

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y LA ESTERILIZACIÓN FORZADA FRENTE AL DISCURSO MÉDICO

Fecha de recepción de artículo: 18 diciembre 2008

Fecha de aceptación de artículo: 16 enero 2009

ASIA VILLEGAS POLJAK
MÉDICA

DIPLOMADA EN DERECHOS HUMANOS
ASIAVILLEGAS@GMAIL.COM
VENEZUELA

RESUMEN

El tema central del artículo lo constituye la **violencia obstétrica** como fenómeno vinculado a la violencia de género. Para desarrollar la idea fundamental, es necesario precisar previamente algunos conceptos que dan sustentación teórica a las ideas expresadas a continuación, tales como: patriarcado, violencia contra la mujer y derechos sexuales y reproductivos. Dichos conceptos son analizados en torno al marco legal que rige la Ley Orgánica por el Derecho de las Mujeres a una vida libre de Violencia, donde se establece que la violencia obstétrica está estrechamente relacionada con la vulneración de sus derechos humanos primordiales, enunciados en el presente artículo.

PALABRAS CLAVE: Violencia Obstétrica, patriarcado, Derechos Sexuales y reproductivos.

ABSTRACT

The central theme of the article is the obstetric violence as a phenomenon linked to gender-based violence. To develop the basic idea, it is necessary to fix some concepts that theoretically sustain ideas expressed as follows, such as patriarchy, violence against women and sexual and reproductive rights. These concepts are analyzed around the legal framework governing the Organic Law for the Right of Women to a Life Free of Violence, which states that obstetric violence is closely related to violations of his primary human rights stated on this work.

KEYWORDS: Obstetric violence, patriarchy, sexual and reproductive rights.

El tema central del artículo lo constituye la **violencia obstétrica** como fenómeno vinculado a la violencia de género. Para desarrollar la idea fundamental, es necesario precisar previamente algunos conceptos que dan sustentación teórica a las ideas expresadas a continuación.

El patriarcado

Según afirma la profesora universitaria Alba Carosio, Directora del Centro de Estudios de la Mujer de la Universidad Central de Venezuela (CEM-UCV), el patriarcado es la manifestación y la institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres, los niños, las niñas y, por

tanto, la ampliación de este dominio masculino sobre nuestra sociedad en general.

El patriarcado se impone a través de múltiples formas de violencia, desde las más sutiles, paisajeadas (en el horizonte de la cotidianidad) e históricas, hasta las más cruentas y modernas, logrando la subordinación.

Creo, que si la piedra angular de la explotación del hombre por el hombre y la acumulación capitalista es la plusvalía, así la piedra angular del patriarcado es la división sexual del trabajo, entre lo productivo y lo reproductivo. El hombre para la esfera pública de lo productivo y la mujer para la esfera privada de lo reproductivo. He ahí el sustrato de la discriminación, la raíz profunda, histórica y cultural de la violencia contra la mujer.

La violencia contra la mujer

A lo largo de la historia de la humanidad y a lo ancho de la geografía del mundo hay una larga lucha contra la violencia de género, donde se reconoce una condición de subordinación y discriminación fundada en modelos de **sociedades patriarcales**; establecidas en **Estados patriarcales**, donde hombres y mujeres reproducen valores, conceptos, pensamientos, **conductas patriarcales** y machistas.

La violencia en contra de la mujer es una violación sistemática, en estas sociedades patriarcales, de los derechos humanos; además de un delito que también constituye un grave problema de gran impacto en la salud pública. Pero es necesario cuestionar profundamente el tratar, reduccionistamente, de medicalizar la violencia de género “como un problema de salud pública”.

Marco Jurídico

La República Bolivariana de Venezuela es signataria de los instrumentos jurídicos más importantes en materia de los derechos humanos de las mujeres y, especialmente, en materia de violencia contra las mujeres. Entre ellos:

1. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (Convención Belem De Pará).
2. Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979)¹.

1 EEUU y Canadá no han suscrito la primera. EEUU tampoco es signatario de la segunda.

3. Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer (1993).

Dos años más tarde, en 1995, se celebró en Pekín la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, donde los países del mundo presentes y representados consensan en el reconocimiento de la violencia contra las mujeres como un impedimento para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, porque es una violación y un menoscabo al goce y el disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las mujeres, la mitad de la Humanidad. Además, va más allá, y define la violencia como una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer define como violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. Los tipos de violencia son físicos, sexuales o psicológicos. Define a los agresores que la infringen en el espacio doméstico, en la comunidad, por el Estado y agentes.²

Con dos años de promulgada en Venezuela, la Ley Orgánica por el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia establece, en su Artículo 14, que la violencia contra las mujeres comprende todo acto sexista que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, emocional, laboral, económico o patrimonial para las mujeres, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, así como la amenaza de ejecutar tales actos, tanto si se producen en el ámbito público como en el privado³.

En su preámbulo, la Ley Orgánica por el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia establece que “la violencia de género queda delimitada claramente por el sujeto que la padece: las mujeres”.

2 La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer es un acuerdo en la región firmada en 1994, en la ciudad de Belém do Pará, Brasil, por 32 de los 34 Estados del Hemisferio. La Convención tiene como objetivo fundamental proteger los derechos humanos de las mujeres y prevenir, sancionar y eliminar los estados de violencia que puedan afectarlas, en el entendido que toda humana tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado. La Convención de Belén do Pará, es el único instrumento internacional para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer.

3 Ley Orgánica por el Derecho a una vida libre de violencia. Caracas, Marzo 2007. Publicaciones de la Asamblea Nacional y del Fondo de Población de Naciones Unidas.

Los Derechos protegidos en la Ley Orgánica por el Derecho a una Vida Libre de Violencia

Para entender la violencia obstétrica es necesario saber cuáles son los derechos vulnerados.

En su artículo 3, la Ley abarca la protección de los siguientes derechos:

1. El derecho a la vida.
2. La protección a la dignidad e integridad física, psicológica, sexual, patrimonial y jurídica de las mujeres víctimas de violencia en los ámbitos público y privado.
3. La igualdad de derechos entre el hombre y la mujer.
4. La protección de las mujeres particularmente vulnerables a la violencia basada en género.
5. El derecho de las mujeres víctimas de violencia a recibir plena información y asesoramiento adecuado a su situación personal, a través de los servicios, organismos u oficinas que están obligadas a crear la Administración Pública, nacional, estatal y municipal. Dicha información comprenderá las medidas contempladas en esta Ley relativas a su protección y seguridad, y los derechos y ayudas previstos en la misma, así como lo referente al lugar de prestación de los servicios de atención, emergencia, apoyo y recuperación integral.
6. Los demás artículos consagrados en la Constitución y en todos los convenios y tratados internacionales en la materia, suscritos por la República Bolivariana de Venezuela, tales como la Ley Aprobatoria de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belem do Pará).

Los Derechos Reproductivos y Derechos Sexuales

Del marco conceptual sobre los derechos sexuales y reproductivos desarrollado por la jurista costarricense, Alda Facio (1999: 779), en una publicación del Instituto Interamericano de Derechos Humanos sobre la *“Promoción y Defensa de los Derechos reproductivos: Nuevos*

*retos para las instituciones nacionales de derechos humanos*⁴, hicimos un ejercicio de identificar y ubicar su análogo en nuestro texto constitucional.

Los Derechos Reproductivos

1. Derecho a la vida (artículo 43 de la CRBV) que incluye:
El derecho a no morir por causas evitables relacionadas con el parto y el embarazo.
2. El derecho a la salud (art. 83 y 84 de la CRBV) que incluye:
El derecho a la salud reproductiva.
3. El Derecho a la libertad, seguridad e integridad personal (art. 44, 46 y 54 de la CRBV) que incluyen:
El derecho a no ser sometida a torturas, ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
4. El derecho a decidir el número e intervalo de hijos (art. 76 de la CRBV) que incluye:
El derecho a la autonomía reproductiva.
El derecho a realizar un plan de procreación con asistencia médica o de una partera reconocida en un hospital o un ambiente alternativo.
5. El derecho a la intimidad (art. 60 de la CRBV) que incluye:
El derecho de toda mujer a decidir libremente y sin interferencias arbitrarias, sobre sus funciones reproductivas.
6. El derecho a la igualdad y a la no discriminación (art. 21 de la CRBV) que incluye:
El derecho a la no discriminación en la vida y la salud reproductiva.
7. El derecho al matrimonio y a fundar una familia (art.77 de la CRBV), que incluye:
El derecho de las mujeres a decidir sobre su función reproductiva en igualdad y sin discriminación.

4 Instituto Interamericano de Derechos Humanos. "Promoción y Defensa de los Derechos reproductivos: Nuevos retos para las instituciones nacionales de derechos humanos". IIDH. San José. Costa Rica. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. 2003. 694 p.

El derecho a contraer o no matrimonio.

El derecho a tener capacidad y edad para consentir el matrimonio y fundar familia.

8. El derecho al empleo y a la seguridad social (art. 86 y 87 de la CRBV) que implica:

El derecho a la protección legal de la maternidad en materia laboral.

El derecho a trabajar en un ambiente libre de acoso sexual.

El derecho a no ser discriminada por embarazo y a su protección.

9. El derecho a la educación (art. 103 de la CRBV) que implica:

El derecho a la educación sexual y reproductiva sin discriminación.

10. El derecho a la información adecuada y oportuna (art. 58 de la CRBV), que implica:

El derecho de toda persona a que se le de información clara sobre su estado de salud (art. 28 de la CRBV).

El derecho a ser informada sobre sus derechos y responsabilidades en materia de sexualidad y reproducción, y acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de los métodos de regulación de la fecundidad y sobre las implicaciones de un embarazo para cada caso particular. (Art. 76 de la CRBV).

11. El derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra la mujer (art. 21 de la CRBV), que implica:

El derecho a modificar las costumbres que perjudican la salud reproductiva de las mujeres y niñas.

12. El derecho a disfrutar del progreso científico y dar su consentimiento para ser objeto de experimentación, que implica:

El derecho a disfrutar del progreso científico en el área de la reproducción humana.

El derecho a no ser objeto de experimentación en el área de la reproducción humana (art. 46, ordinal 3, de la CRBV).

Los Derechos Sexuales

1. Libertad Sexual de cada persona. Incluye el derecho de cada persona a decidir voluntariamente su sexualidad, sobre qué, con quién y cuándo (art. 60 de la CRBV, artículo que con frecuencia hemos calificado “artículo contra el chisme”, ese ejercicio deportivo e impune que somete a la cotidianidad a comentarios machistas y soeces sobre la vida sexual de las personas, con preferencia sobre las mujeres y las lésbicas, los gay, bisexuales y transexuales).
2. A la no violencia, no coerción y no abuso de poder (art. 46 de la CRBV).
3. A la Información, que incluye información veraz y oportuna sobre la sexualidad humana, (art. 58 de la CRBV).
4. A la Educación, que incluye una educación accesible, integral, igualitaria. (art. 103 CRBV).
5. Al libre ejercicio, sin consecuencias discriminatorias, que incluye el libre ejercicio de la sexualidad humana sin discriminación por razones de sexo, condición, etc. (art. 21 de la CRBV).
6. A la opción-preferencia sexual. Este artículo aún en la agenda de lucha de los movimientos de mujeres y GBLT. Fue propuesto en la Reforma Constitucional del año 2007.
7. A la salud sexual (artículo 83 de la CRBV, sobre Salud Integral y a la prevención y a la protección).

La expresión del discurso patriarcal de la enfermedad

En la Ciencia Médica, con énfasis en la Medicina Occidental, también se sustenta, a la par que se invisibiliza, el discurso patriarcal de la enfermedad presente en la práctica médica, en la atención y evaluación de los diversos ciclos de vida de la mujer: la niñez, la menarquía, la adolescencia, la adultez, la madurez y la tercera edad, trasfigurados en “patologías propias de la mujer”, con la consecuente medicalización y construcción de mitos sobre “dolores”, “depresiones”, “irritabilidades”, “inestabilidad emocional”, “estallidos de ira”, “libido baja”, “jaquecas” y cualquier otra cantidad de síntomas generales e imprecisos con los que se construyen grandes Síndromes “propios de las mujeres”. Sustentado esto en el paradigma del biologicismo, el naturalismo y el determinismo.

Además de la filosofía, la política y la historia, la medicina también fue y es expresión del pensamiento patriarcal y en especial, la práctica médica de la obstetricia y la ginecología, que se ha apropiado de los procesos naturales de los diferentes ciclos de vida de la mujer a través de la historia de la humanidad, reproduciendo la subordinación de género.

En la atención al parto se puede reconocer la mejor expresión de esta subordinación. Este proceso natural de vida, convertido en procedimiento médico, la mujer es despojada de su identidad, cosificada y fragmentada en su integridad dejando de ser sujeta de derechos para convertirse en una especie de gran útero, cobijo de un “producto fetal”. Así el patrón de la medicalización de los ciclos de vida de la mujer tiene diversas manifestaciones en la atención a la gestación y parto. Por ejemplo: a través del uso de oxitócicos para apresurar el parto, la planificación de cesáreas sin respeto a las indicaciones médicas precisas, en el ejercicio privado. La instrucción de anestesia epidural para aliviar dolores, a veces excesivamente. En contraposición a la práctica pública de esperar hasta el último momento para indicar la cesárea o inducir la anestesia, así como el uso contraproducente de los fórceps.

A continuación se mencionan algunas de las manifestaciones de estos paradigmas biologicistas:

1. En la niñez: la perorata del “no te toques”, “no andes desnuda”, no muestres las pantaletas”, como expresión de la negación de la sexualidad y la genitalidad de las niñas. En contraposición a la laxitud en referencia a la conducta con el niño, con quien inclusive se hacen gestos y mimos alrededor de su pene.
2. En la menarquía comienzan los mitos sobre las enfermedades de las mujeres y se acentúa el discurso sobre el “resguardo de la virginidad”.
3. En la adolescencia, etapa del desarrollo juvenil con sus grandes conflictos sobre las definiciones del mundo, el supuesto síndrome premenstrual encierra toda la emotividad de la “hembra”, cargado de dolores premenstruales, irritabilidad, desapego al hogar, etc.
4. En la adultez de la mujer florece el discurso patriarcal, ejemplos en los diagnósticos de los Tratados de Psiquiatría sobre “la ninfomanía”, la “depresión postparto” y otros. Muchas veces vulnerando el derecho al goce y disfrute de los derechos

sexuales de la mujer. Así mismo la Psiquiatría, muchas veces patriarcal, contempla las adicciones y la atención médica asistencial de las farmacodependientes, considerando las diferencias de sexo y género.

5. En el Ciclo de Vida del Climaterio, con la llegada de la Menopausia, se registra el uso y abuso de las Terapias de Reemplazo Hormonal (TRH). Se indica en la práctica ginecológica, los esquemas terapéuticos “preventivos” y la publicidad engañosa de las trasnacionales farmacéuticas. Al respecto Doris Acevedo, en la publicación del 8 de Marzo de 2006, de **“Mariamoñitos”. Papeles para pensar, hacer y construir**, de la Universidad de Carabobo, en la Facultad de Ciencias de la Salud, donde es Profesora del Departamento de Salud Pública, Coordinadora del Área de Investigación de la Unidad de Investigación y Estudios de Género “Bella Carla Jirón Camacaro”, desarrolla un concepto de **“Violencia Terapéutica⁵”**.
6. La penalización en gran parte de los países del mundo, de la autonomía de decisión de las mujeres sobre la interrupción del embarazo y la no consagración efectiva del derecho a condiciones seguras para la interrupción, es también parte fundamental de la subordinación de género y donde la ciencia médica construye la ética de la vida para sustentar esta penalización.
7. En la madurez, los efectos físicos de la “gravedad” sobre el cuerpo humano de las mujeres, que son “corregidos” imperativamente con la cirugía estética, es la apropiación más burda del cuerpo de la mujer. El implante de un modelo de belleza impone las Cirugías de mamas, lipo-escultura y rejuvenecimiento vaginal bajo las reglas imperativas del mercado de la enfermedad. Trazando una línea invisible entre “la salud” y la “belleza”, donde la “fealdad” es una “enfermedad”.

5 **“Mariamoñitos”. Papeles para pensar, hacer y construir.** Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Salud Pública. Unidad de Investigación y Estudios de Género “Bella Carla Jirón Camacaro”. Núcleo de Aragua. 8 de Marzo de 2006. Páginas s/n.

La violencia obstétrica y la esterilización forzada

La Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en su Capítulo II, sobre las Definiciones de las diversas formas de Violencia contra las Mujeres contempla la Violencia Obstétrica, consistente en determinadas formas de maltrato debidamente definidas en la norma, ejecutados en contra de la mujer antes y durante el parto o durante una emergencia obstétrica y la esterilización forzada, concebida como un atentado a la capacidad reproductiva de la mujer.

Violencia Obstétrica: Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato jerárquico 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.⁶

Esterilización forzada: Se entiende por esterilización forzada, el realizar o causar intencionalmente a la mujer, sin brindarle la debida información, sin su consentimiento voluntario e informado y sin que la misma haya tenido justificación. Un tratamiento médico o quirúrgico u otro acto que tenga como resultado su esterilización o la privación de su capacidad biológica y reproductiva.⁷

Violencia Institucional: Son las acciones u omisiones que realizan las autoridades, funcionarios y funcionarias, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tengan como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta Ley.

Las sanciones establecidas en la citada Ley son: prisión y multas que comprenden hasta el trabajo comunitario. Advierte diferentes penas alternativas a las privativas de libertad, en casos de hechos menores, reivindicando que el objetivo, propósito y razón de la Ley, acentúa lo preventivo de la promoción, formación, educación y orientación. Con ello se busca garantizar un sistema integral de protección a la mujer que ha sido sujeta de un hecho de violencia, donde lo penal es sólo un mecanismo del Sistema de Justicia.

6 Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Capítulo II. Definición de Violencia contra las Mujeres. Artículo 15: Formas de violencia. Artículo 51 Capítulo VI, de los delitos.

7 Ídem.

En el artículo 51, se consideran actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistente en:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario expreso e informado de la mujer.

En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la responsable, una multa de doscientas cincuenta unidades tributarias (250 U.T.) a quinientas unidades tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia de la decisión condenatoria, definitivamente firme, al colegio profesional o institución gremial a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda”.⁸

La Esterilización Forzada está sancionada, en el artículo 52, de la siguiente manera:

“Quien intencionalmente prive a la mujer de su capacidad reproductiva, sin brindarle la debida información, ni obtener consentimiento expreso, voluntario e informado, no existiendo razón médica o quirúrgica debidamente comprobada que lo justifique, será sancionado con pena de prisión de dos a cinco años. El tribunal sentenciador remitirá copia de la decisión condenatoria definitivamente firme al colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda”.⁹

8 Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Capítulo II, Definición de Violencia contra las Mujeres. Artículo 15: Formas de violencia. Artículo 51 Capítulo VI, de los delitos.

9 Fuente: Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de Violencia. Capítulo II, Definición de Violencia contra las Mujeres. Artículo 15: Formas de violencia. Artículo 52: Capítulo VI, de los delitos.

Algunas estadísticas sobre mortalidad materna

La mortalidad materna como expresión de la responsabilidad del Estado en la garantía del Derecho a la vida, como primer Derecho Reproductivo. El Derecho a la reproducción sin morir en el intento con atención prenatal oportuna y de calidad.

País	Razón de mortalidad materna (Por 100.000 nacidos/as vivos/as. 2001-2006)
Argentina	39,2
Bolivia	230, 0
Brasil	76,1
Canadá	5,9
Chile	19,8
Colombia	72,7
Costa Rica	39, 3
Cuba	49,4
Ecuador	85,0
El Salvador	71,2
EEUU	13,1
Guatemala	148,8
Guyana	161, 2
Haití	630,0
Jamaica	95,0
México	63,4
Nicaragua	86, 5
Panamá	66,0
Paraguay	153,5
Perú	185,0
República Dominicana	80,0
RB de Venezuela	59,9

El parto: algo natural

El parto es un acto natural y fisiológico de reproducción individual. No es una enfermedad, ni un acto médico. Es un proceso natural del cuerpo de la mujer, muy complejo, asociado a su sexualidad y reproducción en el cual median múltiples variables con una perspectiva antropológica, social, cultural, psicológica.

Tal definición se contrapone, sustancialmente, a las condiciones reales de nuestras maternidades, hospitales públicos y las clínicas privadas.

En los centros públicos, como Maternidades o Servicios de Obstetricia, las parturientas (muchas de ellas sin recursos para la compra de servicios privados de salud) esperan largas horas, sin derecho a compañía de sus parejas o familiares más cercanos y cercanas, inclusive las adolescentes primerizas. Además, muchos de estos servicios y centros públicos son centros de formación docentes de postgrados de Obstetricia y Ginecología, por lo que son sometidas a tactos públicos y repetidos, así mismo, forzadas a tomar posiciones y acostarse en camas especiales.

Sin información amplia y suficiente, ni consentimiento previo de las parturientas, a su llegada a los Centros de Salud, se les toma inmediatamente una vía (vena) y se les administra pitocín, un suero endovenoso que acelera las contracciones uterinas e, inclusive, llegado el nivel de máxima dilatación del cuello uterino, se les llega a realizar una incisión o corte en los genitales externos, procedimiento llamado **episiotomía**, para facilitar la expulsión de la cabeza fetal del o de la bebé.

El discurso del personal de salud ante el parto: Es común y parte del concierto de las angustias, los famosos gritos del personal de salud. Muchas veces se puede escuchar, el discurso patriarcal, de bocas del propio personal femenino, frases como: "ahora sí te duele", "ahora sí vas a gritar" "cuando lo hacías no te quejaste", "abre las piernas bien, floja", "deja la quejadera", "no te bajes", "deje de quejarse y suba a la cama". "Rápido, suba y levante las piernas que ya está pariendo". E inclusive ante una demanda de: "Por favor, doctora, yo lo que quiero es dar a luz de pie. Yo me preparé para eso". "Mira, mijita, no seas sifrina. Esas modas son para las clínicas privadas. Pero aquí... la que manda soy yo". El mandato imperativo de: "Que te montes en la cama, te digo". O el falso consuelo de: "Ya, listo. ¿Viste: Cuál era tu bulla?", "Espérate, todavía no lo puedes ver".

Por el contrario en el sector privado, el mismo personal de salud, egresados de la misma escuela, asume también un discurso patriarcal expresado en otras conductas diferentes, como el uso y la indicación excesiva y, la aplicación de cesáreas poco justificadas, el adelanto de la fecha de parto por “recomendaciones medicas” o la solicitud de las parturientas y sus parejas o familiares. Esto pone en tela de juicio la flexibilidad de una ética laxa para lo privado y rígida para el sector público, donde para realizar una cesárea, se llega hasta el último momento.

Haremos referencia a la investigación hecha por la veterinaria, investigadora y activista Marbella Camacaro (2006)¹⁰, de la Unidad “Bella Carla” de Maracay, donde explica la historia y datos que amplían la justificación de la definición de la Violencia Obstétrica. Afirma:

“La cama ginecológica fue un invento del nuevo representante social en la escena del parto, el hombre-médico, el francés Francois Mauriceau (1657-1709) propuso la idea de que la mujer diera a luz en la cama. Publicó en 1668 su tratado Las enfermedades de las mujeres en el embarazo y el parto, considerado como la obra obstétrica más sobresaliente del siglo XVII. En su momento fue el primer tocólogo del reino de Francia, esta referencia histórica dice mucho, especialmente para quienes sabemos lo que ha significado la voz autorizada masculina en la construcción histórica de las ciencias. Ellos tenían el poder de hablar, decidir, apoderarse del cuerpo de las mujeres, inclusive, en aspectos relativos exclusivamente al territorio corporal, sexual y psíquico de las mujeres, la extrañeza de los hombres científicos frente al útero, por no poseerlo, y el poder de dictar toda la vida social, cultural, política, y científica fue la impronta de una obstetricia que patologiza los procesos naturales de las mujeres (menstruación, menopausia, parto), acostarlas para parir es el acto de mayor sumisión y obediencia, por parte de la mujer, frente al poder médico”.

Continúa la investigadora precitada con las siguientes interesantes y elocuentes reseñas:

“La imposición del parto en postura de litotimia-acostada, lo que hace es facilitar el trabajo del médico, enajenando a la mujer de su propio proceso. Acostada quedamos expuestas y vulnerables, obedeciendo las órdenes del equipo de salud. La justificación de esa práctica médica, de tener a la mujer acostada con las piernas colgando, es ideal

10 <http://www.fundamujer.org.ve/seccion.asp?notid=40958&pid=61&sid=2595>

para favorecer la atención de cualquier complicación, facilitando las maniobras de rutina, intervenciones y conservar pautas de trabajo. Sin embargo, el 90% de los partos en los hospitales son normales, sin mayores complicaciones, en las clínicas existen un número exagerado de cesáreas por razones económicas. Como vemos la salud sexual y reproductiva de las mujeres depende de los tira y encoje de los intereses económicos, políticos, culturales, religiosos, poder médico, en fin, menos de las propias mujeres. La posición de la madre es un procedimiento médico, una intervención médica, que responde a criterios precisos de organización sujetos a la ideología vigente”.

La investigadora Marbella Camacaro (2006) cita y explica, desde la anatomía y fisiología del cuerpo de la mujer, usando como referencia un trabajo de investigación presentado en el XIII Congreso Internacional de la ISPOG (International Society of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology) por el ginecólogo y obstetra Carlos Burgos, las razones por las cuales el estar acostada sobre la espalda es la más terrible y pésima posición para el trabajo del parto. Tratamos de simplificar, entre otras, el tipo de complicaciones más frecuentes que señala:

1. Al estar la mujer acostada sobre su columna, se lleva a cabo la compresión de los gruesos vasos sanguíneos dorsales, esto dificulta la circulación y reduce la presión sanguínea con la consiguiente baja en el oxígeno que llega al feto. Las contracciones uterinas se debilitan y son menos frecuentes y la urgencia de pujar es cada vez más dificultosa, por el gran esfuerzo que tiene que efectuarse, al no estar favorecida por la fuerza de gravedad. Así en muchos casos este hecho contradictorio demora el descenso y justifica las indicaciones.
2. Así mismo, al estar la mujer acostada sobre su columna, el cóccix es aplastado contra la cama de parto, que lo empuja hacia adelante estrechando la salida pélvica, con el período de expulsión más largo y difícil.
3. Hay aplastamiento de los nervios de las piernas por la presión ejercida al estar éstas montadas y colgadas de los estribos de la cama de parto.
4. Por otra parte, la posición no logra una firme y mantenida presión de la cabeza fetal sobre el periné, lo que no produce una distensión adecuada del periné y como consecuencia, surge una apremiante necesidad de realizar una episiotomía inútil.

De igual manera, Isabel F. del Castillo, investigadora y autora de: *“La Revolución del Nacimiento”*¹¹ ratifica lo anterior y propone giro en la postura, hasta ahora impuesta. Ladearse amplía la circulación sanguínea de los grandes vasos aplastados.

De igual manera, de la posición horizontal a la vertical, permite que el peso y la presión de la cabeza fetal sobre los músculos pélvicos contribuyan favorablemente a su relajación y dilatación.

A su vez, esta misma presión produce un impulso nervioso que se conduce a la hipófisis y estimula la descarga de oxitocina, apurando el parto de manera natural y espontánea, haciendo innecesario el uso de pitosín.

Además de la posición impuesta en nuestras maternidades y centros públicos y privados de salud, se impone la premura en el parto. Es común que muchas veces las parturientas sean devueltas a sus casas, sin importar distancias ni condiciones sociales, luego de un largo ruleteo, hasta “que estén listas”. Una vez ingresadas a las Maternidades y de allí a las Salas de Parto, se estimulan con el habitual uso endovenoso del pitosín, las contracciones uterinas para que el parto se resuelva lo más pronto posible. Evadiendo en la mujer, el aumento del dolor, su periodicidad y rigor. De esta conducta médica intervencionista se genera la desnaturalización del parto y se dan todos los fenómenos psicosociales y culturales sobre el mismo, secuestrando su naturaleza placentera.

Argumentos y cuestionamientos contra los artículos sobre Violencia Obstétrica y Esterilización Forzada

Los/as médicos/as y, especialmente, los/las obstetras argumentan una serie de cuestionamientos a la ley.

1. Esto generará un incremento de la morbilidad materna y perinatal, como uno de los cuestionamientos más importantes.
2. Las prácticas conservadoras y aceptadas demuestran menos riesgos de complicaciones en la atención del parto.

11 Fernández del Castillo, Isabel, “La revolución del Nacimiento”, de Ediciones Granica, S.A, N° Edición: 1°, Año de Edición 2006, Barcelona, España.

<http://www.fundamujer.org.ve/seccion.asp?notid=40958&pid=61&sid=2595>. Marbella Camacaro, 26-11-07. Revisión autorizada: Ofelia Álvarez 10-12-2007.

3. Intervenir tempranamente el proceso del parto previene las complicaciones frecuentes.
4. En nuestros hospitales y maternidades esto no es posible.

También hay otras voces cuestionadoras, como la del Dr. Alberto Arteaga Sánchez, quien en un periódico de circulación nacional¹², opinó sobre la violencia obstétrica: *“El Estado no puede pretender regular hasta la forma de parir con la amenaza de sanciones”*.

“No estoy en desacuerdo con la regulación de esta materia, propia más bien de un reglamento o ser incluido en el Código de Ética en Medicina y no ser objeto de la calificación como delitos de estas conductas, cuya descripción es vaga, sujeta a criterios discrecionales, e inclusive, propicia a debates propios de la medicina que no es ciencia exacta”.

Continúa el conocido penalista: “Sin duda, no atender una emergencia obstétrica es un hecho grave, pero el criterio de la eficacia se presta a múltiples interpretaciones. Igualmente -según indican algunos expertos- el parto vertical parece el más adecuado y natural, debiendo constituir la regla, pero el problema radica en la apreciación de los «medios necesarios» para tal fin.

“El Estado no puede pretender regular hasta la forma de parir, con la amenaza de sanciones, aunque sea sólo con la pena de multa, ya que ello sólo puede dar lugar, inclusive, por temor a las sanciones, a que no se recurra, por ejemplo, a la cesárea, con peligro para la vida del niño o su futuro desarrollo, por las dudas sobre su estricta necesidad, en situaciones en las cuales las decisiones deberá tomarse rápidamente por los intereses en juego”.

Sin duda lo más importante es el respeto a la maternidad y a la vida del niño por nacer, y la exigencia de que el acto médico tome en cuenta el consentimiento informado o libre y voluntario de la madre que debe participar en el acto trascendente de dar luz.

Pero el temor, es que ante la amenaza de sanciones todo se reduce simplemente a la firma de acuerdos o el recurso a subterfugios que en definitiva, como siempre, serán en perjuicio de los más débiles, como podría ser la desviación, por ejemplo, de no recurrir a técnicas de abordaje obstétrico indicadas por el profesional de la salud para no verse implicado en un proceso de violencia contra la mujer.

12 eluniversal.com, 19 de Septiembre de 2007. Artículo de Opinión. Alberto Arteaga Sánchez // **La violencia obstétrica**. “El Estado no puede pretender regular hasta la forma de parir con la amenaza de sanciones”

Argumenta: “Por tratarse de delitos sancionados con pena de multa no hay privación de libertad dentro del proceso; la acción penal se extingue sin que sea necesario llegar al juicio si el imputado cancela la multa y admite los hechos y sólo cabe la posibilidad de sustitución de la pena por trabajos voluntarios en instituciones públicas una vez impuesta”.

No sólo los juristas interpretan a la luz del pensamiento patriarcal la ley orgánica por el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. En 2007, recién promulgada la ley, llevamos a cabo una discusión sobre la “esterilización forzada” en la Maternidad del Complejo Hospitalario “José Ignacio Baldó”, El Algodonal. Por razonamiento sesgado y falseado, se instruyó bajo una iniciativa médica a las mujeres a dar una declaración notariada y registrada del consentimiento previo, voluntario e informado de aquellas quienes solicitaban la esterilización quirúrgica al Servicio de Ginecología y Obstetricia del mencionado centro hospitalario.

Durante décadas se inventaron requisitos como edad, número de hijos e hijas y hasta se solicitó el permiso de la pareja para la esterilización quirúrgica de las mujeres, sin ningún fundamento legal, ni médico. Y al fulgor de unos nuevos derechos consagrados que infringían otros.

El artículo es claro y taxativo al decir que quien intencionalmente prive a la mujer de su capacidad reproductiva, **sin brindarle la debida información, ni obtener consentimiento expreso, voluntario e informado; no dice que debe ser escrito y notariado**, con solo el hecho de reposar el consentimiento, con puño y letra del médico o médica en la Historia Clínica, como documento médico legal, es suficiente para ser procesado o enjuiciado. Además de someter a un pago indebido de una NOTARIA PÚBLICA, vulnerando indirectamente, la gratuidad de la salud.

Adicionalmente, el artículo en cuestión, deja abierta a la decisión del facultativo al expresar que **“no existiendo razón médica o quirúrgica debidamente comprobada que lo justifique, será sancionado con pena de prisión de dos a cinco años”**. Es decir, habiendo una razón médica o quirúrgica debidamente comprobada el médico o la médica tienen la potestad de tomar la decisión en pro de la vida y la salud de la paciente.

La propuesta final: Humanización del Parto.

En la Semana Mundial del Parto Respetado, en un diario de circulación nacional¹³ la venezolana Taumanova Álvarez, miembro de la Dirección de la organización Buen Nacer y coordinadora en el país de la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento, insiste en que ***“el movimiento para dignificar el alumbramiento es mundial, porque los obstáculos también lo son”***.

En Venezuela, con la progresiva fragmentación del Sistema de Salud, se fragmentó también el pensamiento médico y se cosificó a las mujeres, como pacientes pasivas y no sujetas activas de derechos. Hoy el gran desafío es la construcción de un Sistema Nacional Único de Salud con principios de accesibilidad, universalidad, gratuidad, equidad, igualdad, justicia y además, fundamentalmente, con perspectiva de género.

En cuanto al personal de Salud: Es un reto la formación humanista e integral del personal de salud. Apostamos a una nueva escuela de medicina y de las otras ciencias de la salud, que reivindique no sólo lo social y colectivo, sino también lo natural de la sexualidad y la reproducción humana, que acompañe los procesos humanos naturales, a las niñas y a los niños, a las mujeres y a los hombres, en un ejercicio de corresponsabilidad en lo reproductivo.

En la atención al parto: El uso razonado y con indicaciones médicas específicas por requerimientos estrictamente necesarios del pítosín, la cesárea y la episiotomía.

En la lucha de las mujeres: Debemos empoderarnos de nuestros cuerpos, rescatar nuestro derecho a decidir y ejercer el acto de parir como un derecho humano fundamental.

Medidas alternativas de sustitución al histórico uso de los oxitócicos

La anteriormente citada investigadora Marbella Camacaro (2006) desarrolla las siguientes propuestas:

1. Bailar, caminar, mover sus caderas o tener placer sexual en las etapas tempranas del parto (cuando empiezan las contracciones) estimula la secreción de la oxitocina natural.

13. *por un parto respetado*. espacioblog.com/post/2008/03/20/la-ley-protege-las-venezolanas-quieren-parto-mas-humano. El Nacional. 20 de Marzo de 2008

2. Crear un ambiente agradable, cálido, tranquilo donde la mujer pueda tomar decisiones y llevar su propio ritmo en el proceso del parto.
3. La libertad de movimiento facilita el proceso del parto.
4. Elegir la o las posiciones para sentirse más cómoda en el proceso del parto (verticales, sentadas, cuclillas, acostada, caminando) provoca la liberación de oxitocina natural. La presión de la cabeza del bebé durante el descenso por el canal del parto sobre el cuello uterino y el estiramiento de la vagina y los músculos del suelo pélvico estimulan los receptores de oxitocina.
5. Comer y tomar líquidos durante el trabajo del parto mantiene a la mujer con la energía necesaria para producir oxitocina y dar a luz saludablemente.
6. Tomar duchas calientitas y baños en agua estimulan la producción de oxitocina.
7. Sentirse protegida y relajada estimula la oxitocina. Algunas necesidades fundamentales para sentirse así son: luces bajas, música o sonidos suaves, estar acompañada por personas elegidas por la mujer, privacidad, espacios acogedores, actitudes amorosas, ropa adecuada, no hacer tactos vaginales rutinarios, respeto y algunas veces estar sola para poder concentrarse y sentir y vivir las sensaciones del parto.

Promoción y aplicación efectiva de las Normas y Leyes:

Promover la discusión del contenido de la Ley Orgánica por el Derecho a una Vida Libre de Violencia en los postgrados de Obstetricia y Ginecología y en los pregrados de las Escuelas de Medicina, Salud Pública, Enfermería y otros espacios de formación de los equipos de salud.

Orientar a la población en cuanto al contenido de la Ley y de la Norma Oficial para la Atención integral de la salud sexual y reproductiva.

Según se especifica en La Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual¹⁴ y Reproductiva, las mujeres tienen derecho a

14 Norma Oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva. República Bolivariana de Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Noviembre 2003. Una publicación de MSDS, OPS y UNFPA.

información completa y precisa sobre todos los tratamientos y procedimientos médicos o quirúrgicos que se le pretendan aplicar a la madre y al o la recién nacida/o y a tomar la decisión que más crea conveniente, con clara, suficiente y amplia información, que no es otra cosa que el derecho al consentimiento previo informado, según CRBV¹⁵.

Finalmente, en lo cultural e ideológico es necesario identificar la tarea de la deconstrucción del patriarcado, a través de:

1. La promoción y el desarrollo de una Cultura de la No-violencia.
2. La institucionalización de una educación integral sobre salud y derechos sexuales y reproductivos con contenido no sexista, no machista.
3. La democratización y socialización del trabajo doméstico del hogar igualitario, democrático, paritario y justo que queremos.
4. La resignificación del lenguaje cotidiano y de los medios de comunicación.
5. El fomento de la corresponsabilidad de hombres-mujeres en los roles reproductivos.
6. El surgimiento de una nueva masculinidad, solidaria, fraternal y responsable.

Referencias bibliográficas

- Alda Facio y Lorena Fries (Editoras) *Género y Derecho*. Colección Contraseña. Estudios de Género. Serie Casandra. LOM ediciones, Santiago de Chile, 1999. 779 p.
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos. *Promoción y Defensa de los Derechos reproductivos: Nuevos retos para las instituciones nacionales de derechos humanos*. IIDH. San José. Costa Rica. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. 2003. 694 p.
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, 1994, Belem do Pará, en Brasil.
- Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999. Publicaciones Asamblea Nacional.

15 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, 1999

Documentos de la Cuarta Reunión del Comité de *Expertas de Violencia contra la Mujer* (CEVI), del MESECVI. Comisión Interamericana de Mujeres. OEA. Washington D.C, 2008.

Género, Salud y Desarrollo en las Américas. *Indicadores básicos. 2007*. Organización Panamericana de la Salud, OPS, Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer, UNIFEM y Fondo de Población, UNFPA.

Norma Oficial para la atención integral de la salud sexual y reproductiva. República Bolivariana de Venezuela. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Noviembre 2003. Una publicación de MSDS, OPS y UNFPA.

Mujer: Contra la Discriminación y la violencia, por el desarrollo social, 1era edición. Buenos Aires. Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Internacional y Culto. UNFPA.

Dr. Pacheco, Edilberto, Profesor Universitario, Médico, Psiquiatra y Sociólogo. Tesis de Maestría. *Salud como problema humano y social*. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. FACES. Universidad Central de Venezuela. UCV. Caracas, 1997. Mimeo.

Autoras Varias. **“Mariamoñitos”**. *Papeles para pensar, hacer y construir*. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Departamento de Salud Pública. Unidad de Investigación y Estudios de Género “BellaCarla Jirón Camacaro”. Núcleo de Aragua. 8 de Marzo de 2006. Páginas s/n.