

¿Gineco-obstétrica o ginecobstétrica? Transición a una categoría de continuum en la definición de las violencias

Mitzy Flores Sequera

mitzyflores.ve@gmail.com

América Villegas Rodríguez

Resumen

El abordaje de un objeto de estudio implica recurrir a su definición, caracterización y al sentido arbitrario que el lenguaje otorga en su contexto. Como la violencia gineco-obstétrica se presenta escindida, en campos diferentes desde la disciplina médica, nos propusimos reelaborar una definición desde las Ciencias Sociales que permita debatir las violencias asociadas. Esto significa la imbricación de un continuum de significados, vincular las acepciones, apoyar la toma de posición desde la perspectiva feminista para el reconocimiento de derechos, tributar a la despatologización y finalmente, argumentarla como categoría para el estudio de los procesos de humanización de la experiencia de las mujeres.

PALABRAS CLAVE: ginecobstétrica, feminismos, mujeres, derechos

Abstract

Approaching an object of study involves resorting to its definition, characterization and the arbitrary meaning that language gives in its context. As gynecological-obstetric violence is divided into different fields from the medical discipline, we proposed to rework a definition from the Social Sciences which allows the associated violence to be debated. This expresses the imbrication of a continuum of meanings, links the meanings, supports taking a position from the feminist perspective for the recognition of rights, pays tribute to depathologization and finally, argues it as a category for the study of the humanization process of women's experience.

KEYWORDS: gynecology, feminism, women, rights

La ruptura del sentido de la totalidad ha sido uno de los rasgos más emblemáticos del paradigma científico moderno, el Positivismo adoptó el análisis como metáfora de la disección para justificar la fragmentación del propio conocimiento, lo que le instituyó hasta hoy, como procedimiento por antonomasia para el desarrollo de la ciencia y su discurso, y como vía regia hacia la objetivación de aquello estudiado. En contraposición, el paradigma post estructural rescata el conocimiento situado, histórico y contextual en su esfuerzo por recomponer esa desintegración y por generar una ciencia y un conocimiento más holístico, posicionado, sin ambición de neutralidad y con menos ataduras –o al menos consciente- de las imposiciones del poder.

El discurso de la medicina como disciplina científica, responde hasta nuestros días a ese modelo cartesiano que, más allá de enseñar la anatomía o fisiología de los cuerpos, ha logrado según creemos, compartimentar eficazmente el propio pensamiento de quienes ejercen las profesiones dedicadas al cuidado de la salud. En contraste, la premisa central de este documento es disidente de esa lógica; su intención expresa es reelaborar la categoría ginecobstétrica como un continuum de significados imbricados, que pudiera aportar desde el campo de las Ciencias Sociales, a la comprensión de las violencias asociadas. Consideramos que este debate contribuye a la toma de posición desde la perspectiva feminista para el reconocimiento de derechos y con ello tributa al estudio, despatologización y humanización de los servicios de salud, así como de los procesos y experiencias de las mujeres y otras identidades no binarias.

68 |

Genealogía, bifurcación instrumental y mujeres

La genealogía de la ginecología y la obstetricia, disciplinas separadas en el presente, han sido temas de interés para las ciencias médicas y para las ciencias sociales. Si partimos desde las primeras, corresponde dar cuenta de recorridos históricos según los cuales, desde sus albores, la obstetricia fue única como práctica para la atención de las mujeres, estuviesen o no embarazadas. Manuel Sedano y otros (2014), Emmanuel Zayas y Penélope Tome (2021), quienes han aportado a la identificación de hitos en esta disciplina con sus obras, coinciden en fechar la aparición de la ginecología en el siglo XIX, durante el pleno auge del pensamiento moderno.

Sus trabajos sostienen la hipótesis común de que la Ilustración generó tal avance y que la frondosidad de esta última desencadenó en bifurcación. Y ello resulta sin duda, de la expansión instrumentalizadora de la propia revolución industrial que, como fenómeno económico desplegado durante ese siglo, generó enorme impacto en las innovaciones médicas, siempre tan afines a la incorporación de adelantos tecnológicos considerados todavía requisito y garantía del avance de la ciencia. Como apuntan Tomás Hurtado y Diego Pacheco (2005), ese siglo es considerado como el de la

auténtica revolución en cirugía, cuyo auge abrió paso a “nuevas especialidades médicas como la traumatología, neurocirugía, oftalmología, otorrinolaringología, urología, etc. y la especialidad de ginecología”. (2005:318).

En su interés por dar soporte a la afirmación de que el siglo XIX pauta el nacimiento y desarrollo de la ginecología, estos autores realizaron un inventario del instrumental creado especialmente, para la evaluación diagnóstica y terapéutica de las patologías femeninas; así, se pueden enumerar 793 nuevos instrumentos (el espéculo entre ellos), contra 20 del siglo XVIII, 16 del XVII, y apenas 19 correspondientes a la época Medieval y la Grecorromana; sobre tal crecimiento exponencial se soporta la justificación de presentarla como una nueva rama.

Por su parte, un brevísimo recuento desde las ciencias sociales sitúa el debate y permite inferir que la violencia obstétrica es inherente a su institución como disciplina. En el contexto nacional, una referencia obligada no sólo por afinidad epistemológica sino por la trascendencia de su obra, pionera para la caracterización de la violencia obstétrica en la legislación, la constituyen los trabajos de Marbella Camacaro, quien dedica a este aspecto un interesante artículo (2008) para acentuar la importancia de su definición en la identificación de la violencia. Precisemos que al menos en Venezuela, ésta se ha presentado escindida como obstétrica y ginecológica para su abordaje legal, y que la primera figuró en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia desde el año 2007, mientras que la segunda se incorpora apenas en la reforma del 2021¹.

| 69

El trabajo de Camacaro (op. cit.), se propuso “demostrar cómo la obstetricia, en ese devenir socio-histórico, construyó una particular forma de mirar la condición reproductiva femenina, y conexamente a la mujer como persona humana; mirada que contiene representaciones construidas en la trama social.” (2008: 28). Aunque nuestra intención difiere de la suya, su recorrido aporta a la idea compartida de que la obstetricia responde a la lógica patriarcal, según la cual su historia debió ser objetivada; vale decir, convertida al lenguaje procedimental de la racionalidad masculina, junto a la propia representación de las mujeres, que hemos sido su objeto de interés por nuestra capacidad reproductiva.

Con base en una revisión exhaustiva, ya Camacaro afirmaba (2009, 2010) cómo a partir del siglo XVIII, el conocimiento médico justificó la exclusión de las matronas, doulas y parteras como conocedoras ancestrales de estos procesos, paso previo para dar lugar a la llamada obstetricia del varón (Juárez, María 2009, p. 20) que pautó la casi

1 No es tan diferente para la medicina que las mantiene paradójicamente unidas como separadas con el nombre de violencia gineco-obstétrica.

exclusividad del ejercicio para el personal médico. La realidad que esas transformaciones impusieron a la práctica obstétrica, es comentada por Camacaro (2008):

Médicos y cirujanos por múltiples razones, económicas, políticas, ideológicas, fueron aumentando su interés por la atención de los embarazos y partos, y la consolidación de esta especialidad, lo que le daba autoridad solo a los médicos para ejercerla, se dio bajo fuertes conflictos entre el cuerpo médico, los comadrones y las pocas parteras que quedaban, que aquellos mismos habían titulado. (:27)

Simultáneamente, la enajenación del propio cuerpo de las mujeres facilitó la comodidad y conveniencia del personal de salud, que con el argumento de que el dolor del parto nos impide pensar con claridad, justificó desde su autoridad, la pérdida de autonomía de las mujeres y la institucionalización de la tutoría médica para la toma de decisiones sin nuestro consentimiento y menos, como resultado de acuerdos o diálogos, que consecuentemente propiciaría un estado de vulnerabilidad, en el que es casi imposible exigir nuestros derechos y los de quien recién nace. Afirmaciones en las que coincide con Gabriela Arguedas (2014), Yésika Barrera y Luis Díaz (2018) y que no dudamos en catalogar como un entramado de liminalidad muy conveniente para el poder médico y para el Estado.

70 |

Condiciones necesarias para la violencia ginecobstétrica

Un recuento permite apreciar con claridad, que son los aspectos técnicos y literalmente, instrumentales, los promotores de la escisión de esta rama de la medicina dedicada al cuidado de la salud de las mujeres, y no su propósito. Sin ánimo de que esta sucinta revisión pretenda ser conclusiva, sí es notorio que en la disciplina permanecen imbricaciones de sentido, que pueden rastrearse en intentos más recientes por establecer las afinidades entre la ginecología y la obstetricia con el consecuente impacto en su práctica.

Desde luego, estas iniciativas han encontrado respuestas en las que han prevalecido como condiciones, la tradición de la superespecialización y la ceguera de género. Evidencia del mantenimiento de la primera como práctica instituida, puede hallarse en la indiferencia de la comunidad médica ante el contenido del Cuarto informe del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Higiene Materno-infantil² (1963); documento que, desde hace 60 años, encontraba un sentido más amplio a la ginecología, al afirmar que su relación con la obstetricia "...es tan estrecha que impide

2 Elaborado por el Expert Committee on Maternal and Child Health & World Health Organization

considerarlas como dos materias independientes” ; con la justificación de que muchos trastornos ginecológicos serían consecuencia de una inadecuada asistencia obstétrica. El hilo argumental que sustenta una clara simbiosis continúa, al exponer que:

A su vez, los trastornos ginecológicos y sus tratamientos pueden influir en el curso normal del embarazo y parto, así como en la capacidad reproductora de la mujer”. [Además se recomienda]...desechar la tendencia a considerar la ginecología como parte de la cirugía general. (:5).

Por otra parte, la coincidencia con nuestra intención se hace más nítida al expresar que: “sería conveniente designar con un solo nombre las dos ramas de esa especialidad, (...) sin restar importancia a ninguna de ellas” (:6) y refiere como ejemplo la adopción del término ginecotología, de origen uruguayo, aunque admite como limitación su falta de equivalencia en otros idiomas.

A nuestro juicio, esta breve reseña no sólo ofrece soporte a la necesidad de un abordaje integrado de las especialidades, expresado en su interdependencia, sino que además es muestra de que se las juzga como indivisibles y complementarias, en consideración a la salud de las mujeres como destinatarias de las mismas. Al final, abona a nuestro propósito central: el dar cuenta de la necesidad de nombrarla según su propia naturaleza.

En otro sentido, una respuesta más local que encarna la ceguera de género como tradición, puede identificarse en la dinámica de los servicios de salud sexual y reproductiva, reflejo cuando menos, de la apatía ante el avance de las políticas específicas expresadas en acuerdos, convenios o tratados de los que el Estado venezolano es signatario; aunque estén estrechamente relacionadas con su ejercicio profesional.

El avance mundial que se gestó por largos años durante el siglo pasado cristalizó, en materia de institucionalidad, a mediados de la década de los '90, con la celebración de la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) en donde participó nuestro país en el pleno de Comunidad de Naciones³. Como puede leerse en la Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva (2013) este hito supuso concretamente, “la aceptación de los derechos sexuales y reproductivos... desde una perspectiva integral involucrando lo relativo a la toma de decisiones libres, responsables e informadas sobre la sexualidad y la reproducción” (:31), así como del derecho de las mujeres a acceder a servicios de salud adecuados, “capaces de propiciar

3 Por esos años Venezuela también participó en la Conferencia Mundial de Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).

una atención digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, con la garantía de las mejores condiciones posibles para recibir hijos e hijas saludables”⁴.

Si bien, a partir de esta conferencia se ratifica la superación de la mirada fragmentada de los procesos que nos interesan, “con su visión integradora de los diversos aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción”, su aporte central radica en “la conceptualización que ofrece de estas materias dentro del marco de los derechos humanos bajo un enfoque de género”, como precisan Roberto Castro y Joaquina Erviti (2013:38). Ello puso el foco en la desigualdad de género como una realidad estructural que determina las condiciones sociales que favorecen o no ese acceso, así como la obligación de la observancia de esta definición cuyas implicaciones prácticas son fundamentales para su garantía.

Sabemos que el reconocimiento del derecho de las mujeres a acceder a servicios de salud adecuados es considerado en la actualidad como un eje central para el desarrollo; no obstante, su desestimación, omisión o violación se justifica frecuentemente en la práctica, con pretextos fundados en las carencias de recursos de los propios servicios de salud (de dotación e insumos, de personal, intermitencia de los servicios públicos, etc.), hechos innegables en la realidad venezolana como en la de muchos países con altos índices de desigualdad social. De allí, que la garantía del acceso, devenida en obligación para el Estado, se convierte en una elección discrecional para el personal de salud (Villegas América y otras, 2022), representando tanto al Estado como al poder médico, frente a la mujer usuaria-ciudadana que la requiere. Esta inercia en la dinámica de poder deja al descubierto otras aristas que encubren intereses contrapuestos, como son la mirada tecnocrática de los equipos de salud y la ciudadanía reproductiva de las usuarias de los servicios; aspectos que comportan discusiones que atenderemos a continuación.

Mirada gerencial vs. ciudadanía reproductiva

En el contexto de la violencia ginecobstétrica, es clave develar la tensión permanente entre quienes administran los servicios de salud y quienes efectivamente los reciben. Si bien la respuesta tecnocrática reduce las manifestaciones y consecuencias de esta violación de derechos a un asunto de calidad de atención (que bien podría resolverse con la reorganización de los servicios si ese fuese el origen), la ciudadanía reproductiva expone las tensiones inherentes al asumir a las mujeres –y que nosotras mismas nos asumamos– como sujetas y exigir al Estado como a los equipos de profesionales de la salud, el respeto y cumplimiento de nuestros derechos.

4 V Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), Disponible en <https://www.unfpa.org/es/conferencia-internacional-sobre-la-poblacion-y-el-desarrollo>

Sobre ambos aspectos, Roberto Castro (2014) ha producido abundante literatura. Para la mirada tecnocrática enumera diversos estudios que sostienen la idea de que los supuestos argumentos de esta violencia responderían a las arduas condiciones de trabajo del personal, muy similares en toda la región latinoamericana, a la escasa formación ética –y a posibles problemas de orden psicológico– de los equipos profesionales, hasta la deshumanización de las propias prácticas como consecuencia del ejercicio rutinario. En sus palabras, esa violación de derechos durante la gestación, y especialmente durante el parto, se atribuyen a distintas causas, pero nunca es abordado “como un problema sociológico del sistema de salud y sus principales actores” (:170), lo que le ha permitido identificar el autoritarismo médico.

De este modo, muestra su interés por mantener en el centro de la investigación “las condiciones sociales y culturales que determinan las percepciones del personal de salud ante las mujeres” (2014: 182). Desde nuestra perspectiva, este abordaje por sí mismo impugnaría las asimetrías de poder existentes y apuntaría a la deslegitimación de la autoridad médica, tan preciada para esa disciplina en la lógica moderna de la que se enviste, y que Michell Foucault (2008) describió como tecnologías del yo, tan útiles para mantener la “costumbre de las sociedades occidentales contemporáneas donde (...) los médicos y sus presupuestos subjetivos son tomados como autoridades, lo cual genera que el discurso médico tenga poder institucional y legitimidad social” (:67)

| 73

Castro también refiere a Camacaro (2009), quien en el contexto venezolano se interesó en “rastrear en las mentalidades de obstetras, residentes y pasantes” (:38) en la búsqueda del imaginario compartido sobre las mujeres y su salud. Asunto en el que estriba una segunda coincidencia, pues afirmamos que los orígenes de esa violencia se hallan en la formación profesional, que enseña de manera vicaria a perpetrar las violencias con una metodología que objetualiza a los cuerpos de las mujeres, con el “noble fin” de garantizar la enseñanza de una especialidad.

Derechos, salud reproductiva y definición de la violencia ginecobstétrica

Como antes reseñamos, a lo largo de la historia el cuerpo de mujeres, adolescentes y niñas ha tenido diferentes representaciones y cargas simbólicas que, también desde el paradigma biomédico, se les ha asignado también valores y clasificaciones cargadas de representaciones y estereotipos que se materializan en el actual modelo de atención a la salud sexual y reproductiva.

La salud de mujeres, adolescentes y niñas abarca un amplio universo que trasciende ese concepto clásico de la ausencia de enfermedad en el que el contexto social y su

ejercicio de vida hacen parte tremendamente de su disfrute. Al enmarcar la salud sexual y reproductiva en el contexto de los derechos humanos, es imperioso considerar las relaciones de género que resultan en discriminación; por eso interesa revisar cómo la definición de la violencia ginecobstétrica (en adelante VGO), se ha orientado en tres grandes planos. El primero es la perspectiva de género que, en tanto concepto, posee ciertas especificidades respecto al contexto en el cual se inserte; de allí que para entender el fenómeno de esta violencia sea fundamental identificar las diferencias de poder, roles, recursos, normas, necesidades e intereses de y entre mujeres y hombres en el marco de la atención en salud.

El paradigma de la medicina occidental es patriarcal y ello determina no sólo la existencia de control sino también qué tipo de control se establecerá sobre los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres como una forma de dominación de lo masculino sobre lo femenino. La violencia de género se manifiesta en esos mecanismos (Gráfico 1) y se presenta en todos los estratos socio-económicos puesto que la institución médica establece protocolos, rutinas, parámetros y normas que se deben acatar una vez que se ingresa al centro de salud.

74 |



Gráfico 1. Formas de la VGO Elaboración de las autoras sobre el texto de M. Sadler Spencer (2004)

Se suele afirmar que la medicina es una ciencia neutral, objetiva y libre de prejuicios, pero como todas las demás, está atravesada por prejuicios, androcentrismo y creencias basadas en el género; de allí que todos los patrones culturales se han naturalizado de tal suerte, que aparezcan como algo legítimo. La perspectiva de género es fundamental en este contexto para entender el alcance de los estereotipos, la cosificación del cuerpo y sus procesos, así como los esquemas jerárquicos de relación, basados en el conocimiento y el poder, que han contribuido a la naturalización de prácticas de atención fácilmente reconocidas y calificadas como VGO.

Esto nos conduce al segundo plano para el abordaje de esta violencia que descansa en el propio papel de la medicina, más específicamente, en las especialidades ginecología y obstetricia, puesto que asientan su modelo de atención como de enseñanza, sobre el cuerpo de las mujeres. Ambas entendieron al cuerpo desde una visión de patología sobre la cual insertaron procesos como la gestación, el parto, nacimiento y el puerperio; además de otros procesos biológicos que tienen cabida en los cuerpos de las mujeres como la aparición o desaparición de la menstruación, entre otros. Estas ramas de la medicina han elaborado su discurso hegemónico en dos ejes: el biologicismo (las mujeres son seres que se definen por su organismo) y el reproductivismo (el cuerpo femenino se explica sólo desde sus funciones reproductivas).

La modernización de la medicina se hizo de tal criterio y rigor científico que tornó en patologías eventos como la gestación y el parto con la justificación de prever riesgos; así se crearon mecanismos de control que permitirían “optimizar” el nacimiento. Como evidencia histórica, hay que referir que el tránsito de la atención del parto domiciliario al hospitalario ocurrido en Venezuela a mediados del siglo XX, materializó un cambio de paradigma en la forma de atención, que de acuerdo a Robbie Davis (1993), se ha convertido en tecnocrática puesto que los instrumentos, máquinas y protocolos dictan las pautas de cómo evoluciona el proceso. Ese traslado del cálido ámbito familiar al espacio impersonal y aséptico pero institucional, supuso la medicalización del proceso e implicó que, aun cuando se presente sin contratiempos, la intervención hospitalaria impera de forma absoluta. De allí que la tecnología tomó el control para hacerlo “eficaz”.

Tales mecanismos fueron aplicados como rutinas de manera indiscriminada por lo que rápidamente devinieron en violencia; no es de extrañar, entonces, que la biomedicina sea -especialmente en Venezuela- única como ciencia o saber autorizado para ejercer legalmente sobre la salud, en clara expresión de un modelo único, monopolístico, con mucho poder, medicalizado, burocratizado y poco democrático. De acuerdo con Camacaro Cuevas (2013), la respuesta social ante este proceso es el protagonismo que encarnan los y las profesionales de la salud, quienes obtuvieron relevancia y cada

vez más control sobre un fenómeno eminentemente fisiológico, y en el que la emocionalidad y la corporalidad de la parturienta quedan subordinadas a sus instrucciones. No extraña que los padres sean obviados o excluidos de este proceso y que la familia sea relegada.

Las respuestas que ofrece la evidencia científica dan cuenta de la eficacia sobre el control absoluto de las mujeres y de la garantía de ejecución de los protocolos de atención aplicados de forma rutinaria. Estos a su vez estandarizan las intervenciones, muchas veces de manera innecesaria, inoportuna e inapropiada. La misma Dra. Camacaro lo expresa metafóricamente con su frase: “patologizando lo natural, naturalizando lo patológico”.

Finalmente, la tercera área de atención que permite definir la VGO es el Derecho, junto a las legislaciones que varios países latinoamericanos adoptaron como mecanismos de protección de la integridad de las personas. Dichas legislaciones, inscritas en el terreno del derecho a la salud, constituyen el marco ético que permite el ejercicio de una adecuada salud sexual y reproductiva. Nos referimos a los derechos fundamentales, tales como la no discriminación, el derecho a la vida, a la igual protección de la ley, a la libertad de expresión, a la seguridad social, a un nivel de vida adecuado que asegure -así como a la familia en general-, la salud y el bienestar, y en especial, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; y aquellos relacionados con la salud sexual y reproductiva contemplados en diferentes acuerdos internacionales, especialmente la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) y la Convención de Belén do Pará (1994).

También es importante mencionar los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que desde 1985 ha publicado recomendaciones y declaraciones en torno al parto respetado y las evidencias científicas que impulsan, desde hace más de cuatro décadas a lo largo del mundo, diversas organizaciones, instituciones y personas aliadas para promover el conocimiento, implementar programas que impulsen la desmedicalización del proceso reproductivo y disminuyan las intervenciones innecesarias.

Tipificada por primera vez en Venezuela, la LOSDMVLV publicada en marzo de 2007, incluye en su artículo 15 la primera descripción de la violencia obstétrica:

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.

El artículo 51 describe las conductas que señalan el delito:

- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- 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.
- 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.
- Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- La sanción para las personas responsables de violencia obstétrica consiste en multa de doscientas cincuenta unidades tributarias.

En la actualidad, diversos países en el continente han incorporado la “violencia obstétrica” en sus legislaciones como una forma de protección integral a las mujeres. Argentina en 2009, Panamá 2013, México 2014, Ecuador 2018. Bolivia, la conceptualiza como “violencia en los servicios de salud”, Uruguay y Colombia incluyeron normas y regulaciones en torno al “parto humanizado” y la violencia en el marco de la asistencia al parto”.

| 77

En Argentina en el año 2009, la Ley 25.929 De derechos de padres e hijos durante el proceso de parto y nacimiento”, conocida como “Ley de parto respetado”, en su artículo 6, conceptualizó a la VO 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.

En Ecuador en el año 2018, la Ley Orgánica Integral para la Prevención y Erradicación de la Violencia de Género contra las Mujeres, en su Capítulo III titulado Tipos y ámbitos de violencia contra las mujeres, especifica que:

Se considera a la violencia gineco-obstétrica como toda acción u omisión que impide el derecho de las mujeres a la salud, que se exprese en maltrato, imposición de prácticas culturales no consentidas o violación del secreto profesional, abuso de medicalización o acciones que consideren a los procesos naturales de

embarazo, parto y post parto como patología, pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres a lo largo de su vida, independientemente de su orientación sexual e identidad de género. Las mujeres no embarazadas pueden sufrir violencia durante su atención ginecológica u obstétrica cuando ésta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico.

Estas definiciones legales hacen referencia explícita a la violencia de género, la cual reproduce y naturaliza la subordinación de las mujeres en un sistema patriarcal de organización y relaciones. Es muy importante destacar que, en ese sentido, se intenta reconocer al fenómeno y se distancia de los términos “abuso” y “malos tratos” con los que se pretende minimizar esta violencia. Aun así, estas definiciones sólo permiten esbozar una parte de su complejidad, por lo cual se requiere indagar en los orígenes estructurales con profundas raíces históricas, culturales, sociales, políticas y económicas que producen, reproducen y legitiman este tipo de violencia.

La Organización Panamericana de la Salud propuso la siguiente definición de violencia en su Informe mundial sobre la violencia y la salud:

78 |

El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo de comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (2033: 5).

Según este mismo informe, la prevención de la violencia resulta fundamental para la erradicación de ésta, lo que se llevaría a cabo actuando simultáneamente en distintos niveles; entre ellos: el nivel sociocultural, que hace alusión a los factores sociales, culturales y económicos, que fomentan la desigualdad y producen situaciones de violencia, obstaculizando un acceso real a la educación e igualdad de oportunidades. Ya en el año 2014, esta institución (OPS) por primera vez catalogó la VO, al declarar que:

En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación (2014: 1).

Inclusive, presentó cinco tipos de niveles, que permiten operacionalizar la definición legal: intervenciones y medicalización innecesarias y de rutina (sobre la madre o el bebé); maltrato, humillaciones y agresión verbal o física; falta de insumos,

instalaciones inadecuadas; ejercicios de residentes y practicantes sin la autorización de la madre ni información completa, verdadera y suficiente; discriminación por razones culturales, económicas, religiosas, étnicas.

Síntesis conclusiva

Ha sido evidente que desde disciplinas como la Antropología y la Sociología, y en general en las Ciencias Sociales, se han producido la mayor cantidad de textos que permiten entender la VO como un entramado cuyo origen se encuentra en la cultura patriarcal y se ha intentado estructurar como un fenómeno de gran complejidad.

Con un marco común, se puede entender entonces cómo la VO representa una violencia estructural de género que reproduce la desigualdad, la inequidad y la injusticia. Al respecto, los estudios, análisis y conceptualizaciones que las teorías feministas realizan desde los años '70, han permitido visibilizar estos fenómenos, generando espacios de acción y reflexión que evidencian el reconocimiento de lo que se convierte en una problemática que afecta la vida de mujeres alrededor del mundo.

Estos ofrecen aproximaciones a la materia que determinan cómo la VO expresa relaciones de poder, jerarquías y formas de violencias asimétricas que subordinan a las mujeres en tanto cuerpos que experimentan procesos patológicos que deben ser intervenidos. La revisión de la literatura al respecto, coincide en que se trata de un fenómeno multicausal cuyos orígenes radican en la cultura patriarcal y la visión que sobre el cuerpo de las mujeres ha determinado la biomedicina. En la actualidad, investigadoras la catalogan, además, como una forma de violencia de carácter sexual y como una forma más de maltrato aberrante a las mujeres y de desempoderamiento absoluto. Es física, emocional y simbólica, y afecta los derechos humanos, especialmente los sexuales y reproductivos de las personas sobre quienes se ejerce.

Definir la VO ha supuesto, en primera instancia, un cuestionamiento al sistema de atención imperante que, en todos los países de la región, ha mermado debido a crisis económicas, sociales y profesionales. En segunda, la visibilización de las relaciones de poder ejercidas bajo el paradigma patriarcal que legitiman múltiples formas de violencia.

La biomedicina estableció el control de los conocimientos sobre el cuerpo humano al homogenizar los procesos que en él se producen. En el caso del cuerpo de las mujeres y sus procesos fisiológicos, para la obstetricia, la gestación, el parto o nacimiento y el puerperio son procesos en los que esta ciencia sitúa su acción. Y en cuanto a la ginecología, la atención recae sobre los órganos sexuales y reproductivos, en tanto se producen enfermedades, síndromes, irregularidades, abortos y otras dolencias a lo



largo del ciclo vital de las mujeres. Al entender el fenómeno como un continuo en la atención, se evidencia como todo este proceso, implica un sometimiento simbólico y estructural de las mujeres a la autoridad hegemónica del personal de salud.

Gráfico 2. Intersecciones de la VGO Elaboración de las autoras sobre el texto de P. Quattrocchi (2020)

Referencias

- Arguedas Ramírez, Gabriela (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe, vol. 11, núm. 1, enero-junio, pp. 145-169. Disponible en: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=La+violencia+obst%C3%A9trica%253A+propuesta+concep>
- Barrera Gutiérrez, Yésika y Díaz Gamboa, Luis (2018). Violencia obstétrica, historia olvidada de prácticas invisibilizadas. Derecho y Realidad, 16(32). <https://doi.org/10.19053/16923936.v16.n32.2018.9848>

- Castro, Roberto. (2014). Génesis y práctica del hábitus médico autoritario en México. *Revista mexicana de sociología*, 76(2), 167-197. Recuperado: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032014000200001&lng=es&tlng=es.
- Camacaro, Marbella (2008). La obstetricia desde el Cro-Magnon hasta la cama ginecológica: una lectura de la historia en sintonía con el género. *Comunidad y Salud*, 6(1), 23-34. (Recuperado en 12 de septiembre de 2023), de <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/cysv6n1/art4.pdf>
- Camacaro, Marbella (2009). "Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica". *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer* 14 (32): 147-162.
- Camacaro, Marbella (2010). *La obstetricia develada. Otra mirada desde el género*. Valencia: Universidad de Carabobo.
- Camacaro Cuevas, Marbella (2013). "La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres" En *Revista venezolana de estudios de la mujer*. Enero- junio. Vol. 18/N°40. pp. 185-192. http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vem/article/view/5343
- Castro Roberto y Joaquina Erviti (2013): 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México *Revista CONAMED*, vol. 19, núm 1, enero-marzo 2014, pags. 37-42 (Consultado septiembre 2023) <https://biblat.unam.mx/hevila/RevistaCONAMED/2014/vol19/no1/6.pdf>
- Davis Floyd, Robbie (1993). "El modelo tecnocrático del parto" En *Feminist Theory in the Study of Folklore*. Illinois, University of Illinois Press, pp. 297-326. Expert Committee on Maternal and Child Health & World Health Organization(1963). Aspectos sociales de la enseñanza de la obstetricia y la ginecología: cuarto informe del Comité de Expertos de la OMS en Higiene Materno-infantil. <https://iris.who.int/handle/10665/37522>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA (2013) *Norma Oficial para la Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva* (2013) <https://venezuela.unfpa.org/es/publicaciones/norma-oficial-para-la-atenci%C3%B3n-integral-en-salud-sexual-y-reproductiva-2013>
- Foucault, Michel. (2008). *Historia de la sexualidad 1: la voluntad del saber*. 2da. Edición. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. 152 p.
- Hurtado, Tomás y Pacheco, Diego (2005). *Los instrumentos teco-ginecológicos en el siglo XIX* (Doctoral dissertation, Universidad de Extremadura). https://www.dip-badajoz.es/cultura/ceex/reex_digital/reex_LXIII/2007/T.%20LXIII,%20

numero%20extraordinario%202007/RV001257.pdf

Juárez, María (2009). Maternidades Libres. Tesis de Maestría en Estudios de la Diferencia Sexual. Universidad de Barcelona, España, <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/16302/1/Maternidades%20Libres.%20Mar%C3%ADa%20Ju%C3%A1rez%20Escario.pdf>

OMS (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Declaración WHO/RHR/14.23.

Rodríguez Armas, Otto (2006). Distinciones en Obstetricia y Ginecología. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 66(4), 211-212. Recuperado en 04 de septiembre de 2023, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322006000400001&lng=es&tlng=es.

Sedano, Manuel (2014) Reseña histórica e hitos de la obstetricia. [Rev. Med. Clin. Condes - 2014; 25(6) 866-873]

Villegas, América y otras (2022) Informe ejecutivo Atención de la Ginecobstétrica durante la gestación, parto, nacimiento y puerperio inmediato en el sistema de salud venezolano. Caso: Gran Caracas. pág: 62 <https://ovgove.org/2023/01/17/los-hallazgos/>

Zayas Emmanuel y Tome Penélope (2021) Albores y evolución de la Obstetricia. [9 de septiembre 2023) 60 (280): e918. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/918