación. Los hospitales públicos y los de Santiago del Estero, en particular, son territorios donde los laboratorios farmacológicos transnacionales han elegido hacer investigaciones para las pruebas de fármacos. El contexto de pobreza local y los gobiernos con normativas flexibles, lo transforman en un sitio ideal para esos fines.³¹

Las denuncias existen y son más frecuentes en el ámbito privado, que la denuncia llegue a juicio es poco probable al menos en Santiago del Estero y menos probable aún que un/a médico/a sea condenado. Este caso es el único que encontramos en los 12 años de sentencias revisados.

³¹ En Santiago del Estero se hicieron investigaciones experimentales con el formato de

El Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez (2013), plantea que el consentimiento no es una “mera aceptación de una intervención médica, sino una decisión voluntaria y suficientemente informada” (A/64/272, párr. 18) que su uso apunta al respeto a la autonomía, la libre determinación y la dignidad de las personas. Señala, a su vez, el riesgo que se corre, en el marco de las relaciones de poder al interior de los servicios, de vulnerar el derecho al consentimiento y advierte sobre los tratos crueles, inhumanos y degradantes que causan sufrimiento. Agrega que, si hay participación estatal y una intención específica, estos tratos constituyen tortura.

Este punto merece ser analizado. Al respecto, Michela Marzano (2009) aporta un marco interesante para la reflexión y el debate en su estudio detallado del consentimiento en relación con el cuerpo, la sexualidad y la ética médica. Es necesario considerar que el acto de consentir está sometido a diferentes formas de coacción, dado el contexto y la situación de especial vulneración de las personas a las cuales se les requiere una firma.

Si el consentimiento debiera apuntar a una afirmación de la autonomía, la libre determinación y dignidad de las personas, pareciera que se ha alejado de ese sentido, ubica a las personas que deben consentir en un lugar de pasividad y se acerca más a un instrumento que habilita la violación de los derechos como otra forma de violencia obstétrica.

“doble ciego”. Una fue una investigación para probar la efectividad del sulfato de magnesio en las mujeres con hipertensión arterial grave durante el embarazo y el parto. Otra investigación en Santiago del Estero y Mendoza fue para probar las vacunas contra el neumococo en niños/as de corta edad. Luego de algunas muertes se inicia una demanda que termina en juicio (2009) por la que debieron renunciar el ministro de Salud de la provincia y varios funcionarios. Tuve la oportunidad de ver el formulario de consentimiento que los padres y/o madres debían firmar para ingresar a esta investigación y eran alrededor de 20 páginas con letra minúscula con lenguaje incomprensible.

Los cuerpos como campo de prácticas

Otra dimensión de análisis vinculada al consentimiento y la autonomía de las mujeres, que por lo común se omite, es la relacionada con los procesos de enseñanza-aprendizaje. Porque nunca se solicita un consentimiento de parte de las mujeres cuando reciben atención por parte de estudiantes de grado o posgrado. En un hospital-escuela se enseña y se aprende y, en este proceso, se conforma un triángulo: estudiantes, docentes y el campo de las prácticas, que tiene como soporte material los cuerpos, en este caso de las mujeres que, además, son pobres. Cuando los/las estudiantes de medicina y otras disciplinas trabajan con personas vivas, ellas quedan en condición de objeto. Y las mujeres se perciben a sí mismas como tales. María Elena utiliza una metáfora de sentirse como un pizarrón.

estaba acostada con las piernas abiertas, y la médica me revisaba frente a los alumnos, les explicaba, señalaba y tocaban. Me tenían ahí, mis partes íntimas eran su pizarrón. Sentía mucha vergüenza (María Elena HSE 2008).

El testimonio de Beatriz también habla de esa exposición y maltrato:

la única vez que he recibido —no sé si se llama maltrato o falta de respeto—, cuando en el parto anterior, de la chiquita que tiene 4 años, el médico ha entrado a la sala, casi sin hablar se ha dispuesto a atender el parto, acompañado como de 6 o 7 estudiantes de obstetricia, mujeres y varones jovencitos. A mí me causaba mucha vergüenza estar así y bueno y por momentos sí te ayudaban los chicos, pero la mayoría estaban con sus cuadernos al frente de la madre, o sea de mí, y eso me había dejado así, medio, medio como que han avasallado mi intimidad. Incluso el médico ese día, hace la prueba a todos los estudiantes, porque decía que no había momento más propicio para estudiar el cuerpo humano, que ese momento del parto, entonces, él ahí, yo estaba en ese momento pero no podía darle una patada al tipo, porque había tenido un parto fuerte, muy doloroso, muy trabajado, estaba muy cansada, muy agotada y muy dolorida de las piernas para abajo y él le enseñaba a los estudiantes dónde estaba el útero, metía los dedos, volvía a meter y volvía a meter varias

veces. Y levantaba el útero, o sea, que les hacía que toquen ellos y yo no podía, ni tenía aliento. Estaba claro que recién había terminado el parto, estaba con la bebé afuera, incluso cuando le pregunto a él qué era —porque yo no sabía el sexo— porque a mí con las ecografías no me habían avisado y le digo ¿qué es? Que me diga si era mujer o varón, y me dice “Un bebé” (Beatriz MSE 2007).

Lo significativo es imaginar que esta escena relatada por Beatriz transcurre como un acto pedagógico. De modo tal que el docente no solo está transmitiendo a los/las estudiantes los conocimientos teóricos y prácticos sobre la atención del parto, sino que también da el ejemplo de cuál es el trato que merecen las mujeres a quienes se atiende. Beatriz dice que no sabe si es maltrato —una percepción propia de la naturalización— y, a medida que avanza en el relato, recuerda y toma conciencia creciente de la violencia recibida, que llega a despertar en ella el deseo de darle una patada al médico. Y la insistencia terrible de meter los dedos y volver a meter, resulta estremecedor. El punto cúlmine es cuando ella agotada, pregunta el sexo de su hijo/a, a tal punto es considerada un objeto, que de manera perversa no le informan si ha nacido un niño o una niña. Este relato es un reflejo fiel de la metáfora del cuerpo de las mujeres como objeto (Canevari 2011). En términos de Rita Segato (2016) es la pedagogía de la crueldad necesaria para la insensibilización ante la violencia. De este modo da cuenta del proceso de aprendizaje y de naturalización de la violencia que promueve una normalidad de la crueldad con umbrales de tolerancia cada vez más altos y la ruptura de vínculos empáticos. Roberto Castro (2011, 128) plantea que “la génesis escolar de un *habitus* profesional autoritario juega un rol determinante en la violación de los derechos de las mujeres”. Afirma además que los aprendizajes se focalizan para trabajar con las incertidumbres, con la atención distante, el manejo de errores y fracasos, además de cierto cinismo (Castro 2014b).

Este tipo de alienación se aprende y se entrenó durante los largos años de la academia, donde a los/as estudiantes se les enseña a evitar la implicación emocional con sus *pacientes*. A pesar de que una caricia o el cuidado afectuoso son herramientas poderosas para un trabajo de parto, es raro ver que los/as profesionales den apoyo emocional a las mujeres parturientas (Davis-Floyd 2009).

Conclusiones

Hemos analizado un proceso histórico-estructural durante el cual se han construido algunos aspectos significativos para la comprensión de la violencia contra las mujeres en sus procesos reproductivos o no reproductivos y en sus vínculos con profesionales de la salud. El conocimiento racional/moderno de la medicina se impuso como un régimen de verdad universal en el mundo occidental, subalternizó otros modos de acercarse al conocimiento, y negó los aspectos emocionales. Esta colonialidad del poder se imprime de la mano de los discursos, las prácticas o miradas sobre el mundo que son patriarcal-capitalistas; estas dan cuenta de la multiplicidad de los intereses que se mueven dentro de la corporación médica, que opera como un poder sobre aspectos sensibles de la vida y la muerte de las personas, que especula con los miedos, y que hace de cada evento temible un ingreso monetario. Y su plusvalía tiene una base femenina.

Cabe plantear algunos interrogantes sobre la colonización de la libido que ya mencionamos (Castro Gómez 2005). Las mujeres, en ocasiones, desean lo que quiere la medicina, declinan su autonomía en la búsqueda de una protección heterónoma. Este sería, por ejemplo, el caso de la cesárea como un fenómeno que en el sector privado (también en muchos hospitales públicos) ha crecido de modo exponencial, sobre el cual los/as profesionales se escudan en que son las propias mujeres quienes piden la cirugía. Ellas ya no son del todo víctimas de la autoridad, sino que comparten el deseo con el poder. Asistimos a un complejo proceso de medicalización de la vida cotidiana, y de patologización de procesos normales, con delicadas tareas que requieren trazar límites, para correr el velo ante nuevas expresiones de dominación.

He transitado por dos realidades institucionales, en la mirada a una y otra maternidad encontré algunas características que difieren, pero otras las igualan en planos generales; por ejemplo, lo referido al patriarcado médico, sus prácticas naturalizadas y, sobre todo, las dificultades para reconocer y garantizar los derechos de las mujeres y su entorno familiar. Las lógicas tecnocráticas e intervencionistas, la falta de normativas claras, el desconocimiento de los marcos legales, la escasa valoración del consentimiento son expresiones tanto de jerarquías institucionalizadas

que se sostienen de manera violenta como de la consecuente subalternización de las mujeres, de sus derechos y los derechos de los niños y las niñas.

La violencia parece haberse encarnado en los vínculos médicos, está subjetivada, está naturalizada de modo que su erradicación requiere de una tarea enorme. Rita Segato (2003) señala que la violencia emana de la relación entre dos ejes interconectados. Uno horizontal que es el de alianza o competición entre pares, y el otro, vertical en donde se subalterniza o expropia el poder a la víctima. Esto es importante para comprender las estructuras patriarcales y su funcionamiento. Hay un sujeto racional e individualizado que precisa de sus pares para validar su poder, para emitir mensajes, pero que también precisa de un objeto al cual dominar, afirmar su yo, empoderarse y también ejercer violencia. El eje horizontal nos ayuda a comprender la necesidad de validación entre pares que tiene el sujeto masculino o masculinizado. Nos hemos referido en particular al eje vertical de la violencia obstétrica, pero también podríamos afirmar que la reproducción de las prácticas institucionales sin cuestionamiento, sin normas claras, sin fundamentos científicos, es parte de este eje horizontal, porque de alguna manera en las instituciones todos/as quieren ser reconocidos/as como parte de la comunidad, y actuar en consonancia con su entorno. En las instituciones se aprende una dinámica que se burocratiza y se incorpora como *habitus*.

Una pregunta que reiteramos y resuena es ¿de quién es el cuerpo de las mujeres? Y la hicimos por primera vez en un grupo focal de residentes de la MSE (2008) hace más de diez años. No la contestaron y repreguntamos. Y la respuesta fue: no la respondimos porque no la alcanzamos a comprender. No alcanzan a comprender porque apunta a un tema invisibilizado y medular a las prácticas médicas y al patriarcado. El cuerpo de las mujeres se considera una propiedad bajo dominio masculino. Cuando las mujeres llegan a la consulta, ingresan a la guardia y se institucionalizan quedan enajenadas, pierden la soberanía sobre ese espacio personalísimo que es el territorio corporal. Y la autonomía de las mujeres tiene un anclaje significativo en el cuerpo. Lo sexual y lo reproductivo o no reproductivo están vinculados con la posibilidad de mayor o menor acceso a la autonomía por parte de las mujeres. Porque no podemos desconocer el contexto patriarcal en el cual se construye esa autonomía, y la centralidad que el cuerpo femenino tiene

en la medida en que es la garantía de la herencia y la propiedad. Y la consecuente obsesión/necesidad de control.

La autonomía de los/as profesionales, su tendencia a la anomia, es un aspecto del problema que abre interrogantes referidos a las posibles transformaciones. Pero también surgen cuestionamientos que inquietan respecto a los fundamentos científicos de sus prácticas. Si la decisión de poner un suero con oxitocina, hacer una episiotomía o una cesárea es solo por la repetición aprendida, pareciera responder a costumbres, como ayer lo fueron el rasurado, el enema, la prohibición de ingerir alimentos, la alimentación de los/as recién nacidos/as con leche maternizadas o su internamiento en una *nursery*, el monitoreo fetal de rutina, entre otras prácticas que luego pasaron a desestimarse.

Los/as profesionales médicos provienen de clases acomodadas, y no tienen formación política. Su paso por la universidad los despolitiza porque la dedicación al estudio es enorme. Es posible que estos dos aspectos influyan para esa inocencia que tienen para no ver (o negar) la manipulación a la que están sometidos por parte de las estructuras sociales. Roberto Castro (2014b, 46) dice que “el funcionamiento de la fábrica social puede ser enigmático para sus propios actores y con toda certeza en ello estriba parte de la eficiencia con la que opera”.

En el ejercicio de la medicina se ponen en juego dimensiones centrales de la justicia y de los derechos humanos, de modo tal que es necesario cambiar el modelo flexneriano de formación de profesionales de la salud, dirigido a la enfermedad y con una visión fragmentada que conduce a la subespecialización, marcada por prácticas cada vez más deshumanizadas y mercantilizadas. El desafío es construir un modelo de educación más integral, solidario y humano, que incorpore una mirada sobre las determinaciones sociales de la salud y que facilite la acción intersectorial.

El Estado avanza en leyes que apuntan a la protección de los derechos y la erradicación de las violencias, pero son los/as funcionarios/as de ese Estado quienes incumplen las normas y son las universidades de ese Estado en donde se elude enseñar las leyes y los valores éticos referidos a la solidaridad frente a quien está en una posición de vulnerabilidad. Parece claro que el Estado es un ente patriarcal y fragmentario, en donde conviven muchos estados.

Si las leyes no tienen el efecto deseado y las prácticas violentas caen en la impunidad, estamos frente a una trampa. El camino de la denuncia es posible, pero no termina de tener el efecto reparador buscado, por las dificultades para aplicar sanciones a quienes incumplieron la ley.³² Pareciera que el mundo simbólico que rodea a la idea de justicia, estuviera centrado en un énfasis punitivo y que, cuando los marcos legales son propositivos, de avances en las conquistas de los derechos, al no contener sanciones explícitas, quedan en las fronteras de un campo no reconocido y borroso. Un camino posible sería hacer reformas legislativas que establezcan sanciones para cuando la violencia no llega a encuadrar dentro de la mala *praxis*.

Rita Segato (2003) sostiene que la violencia es inversamente proporcional a la reflexión. Es medular la habilitación de espacios de debate, lectura y reflexión para hacer visible y desnaturalizar la violencia, que se ubica fuera del plano de la conciencia y la voluntad como actos impensados, lo cual da cuenta —como ya hemos dicho— de la complejidad del fenómeno. Las transformaciones posibles en las prácticas dependen de la formación, la reflexión, la sensibilización, la erradicación del sexismo, clasismo y racismo automático.

Los movimientos feministas han crecido e interpelan al orden patriarcal de manera decidida y constante. La posibilidad de molestar y ser disfuncionales al sistema es un desafío a la imaginación porque la tarea es de gran envergadura. Se trata de inquietar, incomodar, desafiar, provocar la reflexión. Tenemos que desmontar el patriarcado y, con la colaboración de los varones, el mandato de masculinidad (Segato 2016). De cualquier manera, parece estratégico no depositar todas las esperanzas en el Estado. Porque como ya hemos visto, es el mismo Estado un gran violador de derechos. De modo que, como plantea Rita Segato (2016), tenemos que transitar por dentro y fuera del Estado de un modo anfibio. Ante lo no pensado, el camino de salida es la reflexión. Ante la emoción negada, la sensibilización, ante las rupturas de los vínculos y el aislamiento cabe el tejido y retejido que valora el sostenimiento de las redes.

³² Hay algunas demandas en marcha en nuestro país, y sería importante alcanzar una sentencia que actúe con un efecto pedagógico.

Ante las dificultades por parte de las/os profesionales de asumir una mirada crítica sobre sí mismas/os, es necesario diseñar con creatividad medios pedagógicos que lo posibiliten. La disociación entre lo racional y lo emocional dificulta la tarea. La negación de las emociones en la construcción de una supuesta objetividad es una trampa que *nubla* la vista. Porque esa negación se afirma sobre una emoción (negativa, agresiva) y no deberíamos desconocer el fundamento emocional de la ética. La conciencia y el respeto de los derechos humanos tienen una base emocional. Si nuestras actitudes están en íntima relación con lo emocional ¿cómo se trabaja en la transformación ética de las prácticas y sus sustentos epistemológicos? Porque está claro que, aunque las leyes protegen a las mujeres, sus hijos/as y sus parejas, la letra de la ley no tiene en la práctica el efecto que se propone.

La violencia contra las mujeres, la violencia patriarcal, en este caso la obsétrica no es solamente una violencia dirigida a las mujeres particulares que allí paren, es una violencia que se expande a las niñas y los niños que nacen, se expande a las personas cercanas, a la comunidad. Las rupturas para el contacto, para el acompañamiento, para el cuidado amoroso, dejan marcas y nos asomamos a un mundo que nos recibe de forma agresiva. Una tarea es construir vínculos entre los/as profesionales y las mujeres, basados en la ternura, el respeto y el acompañamiento atento a las decisiones autónomas.

Referencias bibliográficas

- Amorós, Celia. 1998. "El punto de vista feminista como crítica". En *Cambio de paradigma, género y eclesiología*, dirigido por Carmen Bernabé, 21-36. Navarra: Verbo Divino.
- Arduino, Ileana, comp. 2019. *Feminismos y política criminal: una agenda feminista para la justicia*. Buenos Aires: Instituto de Estudios Comparados en Ciencias Penales y Sociales-INECIP. <https://inecip.org/.../2019/10/Feminismos-y-política-criminal-2019>.
- Arenas, Patricia, Rosa Isac, Luisa Vivanco. 2003. *Violencia, género y salud en la Maternidad Nuestra Señora de la Merced en San Miguel de Tucumán*. San Miguel de Tucumán: Runa.

- Badillo Romero, Priscila. 2015. "Las opiniones de los/as obstétricos/as sobre el parto vertical". Tesis de grado. FHCSYS-UNSE.
- Bourdieu, Pierre. 2000. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Camacaro Cuevas, Marbella. 2009. "Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica". *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14 (32): 147- 162. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4137419>.
- Camacaro Cuevas, Marbella. 2012. *La obstetricia desnuda. Una ruptura epistémica*. Valencia: Universidad de Carabobo.
- Canevari, Cecilia. 2011. *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero: Barco Edita; FHCSYS-UNSE.
- Canevari, Cecilia. 2017. "Las prácticas médicas y la subalternización de las mujeres: derechos, autonomía y violencia". Tesis de doctorado. Facultad de Filosofía y Letras-UBA. http://repositorio.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/4340/uba_ffyl_t_2017_se_canevari.pdf?sequence=2.
- Canevari, Cecilia. 2019. "Mujeres bajo custodia médica: derechos, autonomías y violencias". En *Miradas feministas sobre los derechos*. Compilado por Diana Maffia, Patricia Gómez y Aluminé Moreno. 317-332. Buenos Aires: Jusbaire.
- Castiel, Luis David y Carlos Álvarez-Dardet Díaz. 2010. *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Castrillo, Belén. 2016. "Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica". *Revista Sexualidad, Salud y Sociedad*, núm. 24: 43-68. <https://www.scielo.br/j/sess/a/jXWfHQCDHrHMGpSqNB93ZPD/abstract/?lang=es>.
- Castrillo, Belén. 2020. "Notas sobre la gestación de una sociología de la atención médica de embarazos y partos". *Cuestiones de Sociología*, núm. 22. <https://doi.org/10.24215/23468904e093>.
- Castro Gómez, Santiago. 2005. "Invención del otro". En *Ciencias sociales, violencia epistémica y el problema de la colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. Compilado por Edgardo Lander, 145- 161 Buenos Aires: UNESCO; CLACSO.
- Castro, Roberto. 2011. *Teoría social y salud*. Cuernavaca: CRIM-UNAM.

- Castro, Roberto. 2014a. "Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México" *Revista Mexicana de Sociología* 76(2): 167-197. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001.
- Castro, Roberto. 2014b. "Pautas de género en el desarrollo del *habitus* médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica". *Salud Colectiva*. 10(3): 339-351. <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/397>.
- Castro, Roberto. 2019. Prólogo: "Sobre el arte de desencantar un campo". En *El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XXI*, de Lilia Blima Schraiber, XII-XXI. Remedios de Escalada: UNLA.
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti. 2014. "25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México". *Revista Conamed*, 19(1): 37-42.
- Chiarotti, Susana. 2016. Entrevista radial de la Red nosotras por el mundo.
- Chiarotti, Susana, Mariana García Jurado, Analía Aucía y Susana Arminchiardi. 2003. *Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Rosario, Argentina: Insgenar; CLADEM.
- Chiarotti, Susana, Gloria Schuster y Susana Arminchiardi. 2008. *Con todo al aire 2. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Rosario, Argentina: Insgenar; CLADEM.
- Cobo Bedia, Rosa. 2012. "Sociología del género y teoría feminista". En AAVV. *Pensando los feminismos en Bolivia*, 319-335. Serie Foros 2. La Paz: Conexión Fondo de Emancipación. <https://www.calameo.com/books/00248895300e73f5674f8>.
- Cobo Bedia, Rosa. 2014. *Aproximaciones a la teoría crítica feminista*. Lima: CLADEM.
- Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer (CLADEM). 1998. *Silencio y complicidad*. Lima: CRLP; CLADEM.
- Curiel, Ochy y Jules Falquet, comps. 2005. *El patriarcado al desnudo. Tres feministas materialistas: Colette Guillaumin-Paola Tabet-Nicole Claude Mathieu*. Buenos Aires: Brecha Lésbica.
- Davis-Floyd, Robbie. 2009. *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Buenos Aires: Creavida.

- De Noronha, Ana Beatriz. 2014. "Filantropocapitalismo: ¿qué significa este término para la salud del mundo?". *Revista RETS*, 6(21):8-16. <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/es/revistas/2015/revista-rets-no21>.
- DEIS (Dirección de Estadísticas e Información en Salud). 2019. *Estadísticas vitales. Información básica Argentina*. Serie 5, núm. 62, año 2018. Buenos Aires: Ministerio de Salud. <https://infosalud.mendoza.gov.ar/public/infosalud/bio/Serie5Nro62.pdf>.
- Diniz, Carmen Simone. 2005. "Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento". *Ciencia & Saúde Coletiva*, 10(3) 627-637. <https://www.scielo.br/j/csc/a/JQVbGPcVFFy8PdNkYgJ6ssQ/>.
- Erviti, Joaquina. 2010. "Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social". En *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, editado por Alejandra López Gómez y Roberto Castro, 103-121. Montevideo: Universidad de la República; México: UNAM. https://www.academia.edu/13725217/Construcción_de_los_objetos.
- Federici, Silvia. 2010. *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Buenos Aires: Tinta Limón.
- Fornes, Valeria Lucía. 2009. *Cuerpos, cicatrices y poder: una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto*. Ponencia en el I Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Universidad Nacional de Córdoba.
- Fornes, Valeria Lucía. 2011. "Parirás con poder... pero en tu casa. El parto domiciliario como experiencia política contemporánea". En *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*, coordinado por Karina Felitti, 133-153. Buenos Aires: Ciccus.
- Foucault, Michel. 2008a. *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira.
- Foucault, Michel. 2008b. *El nacimiento de la Clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fox Keller, Evelyn. 1991. *Reflexiones sobre género y ciencia*. Valencia: Alfons El Magnanim.
- Fraser, Nancy. 2009. "El feminismo, el capitalismo y la astucia de la historia". *New Left Review*, núm. 56:87-104. <https://newleftreview.es/issues/56/articles/nancy-fraser-el-feminismo-el-capitalismo-y-la-astucia-de-la-historia.pdf>.

- Giberti, Eva. 1993. "Parto sin temor: el poder que perdemos". En *Las mujeres en la imaginación colectiva*, compilado por Ana María Fernández, 256-277. Buenos Aires: Paidós.
- Herrera Vacaflor, Carlos. 2020. "Género, responsabilidad penal y castigo: ¿cómo el derecho penal comprende a la violencia en la salud materna?" En *Violencia obstétrica en América Latina: conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, compilado por Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone, 31-56. Remedios de Escalada: Universidad Nacional de Lanús.
- Illich, Iván. 1978. *Némesis médica*. México: Joaquín Mortiz.
- Jerez, Celeste. 2014. "Partos empoderados: clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos". Ponencia en el XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario.
- Lemaitre Ripoll, Julieta. 2007. "Fetichismo legal: derecho, violencia y movimientos sociales en Colombia". En *Derecho y pobreza*, 83-96. Puerto Rico: Editores del Puerto. https://www.academia.edu/3862440/LEMAITRE_RIPOLL_J_Fetichismo_legal.
- Magnone Alemán, Natalia. 2013. "Modelos contemporáneos de asistencia al parto: cuerpos respetados, mujeres que se potencian". *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad-RELACES* núm 12, año 5:79-92. www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/357.
- Marzano, Michela. 2009. *Consiento luego existo*. Cànoves i Samalús: Proteus.
- Méndez, Juan E. 2013. "Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes". Asamblea General de Naciones Unidas. A/HRC/22/53. https://www.ohchr.org/documents/hrbodies/hrcouncil/regularsession/session22/a-hrc-22-53_sp.pdf.
- Menéndez, Eduardo. 2003. "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1). <https://www.scielo.org/article/csc/2003.v8n1/185-207/es>.
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2015). "Decreto Reglamentario de la Ley No. 25.929 sobre Parto Humanizado". Boletín Oficial 1° de octubre. <http://www.saij.gob.ar/2035-nacional-aprobacion-reglamentacion-ley-25929-sobre-parto-humanizado-dn20150002035-2015-09-24/123456789-0abc-530-2000-5102soterced>.

- Nino, Carlos. 1992. *Un país al margen de la ley. Estudio de la anomia como componente del subdesarrollo argentino*. Buenos Aires: Emecé.
- Oxfam. 2015. *Informe temático. Riqueza. Tenerlo todo y querer más*. www.oxfam.org.
- Oxfam. 2016. *Una economía al servicio del 1 %*. www.oxfam.org.
- Quijano, Aníbal. 2014. *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/ decolonialidad del poder*. Buenos Aires: CLACSO.
- Ramos, Silvina. 1983. *Maternidad en Buenos Aires: la experiencia popular*. Buenos Aires: CEDES.
- Rattner, Daphne. 2009. "Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico". *Interface-Comunic., Saude, Educ.*, 13(1): 595-602. <https://scielosp.org/pdf/icse/2009.v13suppl1/595-602/pt>.
- Rostagnol, Susana y Mariana Viera. 2006. "Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud". En *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*, compilado por Susana Checa, 300-316 Buenos Aires: Paidós.
- Sadler, Michelle. 2003. "Así nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario". Tesis de antropología social. Facultad de Ciencias Sociales Universidad de Chile.
- Schraiber, Lilia Blima. 2010. "Acción técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para el debate". En *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, editado por Alejandra, López Gómez y Roberto Castro, 11-26. Montevideo: Universidad de la República; México: UNAM.
- Schraiber, Lilia Blima. 2019. *El médico y la medicina: autonomía y vínculos de confianza en la práctica profesional del siglo XXI*. Remedios de Escalada: UNLA.
- Scott, Joan. 1997. "El género: una categoría útil para el análisis histórico". En *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, compilado por Marta Lamas, 265-302 México: PUEG-UNAM; Miguel Ángel Porrúa.
- Segato, Rita Laura. 2003. *Las estructuras elementales de la violencia*. Bernal: UNQ; Prometeo.

- Segato, Rita Laura. 2016. *La guerra contra las mujeres*. Madrid: Traficante de Sueños.
- Segato, Rita Laura. 2020. “Es un equívoco pensar que la distancia física no es una distancia social”. *La Nación*. 2 de mayo del 2020. <https://www.lanacion.com.ar/opinion/biografiarita-segato-es-un-equivoco-pensar-que-la-distancia-fisica-no-es-una-distancia-social-nid2360208>.
- Tornquist, Carmen Susana. 2002. “Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto”. *Revista Estudos Feministas*, 10(2): 483-492. https://www.researchgate.net/publication/262478137_Pitfalls_of_.
- Tornquist, Carmen Susana. 2003. “Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil”. *Cad. Saúde Pública*, núm. 19, supl. 2:S419-S427. https://www.academia.edu/50747328/Paradoxos_da_atuacao_do_Brasil_no.
- Tornquist, Carmen Susana. 2004. “Parto e poder. O movimento pela humanização do parto no Brasil”. Tesis de doctorado en Antropología. Universidad Federal de Santa Catarina.
- Yáñez, Sabrina Soledad. 2015. “De cómo las instituciones de salud pública regulan las experiencias de embarazo, parto y puerperio... y de lo que resta. Mendoza, 2001-2013.” Tesis de doctorado. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

7

¿Curar el parto? La compleja relación entre medicina y nacimiento

Mercedes Campiglia Calveiro

Introducción

Nunca me voy a olvidar la primera vez que entré como alumna a una sala de parto, casi me desmayo de lo que vi. Vi una escena terrible, una mujer a los gritos, atada de piernas, prácticamente desnuda, con veinte alumnos alrededor, sangre por todos lados, toda la intervención posible. Nadie le hablaba, solamente le daban entre todos a los gritos indicaciones, amenazas de que no gritara porque al bebé le iba a pasar algo [...]. Yo me acuerdo de haberme encontrado cerrando las piernas (Miriam Liliana Olaizola, partera, comunicación personal, 22 de julio de 2016).

Diversos trabajos han dado cuenta de la violencia explícita que con frecuencia acompaña la atención del parto en el dispositivo hospitalario del modelo biomédico (Castro 2004; Berrio 2013; GIRE 2013; Belli 2013; García 2013). Si bien la atención médica del parto no tiene por objeto el ejercicio de la violencia, los abusos de autoridad que ocurren a diario bajo el cobijo del ámbito hospitalario hacen de la ginecoobstetricia una de las especialidades médicas con mayor número de quejas ante las comisiones de arbitraje (Castro 2014).

La violencia en los nacimientos se ejerce no solo de forma explícita, sino también de manera velada por medio de la práctica de un sinfín de intervenciones médicas injustificadas que incrementan el dolor y el riesgo del evento, a la vez que asignan a las mujeres un papel pasivo en el parto que refuerza el arquetipo opresor de la maternidad sufriente. Dichas prácticas han llevado a concebir al parto como una enfermedad que es responsabilidad de la medicina atender y no como un despliegue de la potencia creadora propia de la feminidad.

El camino andado hasta ahora permite constatar que ni la penalización de los actos violentos a partir de la tipificación de la violencia obstétrica como delito, ni las campañas de sensibilización dirigidas al personal de salud, ni las Normas Oficiales fijadas por los gobiernos o los lineamientos de atención dictados por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud parecieran bastar para desmontar el ejercicio de la violencia que cobra formas diversas en las rutinas de atención del nacimiento, al imponer a los cuerpos de las mujeres modalidades múltiples de sometimiento. ¿Cuáles serían entonces los caminos a seguir para desarticular el estrecho y añejo vínculo que existe entre violencia y atención del nacimiento?

El saber biomédico sobre los cuerpos es, como la antropología médica lo ha demostrado, un “sistema de creencias” que da cuenta de las relaciones de desigualdad y conflicto entre grupos sociales. Las prácticas de sometimiento que en la atención del parto se ejecutan, revelan por tanto los desequilibrios que subyacen a las relaciones de los colectivos, marcadas por variables macrosociales: políticas, económicas e ideológicas. Observar la violencia ejercida en la atención de los partos permite develar violencias que circulan de forma más subterránea en los intercambios sociales entre los sujetos.

Por su parte, entender los mecanismos por medio de los cuales se habilita la circulación libre de la violencia al interior de las instituciones de salud encargadas de la atención del parto podría permitir también comprender, en ámbitos más amplios, qué tipo de relaciones entre los sujetos y los grupos sociales a los que pertenecen favorecen la circulación abierta de la violencia y qué estrategias pueden resultar eficaces para ponerle freno.

Teoría y conceptos

Antropología y el modelo médico hegemónico

Para analizar la naturaleza del vínculo entre la biomedicina y el parto resulta de extrema utilidad emplear la puerta que la antropología abrió al abordar a la medicina occidental como un sistema de creencias; permitió, así, desentramar las

concepciones sociales ocultas tras el discurso cientificista que parecía recubrir con una película impermeable al saber médico. La antropología médica trascendió la concepción biologicista de salud y enfermedad propuesta por el discurso científico, para adentrarse en las entrañas de la ciencia médica a la que reveló como un “sistema simbólico” que no limita su función a la cura de cuerpos enfermos, sino que opera de forma paralela como portadora de una serie de contenidos ideológicos colectivos.

Los conjuntos sociales estructuran saberes para enfrentar los padecimientos ya que estos representan una amenaza cotidiana. En la apuesta por escapar de las garras de la muerte y el dolor se construyen significaciones colectivas en torno a la salud y la enfermedad que están atravesadas por concepciones de raza, género, etnia, edad, clase social, etc. Se trata de significaciones íntimamente ligadas al contexto histórico del que son producto de modo que, como lo advierte Eduardo Menéndez (2009) —uno de los investigadores más reconocidos en el ámbito de la antropología médica— la patología, el padecer, la normalidad, son construcciones colectivas que dan cuenta de las particularidades de las sociedades que las engendran.

En toda sociedad conviven diferentes modelos de atención de los procesos de salud y enfermedad, pero algunos de ellos logran posiciones de mayor legitimidad que otros; en la actualidad el modelo biomédico de atención de la salud ocupa el más alto rango de valía en la inmensa mayoría de las sociedades y esto se encuentra directamente relacionado con la manera en que resuenan sus principios con los del sistema económico dominante. Para dar cuenta de ello, Menéndez desarrolló una propuesta analítica que retoma el concepto gramsciano de hegemonía y crea la figura teórica del modelo médico hegemónico (MMH) con la que dio cuenta de la capacidad del conocimiento científico para subalternizar al resto de los saberes en lo que respecta a los cuidados de la salud.

En este trabajo se recuperará la conceptualización del MMH desarrollada por dicho autor para observar, a través de su lente, lo que ocurre en el ámbito de la atención del nacimiento en las instituciones de salud. Una pieza clave para la construcción de la hegemonía biomédica ha sido la “profesionalización” de su saber, la cual le ha permitido distanciarse del resto de los saberes, y asegura de este modo su hegemonía. El saber médico se construye, al igual que el resto de los

saberes sobre la salud y la enfermedad, a partir de un proceso de “socialización” que ocurre en un colectivo y cumple, por tanto, con funciones no solo técnicas, sino ideológicas y económicas. Pero con el halo de “saber profesional” que reviste a la medicina, las representaciones sociales que se entretajan en su práctica resultan veladas (Menéndez 1988).

La fractura que puede observarse de manera cotidiana entre las prácticas y la investigación en el ámbito de la biomedicina, sobre todo en lo que a la atención del parto se refiere, da cuenta, de hecho, de la mixtura de saberes que toman cuerpo en el ejercicio de la medicina. La labor del médico se inscribe socialmente en el terreno del conocimiento científico, desconociendo el carácter rutinario e institucional que caracteriza al ejercicio de la medicina. Desde el ámbito social se da una apariencia de “homogeneidad técnica” al saber médico cuando en él se manifiestan toda una serie de “procesos ideológico-culturales”. Las actividades biomédicas, desde la clínica hasta la investigación son, además de hechos técnicos, hechos institucionales y, por tanto, sociales. El trabajo médico no es solo una actividad científica, como podría parecer, sino una actividad técnica “saturada de procesos sociales” (Menéndez 1988, 4). La relación entre biomedicinas y atención del nacimiento es antigua. Sin duda, los recursos de la medicina redujeron el índice de muertes maternas y neonatales y a ello se debió, en gran medida, que las mujeres, con el tiempo, reemplazaran con médicos a las parteras que hasta entonces se habían encargado de sus cuidados. Los fórceps, las cesáreas, la anestesia y las instituciones permitieron resolver complicaciones que antes de su existencia comprometían la vida de las madres y los hijos. Si la biomedicina no contara con recursos que la hicieran eficaz, sería imposible que se erigiera como saber hegemónico.

Es innegable que la medicina hace del parto un evento más seguro para las mujeres y sus hijos, lo cual con facilidad se comprueba al observar los indicadores como la razón de muerte materna (RMM) que se reduce en directa relación con la atención profesional del parto (Herrera 2003). Aunque esto es cierto, resulta necesario señalar también que un gran porcentaje de los casos de muerte materna ocurren entre madres que han recibido atención médica (OMM 2014). Para atender este problema no basta con garantizar la atención universal del parto por profesionales de la salud, resulta imprescindible supervisar la calidad de la misma (Lazcano Ponce et al. 2013).

Los recursos de la biomedicina salvan y mejoran la vida de las personas cuando se les emplea en escenarios puntuales, pero cuando se los usa de forma indiscriminada, terminan por atentar contra la salud al hacer cursar a los partos normales por los desfiladeros de los complicados. El acceso de las mujeres al sistema de salud es un importante paso para hacer del parto un evento más seguro, pero resulta necesario revisar el tipo de atención que el sistema ofrece a las parturientas para determinar cuáles de sus prácticas han demostrado tener una eficacia probada para el cuidado de la salud y cuáles responden a otros intereses que se filtran a través del ejercicio de la medicina.

Más allá de su cualidad científica y su eficacia, el auge del modelo de atención de la biomedicina constituye una de las principales expresiones de la expansión hegemónica capitalista, advierte Menéndez (2005). La expansión de la biomedicina está íntimamente relacionada con un proceso de “medicalización de la vida” que ha conducido a imponer la categoría de “enfermedad” a toda clase de “episodios vitales”. Realiza una tecnificación del conocimiento sobre la vida y coloca al sujeto en la posición dócil de “paciente”, desde la cual se vincula con su propio cuerpo como si se tratase de un ente ajeno, del que poco o nada sabe.

La tendencia a patologizar los eventos vitales ha alcanzado sin duda al ámbito de la atención obstétrica que aborda al embarazo como si se tratara de una enfermedad y al parto como evento de alto riesgo. Durante el embarazo y el parto, la biomedicina convoca a las mujeres a entregar sus cuerpos de forma pasiva a la manipulación de un conjunto de profesionales que se encargarán de parir por ellas, haciendo uso de toda clase de recursos científicos y tecnológicos de dudosa eficacia. El signo más claro de la medicalización de la salud en el ámbito que nos concierne es la inclinación creciente a gestionar un evento fisiológico por medio de una cirugía mayor; el desbordado índice de nacimientos quirúrgicos que caracteriza a la atención obstétrica debe ser, por tanto, un tema de análisis y debate.

Las instituciones de salud no son ajenas al entorno social y económico del que surgen. En la economía neoliberal, la medicina termina por imponer a los cuerpos procesamientos diferenciados en función de los acuerdos que establecen instancias públicas y privadas entre sí, a nivel tanto nacional como internacional. Mientras a ciertos grupos de mujeres marginales se les imponen prácticas como la esterilización, a otras mujeres les corresponde consumir los productos desa-

rrollados por la industria farmacéutica por medio de nacimientos rodeados de tecnología e insumos que, lejos de representar un beneficio para ellas o sus hijos, constituyen un atentado contra su salud.

La atención humanizada como corriente subalterna

El hecho de que la biomedicina ocupe un lugar hegemónico entre las prácticas de atención de la enfermedad no quiere decir de modo alguno que deba entenderse a la institución médica como una estructura monolítica y uniforme; dentro de ella habita, también, un conjunto de voces. Al interior mismo del aparato biomédico existen corrientes subalternas que lo parasitan y que parecieran correr a contracorriente del torrencial cauce de la carrera expansiva de la medicina hegemónica. Ejemplo de estas subalternidades surgidas de la propia biomedicina en el ámbito de la obstetricia es la corriente de atención humanizada del nacimiento.

Diversos autores han trabajado el concepto de atención humanizada (Misago 2001; Wagner 2001; Davis-Floyd 2001; Harrison 2003; Roland Schwartz 2007; Díaz-Tello y Paltrow 2010; Behruzi 2011; Birrun y Goberna 2013; Pozzio 2016) y han dado al término connotaciones diversas. Este fue retomado en 2000 por importantes organismos como Coalition for Improving Maternity Services (CIMS) y Rede pe la humanizaçao do parto e nascimento (ReHuNa), que recuperan diferentes inquietudes plasmadas en el ámbito internacional en torno a la atención obstétrica, y si bien no puede pensarse como un concepto cerrado sino flexible y en constante construcción, plantea una clara diferencia de posicionamiento frente a la práctica hegemónica del modelo biomédico.

La atención humanizada considera a la mujer como un sujeto y no como un ente meramente biológico. Plantea la regulación de la intervención y el uso de recursos para limitarlos al mínimo indispensable. Pone a la mujer a cargo del nacimiento, salvo en los casos en los que ocurren complicaciones, y al hacerlo invierte a la feminidad de significantes asociados a la potencia.

El parto humanizado toma como principal estandarte la defensa de los derechos humanos y reproductivos entre los que se cuentan el derecho a recibir información, a participar en la toma de decisiones, a ser objeto de un trato digno

y libre de violencia. Esta corriente parte de la premisa de que las personas tienen derecho a ser atendidas con prácticas de eficacia probada, derecho que —como ya se señaló— no necesariamente resulta respetado por los servicios de salud. Por ello, el parto humanizado se compromete con la elaboración y difusión de protocolos de atención que limiten el uso de intervenciones.

La medicina basada en evidencias (de aquí en adelante, MBE) plantea la toma de decisiones clínicas al poner en relación tres variables: la evidencia científica disponible, la experiencia clínica del proveedor de salud y los valores y preferencias del sujeto al que se atiende, con lo que introduce a la terapéutica tanto las preferencias de cada persona como la evidencia en torno a la eficacia del tratamiento propuesto. Apunta a poner freno a un ejercicio autoritario de la medicina regido por los valores hegemónicos y por las prioridades institucionales.

El modelo de atención institucionalizado que tuvo lugar cuando los nacimientos fueron desplazados de la casa a los hospitales hizo que una serie de intervenciones empezaran a practicarse de forma rutinaria sobre los cuerpos de las mujeres. La hospitalización del parto institucionalizó el aislamiento, la inmovilización, la regulación artificial de la actividad uterina, el corte en los genitales en el momento del nacimiento, el uso de instrumental obstétrico, y toda una serie de intervenciones destinadas a higienizar el proceso: enemas, rasurado púbico, esterilización.

Diniz (2005) afirma que, a partir del movimiento de humanización del parto, el cuerpo de la mujer fue resignificado; se lo definió desde un nuevo paradigma en tanto cuerpo apto para dar a luz que, salvo en casos aislados, no requería de intervención alguna para llevar a cabo el trabajo de parir. El parto, en el contexto de la atención humanizada se concibió como un proceso fisiológico y no como un evento de riesgo, y se le atribuyó una fuerte vinculación con la intimidad y la sexualidad femenina. El nacimiento dejó de ser interpretado como un peligro para el bebé y se entendió como una transición necesaria para la adaptación a la vida extrauterina, y la familia se integró a la escena del parto cuestionando el aislamiento asociado con la institucionalización.

Si bien no se puede considerar a la atención humanizada como un concepto cerrado, sino flexible y en constante construcción, plantea una clara diferencia de posicionamiento frente a la práctica hegemónica del modelo biomédico (figura 2).

Figura 2
Diferencias entre atención hegemónica y atención humanizada

Atención hegemónica del nacimiento	Atención humanizada del nacimiento
Atención serializada	Atención personalizada
Carácter desvinculante	Centralidad de los vínculos (de la mujer con el personal, del personal entre sí, de la mujer con su red de apoyo)
Relación asimétrica y autoritaria entre personal y "paciente"	Búsqueda de reducir las asimetrías al reconocer a la mujer como interlocutora válida del personal de salud
Decisiones a cargo del personal de salud	Decisiones tomadas en conjunto entre la mujer y el personal de salud
Imposición a la "paciente" de un papel pasivo	Se espera de la parturienta una posición activa
Monopolio del saber	Diálogo entre saberes diversos entre los que se cuenta el saber de la parturienta sobre sí misma
Personal de salud como protagonista en el evento del nacimiento	Mujer como protagonista de su parto
Concepción mecanicista de la "paciente" y el nacimiento que coloca el eje de atención en la productividad	Integración a la atención de las dimensiones sociales y afectivas entendiendo al parto como un evento significativo en la historia de la mujer
El cuerpo de la mujer entendido como objeto de la medicina	Reconocimiento de la soberanía de la mujer sobre su cuerpo
Parto como evento de riesgo	Parto como evento fisiológico
Escisión entre práctica y teoría	Ejercicio de una medicina basada en evidencia
Uso de las intervenciones como recurso para optimizar resultados	Limitación del uso de las intervenciones a escenarios en los que se presentan complicaciones

Fuente: Elaboración propia.

La "humanización" no se plantea como alternativa al "salvajismo" o la atención "inhumana", sino como contraparte de la serialización que ha caracterizado a la atención en salud dentro del dispositivo hospitalario. La atención humanizada considera a la mujer como un sujeto y no como un ente meramente biológico, y la pone al centro de la escena del nacimiento. Sugiere la regulación de la intervención y el uso de recursos para limitarlos al mínimo indispensable, por lo que el ejercicio

de una medicina humanizada no requiere de una infraestructura especializada ni representa costos inalcanzables. Por el contrario, comprende una optimización de los recursos invertidos en salud y una disminución de las complicaciones, lo cual conduce a cuestionar su marginalidad en los esquemas de salud.

Métodos

Principales fuentes de información

Para llevar a cabo esta investigación se utilizó el enfoque relacional que propone Eduardo Menéndez como herramienta idónea para abordar los procesos de salud-enfermedad-atención (PSEA). A partir de su perspectiva, que propone recoger el punto de vista de los diferentes actores significativos que participan en la experiencia del nacimiento, se integraron al estudio los testimonios de médicos/as generales, obstetras, enfermeras perinatales, parteras, doulas, parturientas y sus acompañantes en el momento del nacimiento.

El eje del trabajo de campo fue la implementación de un programa piloto para la humanización del parto en el Centro de Investigación Materno Infantil del Grupo de Estudios del Nacimiento (CIMIGen), un pequeño hospital a cargo, primordialmente, de enfermeras perinatales, que da servicio a mujeres de bajos recursos en la delegación Iztapalapa de la Ciudad de México.

Preparación de las mujeres que darían a luz por medio de talleres grupales. Un equipo de educadoras perinatales de la propia institución se encargó de diseñar e impartir el taller que se ofreció de forma gratuita a las parejas que decidieron participar en la investigación.

Apoyo de una doula (acompañante profesional del parto) durante el nacimiento. El apoyo continuo durante el trabajo de parto es una de las recomendaciones de la MBE por el impacto positivo que ha demostrado tener en la reducción de intervenciones médicas innecesarias.

La intervención se reveló, a lo largo del trabajo de campo, como un recurso privilegiado para la observación de las dinámicas de circulación del poder al interior de la institución y como un detonador de reacciones que permitió analizar los

movimientos producidos en las estructuras a partir de las propuestas de cambio. Los resultados del programa se analizaron por medio de diferentes recursos para la recolección de la información. Se eligió hacer uso sobre todo de herramientas cualitativas puesto que se pretendía rastrear la circulación del poder al interior de la institución y el impacto que, en el orden establecido, tenía la irrupción de una intervención orientada a promover la humanización en la atención.

Etnografía del proceso de intervención mediante observación participativa registrada en un diario de campo

Treinta y dos entrevistas abiertas con mujeres que participaron en el programa piloto. En ellas se exploró su experiencia durante el embarazo y el parto, se rastrearon los significantes y contenidos emocionales relacionados con dichos momentos, así como la evaluación de la atención recibida. Las entrevistas se efectuaron durante la estancia de estas mujeres en el hospital el día siguiente al nacimiento de sus hijos/as, lo que permitió tener acceso a las experiencias de manera inmediata, evitando así el sesgo de memoria. Todas las entrevistas fueron conducidas por la investigadora del proyecto y cada una tuvo una duración aproximada de 40 minutos. En algunas de estas entrevistas participaron, también, familiares de las mujeres que estuvieron presentes en el momento del nacimiento. Las grabaciones se transcribieron en su totalidad y se analizaron mediante la organización de la información a partir de ejes temáticos.

Cinco entrevistas abiertas con profesionales de la salud adscritos/as al modelo de atención humanizada para recoger sus percepciones. Las entrevistas llevadas a cabo en el marco del estudio se transcribieron en su totalidad y se analizaron mediante la organización de la información a partir de ejes temáticos.

Grupo de discusión con el equipo de doulas que conformó el voluntariado para recoger sus impresiones de la experiencia. Participaron en él once de las veintidós doulas que formaron el voluntariado en CIMIGen.

Fuentes de información complementarias

A la par de las entrevistas y etnografías realizadas en el marco de la implementación del programa piloto de humanización del nacimiento, se recaudó información entre sujetos que no formaron parte de la experiencia para usar sus narrativas como punto de contraste y contrapeso de la información recogida a partir de la intervención. Se hicieron visitas a instituciones de salud públicas y privadas dentro y fuera del país, se sostuvo conversaciones informales con mujeres y proveedores de salud, y se llevaron a cabo dos grupos de discusión (seis participantes en cada uno) con pacientes de los sistemas de salud pública de la Ciudad de México que permitieron recoger las impresiones de mujeres y profesionales de salud que laboran en el ámbito de la atención pública. Así, se pudo establecer un espacio de comparación entre la experiencia de pacientes y profesionales de una institución privada (como aquella en la que se llevó a cabo el programa piloto) con los de hospitales públicos de nuestro país.

La situación de grupo “fija y ordena el discurso social”, como lo apunta Canales (1995). En el grupo se pueden ver plasmados con claridad los discursos que circulan en los grupos de la sociedad y por ello son una herramienta poderosa de investigación. El grupo de discusión permite estudiar los lugares comunes que recorren la subjetividad y con ello desentramar rasgos del discurso dominante.

Con la finalidad de tener un panorama más completo de los contextos donde se producen estos discursos y prácticas en la atención del nacimiento se realizaron recorridos de observación por más de quince instituciones de salud públicas y privadas.

Principales hallazgos

El personal de salud se forma en un dispositivo desvinculante en el que se le entrena para tomar distancia emocional de las personas a las que atienden. Desde el inicio de su carrera, quienes estudian medicina entran en contacto con la anatomía por medio del trabajo con cuerpos mutilados, trozos de personas de los que deben distanciarse para evitar la ominosa experiencia de una posible identificación

(Canevari 2011). Puede entenderse entonces que el borramiento de la condición de sujeto de aquel al que se atiende está en la médula misma de la formación médica, pero la desvinculación no opera de la misma manera en las diferentes ramas de la medicina; el contacto con los pacientes en tanto sujetos, que comprenden las especialidades clínicas, funciona como una suerte de antídoto para la desvinculación.

La corriente de la atención humanizada en obstetricia, por su parte, reconoce también la condición de sujeto de los actores que participan del nacimiento y promueve el establecimiento de vínculos entre ellos como pieza clave para su buen funcionamiento. Al tomar en cuenta la diferencia entre el posicionamiento de la obstetricia hegemónica y la humanizada, merece la pena analizar los aspectos centrales del vínculo de cada una de ellas con el nacimiento, para entender las concepciones de las que sus prácticas dan cuenta y las nociones que, por medio de ellas, imprimen en la subjetividad de las mujeres a las que atienden.

La relación con el cuerpo: ¿el de la mujer en tanto territorio a conquistar?

El cuerpo es, tal como lo plantea Mari Luz Esteban (2013), un punto de encuentro y articulación entre lo individual y lo social. Al observar lo que ocurre en el cuerpo se pueden encontrar cruces interesantes entre las biografías individuales y las narrativas sociales. Las coordenadas que marcan los cuerpos de las mujeres que dan a luz tienen ciertas particularidades en la sociedad contemporánea, exhiben marcas de un modelo socioeconómico que pone a la productividad, la serialización y el aislamiento individual en el centro de la escena.

Los cuerpos que dan a luz en nuestro tiempo deben ser eficientes para cumplir de forma ágil y puntual con una serie de tareas que la ciencia médica asigna, vigila y regula: dilatación y borramiento del cérvix, eficacia en la actividad uterina, habilidad para el pujo en la etapa expulsiva. El carácter biologicista que pareciera regir al saber médico en torno al cuerpo ha sido señalado por diversos autores que han apuntado el hecho de que la conceptualización del “paciente” como un ente meramente orgánico, invisibiliza variables psíquicas y sociales que resultan determinantes en los procesos de salud y enfermedad.

La criticada noción “biologicista” de la práctica biomédica, sin embargo, resulta cuestionable en lo que concierne a la atención del parto en la que pareciera que, a partir de su intervención, la medicina tiende a obstaculizar, más que a favorecer, el funcionamiento del organismo. Restringir la movilidad, interferir con la producción de oxitocina endógena, mermar la fuerza por medio del ayuno forzado, estimular la producción de adrenalina por medio del aislamiento y la intervención rutinaria ineficaz y dolorosa, son prácticas que lejos de apuntar a optimizar el funcionamiento del cuerpo, parecieran destinadas a obstaculizar su capacidad, para subrayar la eficacia de la ciencia.

En el esquema dominante de atención de los nacimientos, las funciones fisiológicas resultan reemplazadas con recursos técnicos diseñados por el dispositivo institucional: goteo de oxitocina sintética, uso de prostaglandinas, hidratación intravenosa, maniobra de Kristeller, fórceps, vacuum, anestésicos, cortes quirúrgicos en el perineo, cirugías. Estas prácticas, al ejecutarse cotidianamente de forma estandarizada, parecieran dar cuenta de un intento por reemplazar la dimensión orgánica del nacimiento con una suerte de prótesis científicas que “optimizaran” al cuerpo para que lograra, así, ceñirse a los criterios de estandarización y agilización, apreciados por un saber dominante organizado en torno a la productividad.

El modelo dominante materializa la premisa de que el cuerpo de la mujer es un cuerpo objeto, un cuerpo para otro. Parte de la premisa de que el papel que le corresponde asumir a la mujer durante el nacimiento es el de la sumisión y la obediencia. El rol activo en la escena se atribuye a los profesionales de la salud, por lo que a la mujer le corresponde poner su cuerpo en manos de los especialistas para que ellos se encarguen de llevar a buen puerto el nacimiento. Es común que los médicos les digan a las mujeres que las van a “ayudar” cuando dilatan de forma manual el cérvix, cuando practican una maniobra de Kristeller, cuando realizan episiotomías, cuando suministran oxitocina o anestesia. Se “ayuda” al cuerpo cuando se usan los recursos técnicos disponibles en la biomedicina para agilizar el proceso.

En la atención humanizada, por el contrario, se reconoce la soberanía del sujeto sobre su corporalidad; el cuerpo no es esterilizado, ni inmovilizado, ni manipulado por terceros. Se entiende que la mujer es la encargada de interpretar las señales de su cuerpo y guiar el proceso del nacimiento con base en ellas, por lo que el profesional limita su participación a un grado mínimo que se orienta a la

vigilancia de la evolución del proceso y a la intervención ante situaciones de complicación. El personal mantiene un papel secundario y mayormente pasivo en la escena, mientras el protagonismo en el vínculo con el cuerpo se coloca en manos de la mujer; no se acostumbra canalizar, acelerar de manera artificial las contracciones, empujar al bebé desde fuera del vientre, ampliar la abertura de la vagina ni extraer la placenta y, por el contrario, se estimula a la mujer a moverse para ampliar los diámetros de la pelvis, a identificar sus sensaciones para valorar la fase en la que se encuentra, a tocarse como una estrategia para evaluar el progreso en el descenso de la cabeza del bebé por la vagina de su madre.¹

No existen modalidades correctas o incorrectas de vinculación con el cuerpo, pero lo interesante a analizar es el hecho de que cada una de ellas da cuenta de una determinada forma de distribución del poder. Puestas a elegir, no todas las embarazadas preferirían un parto humanizado en el que el uso de la intervención se redujera al mínimo posible, como lo recomiendan los estudios. La hipermedicalización es una práctica hegemónica, entre otras cosas, porque las mujeres acceden a ella e incluso la solicitan. Depositar el padecer y la decisión sobre el propio porvenir en un otro que ocupa un lugar de supuesto saber y acepta tomar en sus manos la responsabilidad por la vida y la muerte puede aparecer como una alternativa deseable:

Yo, por ejemplo, tuve una cesárea y un parto. Y yo la verdad, si ahorita tuviera las posibilidades de irme a un particular, inmediatamente les pediría una cesárea. Los dolores son espantosos cuando te cortan para que salga la bebé. No, es horrible todo el sufrimiento. En cambio, de mi hija la pequeña, pues yo le dije al doctor: “No quiero sufrir, ya hágame una cesárea”. Me pasó al quirófano, me puso la anestesia, me abrió, me sacaron a la niña en 20 minutos yo ya estaba. Me medicaron para que no sintiera que te dan dolores [...]. En una semana mi herida ya estaba cicatrizada e igual pasaron 20 días y yo ya podía estar normal,

¹ Si bien la posibilidad de tocarse o verse para evaluar el progreso en el descenso del bebé por el canal de parto es una práctica que apunta a la apropiación del cuerpo, puede resultar violenta en el caso de mujeres para las que el contacto con la genitalidad se encuentre estigmatizado. Introducir los dedos a la vagina frente a un conjunto de desconocidos no necesariamente aparece como deseable para quien probablemente no lo hizo nunca antes.

no fue tanto el sufrimiento [...]. Ya no quiero dolor (Comunicación personal, 11 de julio, 2014).

La atención humanizada acota la intervención de la ciencia al ámbito de la eficacia terapéutica, pero el punto central para desarticular el sometimiento que puede operar en la atención del nacimiento consiste en reconocer que el cuerpo que da a luz no es de la medicina ni tampoco de la naturaleza. El cuerpo es de la mujer y es por ello que los equívocos en torno a la eficacia de la MBE se despejan cuando las discusiones se ciñen al terreno del derecho. La mujer tiene derecho a decidir sobre su cuerpo y sobre su vida reproductiva.

Los saberes hegemónicos apuntan a fijar esquemas de sometimiento, la información acerca de los avances en investigación y el conocimiento de la fisiología, en cambio, promueven intercambios más horizontales entre proveedores de salud y usuarias de los servicios. En el esquema institucionalizado de atención puede observarse en acción el principio “desvinculante” (Castro 2014, 179) que caracteriza al modelo dominante; se conceptualiza a la “paciente” como un ente fundamentalmente orgánico y pasivo sobre el que operar.

El cuerpo es la vía de la que el sujeto se vale para vincularse con el otro; es un puente. Cuando el dispositivo apunta a limitar a la mujer a su condición orgánica, la vinculación resulta expulsada de la escena puesto que hacen falta sujetos para que el vínculo se produzca. Por medio de su cuerpo los sujetos conocen el entorno, lo transforman y, a su vez, son transformados por él. El cuerpo es la vía para la vinculación cuando se le reconoce como parte inalienable de un sujeto. Este regula los intercambios con su entorno a partir del cuerpo y es la posibilidad de decidir sobre él la que define su libertad o la carencia de ella. Las asimetrías en las relaciones de poder se traducen en esquemas de sometimiento de los cuerpos, de conquista de su territorialidad.

La posibilidad de decidir sobre el cuerpo propio da cuenta de esquemas de distribución del poder que cuestionan su centralización en una figura dominante. El modelo humanizado concibe al cuerpo no como objeto de la intervención médica sino como parte de un sujeto capaz de decidir sobre su devenir. Al hacerlo, consolida al cuerpo de la mujer no como territorio a conquistar, sino como ámbito de intercambio y de vida. La habilitación para que cada sujeto regule los

intercambios que establece con el entorno por medio de su cuerpo constituye un requisito indispensable para hacer de este un espacio de vinculación.

La relación con el espacio: la puesta en escena de los saberes

El diseño del espacio da cuenta de concepciones acerca de los procesos que se supone que ocurran en él. Un museo está pensado para la contemplación, una estación de autobuses para la espera, una escuela para la recepción pasiva de conocimiento y un gimnasio para el entrenamiento de las potencialidades del cuerpo. El espacio condiciona el actuar de los sujetos en él y es por ello que su análisis resulta relevante.

La espacialidad destinada al evento del nacimiento en el dispositivo biomédico dominante revela el actuar al que se convoca a los sujetos que participarán en la escena. Los hospitales son espacios impersonales, cuyas paredes y pisos están hechos de materiales impermeables y resistentes que facilitan la desinfección. Se trata de áreas de trabajo en las que se pretende que el tránsito de los sujetos deje la menor huella posible pues toda huella es concebida como potencial contaminante. No solo se esterilizan las áreas después de haber sido utilizadas, sino que se prohíbe el uso de ropa de calle al personal y a las internas, se evita el ingreso de pertenencias personales y se revisten las superficies y los cuerpos de campos estériles y sábanas blancas. El esquema dominante de atención aspira a borrar del espacio todo rasgo de individualidad.

Las luces en los hospitales públicos, por ejemplo, se mantienen encendidas 24 horas al día para facilitar la labor de vigilancia del personal, aunque ello comprenda que para las parturientas la oscuridad, con la intimidad y el reposo que representa, queda también restringida. Una mujer con un largo trabajo de parto puede pasar día y noche expuesta a la luz de una lámpara encendida sobre su cama cuando se sabe que la producción de melatonina y la intensificación de la actividad uterina que la acompaña se favorecen en la oscuridad (Olcese, Lozier y Paradise 2012).

En las salas de labor se observa, por lo regular, una serie de camas, una junto a otra, con números en sus cabeceras que permiten identificar el expediente

de cada “paciente”. Este tipo de espacialidad da cuenta de lo que se espera de las mujeres una vez que son ingresadas a la institución: que cada una permanezca de forma obediente y ordenada en la cama que le corresponde, mientras el personal se encarga de agilizar el trámite administrativo de la dilatación del cuello uterino mediante la introducción de líquidos en sus venas mientras monitorea de forma periódica los signos vitales del bebé y la madre.

En la mayoría de las salas de labor de las instituciones públicas no existen divisiones que permitan un cierto grado de intimidad a las mujeres que están pariendo. “El parto es algo muy privado que hacemos en un lugar muy público”, afirma Guadalupe Trueba, doula y educadora perinatal (Guadalupe Trueba, comunicación personal, 13 de febrero, 2015). Las mujeres dan a luz en esta clase de entorno con su intimidad completamente expuesta:

Entrás tú sola, nada como en las películas que entra tu marido [...] o sea no hay de eso en el Seguro [...]. Están las camas de frente [...] hay cuartitos de expulsión, sin puertas. Ahora sí que: Cama 15. Y se la llevan [...] y tú ves cómo es que la están preparando, cómo le pusieron la inyección enorme [...]. Sí me asusté porque de verdad sí dije: Aquí ni siquiera puertitas [...]. Lo que me espera (Comunicación personal, 11 de julio, 2014).

La intimidad no está contemplada en los espacios de atención pública; este aspecto, que pudiera parecer irrelevante, es uno de los más referidos como traumático entre las mujeres. Reportan haberse sentido como “reses”, que el lugar “parecía un rastro”. El reconocimiento de la intimidad como una necesidad pareciera estar directamente ligado con el reconocimiento de la condición humana de aquel al que se atiende y es por ello que un espacio que desconoce este aspecto pareciera “animalizar” a los sujetos. Pero la intimidad se ha convertido en un artículo de lujo al que solo tienen acceso quienes pueden pagar por ella; en los hospitales públicos se prioriza la simplificación de la labor de vigilancia del personal de salud frente a las necesidades y preferencias de las usuarias.

Mientras se espera que las parturientas permanezcan en sus camas, la circulación por los pasillos del hospital está permitida solo para el personal de salud; se trata, por lo regular, de áreas despejadas y amplias, diseñadas para poder realizar

desplazamientos ágiles en caso de emergencia. Las internas deben ser llevadas de un sitio a otro en camillas o sillas de ruedas y solo por orden del personal de la institución. Las camas permiten regular la altura del respaldo de manera que las mujeres yacen en ellas completa o parcialmente acostadas durante todo el trabajo de parto pues no se supone que se levanten ni siquiera para ir al baño.

Las salas de labor son áreas diseñadas para la vigilancia en las que la espacialidad se organiza para simplificar dicha tarea. La deambulación no está contemplada ya que podría entorpecer la labor del personal de salud, la cual busca simplificarse todo lo posible para responder a la demanda de atención. En instituciones públicas es común, por ejemplo, observar camas sin sábanas para evitar así su lavado, por lo que puede encontrarse a las mujeres reposando sobre las superficies plásticas que recubren los colchones y que serán limpiadas más tarde con un trapo para dar paso a la siguiente.

Cerca del área de labor está la sala de expulsión. A este espacio se traslada a las mujeres cuando se considera que ha llegado el momento del pujo. En esta área suele haber media camilla angosta al centro con dos piñeras destinadas a la colocación de la “paciente”. Sobre la cama se enciende una luz intensa que facilita la visibilidad del profesional que se sentará en una pequeña banca frente a los genitales expuestos de la parturienta para dirigir la maniobra. Alrededor de la camilla de expulsión circula un importante número de profesionales que dará indicaciones a la parturienta acerca del modo en que debe empujar y asistirá al médico/a con las maniobras que considere necesarias. Se trata de un espacio diseñado para colocar el cuerpo de la mujer de parto en una posición que facilite la manipulación por parte del personal de salud. Este cuerpo que será intervenido se pone en el centro de la escena, lo que posibilita el acceso desde todas sus partes.

En este momento del parto se aísla a la mujer del resto de las internas; deja de estar entre otras parturientas que esperan como ella para verse rodeada de profesionales que intervendrán su cuerpo y su parto. La posición y la disposición de la mesa coloca el cuerpo yacente al centro de la escena con las piernas sujetas para dejar la genitalidad expuesta. Este nuevo espacio facilita la manipulación para la expulsión y está provisto de una mayor cantidad de equipo y herramientas para cortar, coser, jalar y empujar en función de lo que se requiera.

No solo el nacimiento ocurre en el área de expulsión, para la tarea de alumbramiento se utiliza el mismo recinto. También en esta fase el personal asume un papel activo al traccionar la placenta² aún adherida a la pared uterina. Una vez que la placenta se retira, se acostumbra revisar manualmente si quedaron restos de la misma para lo que se introduce una pinza con una gasa o directamente la mano al útero en busca de posibles restos y, por último, se suturan las posibles laceraciones en la vagina.

A una distancia acorde a los criterios de regulación de las instancias encargadas de la certificación de los hospitales, se coloca un quirófano provisto del equipo necesario para la práctica de procedimientos quirúrgicos y al cual se accede solo con la vestimenta indicada por la institución. De modo que en esta área resulta difícil reconocer a quienes atienden tras pijamas quirúrgicas, botas, gorros y cubrebocas, mientras el cuerpo de la mujer es el único que conserva su rostro descubierto, en caso de ser trasladada a este espacio estéril y anónimo.

Una vez concluido el proceso de intervención y previa aplicación de oxitocina para retraer el útero, se traslada a la puérpera a un área de recuperación en la que se la observará durante las siguientes horas. En este espacio, la labor del personal será de vigilancia, por lo que, en general, se coloca a varias mujeres juntas para simplificar la tarea.

El área de recuperación suele conformarse de nuevo por una serie de camas numeradas en las que se coloca a la mujer con su “producto” para observar que tengan una “evolución saludable”, en los casos en los que se permite el alojamiento conjunto. De lo contrario los/as bebés se trasladan a un cunero en el que personal especializado se encarga de su cuidado mientras las madres “se recuperan”. Luces innecesarias en intensidad y renuncia a la privacidad caracterizan también a esta zona, con excepción de los hospitales privados en los que las mujeres pueden gozar de privilegios que no son accesibles al grueso de la población. En las instituciones públicas, cuando las camas resultan insuficientes, puede ocurrir incluso que se lleve a cabo la recuperación en sillas de ruedas que se colocan en los pasillos. Carolina relata este hecho que llamó su atención cuando atendió el

² Maniobra que consiste en extraer la placenta traccionando el cordón umbilical mientras se aplica presión manual al fondo uterino.

segundo de sus tres partos: “Estaban las señoras, muchas estaban en sillas de ruedas, en el pasillo, con una bata súper delgadita, no les agarraba nada para atrás” (Carolina, comunicación personal, 11 de julio, 2015).

La fragmentación del espacio que caracteriza a las maternidades da cuenta de la fragmentación en la conceptualización del proceso. El parto se divide, desde la mirada biomédica dominante, en etapas: trabajo de parto, expulsión, alumbramiento de la placenta y recuperación. Esta compartimentación, que se impone al evento en aras de regularlo, se refleja en la distribución y el diseño de los espacios. Se trata de una fragmentación que responde a una concepción mecánica del proceso: dilatación cervical, expulsión e involución uterina; el útero se abre, empuja y, por último, se contrae. Las tareas que el personal de salud ha de realizar buscan agilizar cada uno de estos tres procesos, y el espacio se estructura para facilitar la labor del personal de la institución.

La fragmentación es una de las intervenciones más eficaces para obstaculizar la vinculación entre profesionales y parturientas. La espacialidad convoca a atender trabajos de parto, expulsivos y recuperaciones más que a mujeres pariendo. La serialización y la agilización rigen la organización del espacio y condicionan el actuar de los sujetos en él. La institucionalización del nacimiento desdibuja la condición de sujeto en los actores por medio de recursos diversos y la configuración del espacio es una eficiente vía para ello.

El espacio ordena al cuerpo, le asigna a cada sujeto un papel por cumplir. En las instalaciones para la atención convencional del nacimiento la “paciente” es llamada a la pasividad mientras que a los/as profesionales se les conmina a intervenir, vigilar, manipular. Al ingresar al dispositivo médico la mujer acepta renunciar al dominio de su cuerpo, el cual deposita en manos de la institución de salud para que esta lo procese.

Como primer rasgo que atrae la atención, puede observarse que los espacios del nacimiento humanizado no se estructuran en áreas separadas de labor, parto y recuperación; todo el proceso ocurre en un mismo lugar en el que la mujer permanece desde que tiene una dilatación avanzada —alrededor de 7 centímetros— hasta que su hijo/a ha nacido. Se trata de salas individuales y amplias que permiten la movilidad y se encuentra habitualmente cerradas por una puerta. A esta clase de

habitaciones suelen integrarse herramientas destinadas a facilitar la movilidad y la adopción de diferentes posturas: tinas, pelotas, rebozos, bancos de parto.

Existe una intención deliberada en esta clase de instituciones por matizar la apariencia hospitalaria del espacio al integrar elementos como luces bajas, objetos decorativos, materiales y colores cálidos que apunten a dar un aspecto menos tecnológico y más familiar al sitio. Se entiende que el ambiente hospitalario puede resultar amenazante, lo cual interfiere con la producción hormonal, por lo que el uso de gorros, barbijos y botas se limita a las áreas quirúrgicas y se procura emplear colores cálidos que pocas veces suelen usarse para decorar las paredes de los hospitales. El equipo médico para la atención de emergencias por lo regular se mantiene alejado de la vista de la parturienta por lo que se trata de ambientes, al menos en apariencia, poco tecnificados.

El protagonismo de la tecnología en los espacios biomédicos convencionales abona a la pasivización de los sujetos. Su centralidad asevera la premisa de que son los especialistas capacitados para operar el complejo equipo, los que deberían estar a cargo de la regulación del uso del espacio. En las salas de parto humanizado, por el contrario, se provee a las mujeres de objetos para trabajar que conocen y pueden manipular por sí mismas: rebozos, pelotas, bancos, entre otros.

Una espacialidad de estas características da cuenta de lo que se espera de los actores involucrados en la escena: se considera que el trabajo de parto debería estar principalmente a cargo de la mujer, la cual podrá valerse, para desempeñar su tarea, de los recursos dispuestos en el espacio. El personal de salud adopta una posición expectante, limita su participación a la supervisión del sano progreso del evento y la atención de emergencias, en caso de que se presenten.

Las emergencias, de hecho, no suelen atenderse en estas salas de labor, expulsión y recuperación, sino en una habitación anexa provista con el mismo tipo de instrumental, distribución y equipamiento que caracteriza a las salas de expulsión de los hospitales convencionales. Ante la emergencia, la distribución de los roles se modifica y el personal adquiere el papel protagónico-activo al hacer uso de su formación y destreza mientras la mujer adopta la postura clásica de “paciente”. Pero el equívoco consiste en atender todo parto como si se tratase de una emergencia obstétrica.

La distribución del espacio da cuenta de determinadas concepciones sobre el nacimiento. El espacio humilla o empodera, libera o atrapa, asusta o tranquiliza. Interviene sobre el cuerpo de los sujetos. Tal como lo ha trabajado Michel Foucault en su extensa y compleja obra, el espacio está estructurado en torno al poder/saber y se lo emplea para promover un tipo específico de relaciones sociales, el más claro ejemplo de ello es su análisis del modelo panóptico en *Vigilar y castigar* (Foucault 1975). Algunos espacios resaltan la subjetividad y favorecen el establecimiento de vínculos, mientras otros operan una suerte de reificación y obstaculizan la vinculación entre los sujetos. Cualquier modelo de atención debe considerar esta variable. En tanto las mujeres permanezcan confinadas a una cama y conectadas a equipo médico, se reproducirá el MMH en el que su papel se limitará a la obediencia. Cuando se les permite apropiarse de los paritorios, llenarlos de sus sonidos y sus olores, cuando se les garantiza cierto grado de privacidad y se les facilita la movilidad, recuperan la centralidad en la escena de sus nacimientos.

El espacio propone un determinado modelo de articulación entre los sujetos que lo habitan, pero los actores interactúan con él. Los sujetos interpretan e intervienen el espacio en función de sus propias concepciones e historias, pero sería ingenuo pensar que lo hacen de manera autónoma. Los modelos hegemónicos construyen subjetividades que tienden a adecuarse a ellos de manera que las espacialidades menos jerarquizadas y desprovistas de tecnología pueden ser percibidas como menos seguras, menos modernas y, por tanto, menos deseables. Las propuestas disruptivas del orden establecido pueden ser evaluadas con recelo.

La práctica hegemónica en la atención de los nacimientos ha desarrollado una extensa batería de significantes que conduce a que se asocie este modelo de atención con atributos como: modernidad, científicidad, seguridad. Desproveer a la atención de los partos del revestimiento de esta clase de insignias sin que las mujeres se sientan inseguras frente a ello no es tarea sencilla, requiere de un trabajo de sensibilización acerca de las ventajas de “desmedicalizar” el nacimiento.

La relación con el saber: tecnificación *versus* fisiología

El personal de salud ocupa una posición de autoridad en nuestra sociedad debido al carácter hegemónico del saber que ostenta. Revestido de los emblemas que le invisten, se diferencia a simple vista del resto de los mortales. Desde la formación misma, se le pide que acuda a la facultad con uniforme y es común verle circular por las calles exhibiendo el atuendo que le identifica. Es interesante también observar la forma en que los miembros de esta comunidad se hablan entre sí, empleando el pronombre “usted” y la referencia a los títulos de “doctor”, “doctora”, “licenciada”, “licenciado”, lo cual ocurre sin importar que exista una relación de cercanía y confianza. Se trata de un fenómeno que puede presentarse también en otras instituciones hegemónicas, herméticas y jerárquicas como la Iglesia y el ejército, en las que se antepone las adscripciones a la institución frente a otra clase de identidades. Ello reviste a sus integrantes de un halo de un saber-poder que establece una vinculación tácita con el grupo y un distanciamiento respecto del resto.

Al interior de la estructura se fijan rangos claramente diferenciados que se establecen en función del supuesto saber de los diferentes actores; la escala más baja la ocupa la parturienta, colocada en la posición de nulo saber. El poder se ejerce de forma vertical, estableciendo una relación directa entre el supuesto “saber” y la cuota de poder.

Quienes pertenecen a diferentes escalafones de la estructura mantienen poca relación entre sí, lo que permite preservar su verticalidad. Así como se obstaculiza el intercambio entre parturientas y personal, se limita también el vínculo entre quienes conforman la estructura: quien realiza un internado (médico/a general en formación) está por debajo de los R1 (residentes de primer año de la especialidad), que a su vez obedecen a los R2 (residentes de segundo año), que se subordinan a los R3, quienes se someten a las decisiones de los R4, quienes tienen relación con el médico o médica adscritos. En este esquema rígido y jerárquico, no se supone que los rangos de la estructura puedan saltarse. De manera que la interlocución se limita, además de los pares, al personal perteneciente al rango inmediatamente superior según un orden vertical en el que la cabeza de la estructura es la jefatura de departamento, a la que se le concede el máximo saber-poder.

Las enfermeras se encuentran por debajo del último de los escalafones médicos y, a su vez, establecen cadenas de mando al interior de su estructura en la que hay jefas de guardia, especialistas, adscritas y practicantes. La tarea de la enfermera se limita, en la estructura clásica, a acciones de cuidado y vigilancia. Su conocimiento, aunque algunas de ellas sean licenciadas formadas en el ámbito académico, se considera técnico y, por tanto, se le confiere menor valía que al saber socialmente exaltado de la ciencia médica.

En los hospitales, los internos y los residentes de ginecología de menor rango son los encargados de atender los nacimientos. Al parto se lo considera una tarea de poco interés, la mayoría aprende a asistirlo cuando recibe a su cargo, por primera vez, a todas las parturientas del turno. El parto es un evento ante el cual el personal de obstetricia, las más de las veces, tiene poca oportunidad de demostrar sus habilidades pues el principal desafío que enfrenta es la paciencia, y con frecuencia los desenlaces favorables dependen de la capacidad de contener el deseo de intervenir. Pero la atención del embarazo y el nacimiento representa alrededor de la tercera parte de las tareas hospitalarias en lo que a la población femenina se refiere, según lo reportó el Observatorio del desempeño hospitalario en 2011. Por ello, representa un jugoso mercado que la obstetricia se niega a ceder a la enfermería.

Puesto que la obstetricia es una rama quirúrgica de la medicina, respondiendo a los criterios de productividad que se imprimen a la práctica médica a partir de las premisas impuestas por la lógica de mercado, lejos de esperar, termina por intervenir con lo que hace del parto un evento digno de atención especializada. Como se explicó con anterioridad, ello más que facilitar el camino para la parturienta, introduce riesgos en la escena que no habrían existido de otra manera. Una obstetra de un servicio de atención privada refiere la siguiente historia:

Llegó una paciente con RPM³ cuando yo estaba de guardia en mi residencia, y yo era R1. Como era de noche, dijimos: “Chin”. A mí me tocaba cuidarla porque era R1. Entonces el R3 me dice, vamos a “distociarla”.⁴ ¿O vas a pasarte la

³ Ruptura Prematura de Membranas (RPM): Cuando el trabajo de parto inicia de este modo, los partos suelen ser extremadamente largos.

⁴ Distocia: Desviación del curso normal del parto.

noche sin dormir? Yo no sabía qué quería hacer, pero le dije: “No, yo la cuido”. Él me contestó: “Bueno, tú nomás cállate”.

Al rato la mujer tuvo que ir a una cesárea de emergencia, con un corte vertical, porque se le desprendió la placenta. Casi se nos muere [...]. Cuando la mujer se puso mal, la enfermera fue a ver a la basura y se encontró un empaque de Misoprostol. El médico se lo metió molido en la solución a la mujer. Yo convencí a la enfermera de que se lo comentara a la doctora porque si yo se lo decía el R3 se me iba a echar encima (Comunicación personal, septiembre de 2014).

Esta estampa etnográfica permite observar cómo, al atender a las necesidades del personal de descansar, el R3 desatiende por completo el cuidado de la mujer que acude al servicio, conduce de manera intencional el nacimiento al terreno de la emergencia. La decisión de “distociar” el parto, solo puede valorarse como una alternativa viable cuando se ha roto por completo el vínculo con la mujer a la que se atiende, a la cual se le desconoce la condición de sujeto, gracias a una estructura desvinculante que lo permite. La cesárea, en este caso, representa un doble beneficio: despeja el servicio para que el personal pueda descansar y, a la vez, brinda la posibilidad al R3 de desarrollar sus habilidades quirúrgicas.

Más que los partos, lo que resulta aspiracional para el obstetra promedio, hombre o mujer, es la práctica de cirugías ya que estas se perciben como una tarea que requiere mayor pericia y capacidad. El quirófano les permite desenvolverse cómodamente como protagonistas de la escena. En un espacio plagado de instrumental que manejan con destreza y un séquito dispuesto a subordinarse a sus órdenes; por fin los años de sacrificio y guardias parecen haber valido la pena; tienen en sus manos la vida de una persona.

La cesárea comprende un ritual más glamoroso que el parto, el cual obliga al obstetra a someterse al ritmo de las contracciones de la mujer a la que atiende y a su habilidad o carencia de ella en el momento del pujo. De hecho, algunos ginecólogos y ginecólogas se oponen de forma abierta a que la mujer adopte para pujar las posiciones que prefiera, como la OMS (2019) lo recomienda, porque ello les obligaría a sentarse en el suelo, por ejemplo, lo cual podría considerarse indigno o humillante.

Aquel que posee un saber que le coloca en una posición de poder, quiere ejercer ese saber-poder que socialmente se le ha conferido. Pedir al obstetra que, tras años de formación y guardias en el más puro rigor, se limite a esperar a que la mujer dé a luz, como lo hacen las parteras, no es cosa sencilla. El director de un hospital materno infantil público del Estado de México que intentó implementar la atención humanizada del nacimiento en la institución a su cargo comenta:

Ya están todos los documentos, todos los artículos, todas las evidencias, todos los análisis, todas las normas, todas las guías de aquí y de otros países. Y se las hemos dado en charola de plata, casi, casi, comidito todo y masticado; y es actitud de quererlo hacer. Sí se atreven a hacer otros procedimientos más complejos: “Voy a poner un catéter ahora en la yugular”. Y se documentan, leen y lo hacen. “Voy a hacer una técnica superior para tener mejores resultados”. Y se documentan y leen y lo hacen. Aquí les damos toda la evidencia, todo lo contundente que es algo mucho más sencillo, y no lo hacen [...]. Están abiertos para técnicas complejas. Más intervención sí, menos intervención no (Christian B. Mera Hernández, comunicación personal, 15 de enero, 2015).

La intervención confirma el saber-poder del personal de salud. La no intervención, en cambio, coloca el saber sobre el parto del lado de la mujer que ha de dar a luz, lo cual resulta desarticulador en el contexto de una estructura vertical y jerárquica como la descrita, en la que la parturienta se coloca como el último eslabón de la cadena, como cuerpo sobre el que el saber profesional opera.

El personal de salud que se adscribe al esquema de atención humanizada ha decidido cuestionar la concentración de saber-poder que caracteriza a la práctica dominante autoritaria de la medicina e incorpora otros saberes. Pero no por ello renuncia al saber biomédico; por el contrario, basa su práctica en otras vertientes del conocimiento obstétrico que se rigen por el principio de respeto a la fisiología (Odent 2011; Uvnäs-Möeberg 2015; Calais y Vives 2013; Olza 2013). Se busca la creación de un entorno íntimo que favorezca la producción hormonal; se procura la movilidad como recurso para ampliar los diámetros de la pelvis; se emplea la estimulación de quimio, termo y mecano receptores como medida para el manejo del dolor; se reconoce la importancia del amor como fuente de

oxitocina que permite resolver “distocias”, se cambia el criterio del combate a las bacterias por el de siembra para la consolidación de un microbioma saludable.

La medicina humanizada comprende la incorporación a la práctica de saberes alternos; opera de este modo una desconcentración del saber-poder de la figura médica. Se reconoce que diferentes saberes pueden emplearse para procurar el curso saludable del evento del nacimiento, entre los que ocupa un lugar protagónico el propio saber de la mujer de parto; se destierra así del centro de la escena al personal de salud.

Cuando se desnuda al evento del parto de la simbología asociada con el riesgo, la humanidad de los actores que participan del evento queda expuesta. En este giro la mujer deja de ocupar el lugar de “paciente” y quien la atiende renuncia a la exclusividad en la posesión del saber, lo cual posibilita el establecimiento de un lazo: “La primera vez que vi un parto en agua lloré y fui a preguntarle a mi mamá cómo había sido mi nacimiento”, cuenta una médica residente que hasta ese momento de su formación solo había visto atender nacimientos convencionales (Comunicación personal, 15 de julio, 2014). Una enfermera relata: “Algo que de verdad lo tengo así muy, muy, muy grabado fue la primera vez que vi a una chica que le pasaron a su bebé, y pude entender esa expresión que todo mundo dice del amor a primera vista. Porque de verdad es un amor, una mirada, o sea, no hallo palabras” (Comunicación personal, 15 de julio, 2015).

La humanización en la atención del nacimiento comprende la humanización de la figura del profesional de la salud, y solo es posible que los profesionales cuestionen la atención serializada a la que la institucionalización los conduce, cuando logran vincularse con sus “pacientes” en tanto sujetos: “Cuando pierdes tú esa visión de que es una persona, un niño, tienen sentimientos, y no te emociona el verlo, se pierde todo. Porque entonces te estás volviendo en una máquina que simplemente trabajas a destajo: uno, otro, otro y otro. Y no hay esa vinculación con las personas; son personas” (Guadalupe Hernández, comunicación personal, 19 de agosto, 2015).

El punto de quiebre en la trayectoria, el que conduce a cambiar de rumbo está necesariamente asociado con la puesta en escena de la humanidad propia y el reconocimiento de la humanidad en la persona a la que se atiende. Dicho giro con frecuencia se opera mediante la presencia de un otro que convoca la condición de

sujeto de los actores; es por ello recurrente, en los relatos de personal de salud, la referencia a la presencia de un personaje externo a la estructura biomédica como una doula o una educadora perinatal, que pareciera ser clave para que el cambio de posicionamiento ocurra. Se trata de un sujeto que rompe la estructura al introducir en ella el factor humano que parecía haber quedado expulsado del dispositivo.

La puesta en escena de la humanidad no depende tan solo de la voluntad de las personas involucradas; para que ello ocurra se requiere de condiciones de posibilidad. La humanización de profesionales de la salud comprende el reconocimiento de que necesitan dormir, comer, tener horarios razonables de trabajo, un sueldo digno, un trato respetuoso por parte de sus superiores. Las guardias de 24 horas o más se asocian con un mayor índice de errores médicos y conducen al ejercicio de una medicina desvinculada y poco eficiente; a pesar de ello se trata de una práctica que se acepta e incluso se promueve en los hospitales. El personal se duerme porque necesita dormir, y el sistema le impide hacerlo. Acepta cubrir turnos en diferentes instituciones porque el sueldo no le alcanza y el sistema habilita esa posibilidad. Los sujetos no actúan libre y aisladamente, sino en el marco de estructuras que construyen determinadas áreas de posibilidad.

Ibone Olza (2013), psiquiatra española dedicada a estudiar la salud mental perinatal, aborda el fenómeno del *burn out* que aqueja a profesionales de la salud. Su trabajo pone sobre la mesa el hecho de que las prácticas institucionales y el ejercicio cotidiano de la violencia insensibiliza, obstaculizando la posibilidad del personal de establecer vínculos con las personas a las que atiende.

La relación con la palabra: el uso estratégico del significante de riesgo

Las palabras no se usan solo para dar cuenta de la realidad, se las emplea también para intervenir sobre ella, para moldearla; se recurre a la palabra para producir verdad. Se la utiliza, desde los puestos de mando, para convalidar una serie de prácticas y desautorizar otras, aprovechando la posición de poder que el rango jerárquico confiere.

La biomedicina, desde su posición de saber hegemónico, le llama “producto” al bebé, “expulsión” al nacimiento, “canal de parto” a la vagina, “paciente” a la mujer. Los nombres que emplea para describir el proceso dan cuenta del carácter desvinculante que se encuentra en la médula de su saber; la atención del nacimiento entendida como “la expulsión de un producto a través del canal de una paciente” poco o nada reconoce del orden subjetivo de la experiencia.

El personal de salud “pancea” a las mujeres en trabajo de parto, cuando las observa por un rato con la mano colocada sobre su vientre para determinar la frecuencia de sus contracciones; realiza “control” prenatal para vigilar que el embarazo transcurra de forma saludable, y “reaniman” a los bebés al nacer como si se diera por sentado que llegan al mundo muertos hasta que sus pediatras negocian para ellos la vida, por medio de su ciencia. Con frecuencia, en los modelos convencionales de atención se llama “mamitas” a las mujeres en trabajo de parto, con lo que se pretende fijar su identidad a la condición de madres, pero a una en particular en la que la aplicación del diminutivo consume la infantilización y el desempoderamiento a los que el dispositivo aspira. En las instituciones de salud se espera que la mujer “coopere” con el personal para poderle “atender el parto” de manera correcta. Cuando la “paciente” da “camazo”, es decir cuando tiene a su bebé en el área de labor sin hacer uso del aparataje médico previsto para la ocasión, en la sala de expulsión, la persona responsable recibe un “castigo”. El hecho de que un bebé simplemente “se salga” del cuerpo de su madre pareciera ser una amenaza a la estructura, ya que pone en tela de juicio la utilidad de toda la batería de recursos de los que la medicina se vale para la atención de los nacimientos.

Las palabras propias de la medicina ejercen un poder enorme; construyen realidades, dictan sentencias, fijan destinos. El personal de salud, al hacer uso de ellas, no siempre tiene plena conciencia del efecto que sus palabras causan. En su tercer embarazo, por ejemplo, Carolina recibe la siguiente sentencia: “En el primer ultrasonido aparecen dos gotitas y me marcaron: huevo muerto retenido; pues eso a mí me impactó mucho y sí lloré mucho porque era otro bebé y se murió. Sí sientes ese dolor, aunque ya no se desarrolló, dices ¡híjole!, se me murió (Carolina, comunicación personal, 11 de julio, 2015).

La palabra da cuenta de concepciones acerca de la realidad que nombra, pero no solo eso, sino que la moldea a partir de dichas concepciones. El cuerpo,

aun en su dimensión más fisiológica, es inseparable del lenguaje. Sus tendones, músculos y ligamentos están entretejidos con memorias, nombres, historias. Las palabras enunciadas logran tener un impacto en la corporalidad; múltiples relatos dan cuenta del trenzado invisible que anuda el orden fisiológico con el mundo de los significantes⁵ que lo activan o lo detienen.

Las palabras que se dicen durante el parto tienen un efecto directo en el funcionamiento del cuerpo, que es un nudo de funciones fisiológicas y significantes. Sin duda pueden también favorecer u obstaculizar el progreso del parto aspectos fisiológicos como la posición del bebé o los diámetros de la pelvis, pero no son el único factor que interviene en el accionar del cuerpo. Cuando a una mujer, durante el trabajo de parto, se le dice que hay “sufrimiento fetal”, acepta sin ofrecer resistencia cualquier práctica que se le proponga, por invasiva que resulte. Las mujeres a las que un médico les anuncia que su pelvis es estrecha, aunque decidan intentar un parto, tendrán que lidiar con el fantasma de ser inadecuadas. Por su parte, a las que se les advierte sobre una circular de cordón, la calcificación de la placenta o un bajo volumen de líquido amniótico dudarán acerca del bienestar de sus hijos a lo largo del proceso. Las palabras que provienen de la medicina provocan un fuerte impacto en los sujetos ya que se les atribuye un valor diagnóstico.

La palabra médica no convoca al diálogo, se la pronuncia desde un lugar de autoridad y al enunciarse adquiere estatus de verdad, como ocurre con la sentencia que dicta un juez o la absolución de un cura. El diagnóstico en la medicina dominante opera como un ente abstracto que se materializa a partir de la palabra profesional y cobra la forma de una condición a la que se espera que cualquier “paciente” se someta. Rara vez se contempla la posibilidad del intercambio de puntos de vista entre profesionales y “pacientes” puesto que se acuerda de manera tácita que el saber en este vínculo se encuentra en radical desequilibrio. Quien se coloca

⁵ Se retoma la concepción lacaniana del significante, pieza que cobra sentido al inscribirse en el orden simbólico, que es aquel que integra al sujeto a la cultura a partir del lenguaje. Un significante puede ser una palabra, un objeto, un síntoma; siempre que apunte a significar algo para un otro. El significante no es algo fijo y rígido, no está ligado de manera irremediable con un significado específico, puede cambiar continuamente de significado, pero lo que lo caracteriza es la intención de significar. Da cuenta de la vinculación de los sujetos a partir del lenguaje.

en posición de “paciente” acude a la medicina para que le diga la verdad sobre sí que desconoce, y es por ello que la palabra médica, cuando es enunciada desde la plataforma de la medicina dominante, funciona como una pieza desvinculante; construye una vía unidireccional en la que al ser “paciente” solo se puede pedir, mientras al ser profesional solo se puede dar, y lo que se da es un saber que adquiere estatus de verdad.

El significante “riesgo” resulta clave para comprender la práctica médica. Se trata de un articulador del discurso biomédico en el que merece la pena detenerse pues sobre él descansa la justificación de la intervención sobre el cuerpo de los sujetos. Natella (2012, 16) advierte que cuando se convierte a “los riesgos naturales de la vida en *factores de riesgo*” el resultado es una medicalización cada vez más potente de los procesos vitales.

Para vigilar la saludable progresión del embarazo y el parto, la biomedicina convoca a la palabra de la ciencia mediante la aplicación de una serie de recursos que le permiten cuantificar indicadores diversos: el nivel de azúcar en sangre, la presión arterial, las semanas de gestación, la edad materna, la intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas una vez que ha iniciado el trabajo de parto, la progresión de la dilatación cervical, el descenso de la cabeza del feto en relación con las espinas de la pelvis, la posición del bebé en el útero. Cuando el cuerpo no se ajusta a la norma que se ha establecido como “saludable” se califica al embarazo o al parto como “de alto riesgo”.

Las mujeres suelen inclinarse por una atención biomédica de sus embarazos y partos, buscan reducir los riesgos que se relacionan con el evento y los médicos tienden a usar los recursos a su alcance, sobre todo, para escapar al riesgo de complicaciones. Paradójicamente, como se ha explicado ya, la hipermedicalización a la que conduce esta política podría terminar por incrementar los riesgos en lugar de reducirlos.

Podríamos estar de acuerdo en que detectar factores de riesgo para evitar complicaciones durante un embarazo o parto es una buena idea; el problema radica en el hecho de que la categoría de riesgo es flexible, de manera que se ajusta a los criterios de cada proveedor de salud. El modelo de atención del parto con el que se asista cada nacimiento estará supeditado a la clasificación nebulosa que separa los embarazos entre aquellos que se consideran de alto o bajo riesgo. La

ssa (2009, 51) define que un embarazo de alto riesgo es “aquel en que se tiene la certeza o la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y del producto, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario”. Se trata, por decir lo menos, de una clasificación vaga; si partimos de ella, la pobreza en sí misma coloca a la mujer en condición de “paciente de alto riesgo”, con lo que quedaría de forma automática justificada cualquier clase de intervención entre las mujeres con economía precaria.

La medicina clasifica a un número de casos cada vez mayor como “embarazos de alto riesgo”, tal como lo reporta Berrío (2013) en su experiencia etnográfica con comunidades indígenas de la Costa Chica de Guerrero. La noción de riesgo aparece como justificación para la práctica de intervenciones, por lo que ha sido pieza clave en la hipermedicalización del nacimiento. Al personal de salud se le encomienda la identificación de factores de riesgo para evitar potenciales complicaciones, de forma que un factor de riesgo que pasa inadvertido o que no se atiende con oportunidad podría poner en entredicho la pericia del personal, lo que ha conducido a una suerte de medicalización preventiva en aras de evadir no solo riesgos sino posibles imputaciones. Una enfermera comenta que, al practicar cesáreas injustificadas, el personal se defiende con el siguiente argumento: “Mira, más vale esto, de que tenga ella el problema a que lo tenga yo” (Comunicación personal, 19 de agosto, 2015).

El significativo riesgo produce un doble efecto: conduce a la hiperreactividad por parte del personal de salud que lo interpreta como un llamado a la intervención, a la vez que provoca una hiperpasividad por parte de la “paciente” que entrega su cuerpo sin objeción alguna, apelando a la capacidad que la medicina ostenta de enfrentar y vencer a la muerte. Esta particularidad de su efecto sobre las personas hace que en algunos casos se lo emplee incluso como una estrategia para empujar a las mujeres a aceptar intervenciones que no aprobarían de otra manera.

Las pruebas de detección, diagnóstico y su papel en la construcción de la noción de riesgo son un importante aspecto a considerar. Smith-Morris (2010) plantea que se trata de instrumentos que pueden emplearse para crear un estado al que el autor denomina “preenfermedad”. Las pruebas diagnósticas llevan a adoptar la identidad de “enfermas potenciales” a mujeres sanas a las que se les detectan,

gracias a los avances en diagnóstico mediante ecografía, condiciones tales como pelvis inadecuada, circular de cordón, reducción en el volumen de líquido amniótico, placenta calcificada. En todos estos casos la línea que se traza entre salud y enfermedad es vaga y varía en función del criterio de la persona que interprete los resultados del estudio.

La identidad de enferma potencial que la mujer adopta ante esta clase de diagnóstico la conduce a desconfiar de las capacidades de su cuerpo y a experimentar el embarazo y el parto como condiciones de riesgo. Ello, sin duda, impacta en su vinculación con el proceso y la convoca a colocarse en manos expertas y a aceptar las decisiones que se tomen para garantizar su bienestar y el de su bebé.

La idea misma de que por medio de una prueba diagnóstica se pueda detectar una disfunción asintomática de la que la “paciente” jamás habría podido percatarse, opera un giro en la percepción, lo que convierte al cuerpo propio en algo ajeno y conduce a desconfiar del saber de sí. Las pruebas diagnósticas permiten establecer condiciones que se desvían de la media; determinar que estas constituyen un riesgo potencial para quien las presenta es dar un paso un poco más delicado. Toda una batería de desviaciones que justifican la intervención ha sido tipificada a partir del uso del ecógrafo como herramienta diagnóstica: colmen de líquido amniótico, circulares de cordón, calcificación de placenta.

Los resultados de las pruebas diagnósticas requieren ser interpretados, pero se presentan como si se tratara de indicadores de riesgo incuestionables, a través de los que habla la voz de la tecnología. La frontera que se traza entre salud y enfermedad por medio de ellos está marcada por criterios que no son uniformes en la disciplina. Un rango que escapa a la media con frecuencia se entiende como una condición de enfermedad o “preenfermedad”, lo que genera un elevado nivel de ansiedad, que puede comprender un impacto negativo en la salud de una mujer sana.

En efecto, existen lineamientos para la interpretación de las pruebas diagnósticas y en tanto se los emplea de manera rigurosa esta clase de recursos puede permitir detectar factores de riesgo que, atendidos con oportunidad, reducen el índice de emergencias y complicaciones. Por otra parte, diferenciar los embarazos de alto riesgo de aquellos que no lo son representa un importante avance hacia la regulación del uso de los recursos médicos en los embarazos y partos saludables. Promover una terapéutica diferencial diseñada en función de las particularidades

de cada caso clínico es una vía eficiente para evitar que la mayoría de estos eventos tengan que cursar por la vía de la atención que corresponde a las complicaciones. Así pues, los análisis diagnósticos tienen sin duda utilidad siempre que se los aborde con cautela, de manera que no se los convierta en el detonador que conduzca a la proliferación de “pacientes en riesgo potencial”, condenadas a vivir procesos reproductivos regidos por la angustia.

En la sociedad actual el concepto de riesgo justifica el ejercicio desbordado de un poder al que se faculta para desconocer las necesidades o preferencias de los sujetos, en aras de salvarlos de aquello que los amenaza. La biomedicina no es una institución coercitiva destinada a ejecutar el sometimiento de la sexualidad de las mujeres; al estar inscrita en un colectivo, la institución médica reproduce las modalidades de sometimiento que la sociedad de la que es parte legítima y es precisamente esto lo que ocurre en relación con el uso que se le da a la noción de riesgo.

Existen, en efecto, condiciones que la medicina es capaz de detectar y atender para reducir los riesgos. Resulta fundamental, cuando se aborda el aspecto del riesgo en el ámbito de la medicina, desentramar con cuidado en la práctica y en el discurso médicos, los saberes provenientes del orden social que apuntan a la reproducción de dinámicas de sometimiento y aquellas que se inscriben en el ámbito de la MBE.

A la par de la palabra diagnóstica, otras circulan fuera del canal unidireccional que propone la medicina dominante, trazando rutas alternas de intercambio. El lenguaje se pone cotidianamente en escena en las instituciones, no solo como herramienta de sometimiento, sino también como estrategia de resistencia en tanto materialización de la condición de sujeto de los actores y su potencialidad para intervenir la realidad. La palabra capaz de construir diálogo posibilita que los vínculos se establezcan consolidando el entramado de relaciones que parasitan la estructura institucional y la hacen porosa.

Esta clase de palabra vinculante permite a las mujeres hacer uso de su cuota de poder para matizar la verticalidad de los vínculos que el dispositivo institucional propone. Como lo apunta Foucault (1975), el sujeto es un ente activo inmerso en una red de relaciones de poder cambiantes e inestables; para que la relación de poder exista, todos los involucrados deben contar con cierto grado de libertad que les permita resistir ante el intento de dominación de su contraparte. Toda

palabra que se enuncia con la finalidad de establecer un lazo, es una manifestación de resistencia. Las mujeres que ponen en juego su palabra suelen recibir un trato diferente al resto, que no siempre es más considerado, pero sí individualizado. No resulta sencillo reducir a una mujer que habla a su número de expediente, con la violencia que dicho borramiento comprende.

Sutura de un vínculo roto

Toda práctica médica que no tenga por objeto el cuidado de la salud y produzca mayor perjuicio que beneficio es violenta. En el ámbito médico, a la par del cuidado, se practican cotidianamente diferentes formas de violencia explícita y velada sobre los cuerpos de las mujeres. Sin embargo, debido a los discursos dominantes que apuntan a fijar las asimetrías de poder, pasan en su mayor parte inadvertidas incluso para las mujeres sobre las cuales se ejecutan.

La violencia obstétrica no es otra cosa que una modalidad más de violencia de género pues parte de la premisa de que la mujer es un objeto del que resulta legítimo disponer, lo que legitima una serie de prácticas de atención de la vida reproductiva que están orientadas por criterios diferentes al cuidado de la salud. Naciones Unidas reconoció como violencia de género, e incluso como modalidad de tortura, a algunas de las prácticas habituales en los servicios de atención del parto en centros de salud. En el informe publicado en 2019 por la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović señala como violencia obstétrica las prácticas como: la esterilización forzada, el aborto forzado, las cesáreas injustificadas, las episiotomías innecesarias realizadas sin consentimiento y, en ocasiones, incluso sin anestesia, el abuso en el uso de oxitocina sintética, la presión manual del fondo uterino, los legrados practicados sin hacer uso de anestesia, las agresiones verbales y la limitación de la autonomía de las mujeres a las que no se permite participar de las decisiones que se toman sobre sus cuerpos ni elegir siquiera la posición en la que prefieren dar a luz (Šimonović 2019).

Podría argumentarse que en el caso de la atención obstétrica resulta difícil hablar de violencia de género porque la especialidad da servicio solo a mujeres,

y no podría concluirse de manera categórica que son maltratadas a causa de su género o que serían atendidas de modo diferente de ser varones. Las campañas de esterilización forzada, sin embargo, se dirigen mayormente a la población femenina y, aunque en todas las profesiones médicas los pasantes aprendan sobre el cuerpo de sus “pacientes”, no existe otra especialidad aparte de la obstetricia, en la que se acepte con naturalidad la práctica de procedimientos quirúrgicos innecesarios como estrategia de entrenamiento de los alumnos.

Las asimetrías en la distribución del poder en nuestra sociedad llevan a que, como lo señala Butler (2002), algunos cuerpos tengan más valor que otros. La violencia obstétrica da cuenta de la asimetría entre los géneros propia de una cultura en la que las mujeres tienen un lugar subordinado respecto de los varones. Los cuerpos femeninos pueden ser esterilizados en respuesta a acuerdos internacionales o intervenidos quirúrgicamente para agilizar el funcionamiento del sistema de salud o para beneficiar a la industria farmacéutica. La concepción del cuerpo de las mujeres como un objeto del que se puede disponer adquiere diferentes matices según el perfil de las personas a las que atiende el sistema. Cobra la forma de abandono o violencia explícita entre las mujeres que suman al género factores de marginación social, como la pobreza o la etnicidad, mientras se orienta a la hipermedicalización (violencia velada) entre los grupos privilegiados de la población.

En la trayectoria reproductiva de las mujeres se reproducen las relaciones de desigualdad y conflicto que regulan los intercambios en el resto de las esferas de la vida colectiva. Las prácticas de sometimiento que se ejecutan en este ámbito revelan los desequilibrios que subyacen a las relaciones de los colectivos. Variables macrosociales: las políticas, económicas e ideológicas, moldean de forma subterránea los intercambios entre sujetos, lo que habilita el ejercicio de la violencia hacia determinados colectivos cuya identidad los coloca en situación de marginalidad. La asimetría se profundiza en los casos de mujeres que encarnan una intersección de diferentes categorías sociales sujetas a discriminación —rasgos raciales, clase, orientación sexual, etnia, edad— lo que las sitúa en condición de vulnerabilidad, tal como lo señala la teoría de la interseccionalidad (Viveros, 2016).

En las sociedades en las que la polarización caracteriza a la distribución de los recursos, el sistema de atención de la salud se polariza también; esto lleva a

hipermedicalizar algunos nacimientos y abandonar otros. Ambas vías son violentas pues parten del desconocimiento de la mujer como sujeto de derecho que merece ser atendida con procedimientos de eficacia probada, reconociendo su protagonismo y preferencias en la escena del parto. La violencia manifiesta de la que dan cuenta las escenas en las que profesionales de la salud pueden decirle a una mujer de parto: “eres una delincuente” o “a mí me vale con quién cojas, pero mejor te opero para que no andes tirando niños” —porque en la historia clínica quedó plasmado el hecho de que se había practicado tres abortos antes de este nacimiento (Mónica González Velasco, comunicación personal, diciembre de 2017)— no hacen otra cosa que descorrer el velo de una realidad de discriminación que subyace a los diferentes paradigmas de atención. Mientras en las poblaciones marginales prima la desatención y el abandono, en zonas urbanas y sectores privilegiados la atención responde al paradigma de abuso en el uso de recursos médicos.

Las prácticas rutinarias estandarizadas de procesamiento de los cuerpos, que se ejecutan al interior de las instituciones de salud, permiten poner entre paréntesis la humanidad de las personas a las que se atiende y con ello operar un borramiento de su carácter de sujetos. El sistema tiende a limitar la posibilidad de que se establezcan lazos entre el personal y las “pacientes” al apostar por reducir la interacción al ámbito mecánico de la realización de una tarea. El problema radica en que al quedar velada la condición de sujeto de la parturienta, al limitarla a su dimensión orgánica, se pauta la interacción a partir de un criterio de productividad que favorece la circulación libre de la violencia.

El personal de salud se forma en un dispositivo “desvinculante” en el que el entrenamiento se dirige a tomar distancia emocional de las personas a las que se atiende (Castro 2014). Los estudiantes de medicina inician su acercamiento a la anatomía al trabajar con cuerpos mutilados, trozos de personas de los que deben distanciarse para evitar la ominosa experiencia de una posible identificación (Canevari 2011). Esto permite entender que el borramiento de la condición de sujeto de aquel al que se atiende está en la médula misma de la formación médica. Pero el hecho de que la desvinculación no opere de la misma manera en diferentes ramas de la medicina conduce a pensar que el contacto con el sujeto a tratar, al que

obligan las especialidades clínicas, funciona como una suerte de antídoto para la desvinculación.

Existe una relación inversamente proporcional entre violencia y vinculación; a menor vinculación, mayores probabilidades existen de que la violencia se ejerza sin aparente obstáculo. Ello no quiere decir que la ruptura del vínculo personal sea la causa de que la violencia se ejecute; la raigambre es mucho más profunda y responde a principios de discriminación por género, clase, etnicidad. Pero lo que sí puede observarse al comparar los diferentes modelos de atención del parto es que mientras la medicina hegemónica responde a un principio desvinculante que facilita el ejercicio de la violencia, la medicina humanizada comprende una serie de estrategias vinculantes que lo obstaculizan: plantea espacialidades, temporalidades y una modalidad de uso de la palabra que apuestan por producir vinculación.

A modo de cierre

El reconocimiento de los actores como sujetos y el restablecimiento de los vínculos rotos que propone el modelo humanizado no resuelven el problema de fondo de la violencia de género, que cobra la forma de violencia obstétrica, ni depuran a la biomedicina de los intereses de los grupos dominantes que parasitan su estructura. Las estrategias vinculantes son un intento por tejer la red social que sostiene al sujeto en el colectivo, la que lo vincula con los pares y con los diferentes, partiendo de la premisa de que ello por sí mismo permite poner freno al ejercicio descarnado de la violencia al colocar los intercambios en el ámbito de la ciudadanía.

Para resolver el problema de la violencia obstétrica no bastan los modelos en los que se describe una serie de lineamientos de atención, no basta con concientizar a las mujeres acerca de la importancia de defender su derecho a parir con dignidad, no es suficiente sensibilizar al personal de salud; tampoco se soluciona solo con tejer redes, pero este es un paso que ha demostrado tener efecto para restituir la condición de sujeto a los actores y contener así el ejercicio de una violencia que, de otra forma, circula sin obstáculo al interior de las instituciones.

La violencia dentro de las instituciones de salud no cursa una sola vía. El personal de salud ejerce violencia sobre las mujeres a las que atiende porque a su vez es objeto de una violencia ejercida de forma sistemática sobre él en una estructura autoritaria que opera mediante castigos, jornadas de trabajo excesivamente largas y rígidos rangos. Hay que tener cuidado cuando se estudia la violencia porque, como Žižek (2009, 12) advierte: “El horror sobrecogedor de los actos violentos y la empatía con las víctimas funcionan sin excepción como señuelo que nos impide pensar”. En tanto señalemos al personal de salud como perpetrador del acto violento, no como pieza de un mecanismo complejo, la reflexión en torno al tema resultará estéril. “Los médicos se infartan cinco años antes que el resto de la población, se divorcian nueve veces más y tienen una tasa mucho más alta de suicidios” (Bordelois 2009, 15).

No puede pensarse en la violencia obstétrica como producto de la mala voluntad de un puñado de profesionales; es resultado de prejuicios sociales, intereses político-económicos, condicionamientos institucionales, mandatos profesionales, relaciones jerárquicas y autoritarias. Se trata de un problema complejo y estructural, por lo que no puede suponerse que las estrategias vinculantes solucionarán mágicamente el asunto ni puede confiarse en la buena voluntad de un grupo reducido de personas bien dispuestas para salir del problema. Es necesario que haya condiciones de posibilidad para que un modelo humanizado se instaure y la vinculación entre los sujetos opere.

El modelo hegemónico de atención resulta cómodo para las estructuras establecidas porque apunta a fijar las asimetrías que permiten reproducir los patrones de sometimiento convenientes a los grupos dominantes. Por su parte, el modelo humanizado que propone una mayor horizontalidad en las relaciones y el reconocimiento de la capacidad de agencia de las partes involucradas, puede resultar amenazante para la estructura.

Referencias bibliográficas

Behruz, Roksana. 2011. “What are the Components of Humanized Childbirth in a Highly Specialized Hospital? An Organizational Case Study”. Tesis de

- doctorado. Université de Montreal, Montreal. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/5391>.
- Belli, Laura. 2013. "La violencia obstétrica, otra forma de violación de los derechos humanos", *Redbioética* 1(7): 25-34. <http://hdl.handle.net/11336/12868>.
- Berrio Palomo, Lina. 2013. "Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en la Costa Chica de Guerrero". Tesis de doctorado. Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, México. cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/TESIS/1_D153.pdf.
- Birrun Garrido, Ainoa y Josefina Goberna. 2013. "La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*, 14 2): 62-66. diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/49091/1/631224.pdf.
- Bordelois, Ivonne. 2009. *A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.
- Butler, Judith. 2002. *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Calais-Germain, Blandine y Nuria Vives. 2013. *Parir en movimiento*. Barcelona: La Liebre de Marzo.
- Canales, Manuel y Anselmo Peinado. 1995 "Grupos de Discusión". En *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, coordinado por José Manuel Delgado y Juan Gutiérrez Fernández, 287-316. Madrid: Editorial Síntesis Sociológica.
- Canevari Bledel, Cecilia. 2011. *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Argentina: Barco Edita.
- Castro, Roberto. 2004. *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*. Cuernavaca: CRIM-UNAM.
- Castro, Roberto. 2014 "Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México". *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2): 167-197. www.scielo.org.mx/pdf/rms/v76n2/v76n2a1.pdf.
- Davis-Floyd, Robbie. 2001. "The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(S1): S5-S23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11742639/>.

- Díaz Tello, Farah y Lynn Paltrow. 2010. "Birth Justice as a Reproductive Justice" (working paper). National Advocates for Pregnant Women. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3695078.
- Diniz, Carmen Simone Grilo. 2005. "Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de un movimento". *Ciencias & Saúde Coletiva*, 10(3): 627-637. <https://www.scielosp.org/article/csc/2005.v10n3/627-637>.
- Esteban, Mari Luz. 2013. *Antropología del cuerpo*. Barcelona: Ediciones Bellaterra.
- Foucault, Michel. 1975. *Vigilar y castigar*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- García, Guadalupe. 2013. "Rutinas médicas y estandarización: Reflexiones etnográficas sobre la institucionalización de la prevención de la transmisión madre-hijo del VIH en un centro obstétrico del sur de la ciudad de Buenos Aires". *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 37: 85-108. www.sidastudi.org/resources/inmagine/DD19156.pdf.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). 2013. "Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México". <http://informe.gire.org.mx/libro.html>.
- Harrison, Margaret, Kaysi Eastlick Kushner, Karen Benzies, Gwen Rempel y Cathy Kimak. 2003. "Women's Satisfaction with their Involvement in Health Care Decisions During a High- Risk Pregnancy". *Birth Issues in Perinatal Care*, 3(2): 109-115. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1523-536X.2003.00229.x>.
- Herrera, Mario. 2003. "Mortalidad materna en el mundo". *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 68(6): 536-543. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000600015>.
- Lazcano Ponce, Eduardo, Raffaella Schiavon, Patricia Uribe-Zúñiga, Dilys Walker, Leticia Suárez-López, Rufino Luna-Gordillo y Alfredo Ulloa-Aguirre. 2013. "Cobertura de atención del parto en México. Su interpretación en el contexto de la mortalidad materna" *Salud Pública* 55(2): 214-224. <https://scielosp.org/pdf/spm/2013.v55suppl2/S214-S224/es>.
- Menéndez, Eduardo. 1988. "Modelo médico hegemónico y atención primaria". Ponencia en Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril -7 de mayo. Buenos Aires. <https://www.psi.uba.ar/academica/carre>

- rasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf.
- Menéndez, Eduardo. 2005. "Características del modelo médico hegemónico". *Salud Colectiva* 1(1). <https://grasalud.blogspot.com/2013/09/caracteristicas-del-modelo-medico.html>.
- Menéndez, Eduardo. 2009. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Misago, Chizuru, C. Kendall, P. Freitas, K. Haneda, D. Silveira, D. Onuki, T. Mori, T. Sadamori y T. Umenai. 2001. "From 'Culture of Dehumanization of Childbirth' to 'Childbirth as a Transformative Experience': Changes in Five Municipalities in North-east Brazil". *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(S1): S67-S72. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00511-2](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00511-2).
- Natella, Graciela. 2012. "La creciente medicalización contemporánea. Prácticas que la sostienen, prácticas que la resisten en el campo de la salud mental". En *Medicalización y sociedad*, coordinado por Adrián Cannellotto y Edwin Luchtemberg, 7-48. San Martín: Universidad Nacional de General San Martín. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2020/10/oad_2008._medicalizacion_y_sociedad_lecturas_criticas_sobre_un_fenomeno_en_expansion.pdf.
- Observatorio de Mortalidad Materna en México (OMM). 2014. "Numeralia 2014. Mortalidad materna en México". *Observatorio de Mortalidad Materna en México*. https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Numeralia_2014.pdf.
- Odent, Michel. 2011. *El nacimiento en la era del plástico*. Buenos Aires: Creavida.
- Olcese, J., S. Lozier y C. Paradise. 2012. "Melatonin and the Circadian Timing of Human Parturition". *Reproductive Sciences, SAGE Journals*, núm 20: 168-174. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1933719112442244>.
- Olza, Ibone. 2013. "PTSD and Obstetric Violence". *Midwifery Today*, núm 105: 48-9, 68. <https://afar.info/biblio/private/2699.pdf>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2019. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva.

- <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>.
- Pozzio, María Raquel. 2016. "La gineco-obstetricia en México: entre el 'parto humanizado' y la violencia obstetrica". *Revista Estudios Feministas* 24 (1). http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2016000100101.
- Roland Schwartz, Michele. 2007. "Birthing Experience: Feminism, Symbolic Interaction and Redefining Birth". Tesis de doctorado. Oregon State University, Oregon.
- Secretaría de Salud (ssa). 2009. *Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo*. Cenetec; Secretaría de Salud. <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/028GER.pdf>.
- Šimonović, Dubravka. 2019. "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". *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias*. Organización de las Naciones Unidas. https://saludmental.perinatal.es/wp-content/uploads/2019/09/A_74_137-ES.pdf.
- Smith-Morris, Carolyn. 2010. "The Chronicity of Life, the Acuteness of Diagnosis". En *Chronic Conditions, Fluid States*, coordinado por Smith-Morris y Manderson, 21-37. Londres: Rutgers University Press.
- Uvnäs-Moberg, Kerstin. 2015. *Oxytocin. The Biological Guide to Motherhood*. Texas: Hale Publishing; Preclerus Press.
- Viveros Vigoya, Mara. 2016. "La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación". *Debate Feminista* 52: 1-17. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188947816300603>.
- Wagner, Marsden. 2001. "Fish Can't See Water: The Need to Humanize Birth". *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 74(S1): S25-S37. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11742640/>.
- Žižek, Slavoj. 2009. *Sobre la violencia: seis reflexiones marginales*. Buenos Aires: Paidós.

CUARTA PARTE
LEYES Y POLÍTICAS

8

La violencia obstétrica en el papel. Crítica a la política pública para la atención del embarazo, parto y puerperio en la Ciudad de México

Dolores Corral
Sylvia Sosa Fuentes

Introducción

Entre las múltiples modalidades en las que se expresa la violencia de género, a partir de la década de 1980, diversas investigaciones alrededor del mundo se han enfocado en visibilizar aquellos maltratos, humillaciones, actos discriminatorios y prácticas invasivas e innecesarias a las que se somete a millones de mujeres y personas gestantes al recibir atención durante el embarazo, parto y puerperio en las instituciones hospitalarias.

Mientras que desde la llamada corriente anglosajona, este tipo de conductas se han catalogado como “abuso” y “falta de respeto” durante la atención,¹ en América Latina se construyó el concepto de “violencia obstétrica” para enfatizar las causas estructurales de estas prácticas violentas ejercidas tanto por personal médico, como paramédico e incluso administrativo. Ello evidenció “la mayor falencia de los conceptos anglosajones para referirse al tema: el hecho de no abordarlo como un problema de género, lo cual sí fue eje central de los estudios latinoamericanos” (Sadler 2020, 13).

En México, un importante intento de medición estadística de este tipo de violencia se incluyó por primera vez en la edición 2016 de la *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares* (ENDIREH). De acuerdo con ella, la Ciudad de México ocupó el segundo lugar en el *ranking* de entidades del país en las que se cometen actos de violencia obstétrica, con casi 40% de mujeres y personas gestantes que manifestaron haberla padecido.

¹ En 2010, Bowser y Hill publicaron “la primera revisión sistemática sobre la falta de respeto y abuso en la atención institucional del parto” (Sadler 2020, 10).

En este trabajo se exponen los principales hallazgos derivados de una investigación documental sobre las formas en que se define a la violencia obstétrica en los instrumentos normativos y las herramientas de acción federales y locales vigentes a 2019, que conforman la política pública enfocada en regular la atención del embarazo, parto y puerperio en la Ciudad de México,² en diálogo con la perspectiva teórica de Pierre Bourdieu que permite comprender la dinámica interna del campo médico, así como sus relaciones con otros campos y, con ello, observar algunas formas de reproducción de la violencia obstétrica.

Si bien el análisis realizado se circunscribe a las normativas y a los programas pertenecientes al sector salud, no escapa a nuestra atención que el problema del ejercicio de la violencia obstétrica es mucho más complejo de lo que hemos podido abordar. Sabemos que en el futuro se requerirá hacer también un estudio profundo de lo que ocurre en otros sectores relacionados con el campo médico, aunque en particular sería relevante analizar el sector educativo mexicano, tanto en sus aspectos normativos como en las prácticas docentes cotidianas que se llevan a cabo en las escuelas de medicina y enfermería que educan a los profesionales de la salud y que reproducen continuamente los estereotipos de género y las prácticas autoritarias.

Esta investigación se realizó con el propósito de contribuir a la comprensión de la forma en la que se han concebido las causas y posibles soluciones relacionadas con el ejercicio de la violencia obstétrica. Lo anterior, con el fin de hacer aportes para mejorar el diseño de la política pública en la materia, que rige para los hospitales, clínicas y centros de salud que atienden a personas embarazadas en la Ciudad de México.

² Además, se analizaron dos recomendaciones emanadas de instancias de derechos humanos: una de carácter federal y otra dirigida a un caso específico de violencia obstétrica que tuvo lugar a nivel local; pero, por cuestiones de espacio, no pudieron incluirse en este capítulo. Véase Corral (2020, 83-103). Sobre ese mismo tema, existe un interesante análisis de Roberto Castro (2013), “Indicios y probanzas de un *habitus* médico autoritario. El caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva”.

Efectos de campo: la violencia obstétrica como reproducción de la *illusio* del campo médico

Es interesante, cuando se revisa el trabajo sociológico de Pierre Bourdieu, identificar la diversidad de temas sobre los cuales puso a dialogar a la tríada conceptual que le permitió plantear la lógica del estructuralismo genético: *habitus*, campo y capital. Aquí agregamos el concepto de espacio social, sin el cual dicha tríada pareciera no tener soporte; también consideramos el concepto de *illusio*, ya que sin él no es posible comprender del todo las acciones de las personas que actúan en un campo, en este caso el médico. Entre los temas que abordó Bourdieu, podemos encontrar discusiones en torno al arte (el campo literario, los museos, la fotografía), la economía, la religión, las relaciones de género, la ciencia e incluso la producción sociológica.

Sin embargo, al considerar el profundo interés que expresa la teoría bourdiana por la corporalidad como una dimensión fundamental de la comprensión de la vida social, notamos que Bourdieu atendió poco lo relativo a la salud. Entre las escasas referencias encontramos aquellas sobre las organizaciones profesionales de médicos abordadas en *Homo academicus* (2009), así como lo referente a la relación entre el cuerpo femenino y la ginecología en *La dominación masculina* (Bourdieu 2010, 29-30).³ La cita que aparece a continuación, extensa para un texto, es sintética en tanto condensa las observaciones del autor sobre el campo médico. En ella se problematizan tanto sus conceptos fundamentales, como las relaciones que se exploran en este capítulo respecto a la estrecha vinculación entre el campo médico y otros campos:

Habría que evocar asimismo aquello que opone a la investigación científica, libre pensamiento que no conoce otro límite que él mismo, no solamente a una disciplina normativa como el derecho sino incluso a ese arte científicamente garantizado que es la medicina, encargada de poner a la ciencia en la práctica,

³ Sobre los usos de Bourdieu respecto al análisis del ámbito de la salud en México, véase Castro (2011, 2014a, 2014b, 2016, 2017); Castro y Erviti (2003, 2015); Castro y Villanueva (2019); Castro y Frías (2020); Villanueva (2019).

y también de imponer un orden, el orden de los médicos, es decir una moralidad, un modo y un modelo de vida, como se lo ha visto a propósito del aborto, en nombre de una autoridad que no es solamente la de la ciencia, sino la de los “capacitados”, “notables” predispuestos por su posición y sus disposiciones a definir lo que es bueno y lo que está bien (es conocida la particular intensidad de la participación de los profesores de medicina en los organismos públicos, en las comisiones y, de manera más general, en la política, [...]) (Bourdieu 2009, 74).

Para Bourdieu los cuadrantes que forman el espacio social son los que representan la lógica de las luchas entre posiciones. Es en el espacio social donde se configuran *habitus*, capitales y campos.⁴ El *habitus* es historia incorporada, por lo tanto, depende de la trayectoria de las personas; en ese sentido se encuentra en íntima relación con su posición en el espacio social; así, produce esquemas que tienden a ser constantes y que permiten reaccionar ante las contingencias de un mundo por demás complejo. Dada su naturaleza, el *habitus* opera “más allá de la conciencia y del discurso, luego fuera de las influencias del examen y del control voluntario” (Bourdieu 2002, 477); justamente ese mecanismo de acción es el que lo vuelve tan eficaz. Sin embargo, es importante aclarar que el *habitus* no debe ser interpretado de forma mecánica, ya que “será a un tiempo posibilitador y determinante. Se presentará como un conjunto de elementos susceptibles de transformar aquello que los ha producido, al tiempo que permitirá actuar en un cierto espacio de los posibles” (Sosa 2016, 9).

Pensemos, por ejemplo, en lo que ocurre cuando una mujer en trabajo de parto es admitida en un hospital. Quienes la reciban activarán un conjunto de disposiciones vinculadas a su *habitus* profesional, que les permitirán aplicar toda una serie de procedimientos estandarizados, sin detenerse a reflexionar o cuestionarse sobre la pertinencia de cada uno. También aflorarán esquemas clasificatorios a la hora de dirigirse a las pacientes.

⁴ Como se ha mencionado, la obra completa de Bourdieu da cuenta de su tríada conceptual; sin embargo, quizá aquella donde es más enfático sobre su uso metodológico sea *Una invitación a la sociología reflexiva* (2012).

El ejemplo anterior nos lleva a la especificidad simbólica que configura los campos; en este sentido los campos se definen como: “una red de relaciones objetivas (de dominación o subordinación, de complementariedad o antagonismo, etc.) entre posiciones [...]” (Bourdieu 1997, 342). Esta lógica relacional permite comprender las razones que podrían conducir a los/as agentes a orientar su conducta de cierta forma desde determinada posición. Por ejemplo, la manera de conducirse de un/a médico/a residente del último año de la especialidad de ginecoobstetricia frente a sus superiores o bien ante una enfermera, estará en buena medida condicionada por las características de la propia estructura jerárquica.⁵

Las luchas entre las posiciones dentro de un campo están reguladas de dos formas: vía los capitales y vía la *illusio*. Los capitales son formas de objetivación que, de acuerdo con su evocación economicista, permiten acumular, intercambiar e invertir bienes simbólicos. Cuatro son las formas de capital: económico, social, cultural (en sus tres sentidos: incorporado, institucionalizado y objetivado) y simbólico; estas cuatro formas de capital se determinan entre sí y se pueden poner en juego de manera simultánea según la situación.

El capital simbólico es en particular importante, dado que se produce por el reconocimiento, en un campo o espacio social determinado, asociado a cualquiera de los otros tres capitales (económico, social y cultural) y “proporciona formas de dominación que implican la dependencia respecto a aquellos que permite dominar: en efecto, solo existe en y por medio de la estima, el reconocimiento, la fe, el crédito y la confianza de los demás, y solo puede perpetuarse mientras logra obtener la fe en su existencia” (Bourdieu 1999, 220).

En el caso de la ginecoobstetricia, algunos ejemplos de la relación entre el capital simbólico específico del campo y otros capitales, son: la importancia que reviste dominar cuestiones como el empleo de ciertas tecnologías (la realización de ultrasonidos, colposcopías y otros estudios) o la pericia en la práctica de técnicas quirúrgicas (como las cesáreas u otras cirugías), ambos casos de capital cultural incorporado; la procedencia escolar, capital cultural institucionalizado, o las relaciones sociales con profesionales bien posicionados en el campo, es decir,

⁵ Respecto a la relación entre posiciones en el campo médico, véase Castro y Erviti (2015).

capital social. Sobre el uso del capital social en el campo médico francés, Bourdieu (2009, 79-80) señala:

Es sabido que la existencia de grandes dinastías de juristas y de médicos, que suponen mucho más que una simple herencia profesional ligada a los efectos de la transmisión del capital cultural, no es en absoluto un mito. Pero, por otra parte, la elección del ‘patrocinante’ influyente nunca es tan determinante como en las carreras médicas [...].

El elemento que permite poner en juego los capitales, es decir, creer en la posibilidad de su uso, de su inversión, es la *illusio*, que describe la creencia en las reglas simbólicas de los campos. Sin la *illusio* no tendría sentido continuar con las luchas. Es la creencia en la estructura del campo, en su verticalidad y en la posibilidad de cambiar de posición, la que mantiene vivo al mercado simbólico de intercambio de los capitales.

La relación del campo médico con su capital simbólico, que privilegia valores como la dureza, la frialdad y el dominio técnico, enriquece el análisis al aportar mayor fuerza explicativa al fenómeno de la violencia obstétrica del que nos ocupamos en esta investigación, dado que al identificar las principales luchas que se libran, como, por ejemplo, el marcado interés que muestran los residentes en ginecoobstetricia por practicar técnicas quirúrgicas como las cesáreas, más que por atender partos eutócicos,⁶ se puede arribar a una comprensión más acabada sobre la génesis y reproducción de ciertas prácticas autoritarias, es decir, permite comprender la *illusio*.

En este sentido, Castro y Villanueva (2019) han planteado una definición de campo médico que, sin duda, nos permite comprender el sistema específico de relaciones que participan en delinear la práctica médica. Así, el campo médico es:

⁶ En una investigación anterior, se observaron estas prácticas diferenciadas entre residentes e internos de pregrado en las salas de labor y expulsión de un hospital público (Corral 2016, 87-89).

la red de relaciones objetivas estructuradas en torno a la regulación y conservación del monopolio de los conocimientos y prácticas profesionales legítimas para la preservación de la salud, la identificación y prevención de enfermedades, y su curación. Esta red abarca el conjunto de instituciones y agentes que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre sí relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de las prácticas de los profesionales de la salud. Así entendido, el campo médico está formado por las instituciones de salud, públicas y privadas, que prestan servicios directamente a la población; por los agentes que operan estas instituciones, principalmente el personal médico, de enfermería y paramédico, así como los profesores y estudiantes de las diversas especialidades médicas; por las escuelas de medicina y los centros de investigación que generan el conocimiento valorado como capital específico del campo, y por las asociaciones profesionales (por ejemplo, consejos de especialidades médicas) que certifican a los médicos especialistas (Castro y Villanueva 2019, 77).

Es inevitable notar que es imposible referirse al campo médico sin también hacer referencia al campo educativo. Es probable que todas las profesiones presenten este problema de autonomía relativa entre campos, entre aquel espacio donde se obtiene una parte de los capitales específicos del campo y aquel otro en el que continúan adquiriéndose y además se ejercen. Sin embargo, parece que la relación entre los campos médico y educativo es de una intimidad singular. Es en este marco donde conceptos como violencia simbólica, *habitus* médico autoritario y la relación entre los campos y sus instituciones se vuelven cruciales.

Respecto al ejercicio de la violencia obstétrica, el concepto violencia simbólica es en particular útil para comprender la forma en que se han naturalizado, en la relación médico/a-paciente, ciertas prácticas y discursos dirigidos a los cuerpos de las mujeres y personas gestantes. Así, este concepto articula la forma en que diferentes *habitus* puestos en relación en una lógica jerárquica, producen dominación y subordinación:

el ejercicio mismo del acto clínico implica una forma de violencia simbólica. Sistema de esquemas de percepción más o menos formalizados y codificados, que está más o menos completamente incorporado por los agentes médicos, la competencia clínica no puede funcionar en la práctica, es decir, aplicarse adecuadamente al caso particular [...], sino apoyándose en índices que le proporcionan los pacientes, índices corporales [...] e índices verbales [...] que, en su mayoría, deben ser *suscitados por la encuesta médica*. Pero ese trabajo de producción de los síntomas que conduce al diagnóstico (acertado o falso) se realiza, [...], en una relación social asimétrica en la que el experto está en posición de imponer sus propios presupuestos cognitivos [...] (Bourdieu 2009, 90).

Por otra parte, en relación con las causas que posibilitan el ejercicio de la violencia obstétrica, Castro muestra la forma como se constituye el *habitus* médico autoritario, el cual solo se explica en la reproducción de la violencia simbólica que se constituye en la vinculación entre los campos tanto educativo como médico. Para Castro (2011, 145), la educación que reciben los médicos funciona como “un aparato que juega un papel central en la génesis de un *habitus* profesional que, junto con el currículum oficial, desarrolla otro currículum paralelo basado en el disciplinamiento del cuerpo y en el cultivo de cierta imagen; en el castigo como forma de transmisión de los conocimientos; en la interiorización de las jerarquías y su posterior encarnación y defensa; y en la desigualdad de género”. Los siguientes testimonios brindan un claro ejemplo de este tipo de ejercicio de la violencia:

El doctor me decía “Mira, es que tú estás bonita, hija, la verdad, estás bonita, para que tengas tu familia. ¿Por qué no haces Oftalmología u Otorrinolaringología? Una de esas dos [especialidades], no te compliques la vida” (Diana, 26 años, médica general, Estado de México).

La desmotivación y exclusión intelectual de las alumnas puede hacerse mucho más agresiva cuando los médicos no las encuentran atractivas. En esos casos, el mensaje no suele estar mediado por el afecto, sino por groserías y maltrato, como muestra este relato:

En Cirugía había una chava que se quería derivar [subespecializarse] a Neurocirugía, y pues la chava no era muy agraciada; era feíta, pues. Cada que era el pase de visita le decían gremlin, “a ver gremlin, este paciente, ¿qué tiene?” Y la niña sabía, sí sabía, era buena estudiante, pero eso no evitaba que la humillaran, no evitaba que la hicieran menos por querer sobresalir [Ramón, 28 años, estudiante de medicina, Ciudad de México] (Villanueva 2019, 17).

El último hilo que nos permite comprender la forma en que se reproduce la violencia obstétrica observada desde la lógica bourdiana, es el relativo a las instituciones que conforman los campos. Respecto a este problema Bourdieu afirma:

Son las instituciones, las instituciones de defensa “corporativas”, de cooperación, y su funcionamiento, composición social y estructura organizativa (dirección, etcétera) deben ser entendid[a]s en función de la lógica de campo; también existen todas las formas organizativas que estructuran de manera duradera y permanente la práctica de los agentes y sus interacciones [...], y es preciso encontrar los medios de estudiar estas instituciones, aun sabiendo perfectamente que no contienen el principio de su propia comprensión y que, para entenderlas, es preciso entender la posición en el campo de los que las integran. [...] También convendrá observar que algunos encuentran en la pertenencia a esas instituciones y en la defensa de los intereses comunes unos recursos que las leyes de funcionamiento del campo [...] no les conceden; [...] (2003, 86).

Dos cuestiones resultan fundamentales respecto al problema de la relación entre el campo y sus instituciones: primero, que son estas las que fijan la lógica normativa de los campos y segundo, que esta última no se entiende por las instituciones, sino por su relación con el campo. Así, en el caso de la violencia obstétrica, ni la institución hospital ni la institución facultad, por poner un ejemplo, permiten comprender que lo que derive de ellas sea un *habitus* médico autoritario; es la relación de dichas instituciones con la especificidad del campo médico, lo que explica cómo participan de la lógica de reproducción de dicho *habitus*, así como de la legitimación simbólica de la violencia obstétrica.

Es la forma en que se fijaron las lógicas prácticas y simbólicas del campo en sus instituciones, la que afianza la noción de autonomía de este. Por ejemplo, en el campo médico, es muy común que los profesores de las escuelas de medicina sean también médicos en ejercicio profesional; así, una parte de su tiempo se dedica a la educación y otro a la atención de la salud. Esto que nos parece muy simple encarnado en una persona, se vuelve un genuino problema cuando se pasa de las personas a las instituciones. Ese paso resulta casi imposible, difícilmente se verá al director del hospital de ginecoobstetricia (representante institucional) como miembro del consejo académico de una facultad que vote por hacer modificaciones a sus planes y programas y, a la inversa, tampoco será común ver a un profesor de asignatura (representante institucional) de una facultad de medicina, entablar una discusión con el director del hospital de ginecoobstetricia sobre cómo administrar la práctica de las cesáreas. Lo anterior ilustra cómo una persona sí puede encarnar la lógica de dos campos diferentes, en un *habitus* plural, mientras que es improbable que las instituciones de un campo cuenten con dicha flexibilidad, pues su función es garantizar, en lo normativo, la lógica simbólica de los campos.⁷

El análisis que sobre las políticas públicas se presenta en este texto, expresa ambas cuestiones. Por un lado, se ve la forma en que se encuentran institucionalizadas las prácticas violentas y, por el otro, se enfatiza que el problema no solo depende del campo médico o del educativo, sino que para resolverse requiere de la misma flexibilidad que poseen las personas para transitar de la lógica de un campo a otro. Por lo tanto, es necesario flexibilizar a las instituciones para que adopten prácticas transversales a los campos que participan de un problema compartido, en este caso, el de la violencia obstétrica.

⁷ Esto permite comprender por qué resulta más viable crear instituciones híbridas que modificar lógicas institucionales. Ejemplos de esto se verán en las conclusiones de este trabajo.

Métodos

Asomo a la lógica institucional de los campos: marcos interpretativos para el análisis de políticas públicas

Bourdieu dejó abierta la puerta respecto a la forma de acercarse a la explicación de las dinámicas institucionales. Con base en esa apertura, en este trabajo se optó por indagar las normativas y los lineamientos operativos que rigen a la práctica médica. Para ello se echó mano de la metodología denominada *policy frame analysis*,⁸ también conocida como análisis de marcos interpretativos de políticas. En este sentido, dichos marcos están conformados por estructuras de creencias, percepciones, valores y apreciaciones acerca del sentido y la complejidad de una situación. Son maneras de abordar y comprender los múltiples componentes de una situación y de presentar propuestas para transformarla. Como señalan Bustelo y Lombardo (2006), un marco interpretativo de política es “un principio de organización que transforma la información fragmentaria o casual en un problema político estructurado y significativo, en el que se incluye, implícita o explícitamente, una solución”. Por tanto, los marcos de política no son simples descripciones de la realidad, sino construcciones o representaciones específicas que dan significado a dicha realidad y estructuran la comprensión de la misma (Angulo coord. 2009, 14-15).

Visibilizar las diferentes representaciones discursivas contenidas en el diseño de la política pública que nos ocupa, nos permitirá observar algunos elementos clave, como la coherencia interna que puede o no darse entre los diagnósticos (lo que se piensa sobre el problema) y los pronósticos (lo que se propone como solución) relacionados con algunos componentes que se pensaron para tratar de prevenir el ejercicio de la violencia obstétrica.⁹ Ahora bien, cuando no se construye de manera adecuada la teoría causal vinculada a la ocurrencia de un problema público “la intervención pierde eficacia porque su implementación está basada en

⁸ Al respecto consultar: Bustelo y Lombardo (2006, 2007).

⁹ Los diagnósticos y pronósticos son una parte importante del diseño de las políticas públicas, sin embargo, no siempre se encuentran presentes en estas. Para una exposición más detallada de las características de ambos aspectos de las políticas públicas véase Morales y Rodríguez (2018).

falsos supuestos, en circunstancias que, al no coincidir con la realidad, impiden que la teoría del cambio prevista se ejecute de acuerdo con el plan” (Cejudo y Michel 2016, 8). En síntesis, el análisis de marcos interpretativos de política “pretende sensibilizar hacia una mayor toma de conciencia de los discursos y de las voces presentes y ausentes en los textos [...], así como de las inconsistencias que aparecen en los mismos” (Bustelo y Lombardo 2006, 133).

Lo central, entonces, será observar de qué manera se define la violencia obstétrica (cuando, en el mejor de los casos, se cuenta con una definición) y si en las normas y lineamientos operativos se contemplan las causas estructurales que posibilitan su ejercicio. Asimismo, desde esta perspectiva podremos identificar si existe coherencia externa entre las diferentes normas y los lineamientos que poseen elementos relacionados con la violencia obstétrica, o si es necesario hacer alguna recomendación para tratar de armonizarlos. Una de las principales ventajas de la metodología de análisis de marcos interpretativos de la política es que permite poner en relación conceptos de diferentes disciplinas y enfoques teóricos. En nuestro caso será posible articular los conceptos de: violencia obstétrica, violencia institucional, violencia de género, coherencia interna, coherencia externa, *habitus* médico autoritario, campo, capital, violencia simbólica, *illusio*, etcétera.

El análisis de los marcos interpretativos de las políticas se aplicó al *corpus* de documentos que la Secretaría de Salud señala como de conocimiento obligatorio para el personal que participa en la atención del embarazo, parto y puerperio:

- La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”.
- La “Guía de práctica clínica: Vigilancia y manejo del trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo”.¹⁰

¹⁰ La cual se actualizó en el transcurso de 2019 y cambió de nombre a *Guía de práctica clínica. Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Evidencias y recomendaciones* (Cenetec 2019).

- El “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, con enfoque humanizado, intercultural y seguro” (Secretaría de Salud 2019).¹¹

Además, se analizaron fragmentos de los documentos que se detallan a continuación, dado que se asocian con la normatividad vigente para la Ciudad de México relacionada con la atención ginecoobstétrica y con el derecho de las mujeres y personas gestantes a no ser violentadas, que incluye una definición de violencia obstétrica, en el caso de la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal (en adelante, Ley de Acceso).

- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV 2020).
- Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal (LAMVLVDF 2020).
- Ley General de Salud (LGDS 2021).
- Ley de Salud del Distrito Federal (LSDSF 2019).
- Dictamen con modificaciones que aprueban las comisiones unidas de Salud e Igualdad de Género, por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley de Salud del Distrito Federal, en materia de salud materno infantil (Comisiones unidas de Salud y de Igualdad de Género del H. Congreso de la Ciudad de México, 27 de diciembre de 2018).

¹¹ La Secretaría de Salud también señala que el personal debe conocer las seis recomendaciones de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos que integran la Recomendación General No. 31/2017, “Violencia Obstétrica en el Sistema Nacional de Salud”. Como mencionamos en la introducción de este capítulo, por cuestiones de espacio hemos dejado fuera de este texto el análisis de dichas recomendaciones, el cual puede consultarse en Corral (2020, 83-103).

Resultados

Representaciones discursivas de la violencia obstétrica:
efectos del campo y sus instituciones

Como explicamos en el apartado anterior, la aplicación de la metodología de marcos interpretativos de las políticas nos ha permitido visibilizar las diferentes representaciones discursivas que se manifiestan en los documentos de carácter normativo y operativo enfocados en la atención del embarazo, parto y puerperio que rigen en la Ciudad de México. A continuación, presentaremos una síntesis de los principales marcos de interpretación sobre la violencia obstétrica que atraviesan las dimensiones que se analizaron, las cuales fueron: diagnóstico, pronóstico y voces.¹²

Análisis de instrumentos normativos federales y locales

Definición del problema en los diagnósticos

Si bien en todos los instrumentos revisados se considera prioritaria la atención de la salud sexual y reproductiva, y se hace referencia a la necesidad de respetar los derechos humanos de las pacientes, solo en dos de ellos se define de manera explícita el concepto de “violencia obstétrica”: en la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal (LAMVLVDF) y en el dictamen que condujo a la reforma de la Ley de Salud del Distrito Federal en diciembre de 2018 (en adelante “el dictamen”), en donde se retoma la definición de la LAMVLVDF:

Es toda acción u omisión que provenga de una o varias personas, que proporcionen atención médica o administrativa, en un establecimiento privado

¹² Por cuestiones de espacio, resulta imposible presentar aquí la totalidad de las dimensiones analizadas en la investigación original, así como de los hallazgos. Para acceder al análisis completo, consultar el tercer capítulo de Corral (2020).

o institución de salud pública del gobierno de la Ciudad de México que dañe, lastime, o denigre a las mujeres de cualquier edad durante el embarazo, parto o puerperio, así como la negligencia, juzgamiento, maltrato, discriminación y vejación en su atención médica; se expresa por el trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, vulnerando la libertad e información completa, así como la capacidad de las mujeres para decidir libremente sobre su cuerpo, salud, sexualidad o sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Se caracteriza por:

- a) Omitir o retardar la atención oportuna y eficaz de las emergencias y servicios obstétricos;
- b) Obligar a la mujer a parir en condiciones ajenas a su voluntad o contra sus prácticas culturales, cuando existan los medios necesarios para la realización del parto humanizado y parto natural;
- c) Obstaculizar el apego precoz de la niña o niño con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarle y amamantarle inmediatamente después de nacer;
- d) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de medicamentos o técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer;
- e) Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, o imponer bajo cualquier medio el uso de métodos anticonceptivos o de esterilización sin que medie el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer (LAMVLVDF, 6°-VII).

A pesar de la existencia de esta extensa definición en el apartado sobre *Tipos y modalidades de violencia contra las mujeres*, el problema de la violencia obstétrica no se retoma en los capítulos subsecuentes de la ley asociados con la prevención, la atención y el acceso a la justicia, ya que no se vincula con ningún deber o acción a ejercer por el sector salud o cualquier otro actor relacionado con este fenómeno.¹³

¹³ Como el sector educativo, sin el cual, como ya señalamos, no resulta posible entender la génesis de las prácticas autoritarias que se desplegarán durante el ejercicio de la profesión.

Tanto en esta ley local de acceso, como en la federal, llama la atención que las funciones de la Secretaría de Salud se orienten, en general, en el sentido de atender las consecuencias de la violencia de género que se produce fuera de las instituciones. Por eso se indica que dicha Secretaría debe capacitar al personal de los hospitales para que este sea capaz de detectar los casos de violencia de género, difundir información para prevenirla y compartir datos con “las autoridades encargadas de efectuar investigaciones en materia de violencia contra las mujeres” (LGAMVLV, 46°-VII).

Si bien en ninguno de los instrumentos normativos analizados que se encargan de regular de forma directa la atención sanitaria, se define de manera explícita el concepto de “violencia obstétrica”, en la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida” (en adelante NOM 007), se menciona que “ninguna persona que preste servicios de ginecología y obstetricia, discriminará o ejercerá algún tipo de violencia hacia la mujer en trabajo de parto” (NOM-007-SSA2-2016, 5.5.3). En el apartado dedicado a la atención del parto, se enfatiza la importancia de no “medicalizarlo” cuando no existan razones clínicas para hacerlo, se menciona la posibilidad de llevar a cabo un parto en posición vertical cuando la infraestructura hospitalaria lo permita y no esté contraindicado y se señala una serie de buenas prácticas que pueden llevarse a cabo (NOM-007-SSA2-2016, 5.5.9).

Todos estos elementos están contemplados tanto en las definiciones existentes sobre violencia obstétrica en general, como en la que ofrece la ley de acceso local. Por lo tanto, resulta significativo que en esta norma que regula justamente la atención obstétrica, no se cuente con una definición explícita, clara y más completa de este tipo de violencia.

En la Ley de Salud del Distrito Federal (LDSDF 2019, 50°), si bien tampoco se define la violencia obstétrica, el 5 de marzo de 2019 se reformaron los artículos 49 y 50, y se estableció en ellos que todas las instituciones de salud públicas y privadas de la Ciudad de México, deberán “tomar las medidas de higiene y seguridad necesarias” para posibilitar “el acompañamiento de las mujeres y personas embarazadas por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y puerperio, incluyendo el procedimiento de cesárea” (LDSDF, 2019, 50°), así como informar a la población atendida sobre este derecho. Pero en dicha ley no se

hace explícito (como sí ocurre en el dictamen que condujo a la reforma para hacer posible este acompañamiento) que esto se pensó para contribuir a la disminución del ejercicio de violencia obstétrica en la capital del país.

Pero el concepto de violencia obstétrica no es el único ausente en la mayoría de los instrumentos normativos analizados. Tanto en las leyes general y local de salud, como en la NOM 007, no se incluyen definiciones de “violencia de género” y “violencia institucional”,¹⁴ lo cual sorprende, tratándose de instrumentos que regulan a un sector que no solo debe atender los efectos de este tipo de violencias, sino que además participa en su producción y reproducción.

El análisis de los marcos de interpretación presentes en los instrumentos normativos analizados nos ha permitido evidenciar que las características del campo médico y del *habitus* de quienes intervienen en los procesos de atención, se han dejado de lado a la hora de legislar. Lo anterior llama la atención debido a que, por ejemplo, en el caso de la ley de acceso local, se incluye una definición de violencia obstétrica en la cual se señala de forma explícita al personal de salud como productor de esa violencia. Sin embargo, no se ha ido en la dirección de tratar de comprender las causas estructurales que posibilitan que los/as prestadores/as de servicios de salud cometan actos de esta naturaleza.

Por esa razón, en estos discursos el problema es narrado como un fenómeno exclusivamente imputable al sector salud, que deja por completo fuera al sector educativo (es decir, a las facultades de medicina y escuelas de enfermería) que también forman parte de lo que Castro y Villanueva (2019) definen como “campo médico” y que, de igual manera, están a cargo de la educación formal y la socialización informal (currículum oculto) que irá constituyendo cierto *habitus* entre los estudiantes, “*habitus* que después será una de las claves del autoritarismo

¹⁴ La definición de violencia institucional que en la actualidad se incluye en las leyes de acceso general y local, fue adaptada para referirse en exclusiva a las mujeres (pero es sabido que cualquier persona podría ser violentada institucionalmente, más allá de su sexo o identidad de género) y contempla solo la violencia ejercida hacia las usuarias (sin tomar en cuenta a sus acompañantes). También deja fuera la violencia que las instituciones ejercen sobre el propio personal de salud. Habría entonces que reformular la definición, y tomar en cuenta estos aspectos.

al que estos profesionales propenden durante su práctica profesional” (Castro y Erviti 2015, 31).

El marco de interpretación, que parece dominar en la definición del problema de la violencia obstétrica, es el que la representa como un fenómeno relacionado con el desconocimiento sobre la mejor evidencia científica disponible vinculada a los procedimientos técnicos que deben realizar los/as prestadores/as de servicios de salud, así como a la falta de infraestructura adecuada en los hospitales y se pasa por alto, en la mayoría de los instrumentos, que se trata de un tipo específico de violencia que resulta de la combinación del ejercicio de las violencias de género e institucional.

En relación con la forma en que se tienen en cuenta u omiten las distinciones de clase, raza, edad, preferencia sexual, etcétera (interseccionalidad),¹⁵ que pudieran relacionarse con prácticas de violencia obstétrica, tanto en la Ley General de Salud como en la NOM-007 (2016, 5.5.15), hay una serie de referencias vinculadas a la atención de mujeres indígenas. Por ejemplo, en la norma se hace un mayor énfasis en propiciar que se practique el parto no medicalizado al atender específicamente a esta población. Es decir, domina un marco interpretativo que parece asumir que solo para la población indígena sería aceptable un parto menos medicalizado y en posición vertical, y que las mujeres y personas gestantes no indígenas pueden soportar (al haberla normalizado) una atención más invasiva.

Definición de las soluciones en los pronósticos

En cuanto a lo que se propone en estos instrumentos para prevenir el ejercicio de la violencia obstétrica, el panorama no es muy alentador. En la Ley General de Salud y la general de acceso no se señalan acciones al respecto y, como ya señalamos, la ley local de acceso, si bien cuenta con una extensa definición de violencia obstétrica, no la retoma en los capítulos relativos a la prevención, la atención y el acceso a la justicia.

¹⁵ Respecto a la definición de interseccionalidad, véase Bilge y Hill Collins (2016) y Mitchell (2019).

En cuanto a las especificaciones técnicas que se ofrecen a modo de solución en la NOM-007, tampoco se atienden las causas estructurales del problema, ya que las razones por las que se medicaliza la atención del parto, se discrimina y juzga a las mujeres y personas gestantes o se hacen cesáreas innecesarias, no obedece al desconocimiento técnico o normativo del personal de salud, sino más bien a que, como consecuencia de la producción y reproducción de *habitus* autoritarios y machistas y de conservar determinado estatus, dentro del campo, se maltrata a las pacientes al tiempo que se privilegian ciertos procedimientos técnicos sobre otros.¹⁶

El marco de interpretación que parece prevalecer en la propuesta de soluciones concuerda con el discurso dominante en cuanto a la definición del problema de la violencia obstétrica que aparece en los instrumentos normativos a nivel diagnóstico, es decir: se cree que, si se solucionan los aspectos de orden técnico, el problema se resolverá.

Además, para el caso de la Ciudad de México, se sostiene que, si se agrega la presencia de un acompañante, esta acción afirmativa inhibiría el ejercicio de la violencia obstétrica, como si, en este solo acto, se pudieran desestructurar todas las disposiciones autoritarias del *habitus* médico que, en muchos casos, se activan en los encuentros entre el personal de salud y las pacientes. Por otra parte, sigue sin tenerse en cuenta al sector educativo para desestructurar estas prácticas.

En relación con los mecanismos para hacer cumplir las normas, si bien no se habla en los instrumentos analizados de sanciones asociadas específicamente con actos de violencia obstétrica, se aprecia un gradiente que va desde la visión expresada en la Ley General de Salud, de orden más bien punitivo y en la cual la responsabilidad por los actos cometidos se adjudica más a los actores individuales que a las instituciones cuando, como hemos explicado antes, la relación entre la lógica simbólica del campo y el *habitus* de sus actores se encuentra fijada en las formas

¹⁶ En términos estrictamente “técnicos”, lo que distingue a un médico de una partera o de una enfermera especializada en obstetricia, es su competencia quirúrgica y la habilidad para actuar en situaciones de emergencia obstétrica con el apoyo de dichas competencias y con el uso de determinadas técnicas que deberían aplicarse cuando son estrictamente necesarias. Eso explica que los residentes en ginecoobstetricia estén preocupados por acumular ese tipo de capitales para abrirse paso en el campo médico. Véase Corral (2016).

institucionales,¹⁷ hasta la contenida en la ley local de acceso, que hace referencia a la importancia de la prevención y de privilegiar sanciones de tipo no penal.

Voces

En relación con las voces presentes y ausentes en los documentos analizados y las perspectivas desde las cuales se habla, se observó un claro predominio de la voz gubernamental en la definición de los problemas y las “soluciones” y una notable ausencia de las voces de la academia, las mujeres usuarias, las organizaciones civiles dedicadas a investigar el tema de la violencia obstétrica y las defensorías de quienes la padecen. Cuando de manera excepcional, como en el caso del dictamen o la ley de acceso local, aparecen en el diagnóstico las voces de investigadores/as y/o especialistas (estén o no adscritos/as a organizaciones de tipo académico), solo se recupera una fracción de estas; en general, aquella que describe qué es la violencia obstétrica y cuáles son sus manifestaciones, y que dejan de lado las causas estructurales que la producen. Además, estas voces son pronto abandonadas, lo cual también abona a que no se consideren las soluciones adecuadas en los pronósticos.

Análisis de lineamientos operativos

Definición del problema en los diagnósticos

En el “Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, con enfoque humanizado, intercultural y seguro” (en adelante “el Modelo”), se realiza una clasificación de las diversas modalidades en las que se manifiesta el ejercicio de la violencia obstétrica. La primera de ellas se refiere a los procedimientos efectuados de forma rutinaria que la Organización Mundial de la Salud (OMS)

¹⁷ Al respecto, se señala que el personal de salud que se negara a atender una urgencia, podría ir a prisión e incluso perder su licencia para ejercer. Pero no es claro qué pasaría si las razones para negar esa atención fueran imputables a la institución: sala de urgencias saturadas, falta de especialistas para atender padecimientos específicos, etcétera.

recomienda excluir si no existen razones médicas para llevarlos a cabo. La segunda se relaciona con maltratos y humillaciones de carácter verbal. La tercera, con “procedimientos obstétricos realizados sin necesidad, para facilitar el aprendizaje de estudiantes, internos y residentes” (Secretaría de Salud 2019, 20). La cuarta categoría hace referencia a la falta de perspectiva de género en la asignación del presupuesto asociado con la salud y, la sexta, al maltrato más intenso que reciben las mujeres pobres e indígenas que acuden a recibir atención perinatal (incluyendo a las parteras que las acompañan).

En el documento *Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Guía de práctica clínica: Guía de evidencias y recomendaciones* (en adelante GPC), no se emplea el término de violencia obstétrica. Pero, al inicio se menciona que en México 98.2 % de los partos es atendido por personal capacitado, y se agrega que pese a ello “en los últimos años ha surgido una creciente preocupación no solo por abatir las cifras de muerte materna y perinatal, sino [también] por atender la creciente demanda de instituciones, pacientes y organismos internacionales respecto a la calidad de los servicios de salud, dentro de los que destaca el tema del maltrato durante la atención obstétrica” (Cenetec 2019, 8).

Vemos cómo aquí se reduce la cuestión a un problema de “calidad” en la prestación de servicios, y se desconoce que se trata de una problemática más vasta, de violación de los derechos humanos. Esto ocurre fundamentalmente porque, como bien observa Castro:

el campo médico se ha apropiado de este problema y ha logrado imponer los términos en que se le estudia predominantemente. Se trate de formas *menores* de maltrato, o de claras violaciones de los derechos de las mujeres en el espacio de la salud, estamos frente a lo que el discurso médico hegemónico refiere como un mero problema de ‘calidad de la atención’, en una de sus variantes [...] (Castro, 2014a, 171).

Mientras que en el Modelo se retoma la definición de violencia de género de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), en la GPC esta no se define, y solo se menciona que “se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje

incluyente que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud” (Cenetec 2019, 2). Y no se va más allá de proponer el uso de este tipo de lenguaje. Respecto al concepto de violencia institucional, ausente en la GPC, en los objetivos específicos del Modelo se menciona la necesidad de “reconocer que el personal de salud también debe de ser considerado sujeto de la atención y no objeto, por lo que el modelo debe mejorar el trato con las mujeres, las personas recién nacidas y el personal de salud” (Secretaría de Salud 2019, 10). Esto es interesante, porque en los instrumentos normativos, al referirse a la violencia institucional, se omite que esta también la sufre el personal sanitario, lo cual podría convertirse en un detonante para incurrir en la violencia obstétrica, dado que en muchos casos se trabaja en condiciones precarias, estresantes, con salas de urgencia saturadas y sufriendo, además, maltrato por parte de los superiores.

En cuanto a las características del campo médico o del *habitus* de quienes intervienen en los procesos de atención, estas no se explicitan en el Modelo. Hay algunas frases que aluden a ellas a lo largo del texto, pero no se profundiza en ello. Como, por ejemplo, afirmar que gracias a la aplicación de este modelo en algunos hospitales se logró que “el personal de los servicios de salud institucional —desde este lado de la frontera cultural— interrumpiera la carga heredada del menosprecio que nuestras escuelas siguen reproduciendo [...]” (Secretaría de Salud 2019, 100). Pero no se da cuenta sobre por qué y cómo se reproduce este “menosprecio”. Respecto a estos temas, en la GPC, por ser además una guía de carácter tan solo técnico, no se abordan las causas estructurales del problema.

En relación con la interseccionalidad, en comparación con lo hallado en los instrumentos normativos (tendencia a considerar que solo las personas indígenas requieren modelos desmedicalizados para la atención del embarazo, parto y puerperio), en el diagnóstico presente en el Modelo se afirma que si bien al principio se inclinaron por incluir solo las voces de mujeres indígenas, “posteriormente a través de herramientas interculturales de escucha, en el entendido que la interculturalidad no se circunscribe al ámbito indígena, conocimos que había muchas mujeres urbanas y suburbanas en México y de otras partes del mundo que

luchaban por un modelo humanizado” (Secretaría de Salud 2019, 9). En la GPC, al tratarse de un documento muy técnico enfocado más en aspectos biológicos y fisiológicos, no se hacen distinciones de ningún tipo en torno a la diversidad social y cultural de las mujeres y personas gestantes.

Definición de las soluciones en los pronósticos

En el Modelo, se propone desmedicalizar la atención de los embarazos y partos de bajo riesgo. Para ello, se plantea la creación de la Unidad Médica de Parto Humanizado, cuya finalidad es “crear un entorno amigable y seguro, e incrementar la capacidad resolutive de la atención del parto normal (eutócico), descargando al hospital de la atención de estos partos, para concentrar la capacidad hospitalaria en la atención de partos complicados y de emergencias obstétricas” (Secretaría de Salud 2019, 70), y mantener a las pacientes cerca de los hospitales con capacidad resolutive por si se presentara alguna complicación. Las Unidades Médicas de Parto Humanizado contarían con mesas obstétricas diseñadas para parir en diferentes posiciones verticales y con batas y calzado especialmente confeccionado para brindar comodidad en la libre deambulacion durante el trabajo de parto y permitir el apego inmediato y la lactancia. La atención estaría en manos de parteras y enfermeras obstétricas (al tratarse de embarazos y partos de bajo riesgo). Si bien se menciona la importancia de capacitar al personal en “competencias interculturales”, en el apartado que se refiere a las “competencias obstétricas mínimas” que se deben tener, no se menciona nada relacionado con capacitar al personal de atención sobre los derechos humanos, sexuales y reproductivos, así como sobre el trato con perspectiva de género a pacientes y sus acompañantes.

Por lo tanto, más allá de promover la práctica de ciertas técnicas no invasivas y de mejorar la infraestructura con espacios e instrumentos que acompañen la atención del embarazo con enfoque humanizado (lo cual por supuesto es relevante), no es muy claro qué se hará respecto a la violencia obstétrica que se ejerce de manera verbal. Es decir, las parteras y enfermeras también viven en una sociedad que produce y reproduce estereotipos y violencia de género. Por eso se vuelve fundamental no apostar solo a mejorar los aspectos técnicos (marco de

interpretación que aún domina), sino también a fortalecer la formación humanística y ética (tanto en las facultades y escuelas de medicina y enfermería como en los hospitales). Es decir, se requiere diseñar e implementar acciones transversales para las diferentes instituciones que forman parte del campo médico.

Por su parte, en la GPC, las soluciones propuestas no van mucho más allá de sugerir mejoras a los aspectos técnicos de atención. Al final del documento se hace un resumen de las principales recomendaciones, en el que “casualmente” no se consideran como “clave” ninguna de las que se relacionan con el trato a las pacientes ni con los beneficios del acompañamiento afectivo durante el trabajo de parto y el parto (que sí se enlistan en las recomendaciones generales de la GPC). Además, si bien no se plantean sanciones o incentivos para lograr que se cumplan los lineamientos propuestos, se afirma que “las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica” (Cenetec 2019, 2).

Es notorio que tanto en los documentos normativos como en los operativos que hemos analizado, cuando se mencionan buenas prácticas que apuntan a garantizar los derechos reproductivos de las mujeres y personas gestantes, aparezcan en la mayoría de los casos acompañadas de frases del tipo “siempre que la infraestructura con la que cuente el hospital lo permita” o, como en este caso, se señale que las prácticas podrían variar dependiendo de los “recursos disponibles”, incluso de las normas internas de cada hospital. ¿Pero acaso los derechos de las personas no deberían estar por encima de las normas internas de cualquier institución?

Voces

Las voces presentes en el texto del Modelo incluyen discursos provenientes de la perspectiva de derechos humanos, la medicina basada en evidencias y la bioética. También de la partería tradicional y de las usuarias representadas por “diferentes grupos de mujeres: indígenas, rurales, urbanas y profesionistas, que aportaron al

[...] modelo desde su propio universo de necesidades y expectativas [...]” (Secretaría de Salud 2019, 6). En cuanto a las voces ausentes, faltó incluir la perspectiva de los/as autores/as mexicanos/as y latinoamericanos/as que se han referido a las causas estructurales que posibilitan el ejercicio de la violencia obstétrica. Por su parte, en la GPC conviven las voces del *establishment* médico con los lineamientos de la OMS y las recomendaciones de la Medicina Basada en Evidencias. Salta a la vista la ausencia de las voces de los/as académicos/as de las ciencias sociales dedicados/as a investigar asuntos relacionados con la violencia obstétrica, así como la de organizaciones de la sociedad civil que defienden a personas que padecen este tipo de violencia y la de mujeres usuarias de los servicios de salud.

Discusión

Como propusimos al principio, hemos echado mano de las herramientas tanto conceptuales de la teoría de los campos como de las metodológicas del análisis de los marcos interpretativos para poder comprender aquellas políticas públicas e instrumentos operativos que intervienen en la práctica médica ginecoobstétrica y que permiten explicar el ejercicio de la violencia obstétrica.

En este sentido, no se puede ignorar la constitución histórica de los campos. Así, la investigación de Ana María Carrillo expuesta en su artículo “Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del siglo XIX” (1998), nos recuerda que algunas de las características que aquí se han descrito respecto a la práctica médica tienen hondas raíces en la historia de México en lo relativo a la relación entre enfermeras y médicos. Específicamente para el ámbito de la ginecoobstetricia señala:

La partera profesional nació así con el doble carácter de actividad necesaria a la profesión médica y subordinada a ella, y de práctica represora de la actividad de las parteras tradicionales, competitiva de la medicina académica. Pero los médicos universitarios tenían contradicciones no sólo con las parteras empíricas sino, incluso, con las parteras tituladas preparadas por ellos, *las cuales eran preferidas por las mujeres porque los facultativos eran demasiado propensos a*

utilizar técnicas quirúrgicas perjudiciales para la madre y su producto; si bien los médicos achacaban esa preferencia al “falso pudor” de las pacientes, y a que éstas no sabían distinguir al verdadero del falso saber. [...] En 1892, el Ministerio de Gobernación publicó un reglamento para las parteras tituladas, en el cual se observa el intento de los médicos universitarios de ir las desplazando de la atención a parturientas y púerperas —pues sólo les permitían intervenir en partos sin complicaciones—, además de utilizarlas para convencer a las pacientes y a sus familiares de la importancia de recurrir a los servicios médicos. [...] A principios del siglo xx, se exigió como requisito para inscribirse en la carrera de partera, haber obtenido antes el título de enfermera, y la partería profesional fue definitivamente eliminada en los años cincuenta, en favor de la ginecología (1998: 159-160).¹⁸

Este repaso nos permite, en primer lugar, refrendar la relevancia de comprender que los problemas de la práctica médica no pueden explicarse únicamente por aquello que se encuentre en las fronteras de la autonomía relativa del campo médico, sino que se vuelve necesario incluir al campo educativo, por lo menos. En segundo lugar, la relación del campo médico con el campo político, en particular, con el Estado y la administración pública —o campo burocrático como lo denomina Bourdieu (2007)— es evidente, por lo que el análisis que aquí se presenta se vuelve fundamental en la comprensión de la lógica médica. Por último, la referencia histórica nos recuerda, de nuevo, la lógica dominante de un *habitus* médico autoritario que considera nulo el conocimiento que los y las pacientes tengan respecto a sus propios cuerpos.

En este marco, presentamos a continuación una tabla que sintetiza la relación entre los campos, los retos y las recomendaciones que se derivan de esta investigación para contribuir a disminuir la violencia obstétrica en la Ciudad de México.

¹⁸ Las cursivas son nuestras.

Retos y recomendaciones para la disminución de la violencia obstétrica*		
Campos	Retos (estructura)	Recomendaciones (acciones)
Médico	Atención	Garantizar recursos materiales y humanos suficientes y debida capacitación y actualización del personal de atención sanitaria, que contemplen temas relacionados con los derechos humanos, sexuales y reproductivos.
Médico	Atención	Reorganizar las jerarquías entre el personal médico y de enfermería (así como parteras/os) en lo relativo a la atención de los partos vinculados con embarazos de bajo riesgo.
Médico	Atención	Considerar la atención desmedicalizada del embarazo, parto y puerperio, como un derecho de todas las personas y no solo de ciertos grupos sociales (personas indígenas, por ejemplo).
Médico	Atención	Garantizar que en los cursos de educación para el parto se incluya información sobre los derechos sexuales y reproductivos, sobre los diversos mecanismos para interponer quejas y denuncias y sobre los derechos y obligaciones de pacientes y personal de salud.
Médico ----- Administración pública	Atención-normativo	Construir Unidades Médicas de Parto Humanizado (UMPH) adaptadas a la demanda de atención de los hospitales de la Ciudad de México.
Administración pública	Normativo	Incluir en todos los instrumentos legales y documentos operativos, definiciones compartidas de violencia obstétrica, violencia de género y violencia institucional.
Administración pública	Normativo	Habilitar comités ciudadanos conformados por los/as actores interesados en el problema de la violencia obstétrica (organizaciones de la sociedad civil, personas usuarias, personal sanitario, academia).
Administración pública	Normativo	Establecer un sistema de reconocimientos y/o estímulos a las acciones de las diversas instituciones y sus agentes en pos de disminuir la violencia obstétrica.
Administración pública ----- Educativo	Normativo-formación	Acciones y deberes concretos en cada instrumento en relación con la prevención, atención y acceso a la justicia, que apliquen tanto para el sector salud como para el sector educativo.

* Para conocer todas las recomendaciones, así como mayores detalles sobre las que aquí se mencionan, véase Corral (2020, 140-151).

Retos y recomendaciones para la disminución de la violencia obstétrica*		
Campos	Retos (estructura)	Recomendaciones (acciones)
Educativo	Formación	Rediseñar los programas de estudio de las facultades de medicina y enfermería para incluir la perspectiva de género y derechos humanos en todas las etapas de formación y estimular una reflexión crítica sobre el carácter autoritario de la práctica médica contemporánea.
Científico ----- Médico ----- Jurídico	Investigación-normativo	Garantizar un acuerdo para que los hospitales privados permitan realizar investigación en sus unidades médicas, con el fin de comprender a cabalidad el problema de la violencia obstétrica en esos espacios.
Médico ----- Científico ----- Administración pública	Atención-normativo	Incluir entre los “asesores permanentes” del Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica, al Instituto Nacional de las Mujeres, el Centro Nacional de Equidad, Género y Salud Reproductiva de la SSA, representantes de organizaciones no gubernamentales, facultades y centros de investigación, que trabajen en asuntos relacionados con género y salud, para garantizar que todos los temas de las guías de práctica clínica se aborden con perspectiva de género y derechos humanos.
Jurídico	Normativo	Modificar la lógica de acción de las sanciones incluidas en los instrumentos normativos, privilegiando sanciones administrativas (no penales), orientadas a fincar responsabilidades institucionales.**
Jurídico	Normativo	Reformar el artículo 23 de la Ley de Salud del Distrito Federal, para incluir en el Consejo de Salud del Distrito Federal, a la Secretaría de las Mujeres del Distrito Federal y la Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México, así como garantizar la participación como “invitados permanentes” a los siguientes agentes: académicos, organizaciones de la sociedad civil y personas usuarias.

Nota: Las líneas punteadas en algunas celdas de la columna de “campos” indican que las fronteras entre los campos no son nítidas; por el contrario, el problema solo se podrá atender si se comprende que varios campos intervienen en conjunto.

** Somos conscientes de la dificultad de determinar, dentro del cúmulo de prácticas catalogadas como “violencia obstétrica”, cuáles de ellas podrían considerarse graves. Por lo tanto, sería deseable que se abriera la conversación sobre este asunto entre los actores involucrados en pensar las soluciones al problema de la violencia obstétrica. Lo anterior, con el fin de propiciar reflexiones en las que se identifique toda la gama posible de conductas asociadas con este tipo de violencia, para poder pensar en sanciones y medidas de reparación proporcionales al daño infligido en casos individuales, pero sobre todo enfocándose en las responsabilidades institucionales.

Sobre el campo médico

Las recomendaciones en torno al campo médico radican, fundamentalmente, en un ejercicio reflexivo de la práctica de sus agentes: personal médico en general, enfermeras, enfermeros e, incluso, el personal administrativo de las unidades de atención médica requiere reconocer que hay una reproducción de la violencia obstétrica en el día a día.

Quizá uno de los problemas más complejos que contribuyen a la reproducción de la violencia obstétrica en este campo tenga que ver con la jerarquía interna: sabemos que todo campo tiene una organización vertical, pero esta verticalidad simbólica debe ser revertida en pos de los derechos humanos y la dignidad del trato entre las personas. El problema no solo remite a la relación médico-paciente, sino también entre los mismos agentes médicos; más allá de los ejemplos que se han expuesto ya en este trabajo vale la pena de nuevo recurrir a la historia:

Eso sí, los médicos estaban en la cima de la jerarquía de los profesionales de la salud: mientras la suya era vista como una profesión docta, la actividad de cirujanos, barberos, flebotomianos y parteras era considerada manual; y como comerciantes eran vistos los farmacéuticos (Carrillo 1998, 152).

A diferencia de las médicas universitarias y de las médicas indígenas [*sic*] que eran autónomas, las enfermeras estuvieron siempre subordinadas al poder médico. La formación que se daba a las futuras enfermeras incluía, tanto en el aprendizaje como en la práctica, la importancia de seguir cuidadosamente las prescripciones del médico y sus órdenes recordándoles siempre que la enfermera no era ni podía ser médico, y en los expedientes de las alumnas se valoraba que estas fueran sumisas (Carrillo 1998, 161).

Sobre el campo de la administración pública

Dos aspectos se pueden derivar de las recomendaciones en torno al campo de la administración pública: una relativa a la definición del campo médico y otra

en torno a la necesidad de tener orientadores normativos institucionales claros y coherentes (internos y externos).

Respecto al primer punto, es importante reconocer que establecer los “límites” de un campo no es sencillo; sin embargo, también es fundamental saber qué relación tienen los campos entre sí, por un lado, para comprender el proceso histórico de cada campo (génesis, pérdida/ganancia de autonomía, ocaso), pero, por el otro, para saber qué función cumplen las instituciones relacionadas con un campo específico.

En el caso del campo médico hay instituciones como hospitales, consultorios, clínicas, etcétera, que pertenecen sin duda al núcleo del campo médico; sin embargo, otras como las secretarías de Estado, los consejos asesores, etcétera, parecen pertenecer más al campo de la administración pública, pero en profunda cercanía con la dinámica del campo médico. En este sentido, es fundamental que la relación sea explícita, que se reconozca la relevancia de que la frontera entre ambos campos es una que se permea todo el tiempo y que requiere, más que aislamiento, comunicación continua.

Sobre el campo educativo

Cuando Castro y Villanueva definen al campo médico, no dudan en incluir en él a las facultades y escuelas de formación médica o de enfermería; sin embargo, esta inclusión, aunque muy pertinente, no deja de traer problemas como los que se mencionaron respecto al campo de la administración pública. En los dos casos es necesario reconocer que ambos campos se distinguen de manera autónoma, pero al mismo tiempo se relacionan de manera importante con otros campos.

Al ser así, la relación entre el campo médico y el educativo es fundamental, pues la formación de los médicos, a diferencia de la de otros profesionales, no concluye en la facultad para luego integrarse a los espacios profesionales, por el contrario, se completa la formación médica en los espacios profesionales, en la atención directa a los/as pacientes. Es por ello que los agentes de todos los campos no deben ignorar la interrelación que los vincula, de tal manera que, por ejemplo, instituciones como la Comisión Interinstitucional para la Formación de

Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) o la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina, A. C. (AMFEM), deberían tener un rol más claro e importante como conectores de la dinámica de ambos campos.

Una vez más, la historia nos ayuda a mostrar que este problema tiene profundas raíces. Carrillo (1998, 167) describe que, en México, durante el siglo XIX, la relación entre la formación y el ejercicio profesional médico ya mostraba las mismas tensiones pues, “aunque los médicos prometían la integridad de sus miembros por adhesión a un código ético, había quejas de los jóvenes médicos de no haber sido instruidos durante sus estudios acerca de cuáles eran sus deberes y cómo debían conducirse con los enfermos, con los médicos, con los disidentes [*sic*], con los farmacéuticos, con las parteras y con los curanderos”.

Otros campos puestos en relación: jurídico y científico

Por último, se puede hacer evidente hasta aquí que la lógica de los problemas sociales difícilmente se explica solo por un campo. La violencia obstétrica no es la excepción. Así, para completar el conjunto de recomendaciones derivadas de esta investigación, es claro que el análisis de las políticas públicas apuntará a dos cuestiones fundamentales: por un lado, el diagnóstico de los problemas que analizan y, por el otro, la forma de resolverlos. En estos dos aspectos, tanto el campo científico como el jurídico tienen roles de primera importancia: el primero contribuye, sin duda, a la comprensión de los problemas y, el segundo, a la posibilidad de atenderlos jurídicamente, tanto al regular como al sancionar.

Conclusión

El presente trabajo, que tomó como caso a la política pública orientada a tratar de disminuir la violencia obstétrica en la Ciudad de México, tiene la doble finalidad de comprender sus causas y formas de reproducción, pero también abonar a su posible erradicación. Sin embargo, nos parece importante aclarar que, con el fin de propiciar algunos cambios de carácter más estructural, en las recomendaciones

de la política pública planteadas se sugirieron acciones para estimular un mayor diálogo entre diferentes instituciones que no solo conforman el campo médico, sino que también se relacionan con otros sectores y campos.

Lo anterior, en el entendido de que los fenómenos sociales son más complejos que sus objetivaciones en normas o instituciones, es decir, siempre excederán lo contemplado por, en este caso, las políticas públicas. Sin embargo, lo que aquí se plantea ofrece una alternativa para que aquellos que diseñan las políticas públicas tomen en cuenta que, en su orientación reguladora de lo social, estas no deberían ser ajenas a dicha complejidad, y se requeriría, para la solución del problema, reconocer y posibilitar los cruces necesarios entre los campos involucrados. Así, toda política pública orientada a la erradicación de la violencia obstétrica debería contemplar la relación entre, al menos, los campos médico y educativo, para generar un genuino impacto en las lógicas simbólicas que hacen posible la reproducción de dicha violencia. Lo anterior implica que las políticas públicas no se encuentren orientadas solo a las instituciones o a las normativas, sino también a los agentes y sus *habitus* como participantes de la configuración de las prácticas reproductoras de la violencia.

Si bien somos conscientes de que cuando se trata de diseñar, implementar y evaluar políticas públicas, los recursos que los agentes gubernamentales están dispuestos a invertir siempre son escasos, y que se debe avanzar por etapas, incluso poniendo en práctica en ocasiones solo algunas acciones afirmativas para luego escalar a intervenciones más ambiciosas, no perderemos de vista en la ruta que tracemos, que “es imprescindible realizar importantes reformas en la estructura del campo médico, si se quiere dar lugar al nacimiento de otro *habitus*, menos autoritario y menos propenso a reivindicar para sí todo el poder y toda la atención del campo” (Castro 2014a, 192).

Referencias bibliográficas

Angulo Salazar, Lourdes del Carmen, coord. 2009. *Análisis y evaluación de la política de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia implementada por el gobierno mexicano 2000-2009*. México: Comisión Nacional para Prevenir

- y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, Secretaría de Gobernación. <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/lgamv/v/conavim/analisis.pdf>.
- Bilge, Sirma y Patricia Hill Collins. 2016. *Intersectionality*. Cambridge: Polity.
- Bourdieu, Pierre. 1997. *Las reglas del arte. Génesis y estructura del campo literario*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre. 1999. *Meditaciones pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre. 2002. *Lección sobre la lección*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre. 2003. *El oficio de científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre. 2007. *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre. 2009. *Homo academicus*. México: Siglo XXI.
- Bourdieu, Pierre. 2010. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, Pierre y Loïc Wacquant. 2012. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bustelo, María y Emanuela Lombardo. 2006. “Los ‘marcos interpretativos’ de las políticas de igualdad en Europa: conciliación, violencia y desigualdad de género en la política”. *Revista Española de Ciencia Política* 14: 117-140. https://eprints.ucm.es/58176/1/BusteloLombardo_FINAL1.pdf.
- Bustelo, María y Emanuela Lombardo. 2007. “El análisis de marcos interpretativos de política como herramienta para el análisis y evaluación de las políticas públicas: el caso de los proyectos europeos MAGEEQ y QUING en políticas de igualdad de género”. Ponencia presentada en el VIII Congreso Español de Ciencia Política y de la Administración en la Universidad de Valencia. <https://aecpa.es/files/congress/8/actas/area6/GT-17/BUSTELO-MARIA.pdf>.
- Carrillo, Ana María. 1998. “Profesiones sanitarias y lucha de poderes en el México del siglo XIX”. *Asclepio* 50(2): 149-168. <https://doi.org/10.3989/asclepio.1998.v50.i2.340>.
- Castro, Roberto. 2011. *Teoría social y salud*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castro, Roberto. 2013. “Indicios y probanzas de un *habitus* médico autoritario. El caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en

- el campo de la salud reproductiva”. En *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*, coordinado por Carolina Agoff e Irene Casique, 145-165. México: Miguel Ángel Porrúa; CRIM-UNAM.
- Castro, Roberto. 2014a. “Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México”. *Revista Mexicana de Sociología* 76(2): 167-197. <http://dx.doi.org/10.22201/iis.01882503p.2014.2.46428>.
- Castro, Roberto. 2014b. “Pautas de género en el desarrollo del *habitus* médico: los años de formación en la escuela de medicina y la residencia médica”. *Salud Colectiva* 10(3): 339-351. <https://www.redalyc.org/pdf/731/73138581005.pdf>.
- Castro, Roberto. 2016. “Lo que sabemos y lo que ignoramos”. *Nexos*, 1 de junio de 2016. <https://www.nexos.com.mx/?p=28505>.
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti. 2003. “La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio”. En *Hacia una política de salud con enfoque de género*, editado por B. Rico, M. P. López y G. Espinoza, 245-263. México: SSA; UNIFEM.
- Castro, Roberto y Joaquina Erviti. 2015. *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: CRIM-UNAM.
- Castro, Roberto y Marcia Villanueva Lozano. 2019. “El campo médico en México. Hacia un análisis de sus subcampos y sus luchas desde el estructuralismo genético de Bourdieu”. *Sociológica* 34(97): 73-113. www.scielo.org.mx/pdf/soc/v34n97/2007-8358-soc-34-97-73.pdf.
- Castro, Roberto y Sonia Frías. 2017. *Violencia obstétrica en México: resultados de la ENDIREH 2016*. México: CRIM-UNAM.
- Castro, Roberto y Sonia Frías. 2020. “Violencia obstétrica en México: hallazgos de una encuesta nacional de violencia contra mujeres”. En *Violencia obstétrica en América Latina, conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, compilado por Patrizia Quattrocchi y Natalia Magnone, 57-75. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- Cejudo, Guillermo M. y Cynthia L. Michel. 2016. “Coherencia y políticas públicas. Metas, instrumentos y poblaciones objetivo”. *Gestión y Política Pública* 25(1): 3-31. <http://dx.doi.org/10.29265/gypp.v25i1.149>.

- Cenetec (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud). 2019. *Vigilancia y atención amigable en el trabajo de parto en embarazo de bajo riesgo. Guía de práctica clínica: guía de evidencias y recomendaciones*. IMSS-052-19. <http://imss.gob.mx/node/85086>.
- Corral, Dolores. 2016. “¿Inne-cesáreas? Análisis sociológico de la práctica hospitalaria de la medicina obstétrica. Estudio de caso”. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México. 132.248.9.195/ptd2016/octubre/0751060/Index.html.
- Corral, Dolores. 2020. “Violencia obstétrica en la Ciudad de México. Desencuentros entre el campo médico y las políticas públicas”. Tesis de maestría. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-México.
- Dictamen con modificaciones que aprueban las comisiones unidas de Salud e Igualdad de Género, por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley de Salud del Distrito Federal, en materia de salud materno infantil*. Congreso de la Ciudad de México, 27 de diciembre de 2018. https://www.congresocdmx.gob.mx/archivos/parlamentarios/DIC_47_25_28_12_2018.pdf.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). 2016. *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH)*. México: INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/endireh/2016/doc/endireh2016_presentacion_ejecutiva.pdf.
- Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal*. 26 de noviembre de 2015. <http://aldf.gob.mx/archivo-fde12a5698a6daa612f4515f386b1beb.pdf>.
- Ley de Salud del Distrito Federal*. 5 de marzo de 2019. <http://data.consejeria.cdmx.gob.mx/index.php/leyes/>.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. 13 de abril de 2020. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_130420.pdf.
- Ley General de Salud*. 7 de enero de 2021. http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf.
- Mitchell, Kierra. 2019. “Camino a la interseccionalidad: una aproximación al desarrollo de ideas feministas en la España contemporánea”. Scripps Senior

- Theses. Claremont Graduate University. https://scholarship.claremont.edu/scripps_theses/1385/.
- Morales Valverde, María y Simón Rodríguez Espinoza. 2018. “La noción de marco interpretativo como recurso de análisis de la implementación de políticas en el nivel escolar: revisión de un caso de estudio propuesto por Cynthia Coburn”. *Paulo Freire. Revista de Pedagogía Crítica*, 16(20): 203-224. <https://doi.org/10.25074/07195532.20.1099>.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-ssa2-2016. 7 de abril de 2016. “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016.
- ONU (Organización de Naciones Unidas). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. 18 de diciembre de 1979. https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/cedaw_SP.pdf.
- Sadler, Michelle. 2020. Prólogo. “Despertando las metáforas que dormían en la ciencia”. En *Violencia obstétrica en América Latina, conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- Secretaría de Salud. 2019. *Guía de implantación. Modelo de atención a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Enfoque humanizado, intercultural y seguro*. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/29343/Guia ImplantacionModeloParto.pdf>.
- Secretaría de Salud. s. f. *Lineamientos para la atención de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio con enfoque humanizado, intercultural y seguro, en el marco de los derechos humanos*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/359798/Lineamientos_atenci_n_parto.pdf.
- Sosa Fuentes, Sylvia Maribel. 2016. “Esbozo de la práctica sociológica en México”. Tesis de Maestría. Universidad Nacional Autónoma de México. 132.248.9.195/ptd2016/junio/0746217/Index.html.
- Villanueva, Marcia. 2019. “Discriminación, maltrato y acoso sexual en una institución total: la vida secreta de los hospitales escuela”. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género*, núm. 5: 1-35. <http://dx.doi.org/10.24201/reg.v5i0.366>.

Sobre las autoras y autores

ROBERTO CASTRO

Sociólogo (UNAM), maestro en Estudios de Población (Exeter, Inglaterra, 1986), doctor en Sociología Médica (Universidad de Toronto) e investigador titular del CRIM, es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, nivel III, y de la Academia Mexicana de Ciencias. Ha realizado investigación sobre los determinantes sociales de la experiencia subjetiva de la salud, violencia contra las mujeres, violencia en el noviazgo, violencia contra la infancia en México, sobre la génesis social de la violación de derechos reproductivos de las mujeres en los servicios de salud y sobre el campo médico en México. Ha impartido cursos de licenciatura y posgrado en múltiples universidades nacionales e internacionales. Autor de numerosas publicaciones, en 2014 recibió el Premio Iberoamericano de Ciencias Sociales por el Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM y en 2020, el Premio Universidad Nacional.

SONIA M. FRÍAS

Nacida en Barcelona, España, y naturalizada mexicana, es diplomada en Gestión y Administración Pública, licenciada en Ciencias Políticas y de la Administración por la Universidad de Barcelona y doctora en Sociología por la Universidad de Texas en Austin. Investigadora titular en el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México (CRIM-UNAM), integrante del Sistema Nacional de Investigadores. Sus investigaciones se centran en la violencia de género en contra de las mujeres y la victimización de niñas, niños y adolescentes, así como el rol del Estado en prevenir, atender y

sancionar estas violencias. Es autora de diversos estudios publicados nacional e internacionalmente sobre estas problemáticas, además ha trabajado para distintas instituciones nacionales e internacionales.

MERCEDES CAMPIGLIA

Licenciada en Psicología, maestra en Teoría Psicoanalítica, especialista en Educación Perinatal y doctora en Antropología. Se dedica a la investigación, capacitación y difusión en temas de salud reproductiva con perspectiva de género. Imparte talleres de formación a profesionales de salud del sector público y privado, tanto a nivel nacional como internacional, promoviendo la atención humanizada con un enfoque de respeto a los derechos reproductivos de las mujeres. Entrena a acompañantes profesionales del parto o “doulas” desde 2012. Imparte cursos de preparación para el parto a mujeres y acompaña como doula durante el nacimiento desde 2007, tanto en el sector privado como público. Participa activamente como ponente en foros nacionales e internacionales abordando las temáticas de atención del nacimientos, violencia obstétrica y parto humanizado. Ha sido consultora de Naciones Unidas en temas de salud reproductiva y participa como investigadora en el PRONAIH-3003, PRONACE-Salud Conacyt.

CECILIA CANEVARI

Es profesora e investigadora de la Universidad Nacional de Santiago del Estero en Argentina. Se graduó de Enfermería y estudió Ciencias Sociales con un enfoque particular en temas de género. Tiene una maestría en Sociedad y Poder desde una Perspectiva de Género de la Universidad Nacional de Rosario y un doctorado en Estudios de Género de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Es integrante de la organización Red Trama, una red nacional de mujeres y organizaciones que trabajan con mujeres campesinas e indígenas. Coordinó y participó como autora del libro *Los laberintos de la violencia patriarcal* (Barco Edita; FHCSyS UNSE, 2019), así como en otras numerosas publicaciones. A través de su trabajo, busca articular la investigación académica con el activismo.

BELÉN CASTRILLO

Es doctora en Ciencias Sociales y licenciada en Sociología por la Universidad Nacional de La Plata, en Argentina. Becaria postdoctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) con lugar de trabajo en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales del Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Especialista en estudios sociológicos del proceso salud/enfermedad/atención con perspectiva de género y derechos humanos, con especial énfasis en el análisis de la atención médica de embarazos y partos, violencia obstétrica y parto respetado. Divulgadora pública de la ciencia. Especialista en técnicas metodológicas cualitativas de la investigación social. Desde hace una década desarrolla investigaciones sobre atención de nacimientos en distintos sectores de salud (público, privado y domiciliario) en la ciudad de La Plata, con especial énfasis en las experiencias de mujeres-madres, varones-padres y personal de salud. Actualmente se enfoca en la etapa formativa de los profesionales médicos, con el objetivo de conocer las raíces de la violencia obstétrica. Ha publicado artículos académicos en revistas científicas argentinas y latinoamericanas, y ha contribuido con capítulos en libros colectivos de sus temáticas de trabajo. Además de investigadora, es activista por los derechos en el parto. Dicta talleres y capacitaciones a profesionales de la salud y a otros miembros de la sociedad civil.

DOLORES CORRAL

Licenciada en Sociología por la Universidad Nacional Autónoma de México y maestra en Políticas Públicas y Género por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, México. Sus temas de interés son la sociología de la práctica médica en el contexto de atención gineco-obstétrica, violencia de género e institucional

y diseño, implementación y evaluación de políticas públicas asociadas con derechos sexuales y reproductivos.

MARTÍN HERNÁN DI MARCO

Doctor en Ciencias Sociales por la Universidad de Buenos Aires, magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud por la Universidad Nacional de Lanús, y licenciado en Sociología por la Universidad de Buenos Aires. Es docente de la Universidad de Buenos Aires y la Universidad Nacional de La Matanza. Actualmente se desempeña como investigador postdoctoral en el Instituto de Criminología y Sociología Jurídica de la Universidad de Oslo. Su trabajo se focaliza en los relatos de vida de varones que ejercieron violencia, y en perpetradores de homicidio y femicidio en América Latina.

ESTER ESPINOZA

Doctora y maestra en Estudios Culturales por El Colegio de la Frontera Norte (Colef) y licenciada en Comunicación por la Universidad Autónoma de Baja California (UABC). Forma parte del Sistema Nacional de Investigadores, en el nivel candidato desde 2022. Se ha desempeñado como profesora de tiempo completo en la Universidad Pedagógica Nacional-Tijuana, y como asistente de la dirección de la revista *Migraciones Internacionales*, del Colef. Sus líneas de investigación son violencia obstétrica, salud sexual y reproductiva, derechos humanos y agencia de las mujeres. Sus publicaciones más recientes son “Decolonizing the womb: Agency against obstetric violence in Tijuana, Mexico”, *Journal of International Women’s Studies* (Bridgewater State University, 2020) y “Avances normativos e institucionales en los derechos humanos de las mujeres y su relación con la salud sexual y reproductiva en México, 2010-2019” (en coautoría con Marlene Solís), en el libro *Población y derechos humanos: desafíos para el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe* (Asociación Latinoamericana de Población, 2020).

NATALIA RIGHETTI

Es profesora de Filosofía en la Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Realizó la diplomatura en Salud, derechos sexuales y reproductivos. Gestión integral de políticas, programas y servicios del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) de la Universidad Isalud, y la maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la Universidad Nacional de Lanús. El título de su tesis de maestría es “Concepciones de la violencia obstétrica en la literatura científica. Una revisión bibliográfica”. Actualmente integra el Equipo Técnico del Programa de Evaluación Institucional del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MINCYT). Con anterioridad, participó en proyectos de investigación en temas de salud sexual y reproductiva del CEDES. Entre 2005 y 2015 integró el equipo docente del diplomado en Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y desde hace años integra diversos comités de ética de investigación. Fue asistente editorial de la revista *Salud Colectiva* de la Universidad Nacional de Lanús.

MAÍRA SOARES FERREIRA

Escritora, terapeuta e investigadora. Egresada de la carrera de Psicología y máster en Educación por la Universidad de São Paulo (USP). Doctora en Sociología por Universidad Federal de Goiás (UFG), donde se desempeñó además como docente y como coordinadora de proyectos con y para mujeres. Posee además una especialización en Psicoanálisis por el Instituto Sedes Sapientiae, lo cual le permite practicar dicha disciplina desde el año 2006, anteriormente de manera presencial y en la actualidad en modalidad virtual. Ha realizado numerosas publicaciones, entre las que se encuentran *A rima na escola, o verso na história* (Boitempo, 2012); “Pisando em Óvulos” (CEGRAF UFG, 2021). Estas y otras informaciones pueden encontrarse en su sitio web www.clinicapsicoanalitica.com.br. Su clínica atiende a brasileñas y brasileños que viven dentro y fuera del Brasil y tiene como diferencial el ejercicio de un psicoanálisis activo, político y feminista.

SYLVIA SOSA FUENTES

Técnica académica en el Departamento de Humanidades de la Universidad Autónoma Metropolitana-Cuajimalpa, donde también forma parte del taller de Análisis Sociocultural. Licenciada en Sociología y maestra en Estudios Políticos y Sociales por la UNAM. Actualmente se encuentra desarrollando el doctorado en Sociología en la misma institución. Sus temas de interés son la sociología e historia de las ciencias sociales, sociología de los intelectuales y sociología de la ciencia.

La primera edición de *Violencia obstétrica y ciencias sociales. Estudios críticos en América Latina*, coordinada por Roberto Castro y Sonia M. Frías, editada por el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México, se terminó de imprimir el 6 de mayo de 2022 en los talleres de Litográfica Ingramex, S. A. de C. V., Centeno 162-1, Granjas Esmeralda, Iztapalapa, 09810, Ciudad de México. El tiraje consta de 200 ejemplares en papel Holmen Book Cream de 55 g los interiores y en cartulina sulfatada de 14 puntos los forros; tipo de impresión: digital; encuadernación en rústica pegada. En la composición se utilizaron las familias tipográficas Arno Pro de 8, 9 y 12 pt y Myriad Pro de 8, 10 y 12 pt. Cuidado de la edición y lectura de pruebas finas: Perla Alicia Martín Laguerenne; corrección de originales y lectura de pruebas: Gilda Castillo; diseño tipográfico, diagramación y formación: Irma G. González Béjar. La coordinación editorial estuvo a cargo del Departamento de Publicaciones del CRIM-UNAM.

✿ Esta obra fue impresa empleando criterios
amigables con el medio ambiente ✿







Este libro presenta los resultados de diversas tesis de maestría y doctorado en ciencias sociales realizadas en varios países de América Latina (México, Argentina, Brasil), sobre el problema de la violencia obstétrica. Los coordinadores de esta obra mantenemos contacto con una creciente red de investigadoras de esta región y de Europa que están trabajando sobre esta cuestión. En ese contexto, en 2019 convocamos a diversas especialistas en el tema de la violencia obstétrica y las invitamos a participar con un capítulo derivado directamente de sus tesis, convencidos de que cada una puede hacer aportaciones de primera importancia al conocimiento y al debate sobre esta materia. Se trata de un libro que muestra la trascendencia de la investigación multidisciplinaria desde las ciencias sociales para el conocimiento en profundidad de problemas tan relevantes como la violencia obstétrica, que tiene implicaciones tanto académicas como políticas sobre todo en el campo de las políticas de salud, de equidad de género y derechos humanos.

