

Reflexiones sobre la prevención de la violencia obstétrica.

María Carolina Francia.

Cita:

María Carolina Francia (2017). *Reflexiones sobre la prevención de la violencia obstétrica. XII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-022/522>

Reflexiones sobre la prevención de la violencia obstétrica

Lic. María Carolina Francia

Eje temático: 9 Sociología del poder, el conflicto y el cambio social

Mesa: Los “otros” en los siglos XX y XXI: relatos e imaginarios de los vulnerados

Universidad Nacional de Luján

Observatorio de violencia obstétrica, sede Luján

carolina_francia@hotmail.com

Resumen:

En la presente ponencia pretendo aportar a la reflexión acerca de la violencia obstétrica, la cual es definida 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”, y representa una vulneración de los derechos de las mujeres con un grado muy bajo de visibilidad, alto grado de aceptación y no cuestionamiento en la sociedad. Esta forma de violencia ocurre por retroalimentación de la violencia estructural de género, legitimada por los valores patriarcales hegemónicos y la violencia institucional. En el marco de este trabajo realicé entrevistas a diversos trabajadores y trabajadoras del nivel primario de atención de la salud, a partir de las cuales elaboré propuestas de prevención de la violencia obstétrica. Entiendo que los cambios pueden impulsarse desde los movimientos de mujeres, desde las luchas de los feminismos, desde las mujeres que parimos o desde los y las trabajadores de la salud, en la búsqueda de cuestionar esta forma en que el control sobre nuestros cuerpos es expropiado por el poder médico. De este modo, instalar socialmente la idea de que las mujeres somos las que “hacemos” el parto es un aporte a la lucha por la efectivización de nuestros derechos sexuales y reproductivos.

Palabras clave: violencia obstétrica, violencia de género, derechos sexuales y reproductivos, derechos en el embarazo, parto y puerperio, modelo médico hegemónico.

En la presente ponencia pretendo aportar a la conceptualización y reflexión de la violencia obstétrica, la cual representa una vulneración de los derechos de las mujeres con un grado muy bajo de visibilidad y por ende un alto grado de aceptación y no cuestionamiento, en nuestra sociedad. Para lograr tal fin, en primer lugar describiré y analizaré a la violencia obstétrica desde distintas aristas, con el objeto de comprender los factores estructurales que la configuran y hacen posible que se perpetúe en el tiempo, como así también las formas en que se manifiesta. En segundo lugar presentaré los derechos involucrados durante el proceso del trabajo de parto, parto y puerperio. En tercer lugar expondré propuestas de prevención de la violencia obstétrica, en la búsqueda de llevar a la práctica el cuestionamiento a esta forma en que el control sobre nuestros cuerpos es expropiado por el poder biomédico. Por último, tendrán lugar las reflexiones y conclusiones que buscarán aportar a la visibilización de la necesidad de efectivizar los derechos sexuales y reproductivos en la atención del embarazo, parto y puerperio.

La violencia obstétrica es violencia de género y violencia institucional

En el año 2004 entró en vigencia en Argentina una normativa específica destinada a proteger a las personas, en especial a las mujeres, de la violencia obstétrica, a saber, la ley nacional 25.929 de los Derechos de Padres, Madres y Recién Nacidos en el proceso del nacimiento, parto y puerperio, la cual fue reglamentada el 01/10/2015. Dicha legislación se vincula directamente con la ley nacional 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, la cual fue sancionada en el año 2009. En dicha ley la violencia obstétrica es entendida como una de las modalidades que asume la violencia contra el género femenino, y la define como: *“aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales...”* (Art. 6º, inc. e).

Esta forma que asume la violencia contra las mujeres en el ámbito obstétrico ocurre en el marco de la retroalimentación de la violencia de género y la violencia institucional, y a su vez cuenta con la legitimación del poder/saber médico, factores que intervienen fuertemente en la naturalización de la violencia obstétrica por el conjunto de la sociedad. En ese sentido, comprender cómo opera el Modelo Médico Hegemónico, de ahora en más MMH, y el Patriarcado es fundamental para advertir los factores estructurales que la configuran como tal.

El MMH es un concepto acuñado por Eduardo L. Menéndez (1988:1), el cual hace referencia al sistema asistencial organizado por la biomedicina caracterizado por la subordinación del *paciente*, la estandarización de la intervención, el *biologismo* (el cual da lugar a que la práctica sanitaria se reduzca a diagnosticar y abordar la atención de la salud considerando únicamente las cadenas causales que operan a nivel biológico), la *ahistoricidad* y la *asocialidad*, en tanto al avalar el reduccionismo del sujeto a su dimensión física, lo aísla de toda condición social, histórica y espiritual. El MMH interviene fuertemente en las diversas formas que los derechos humanos de las mujeres son vulnerados en la situación de embarazo, parto y puerperio en las instituciones, en tanto los mencionados rasgos constitutivos de éste se vinculan de manera directa con el modelo de atención perinatal hegemónico, en especial el *biologismo*. De esta forma, el tratamiento de las pacientes como objetos y a la desconsideración de los aspectos emocionales se vincula con las modalidades específicas de violencia que expresa institucionalmente el sistema de salud, en el marco de nuestra sociedad que naturaliza la opresión y dominación de un género sobre el otro; y de la hegemonía de un modelo médico que violenta al sujeto no permitiéndole ser parte de su proceso de salud enfermedad, a su vez enmarcado en la subordinación del sujeto a la institución.

Por otro lado, la concepción general del parto y el embarazo como situaciones en sí mismas patológicas y riesgosas se vincula con de la exigencia de obediencia y sumisión que el Patriarcado exige de las mujeres, entendiendo a éste como sistema de dominación que se configura como la condición estructural de la desigualdad básica entre los hombres y las mujeres. En ese marco, existe una funcionalidad entre el MMH y la “inferioridad femenina”, en tanto se combina el sistema de género y el sistema de salud para expropiar el poder de las mujeres en el parto y mantenerlas sumisas. (Magnone Aleman: 2010) La expropiación de las mujeres de los saberes y procesos sexuales y reproductivos es entendida como parte de la subordinación no natural, cultural e histórica a la cual las mujeres continuamos estando sometidas bajo el Patriarcado.

La violencia obstétrica representa una de las múltiples formas en que se pone en acto el ejercicio del poder masculino sobre las mujeres, en tanto la violencia que tiene lugar en el proceso del partoⁱ ocurre en una situación de un alto grado de vulnerabilidad de la mujer, configurando una *relación de poder desigual* que obstaculiza o impide que la mujer experimente de manera autónoma un evento con mucha importancia en su vida sexual reproductiva. Asimismo, implica la vulneración de un conjunto de derechos que recientemente en nuestro país empezaron a reconocerse desde las leyes, las cuales cuentan con muy escasa difusión. Esto deriva en que actualmente el parto sea tratado como un

evento patológico e institucionalizado, en el cual los protagonistas son el equipo médico y la institución, y no la mujer que está pariendo y el niño/a que está naciendo, donde las prácticas médicas invasivas pueden dificultar la evolución del trabajo de parto, en tanto entra en juego la cascada de intervenciones y el abuso de poder.

Las prácticas del personal de salud que conllevan violencia obstétrica se vinculan con una forma de atención basada en conductas de rutina que reciben todas las embarazadas por igual, sin evaluar la necesidad de llevar adelante la intervención. No se centra en las necesidades_ físicas y emocionales_ de ella ni de su hijo/a por nacer, sino en protocolos y en las necesidades de la institución, vinculadas a la organización del tiempo y la estandarización del trabajo. Esta situación conlleva que la atención se despersonaliza, cosificando a la mujer en situación de parto y violentándola de múltiples formas, tanto física como psicológicamente.

La crítica que se realiza respecto de los protocolos institucionales es que éstos podrían estar diseñados brindando primacía a las necesidades físicas y emocionales de la mujer, lo cual permitiría reducir las intervenciones innecesarias y perjudiciales para ella y el bebé por nacer. El hecho de que en determinadas situaciones sean necesarias ciertas prácticas médicas, no implica que el resto de las mujeres deban padecerlas, por lo que su uso indiscriminado y rutinario no está justificado desde ningún punto de vista ético, médico ni científico.

En ese marco, existe un estrecho vínculo entre la violencia obstétrica y el proceso de medicalización de los procesos fisiológicos naturales de la mujer, los cuales dan lugar a que la práctica médica realice controles sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres para evitar riesgos, amparándose en la medicina defensiva y en el enfoque de riesgos.

Por un lado, el enfoque de riesgos consiste en la realización de intervenciones preventivas en la búsqueda del personal de salud de adelantarse a posibles complicaciones, lo cual genera que se realicen prácticas consideradas innecesarias desde el punto de vista de la eficacia de la atención o directamente perjudiciales para la salud sexual de la mujer, dando lugar a la “cascada de intervenciones”. Las consecuencias intervencionistas de exagerar la aplicación del enfoque de riesgos dan lugar a la patologización del proceso del embarazo, parto y puerperio, bajo el supuesto de que a mayor uso de tecnología se obtendrán mejores resultados obstétricos, en las antípodas de los principios de la Atención primaria. Canevari Bledel (2011: 112) destaca la utilización del riesgo como dispositivo biopolítico de dominación, en el marco de entender al hospital como una institución que ejerce

disciplinamiento sobre las mujeres, mediante la imposición de normas y protocolos que coartan la libertad de expresión necesaria para que la mujer pueda transitar por el proceso natural, fisiológico del trabajo de parto y parto. Asimismo, Casilda Rodríguez Bustos (2007) destaca que convertir los riesgos del parto en la justificación de una innecesaria medicalización quiebra la autorregulación fisiológica y acarrea nuevos riesgos para la mujer madre y para su hijo/a.

Por su parte, el término cascada de intervenciones se utiliza para referirse a la concatenación de hechos en donde una intervención crea una necesidad de otra intervención y así sucesivamente; lo cual transforma un parto que podría haber sido liderado por los tiempos y requerimientos de la mujer que padece, en un parto intervenido o una cesárea, protagonizado por la institución de salud. Las intervenciones innecesarias que se realizan sobre el cuerpo de la mujer suelen estar vinculadas a la necesidad de arreglar algo que produjo una o varias intervenciones anteriores, como es el caso de la episiotomía (lo cual es una incisión quirúrgica de la vagina y el periné de la mujer), la cual para evitarla se debería permitir la movilidad de la mujer, que pueda adoptar la posición que desee, que se habilite un espacio en donde no se sienta observada. El eje central de la cadena de intervenciones es el tiempo, el cual es utilizado como mecanismo de dominación, siendo el objetivo del equipo de salud abreviar el proceso, y resulta muy dificultoso una vez iniciada esa cadena de intervenciones, detenerla.

Asimismo, muy relacionado con el enfoque de riesgos, la medicina defensiva es entendida por Magnone Alemán (2010: 159) como *“la aplicación de tratamientos, pruebas y procedimientos con el propósito principal de defender al médico de la crítica y evitar demandas judiciales, por encima del diagnóstico o el tratamiento del paciente.”*

Formas en que se manifiesta la violencia obstétrica

La violencia obstétrica física (sin intenciones de abarcar todas las formas que ésta puede asumir), implica que a la mujer embarazada o en situación de parto se le realizan prácticas invasivas y se le suministra medicación que no está justificada por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico. Desde el abandono por parte del personal de salud de la persona, las episiotomías de rutina, los tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas, el monitoreo fetal electrónico (el cual cuando se realiza de forma permanente imposibilita que la mujer deambule o se mueva con libertad), la colación de goteo de oxitocina sintética de forma rutinaria para “acelerar” o “inducir” el parto (lo cual produce que las contracciones sean más frecuentes e intensas y se vuelvan inmanejables para la mujer), la ruptura de membranas, las cesáreas innecesarias e impuestas por el médico, son expresiones de los malos tratos

que puede sufrir una mujer durante el trabajo de parto y parto. Asimismo, la posición en decúbito supino (acostada boca arriba) rutinaria durante la dilatación y la misma posición pero con sus muslos y piernas flexionados y sostenidos por encima de ella, apoyando sus pies o no en soportes, incluso atados, (denominada posición de litotomía) durante el período expulsivo en sala de partos, genera la limitación de la movilidad de la mujer, representando una práctica médica que obtura el desarrollo de las opciones naturales para aliviar el dolor. Partiendo de una posición de subordinación de la mujer, el punto de vista y *comodidades* del médico o la partera son los priorizados.

Ante tales prácticas de los equipos de salud entra en juego un nivel de violencia que resulta incompatible con el ejercicio de los derechos humanos. Si bien a simple vista pareciera una de las cuestiones más inofensivas, la posición de litotomía favorece las intervenciones de rutina, es una posición en donde el cuerpo de la mujer se encuentra expuesto para ser intervenido, que le imposibilita hacerse cargo psicofísicamente del control de su parto. Está probado científicamente que la posición de litotomía no es la más segura ni para la mujer ni para el bebé, la experiencia práctica tampoco indica que es la posición que la mujer en libertad adopta. Se trata de una prácticas que la OMS (1996) clasifica como una de las “claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas”, sin embargo, son escasas las instituciones de salud las que permiten que la mujer adopte otra posición diferente a la horizontal. En posición sentada, de rodillas, o en cuclillas la mujer puede hacer más fuerza y coordinar mejor la respiración con las contracciones. Asimismo, la respiración plena permite que el bebé reciba más oxígeno.

La violencia obstétrica psíquica o psicológica incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminación, humillación o ridiculización cuando la mujer solicita asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. También comprende la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado del bebé y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales. La violencia hacia la mujer en estos casos también asume la forma de disciplinamiento, despersonalización (lo cual se observa en el uso obligatorio de batas y mascarillas estériles durante la atención del parto) e infantilización, la cual opera mediante el descreimiento, la subestimación y burla ante el sufrimiento manifestado por la mujer, ejerciendo asimismo violencia verbal contra estas. El equipo de salud deja de lado o no prioriza lo que la mujer señala que está sintiendo en su propio cuerpo: “*expresiones como “mamita”, “gordita”, “pórtate bien nena” ponen en evidencia una concepción cultural fuertemente arraigada que ubica a las mujeres en una situación de “minoridad”*” (Instituto de Género, Derecho y Desarrollo INSGENAR, 2008: 51)

Asimismo, la violencia obstétrica, de ahora en más V.O., es una forma de violencia sexual, en tanto aunque el parto en la actualidad es culturalmente concebido como un acto médico, como “territorio de la medicina”, pertenece a la intimidad y sexualidad de la mujer y de su hijo/a, quienes deberían ser las verdaderas protagonistas de un evento que es privado, que pertenece a las decisiones que cada mujer debería poder tomar sobre su cuerpo de manera autónoma, contando con la atención del personal de salud.

Derechos involucrados

Se parte de la consideración de que en una misma experiencia la mujer suele sufrir la vulneración de más de un derecho, en tanto éstos son interdependientes e indivisibles. En ese sentido, dada la complejidad del problema y de los múltiples entrecruzamientos, a fines analíticos se analizarán los derechos involucrados considerando la ley 25.929 de padres, madres y recién nacidos, las consideraciones de la OMS y la ley 26.529 de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud.

Derecho a la información veraz, adecuada y completa y toma de decisiones

Acorde a la ley 25.929 toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto tiene derecho *“a ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas; a ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales...”*

Durante el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el puerperio las mujeres tienen derecho a ser protagonistas de sus partos pero para lograrlo necesitan estar informadas, dado que la mujer no podrá decidir sobre algo que desconoce. Asimismo, representa un desafío para quienes acompañan a la mujer, en tanto ésta en el momento del parto se encuentra en una situación de absoluta vulnerabilidad, en la cual no puede “defenderse”, reclamar información, hacer valer derechos y parir al mismo tiempo. Sin embargo, no alcanza con el conocimiento de sus derechos por parte de las mujeres, estos necesitan efectivizarse.

En ese sentido, la OMS (1996: 41) señala como prácticas útiles y que deberían ser promovidas: *“dar a la mujer tantas informaciones y explicaciones como desee, estímulo a evitar la posición en decúbito supino durante el parto, valoración del riesgo del embarazo durante la atención prenatal y en cada visita al sistema de salud y en el primer contacto con la persona que va a asistir todo el trabajo de parto”* todas acciones tendientes a promover el rol protagónico de la mujer en la atención de su salud sexual y reproductiva.

Asimismo, que la mujer cuente con esa información le permitirá ejercer su derecho al consentimiento informado. En ese sentido, en la primera parte de la ley 26.529 de los Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud se entiende por este “*la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a: a) Su estado de salud; b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos; c) Los beneficios esperados del procedimiento; d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles; e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto; f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.*”

En este sentido, cabe destacar que habitualmente la mujer no es consultada respecto de ninguna de las prácticas que se realizan sobre su cuerpo, ni los efectos adversos que pueden generar en ella y en su hijo/a, a lo sumo se la notifica.

Derecho al trato respetuoso y a la intimidad

Acorde a la ley 25.929 toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto tiene derecho a “*ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales; a ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto; al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer y a tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales*”

De esta forma, se entiende que el derecho al trato respetuoso implica una serie de acciones por parte de los equipos de salud y de una política institucional, en donde distintos aspectos que entran en juego. La vulneración de este derecho se vincula, por un lado, con el aspecto físico, en tanto el suministro de medicación y las prácticas invasivas utilizadas para apurar el proceso del parto no permiten el protagonismo de la mujer, lo cual al combinarse con la omisión de información pone a la mujer en una situación de mayor vulnerabilidad. Asimismo, en las maternidades suelen ocurrir de manera cotidiana la no presentación del efector de salud que atiende a la mujer, derivando en una atención impersonal, el no brindarle información clara y adecuada, que los/as efectores conversen entre ellos/as mientras realizan prácticas médicas a la mujer, el no respeto a la intimidad. Tiene un carácter

fundamental el respeto a las decisiones de la mujer, lo cual demanda que los efectores de salud entiendan al parto como un acontecimiento de la vida sexual de la persona, en donde las intervenciones practicadas tienen lugar principalmente sobre sus órganos genitales, por lo que su intimidad está aún más expuesta que en otros ámbitos asistenciales.

Teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS (1996:17) se destacaran como acciones que permiten el cumplimiento del trato respetuoso el seguimiento del bienestar físico y emocional de la mujer durante el parto y el posparto, *“los métodos no invasivos ni farmacológicos de alivio del dolor durante la dilatación, como el masaje y las técnicas de relajación, la libertad de posición y movimientos durante todo el parto y el respeto del derecho de la mujer a la intimidad en el lugar del parto.”*

Por último, cabe destacar que en la ley 26.529 de los derechos del paciente se señala que *“el paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente...”*

Derecho al acompañamiento

Asimismo, en la ley 25.929 se hace mención al derecho a *estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto*, lo cual coincide con lo señalado por la OMS, organismo que se recomienda el *apoyo afectivo de los asistentes durante el parto y el respeto a la elección de los acompañantes de la mujer durante el parto*.

Los argumentos de porqué no se cumple este derecho generalmente se vinculan con las condiciones de la sala de parto, falta de espacio físico, o simplemente por ausencia de criterios de la institución, quedando relegado a la discrecionalidad del efector que interviene. Sin embargo, debe ser entendido como una de las muchas formas en que el poder médico le quita poder y saber a la mujer que está pariendo: aislarla de su entorno, de sus familiares, inmovilizarla, son mecanismos que hacen que la mujer pierda confianza en sí misma, se angustie y no cuestione las prácticas e intervenciones que se le realizan sobre su cuerpo y el de su hijo/a recién nacido. Canevari Bledel (2011: 93) entiende que *“la soledad es una condición facilitadora de sentimiento de miedo y posibilita el ejercicio de la violencia”*

De esta forma, la vulneración de los derechos implicados en la ley de 25.929 tiene lugar porque en las instituciones públicas y privadas se continúan realizando prácticas que ya están desaconsejadas

desde el punto de vista científico clínico, pero al contar con un poder simbólico muy efectivo demanda de un trabajo de empoderamiento de la mujer para desnaturalizar esa violencia sufrida.

Propuestas de prevención de la violencia obstétrica

En esta última parte esbozaré propuestas orientadas a la prevención de la V.O., alguna de las cuales surgieron en las entrevistas que realicé a diversos trabajadores y trabajadoras del nivel primario de atención de la salud del partido de Luján en el año 2014ⁱⁱ. Asimismo, con el objetivo de enriquecer el análisis haré referencia a los objetivos del Observatorio Nacional de violencia obstétrica, recientemente creado por la agrupación Las Casildas.

En ese sentido, entiendo que los cambios pueden impulsarse desde los movimientos de mujeres, desde las luchas de los feminismos, desde las mujeres que parimos, desde los y las trabajadores de la salud, en la búsqueda de instalar políticas públicas que efectivicen los derechos de las mujeres en la atención de su salud sexual y reproductiva, y que a la vez genere condiciones para que sea cuestionada esta forma en que el control sobre nuestros cuerpos es expropiado por el poder médico.

En primer lugar, una forma de abordar la V.O., desde el mayor nivel de generalidad, es revisando el MMH, las concepciones y fundamentos generales que son el sustento de las políticas del sistema de salud, en la búsqueda de generar ciertos cambios. En ese sentido, los/as entrevistados entienden que la visión predominante es la de cosificación de los sujetos, por lo cual entienden que el modelo hegemónico “... imposibilita abordar las problemáticas sociales complejas y eso deriva en un déficit de la atención, si uno no tiene un instrumento más amplio con el cual mirar las problemáticas... no ves lo integral del problema... ve un organismo en el que tenés que dar una pastilla...” (Entrevista a psicóloga, 17/04/2014)

En esa línea de pensamiento, tres son las propuestas que surgieron: mejorar la formación de los trabajadores de la salud, la creación de políticas públicas que habiliten la prevención y la promoción de derechos y la articulación intersectorial.

Respecto de la formación de los trabajadores de la salud la psicóloga entiende que el problema principal es que los profesionales, así provengan de Universidades públicas o privadas, e independientemente de la especialidad técnico-profesional que sean, están formados con la lógica del MMH, lo cual dificulta la problematización de la realidad por parte de éstos. Asimismo, no reciben en su formación educación en Derechos Humanos con perspectiva de género, por lo cual es necesario que los estudiantes de todas las carreras vinculadas a la salud de las mujeres reciban en su formación información sobre la regulación legal de la violencia de género en general y sobre la violencia obstétrica en particular, de manera de resaltar la importancia y obligatoriedad del respeto de los

derechos sexuales y reproductivos. De esta forma se podría avanzar en la visibilización y desnaturalización de los malos tratos que las mujeres reciben, mostrando cómo afectan el derecho a la salud de éstas, en su dignidad y autoestima. En ese sentido, la trabajadora social reflexiona sobre la función de las capacitaciones en torno al conocimiento de los profesionales de las implicancias de la legislación en su accionar “... *creo que es un puntapié para empezar a trabajar con los profesionales... más que nada cuales son nuestras responsabilidades como miembros de los equipos de salud, la capacitación no solo es un derecho, tiene que ver con nuestra responsabilidad...*” De esta forma, las capacitaciones dirigidas a los trabajadores de la salud en ejercicio es otra de las propuestas que pueden incluirse en este punto.

Asimismo, entendiendo que si bien desde el nivel individual los trabajadores pueden, y es su responsabilidad, aportar a la prevención, son necesarias las políticas institucionales dirigidas a tales fines, en donde se encuentren facilitadas las condiciones para el ejercicio de los derechos por parte de las mujeres. Un ejemplo es la Maternidad Estela de Carlotto, del partido de Moreno, en la cual se realizan un conjunto de acciones con tal fin, buscando que el parto se realice en un clima de tranquilidad, intimidad y cuidado.

Por último, respecto de la articulación intersectorial una de las entrevistadas señala que “*se podría pensar la articulación intersectorial, con otras instituciones... se me ocurre campañas de visibilización con las escuelas, los jardines, las sociedades de fomento u organizaciones sociales (...) es una temática que perfectamente se puede trabajar desde la educación sexual integral o la prevención de la violencia de género... hay que ponerlo en la agenda...*” (Entrevista a médica generalista, 12/04/2014) Asimismo, la psicóloga señala: “*es muy importante incluir la experiencia de las organizaciones sociales, asociaciones civiles que trabajan las temáticas, es necesario que el sistema de salud las incorpore a esas voces*”

Por otro lado, otro de los caminos para visibilizar la V.O. es que las mujeres que la sufren puedan hacer las denuncias. Sin embargo, tienen lugar una multiplicidad de factores que derivan en que las denuncias no se realicen. En principio, existe una naturalización de este tipo de violencia, por lo que la enorme mayoría de mujeres desconocen la posibilidad de denunciar. Aun conociendo esa posibilidad, puede ocurrir que la mujer madre priorice el bienestar de su bebé dejando de lado sus derechos (si bien también su hijo/a padece la violencia institucional). Asimismo, en los casos en que las mujeres tienen conocimiento de sus derechos, se chocan con un sistema de salud que avala la existencia

de estos hechos, no creando las condiciones ni estableciendo mecanismos mediante los cuales las mujeres puedan denunciar lo ocurrido.

Otro obstáculo importante es que no suele haber variedad de instituciones públicas a las cuales las mujeres pueden acudir para ejercer su derecho de acceso a la salud, por lo que puede ocurrir que la mujer tenga que volver a atenderse con el mismo personal de salud que la violentó, lo cual la desalienta a denunciar.

Cabe destacar que desde el Ministerio de Derechos Humanos, se creó la CONSAVIG, la cual es una comisión destinada a elaborar sanciones contra la violencia de género, dentro de la cual se creó la CONSAVO, que es una sub comisión especial que tiene el objetivo de elaborar sanciones en los casos de V.O. Desde dicha comisión se elaboraron instructivos y modelos de denuncia a los cuales se puede acceder desde la página web del ministerio. En estos se detallan todos los pasos a seguir en la realización de la denuncia, sirviendo de guía los modelos de cartas elaborados. Sin embargo, dichos materiales cuentan con un escaso grado de difusión. De la misma forma, en la Defensoría del Pueblo de la provincia de Buenos Aires funciona el Observatorio de Violencia de género que también recibe denuncias de V.O.

Campañas masivas de información y difusión de leyes, talleres y cursos.

Con el objetivo de que las mujeres conozcan sus derechos, en la búsqueda de que puedan efectivizarlos, en las entrevistas realizadas surgieron como propuestas la realización de campañas masivas de difusión de la información vinculada a la temática, como así también la oferta de talleres y cursos abiertos a la comunidad.

Varias trabajadoras entrevistadas señalaron la importancia de que se impulsen espacios, bajo la forma de talleres o cursos preparto, en donde se busque no solo brindar información, sino también generar las condiciones para avanzar en la problematización de la realidad, en donde, en principio, las mujeres puedan intercambiar experiencias: *“... hay que generar espacios con las mujeres para que se pueda dar el debate de cómo queremos parir (...) por más que estés 40 minutos en la consulta individual, lo valioso del intercambio grupal, la visión de la que ya tiene hijos con la primeriza, la que tuvo cesárea con la que tiene parto normal, la que pudo dar la teta con la que no... eso me parece muy rico y aprovechable...”* (Entrevista a médica generalista, 12/04/2014) *“... los cursos de pre parto o parto sin dolor nos tienen que servir para encontrar otros canales de comunicación para que las mujeres lleguen al momento del parto con mejores herramientas y no tengan que pasar por las miles de cosas que pasan cuando van a parir...”* (Entrevista a trabajadora social, 15/04/2014).

Acompañamiento a las mujeres en el Hospital

Se considera fundamental la visibilización de la necesidad de acompañamiento que tiene la mujer en el momento de la internación, de manera de prevenir posibles situaciones de violencia: “... *generalmente las personas reciben violencia cuando están solas... el sistema por lo general no ejerce tanta violencia cuando la persona está acompañada...*”

Por su parte, el Observatorio Nacional de Violencia Obstétrica de la Argentina tiene como finalidad recolectar y sistematizar datos y estadísticas relacionados con la Violencia Obstétrica; realizar seguimiento de denuncias; monitorear políticas públicas, proyectos de ley y cumplimiento de leyes; elaborar recomendaciones a organismos e instituciones involucrados; crear espacios de difusión y debate con profesionales y ciudadanía en general; promover la elaboración de estudios y proyectos de investigación; apoyar y difundir acciones de otros colectivos y agrupaciones en torno a la VO y articular trabajo y acciones con otros Observatorios nacionales e internacionales. Cuenta con múltiples sedes en el país, las cuales de manera coordinada estamos llevando adelante iniciativas que buscan visibilizar y difundir esta problemática, así como los derechos implicados.

Reflexiones finales

Es posible agrupar las propuestas de prevención en dos grandes ejes: las que están dirigidas a brindar información a la sociedad en general y a las mujeres en particular sobre sus derechos, y las que apuntan a que los trabajadores de la salud modifiquen sus prácticas profesionales en pos de mejorar la atención que brindan no vulnerando los derechos de las mujeres.

Sin duda una medida preventiva de la violencia obstétrica sería que desde el Estado se obligue a todas las instituciones de salud, públicas o privadas, que atienden partos a actualizar sus protocolos de atención perinatal, a realizar las inversiones necesarias y a sancionar a los profesionales que no cumplen las leyes. Asimismo, es necesario que las mujeres que van a parir conozcan las rutinas que apuran el proceso de nacimiento para que puedan cuestionar su utilización indiscriminada; y saber que cuando esta cadena empieza es difícil detenerla, cada rutina hace necesaria la siguiente transformando un hecho fisiológico en un acto médico alterando por completo su ritmo saludable y natural. En ese sentido, si bien revertir el estado de cosas incluye desafíos que implican a los colectivos profesionales y a la sociedad en su conjunto, las mujeres tenemos el gran desafío de desnaturalizar la violencia que sufrimos en el marco de esta sociedad patriarcal que nos oprime, ubicarnos en el lugar de protagonistas en nuestros partos y en nuestras vidas, politizando la experiencia reproductiva para que la violencia

obstétrica deje de ser vista como algo normal, necesario o inevitable y entre en la esfera de socialmente condenado.

Bibliografía

Canevari Bledel, C. (2011) *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud, UNSE (Universidad Nacional Santiago del Estero) Barco Edita, Santiago de Estero, Argentina.

Magnone Aleman, N. (2010) *Derechos y poderes en el parto: una mirada desde la perspectiva de Humanización*. Tesis de la maestría en Sociología. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Rodrigañez Bustos, C. (2007) *La sexualidad y el funcionamiento de la dominación*. Ediciones La mariposa y la iguana. Ciudad autónoma de Buenos Aires.

Webiografía

INSGENAR (Instituto de Género, Derecho y Desarrollo) (2008) *Reporte con todo al aire 2. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales públicos*. Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos. Responsable de la sistematización: Susana Chiarotti, con la colaboración de Gloria Schuster y Susana Arminchiardi. Recuperado de: <https://insgenar.files.wordpress.com/2012/04/con-todo-al-aire-2.pdf>. Fecha de captura: 07/11/2014.

Menéndez, E.L. (1988) *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Segundas jornadas de Atención Primaria de la Salud, 30 de abril al 7 de mayo Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://hvn21.netfirms.com/indice/sevicios/biblio/Salud%20Publica/Salud%20P%20FAblica%20II/Men%20E9ndez%20%20Modelo%20M%20E9dico%20Hegem%20F3nico%20y%20APS.pdf> Fecha de captura: 17/05/2014.

OMS (1996) *Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Informe presentado por el grupo técnico de trabajo*. Departamento de investigación y salud reproductiva. Ginebra. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf. Fecha de captura: 27/10/2014.

ⁱ La cual no es la única situación en la cual la mujer puede ser violentada por el personal de salud. En ese sentido, el complejo conjunto de situaciones de vulneración de derechos que abarca el concepto violencia obstétrica pueden tener lugar en controles del embarazo, en el posparto, en situaciones de interrupción voluntaria del embarazo, entre otras.

ⁱⁱ En el marco de mi Trabajo Final de Graduación, titulado “*Reflexiones acerca de los desafíos de la prevención de la violencia obstétrica desde el primer nivel de atención de la salud*” de la Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad Nacional de Luján.