

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO CUESTIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES

Marbella Camacaro Cuevas¹
bellacarla1802@hotmail.com

UNIVERSIDAD DE CARABOBO

Fecha de recepción: 18 de junio de 2012
Fecha de aceptación: 22 de julio de 2012

RESUMEN

Venezuela es el primer país en América Latina que otorga «carta de ciudadanía» al problema de la violencia obstétrica contemplándola en la «Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia», como una forma de violencia de género y tipificándola como delito. Objetivo: Develar en el imaginario colectivo de obstetras las subjetividades vinculadas con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, Metodología: enfoque de género, abordaje cualitativo, entrevistas enfocadas, categorizando testimonios de las/os obstetras. Corolarios: Las/os obstetras conciben que las mujeres no son sujetas de derechos humanos, sino cuerpos/objetos de trabajo donde ellos/as acometen con gran «pericia y destreza» las maniobras obstétricas. Intolerancia a cualquier situación que los/as someta a una evaluación de su práctica profesional, sin posibilidad de evaluar sus aprendizajes o sus prácticas.

Palabras claves: violencia médica, violencia obstétrica, derechos reproductivos

ABSTRACT

Venezuela is the first country in Latin America that provides «citizenship card» to the obstetric violence problem referred on the «Organic Law of the Woman's right to a life free of violence», as a way of gender violence and typifying it as a crime. Objective: To unveil in the collective imaginary of obstetricians the subjectivities linked to sexual and reproductive rights of women. Methodology: gender approach, qualitative boarding, directed interviews, categorizing obstetricians' testimonies. Corollary: obstetricians conceive that women are not subject to human rights, but bodies/objects of work where they assault with great «skill and dexterity» the obstetric procedures. Intolerance to any situation that submits them to a judgment over their professional practice, without any possibility to evaluate their learnings or their practices.

Keywords: medic violence, obstetric violence, reproductive rights

1 Coordinadora de la Unidad de Investigación y Estudios de Género «Bellacarla Jirón Camacaro» Universidad de Carabobo.

Uno de los graves problemas de la violencia contra las mujeres radica en la legitimación cultural/institucional que transita en el colectivo social. La atención a la salud sexual y reproductiva es uno de los campos más nutridos de prácticas legitimadoras de la violencia de género, dentro de éstas, el discurso-praxis obstétrica constituye nuestro centro de interés investigativo. Durante siglos, en el momento de mayor indefensión en la vida de una mujer adulta, y en este caso nos referimos específicamente al trabajo de parto, parto y nacimiento, las mujeres han sido víctimas de las agresiones más terribles contra su cuerpo y su sexualidad, todas éstas en nombre de una ciencia masculina y una disciplina obstétrica institucionalizada saturada de argumentos insostenibles e indefendible.

Venezuela es el primer país en América Latina que otorga «carta de ciudadanía» al problema de la violencia obstétrica (institucionalizada) contemplándola en la «Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia», como una forma de violencia de género y tipificándola como delito. Conquista que, entre una de las razones que la garantizó, fue la lucha que durante muchas décadas han llevado a cabo feministas pertenecientes a organismos gubernamentales, no gubernamentales y académicas, las cuales consiguieron en un momento sociopolítico del país suma de voluntades para la aprobación de dicha ley.

Hemos asumido el desmontaje de la lógica de la obstetricia en tanto disciplina que trastoca la vida de las mujeres en sus derechos sexuales y reproductivos, constituyendo el «alter ego» de nuestro trabajo porque la capacidad humana de engendrar junto a todas sus consecuencias, entiéndase bien capacidad humana no destino femenino, viene a constituir un hecho que ocurre en el territorio corporal y psíquico femenino por cuanto sólo las mujeres podemos experimentarlo. Sea cual sea la razón que conlleva a un embarazo, en tanto suceso no solo biológico sino también social, es claro que ello ocasiona en la mujer un sin fin de acontecimientos corporales, psíquicos y emocionales los cuales deben ser sacados del silencio, de la sombra de las palabras del paradigma obstétrico hegemónico, y también de las sombras de la simbología cultural que sentencia como única razón de ser mujer su condición reproductora.

La labor de parto, el parto mismo y el nacimiento, independientemente de ser un embarazo deseado o no, son dinámicas vitales que transcurren en la interioridad corporal y emocional de las mujeres y cuya certidumbre ha sido arrancada por el indisoluble binomio cultura-social/cultura-médica, sacándonos fuera de nuestro propio juego vital. Es imperdonable que esos

precisos instantes irrepetibles del nacimiento nos sean robados por una pauta que te obliga a no poder ser protagonista del mismo.

Tanto en lo privado como en lo público, igual te despojan de tu parto, porque la obstetricia se sustenta en una lógica de intrusión médica concebido desde un paradigma bio-médico- tecnocrático, el cual convierte el hacer profesional en un proceso saturado de normas y rutinas inamovibles e incuestionables, que silencian a las parturientas, donde no cabe diálogo sino obediencia porque ellas están avasalladas por dichas normas y rutinas, dejándoles pocas posibilidades de confrontación dado que son el objeto de trabajo y no las sujetas protagónicas de su propio proceso.

Dada la reflexión anterior es casi obligatorio valorar la palabra de Carlos Burgos, obstetra que ha problematizado su ejercicio profesional cuyos aportes sustenta nuestras críticas, por eso traemos a estas páginas sus confesiones:

El pedido concreto de una mujer quebró ese modelo pacientemente enseñado y aprendido de relación asimétrica médico curador de enfermedades- mujer sana embarazada. A mediados de 1980, Liz llegó hasta mí porque alguien le había dicho que yo la iba a escuchar. Me pidió que la acompañara en su parto, que no hiciera nada, que sólo la dejará parir y la cuidara. Y así sucedió. (...) Se me proponía desistir de un concepto casi sagrado; el parto y el nacimiento abandonarían su espacio de «acontecimiento médico». También me obligo a encontrarme con mis propios deseos y angustias, con esa inquietud que surgía ante una práctica que no me satisfacía, una atención institucional plagada de ritos tecnológicos aplicados con la excusa de un mejor cuidado, un quehacer profesional abarrotado de rutinas y normas que no podían modificarse, ni mucho menos cuestionarse.(...). Asistí a un nacimiento donde la madre recibió a su niño en la posición elegida por ella, contó con el sostén afectivo de sus amigas y con mi atención vigilante. Esta maravillosa escena me impulsó a emprender un reaprendizaje de la profesión, cuya piedra fundamental es la disposición permanente a escuchar a las mujeres y atender a sus deseos y necesidades. (Burgos, 2004:21-22)

Una embarazada está en condiciones de vulnerabilidad no por su embarazo *per se*, sino porque en ese espacio hospitalario se encuentra sin poder de decisión sobre su condición, vencida ante la espera de una información que la oriente sobre lo que tiene que hacer o sobre lo que le van a hacer, una información que a veces no llega; o se la dan de manera impersonal; o en el peor de los casos dicha información cambia si hay cambio de guardia

del personal. Negarles la información oportuna y veras a las mujeres es conculcarle su autonomía.

El derecho que tiene toda persona al consentimiento informado por parte del personal de salud entran en el campo de la ética de la comunicación, entendiendo por ésta, «la que permite el respeto de la dignidad y los derechos de las personas, y debe conllevar a la retroalimentación como cualidad del consentimiento verdaderamente informado, identificando en lo posible las diferencias entre la verdad objetiva (científica) y la subjetiva (valores y creencias) de cada persona, precisando la naturaleza del mensaje entre quienes interactúan para proceder en consecuencia» (Franco, 2011: 1).

Esta actitud que asume el/la médico/a obstetra frente a las embarazadas/parturientas se desarrolla por un entrenamiento de aprendizaje durante el paso por el pre y postgrado, durante el cual comienzan a aprender, como una forma de protección de sí mismos/as, el distanciamiento con las pacientes. Este aprendizaje no está escrito en los textos explícitamente, ni en los programas curriculares sino pervive en la rutina de trabajo cotidiana llegando a convertirse en un comportamiento que valora a un buen médico/a.

Dado que la violencia obstétrica es contemplada en una Ley Orgánica se hace obligatorio inquirir sobre los supuestos que obstetras y residentes han mentalizado en relación al nuevo marco legal regulatorio, particularmente referido a aquellos instrumentos que contemplan la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, siendo la *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*, el más controversial, en virtud de que en su articulado existe la definición de violencia obstétrica y la discriminación de los actos que se estiman constitutivos de dicha violencia.

Cuando nos aproximamos a dialogar sobre los instrumentos que versan sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres, el único que conocían era la *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Es válido destacar que el conocimiento de la misma fue posible porque la Maternidad «Concepción Palacios» había sido seleccionada como centro piloto del «proyecto de mejoramiento de calidad de la atención y gestión en la red de servicios», y esta coyuntura política obligaba al personal a asistir a los foros, talleres y actividades programadas por dicho proyecto. Por otro lado, merece comentarse que el conocimiento por parte de obstetras y residentes de la Maternidad sobre dicha Ley, no pasaba más allá, en el mejor de los casos, de haber leído el artículo referente a la violencia obstétrica, en tanto sentían que los/as lesionaba directamente.

Igualmente desconocían toda referencia a los movimientos organizados de mujeres, a los convenios internacionales de los cuales Venezuela ha formado parte, desde hace más de tres décadas, los cuales han conducido al país a la aprobación de instrumentos legales que se vinculan con la violencia intrafamiliar, y con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Inclusive desconocían la ley sobre la violencia contra la mujer y la familia, derogada cuando se aprueba la ley orgánica vigente, a pesar de que en dicha ley derogada existía un articulado que comprometía al personal de salud a denunciar, erradicar, prevenir y atender adecuadamente la violencia contra la mujer, y penalizaba la omisión de la denuncia. Este desconocimiento queda patente en la convicción de que la ley es una maniobra del gobierno, óptica desvinculada de la realidad, porque dicha ley viene cimentándose a través de sucesos sociales que datan desde hace años atrás y que su aprobación responde, sin ninguna duda, a una suma de voluntades que coinciden en un momento crucial sociopolítico del país.

Si un colectivo tan hegemónico y protagónico socialmente, como es el de los médicos, desconoce el origen socio histórico de la lucha por la reivindicación de los derechos de las mujeres, específicamente los sexuales y reproductivos, y su primer encuentro con los instrumentos legales ocurre a través de un proyecto diseñado por una alcaldía, en circunstancias políticas polarizadas en el país, no es sorprendente el rechazo que expresan en sus opiniones.

Esta circunstancia antes comentada desviste una realidad que no podemos obviar, «la institución médica y/o la gineco-obstétrica, se erige sobre la sociedad con un poder que no precisa un compromiso socio-político con el colectivo social, ya que la mayoría testimonia estar al margen de los acontecimientos que van pautando las tensiones sociales en el país, por lo menos en lo relacionado con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres» (Camacaro, 2010:205). Dichas tensiones los/as asaltan en su desconocimiento sobre la dinámica socio-política venezolana, ocasionando reacciones descontextualizadas de la realidad.

Yendo más allá de la cuestión de las coyunturas políticas, entremos a referirnos a algunos otros eventos de relevancia para el trabajo. El primero es el temor que se rastrea en los fragmentos discursivos frente al hecho de que la ley, considera como acto constitutivo de violencia obstétrica los ejecutados como rutinas de trabajo en las salas obstétricas. Dicho temor es manifestado a través de argumentos con calificativos cargados de una ira que colinda con elucubraciones, ante las exigencias legales de dar cuenta de sus actos médicos. Entre dichos argumentos están:

«la ley me dice que soy un agresor»; «un juez me va a decir que necesito autorización para hacer la episiotomía»;» con la ley el médico es el asesino»;» la ley me va a obligar a que yo le haga caso a mujeres incultas que viene a parir aquí»; «la ley me obliga a pedirles permiso a las mujeres que no saben nada para tú romperles membranas»; «la ley les quieren controlar lo que van a hacer»; «con la ley les quitan autoridad y libertad, cualquier paciente los puede demandar porque es ley»; «sentimos la ley como una intromisión en una escuela que tiene siglos de tradición».

En dichas expresiones quedan ejemplificados hasta la saturación, asuntos antes evidenciados en otros apartes del análisis: la prepotencia y la intolerancia frente a cualquier situación que los/as someta a una evaluación de su práctica profesional ha sido casi una constante, no en vano la institución médica ha gozado de un intocable estatus social dado su origen histórico como ciencia oficial. Por otro lado, nuevamente constatamos una desvalorización por las mujeres, en tanto sienten que ellas no son sujetas de derechos humanos, sino son solo los cuerpos donde ellos/as acometen con gran «pericia y destreza» las maniobras obstétricas, son sus cuerpos/objetos de trabajo. Así mismo, se satura la concepción de autoridad dada por la tradición y la jerarquía que se aloja en la consolidación histórica del discurso médico, por ello, en ningún espacio de los textos discursivos se manifestó una posibilidad de evaluar sus aprendizajes o sus prácticas, pues su poder y su saber se erigen por encima del bien y del mal.

La clase médica ha gozado de una autonomía social frente al Estado, sin parangón con otra profesión. Su poder es tal, que históricamente han prescrito lo que éste debe hacer acerca de la salud y la enfermedad de la población, lo que les ha otorgado un autocontrol de su propio trabajo, por lo cual cualquier instrumento legal que pretenda poner en entredicho su práctica profesional es cuestionado por el colegiado médico, cuestionamiento que no pasa por una evaluación de las derivaciones que pueda tener dicha praxis médica en el colectivo, sino que las mismas son validadas solo por el hecho de partir de los criterios establecidos por el propio colegiado.

Conviniendo con esto Josep Rodríguez asevera:

«De sus relaciones con el poder establecido, o sea con el Estado, la profesión médica ha sido uno de los grupos profesionales más claramente favorecidos. Su autonomía y el poder que ésta le otorga es utilizada para la generación de más poder, convirtiéndose así en una de las «sociedades paralelas» de más influencia en la sociedad. Por otro lado, la profesión es uno de los vehículos ideológicos más importantes del Estado. Aplica

y desarrolla la concepción del Estado acerca de la salud; pero a su vez influye en el Estado al hacerle asumir sus propios criterios y concepciones de lo normal y lo anormal. Se convierte así en, no únicamente el *hacedor* de la enfermedad, sino también el grupo social que dictamina sobre el bien y el mal en nuestra sociedad.» (1979:96)

Hasta la saciedad hemos conversado sobre el poder hegemónico del médico/a, el cual les encumbra como dioses en la sociedad. Ese régimen simbólico, posibilita que ellos/as traten de soslayar cualquier acción que les obligue a cambiar su lugar y su hacer en el espacio social, pues lo que quieren es mantener el status quo reinante, de modo que quienes ocupan el lugar de dominados/as, en nuestro caso: las mujeres, sigan aceptando obedientemente, asumiendo como suyo, todo lo que provenga de los/as sujetos/as dominantes, en nuestro caso: el cuerpo médico.

La discusión de la atención obstétrica hospitalaria, evidencia la legitimación de una forma de apropiación de los cuerpos grávidos, legitimación que instituye el código político del poder médico. Apostamos a que la denuncia de esa apropiación, desde estas páginas, no sea solo un escrito más, sino que incentive a las mujeres al empoderamiento, a través de las exigencias de sus derechos, código político para desactivar el poder dominante.

Referencias bibliográficas

- Burgos, C. (2004) *Parir con pasión. Escenarios, escenas y protagonistas del parto y del nacimiento*. Longseller. Buenos aires. Argentina.
- Camacaro, M. (2010) *La obstetricia develada. Otra mirada desde el género*. Dirección de Medios y Publicaciones. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.
- _____ (2008) La construcción discursiva médico/obstétrica en el proceso reproductivo de las mujeres. *Revista Ensayo y Error*. Universidad Simón Rodríguez. Año XVII N° 35. Caracas. Venezuela.
- Franco, Z. (2011) *El consentimiento informado como ejercicio de la autonomía en promoción de la salud*. <http://www.congresoderechosreproductivos.com/materiales/2011/Taller01/Publicaciones> (consultado el 17/03/2012; 06:30 pm)

Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia. (2007) Gaceta Oficial N° 38.647. República Bolivariana de Venezuela

Norma Oficial para la Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. (2003) Ministerio de Salud y Desarrollo Social. República Bolivariana de Venezuela

Rodríguez, J. (1979) *Sociología de los ambulatorios: Análisis de la asistencia sanitaria primaria de la Seguridad Social*, Ariel, Barcelona.