

VIOLENCIA GINECOLÓGICA Y OBSTÉTRICA. LA MEDICALIZACIÓN DEL CUERPO FEMENINO

Gabriela Almonte García¹

Resumen

Este artículo tiene el propósito de mostrar el panorama actual referente a la violencia ginecológica y obstétrica. En segundo lugar, se presentan algunos testimonios de mujeres que han sufrido este tipo de violencia. El objetivo de estas enunciaciones es mostrar diversas aristas de la violencia obstétrica. Por ejemplo, la omisión de información, las burlas y prejuicios, la manipulación de procesos fisiológicos, entre otros. También, se emplea el concepto de medicalización para mostrar cómo el cuerpo femenino parece pertenecerle cada vez más al ámbito médico. Finalmente, se dan a conocer algunas alternativas que se han creado para prevenir y erradicar la violencia ginecológica y obstétrica.

Palabras clave: violencia, ginecología, obstetricia, medicalización, cuerpo femenino

Abstract

This paper aims to present the current situation regarding the gynecological and obstetric violence. Second, some testimonies of women who have suffered such violence are presented. The aim of these utterances is to show various edges of obstetric violence. For example, omission of information, jokes and prejudices, manipulation of physiological processes, among others. The concept of medicalization is also used to show how the female body seems to belong increasingly to the medical field. Finally, some alternatives that have been created to prevent and eradicate violence gynecological and obstetric are disclosed.

Key words: violence, gynecology, obstetrics, medicalization, female body

¹ Maestra en Psicología. Profesora de asignatura de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Correo electrónico: gabrieladil@hotmail.com

Introducción

La violencia ginecológica y obstétrica es conceptualizada por el Grupo de información en reproducción elegida (GIRE) como:

Una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva en los servicios de salud —públicos y privados—, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género. (p.120).

El uso de servicios ginecológicos se caracteriza por requerirse en cualquier etapa de la vida de la mujer, mientras que la obstetricia hace referencia a un periodo concreto, el embarazo, parto y puerperio.

En la actualidad cuatro estados de México son los que cuentan con una definición de violencia obstétrica en sus leyes, y sólo el Estado de Veracruz lo ha tipificado como delito “con multas que van de tres a seis años de prisión y multas de hasta 300 días de salario” (Franco, 2013, cambios legales párr.3).

Hace algunos años la GIRE solicitó a las instancias de Salud en México las estadísticas sobre quejas presentadas entre el 2009 y 2012. En respuesta el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) reportó 122 quejas por malos tratos y negligencia médica en el marco de la atención gineco-obstétrica. Sin embargo, instancias como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salud (Ss) argumentan no tener tal información. “La CNDH informó que recibió también 122 quejas, de las cuales 92 eran del IMSS, 13 del ISSSTE y 3 de la Ss” (Franco, 2013, daños a la salud párr. 7).

Lo anterior muestra cómo las cifras reales sobre la violencia ginecológica y obstétrica son difícilmente conocidas, además el hecho de que no existan penalizaciones, reparaciones del daño o compromisos para no repetir tales acciones orilla a muchas mujeres a callar o dejar pasar tales situaciones. Por ejemplo, Alma, citada en Franco (2013), narró que

además de realizarle mal una episiotomía² “le dejaron mal acomodado el útero, pero se aguantó el dolor. Por la forma en que la habían tratado prefirió aguardar a que su esposo la llevara a un hospital particular”.

La violencia obstétrica puede ser de dos tipos. La primera es física e implica manipulación del cuerpo, prácticas invasivas, suministro de medicamentos no justificados y modificar los procesos biológicos de la mujer sin que ella otorgue su consentimiento. Algunas acciones que entran en esta categoría de violencia obstétrica física son las “episiotomías, inducciones al parto a través del uso de oxitocina, uso de anestésicos... monitoreo fetal, y en el caso más extremo esterilizaciones forzadas, temporales e incluso definitivas” (Franco, 2013, trato deshumanizado, párr.5). Sobre esta última situación de violencia Arellano (2015) menciona el caso de Mildren de Chiapas quien “no podía salir del hospital si no se ponía un dispositivo intrauterino, el único anticonceptivo disponible, aun cuando tenía pocas horas de haber parido y su cuerpo no se había recuperado” (p.38).

Un elemento clave en la violencia obstétrica es la realización de cesáreas aun cuando existen las posibilidades de que la mujer tenga un parto natural. La GIRE muestra cómo México ocupa el cuarto lugar a nivel mundial en este tipo de procedimientos con un 38% de los nacimientos. Los hospitales privados llevan la batuta con la cifra del 90%, el IMSS con 51%, el ISSSTE con 40% y la Ss con 25%. Esto resulta alarmante pues tales datos “contravienen la recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que indica que la tasa de cesáreas debe ser como máximo de entre 10 y 15 por ciento de los nacimientos”.

En relación a la casi obligatoriedad de la cesárea, Franco (2013) presenta el testimonio de una mujer llamada Alma quien comenta “yo no quería cesárea, quería parto normal, pero me dijeron que si la niña nacía mal, si le faltaba oxígeno y presentaba consecuencias cerebrales sería mi responsabilidad. Tuve que aceptar” (Mala atención párr. 2). Así mismo, otra mujer expresa: “ya todo mundo hace cesáreas; en los hospitales públicos porque es más fácil y en los privados porque te cobran más. Te ponen mil pretextos y como no sabes de ginecología no te puedes defender” (Mala atención párr. 3).

² Incisión en el perineo para agrandar el orificio vaginal y facilitar el parto

Illich (1975) afirma que mientras más poder se le otorgue al (a) médico éste (a) comenzará a apoderarse de los procesos de la vida. Por ejemplo, en el caso de las cesáreas la figura del médico afianza su poderío “con el examen prenatal mensual, cuando decide cómo y cuándo habrá de nacer el feto... el ambiente llega a considerarse como un útero mecánico y el profesional de la salud como el burócrata que asigna a cada quien su lugar adecuado” (p.54).

El segundo tipo de violencia obstétrica y también ginecológica es la psicológica e incluye “regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información, negación al tratamiento... utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana” (GIRE, s.f, p.120). Respecto a este tipo de violencia, en Rosario Argentina el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) y el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) realizaron una investigación que tenía como objetivo recabar testimonios de mujeres de barrios pobres que se acudían a hospitales, maternidades y centros de salud públicos para atención ginecológica y obstétrica. Los resultados fueron publicados en un informe titulado *Con todo al aire* esto debido a que varias mujeres narraron “haber sido obligadas a permanecer desnudas en el parto o en consultas ginecológicas. ‘Me metieron la mano más o menos 13 estudiantes’, ‘sentí rabia, vergüenza’, ‘me metían el dedo como a un fenómeno’ (Cimacnoticias, 2005, párr.3).

Testimonios de violencia ginecológica y obstétrica y medicalización del cuerpo

Es en base al reporte mencionado y a la información encontrada en blogs, redes sociales y demás páginas de internet sobre violencia ginecológica y obstétrica que a continuación se intentará mostrar cada arista de este tipo de agresiones en contra de las mujeres anexando sus propios testimonios. Esto con la intención de que sus experiencias puedan ser conocidas, que su palabra sea escuchada.

Una expresión frecuentemente usada por el personal médico hacia las mujeres en el momento del parto es aquella que indica que “si antes disfrutaron del sexo, ahora les toca aguantarse”. (Valenzuela, 2013, párr. 4). “Si te gustó lo dulce, aguántate lo amargo”

(Tessa, 2009, párr. 1). ¿Acaso hay un juicio de valor implícito sobre que la sexualidad en un momento placentera lleva aparejada a su contrario, el displacer, el dolor? Es como si el personal sanitario intentara limitar la sexualidad de las mujeres a aquellos “prejuicios, valores o necesidades” (Illich, 1975, p.149) que ellos/ellas consideran adecuados o correctos, y que de no ajustarse a tales parámetros deberán ser penalizadas públicamente.

Otro testimonio relacionado con el juicio de valor que se hace sobre la sexualidad femenina es el de Rosa, quien después de haber perdido un embarazo de varias semanas escucha de parte del personal médico que “ya estaba muy vieja para tener hijos”, pero cuando pidió orientación para usar un método anticonceptivo, le respondieron que lo mejor era “el no palito” (Arellano, 2015, párr. 4). Así mismo, Tessa (2009) reporta otro testimonio que versa de la siguiente manera:

Acompañé a una vecina ya mayor a la consulta ginecológica y escuché que el médico, después de revisarla, les dijo a otros colegas y estudiantes: ‘Vengan a ver una especie en extinción, una mujer virgen’. Mi vecina no regresó más al médico (párr. 1).

Casos como los anteriores hacen pensar que la consulta ginecológica y obstétrica se encuentra teñida de roles y funciones que una determinada cultura atribuye a la mujer. Esto lo analiza Rague-Arias (1981) en su artículo *Parirás con dolor (y dios hizo al ginecólogo)*, y hace explícita la pregunta de “¿Quién da atribuciones a los ginecólogos para imponer a las mujeres normas de conducta en lugar de limitarse a atender sus problemas médicos específicos?” (p.23).

Ahora bien, es común que el personal médico tomé estos casos de violencia ginecológica y obstétrica como algo que se puede presumir con sus colegas, un indicio de la superioridad que se obtuvo a fuerza de descalificaciones. Como expone Villanueva (2010), “lo que dispara la risa es el código compartido de superioridad frente al otro/a, la certeza de que todo se puede, todo se vale y de que el fin justifica los medios” (p.149).

Otro elemento importante es la falta de información que tienen las mujeres respecto a su estado médico y las posibilidades a las que tienen acceso por ser derechohabientes de

un servicio sanitario. Valenzuela (2013) comenta que a las mujeres “se les prohíbe el acceso al expediente, cuando no, se les brinda una información parcial o distorsionada, con el objeto de que no puedan sospechar o quejarse por malos manejos” (párr. 4). En uno de los testimonios que recaba este autor se llega a leer la siguiente enunciación:

Llegué al hospital y me encontré con un médico que llevaba más de 36 horas de turno. Me atendió casi dormido y no me informó sobre el derecho que yo tenía para que me aplicaran anestesia. Me suministraron dos dosis en todo el parto y me dijeron que antes agradeciera porque a las mujeres afiliadas en el Sisben ni siquiera les ponían”. (párr.1).

En estos casos el personal de medicina y de enfermería no usa, sino que abusa de los datos que tiene sobre la mujer. Se utiliza a conveniencia la información y el lenguaje “para dar órdenes, indicaciones, instrucciones, señalizaciones, para producir comportamientos, ejecutar funciones, en fin, para hacer que la paciente obedezca, lo que se justifica con el argumento de que ‘ellas no saben nada, no entienden’” (Villanueva, 2010, p.150). Es aquí donde surge la pregunta ¿Cuál es el posicionamiento que toma el personal sanitario y cuál el de las mujeres respecto a informar o informarse sobre los derechos que se tienen al acudir a consulta o algún otro procedimiento quirúrgico?

Una situación más donde se presenta la violencia ginecológica y obstétrica es cuando el personal médico hace uso de una relación disimétrica para invalidar las percepciones y decisiones de las mujeres sobre sus procesos fisiológicos, sobre el acontecer de su cuerpo. Por ejemplo, en el momento de un parto parecieran no contar los aprendizajes que se tuvieron al alumbrar algún (a) hijo (a) previo o los cambios “en sus propios cuerpos, desdeñando aun las señales de alarma referidas por las pacientes, que permitirían identificar oportunamente el inicio de una complicación médica u obstétrica”. (Villanueva, 2010, p.148).

Todos los testimonios anteriormente mencionados nos muestran a un cuerpo femenino medicalizado. En aras de aclarar este término, *medicalización*, retomaremos la siguiente definición de Orueta (et al.), se trata de “la conversión en procesos patológicos de situaciones que son y han sido siempre completamente normales y el pretender resolver

mediante la medicina situaciones que no son médicas sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales” (p.151).

La medicalización implica que una situación sea considerada como una problemática, que los agentes que lo solían atender no lo solucionen de manera efectiva. Por lo tanto, se demandará a un nuevo sector su intervención, éste decidirá si responde a tal demanda, y de ser así, lo hará su nuevo campo de acción.

Ahora bien, esto no es algo estático e inamovible, fue ocurriendo a través de los años gracias a diversas variables como lo son la aparición y mejora de herramientas y técnicas médicas, que el Estado se haya empezado a hacer responsable de brindar atención sanitaria a sus habitantes, la percepción de los sujetos sobre sus posibilidades y responsabilidades como derechohabientes, entre otros.

Para ejemplificar el grado de la medicalización del cuerpo femenino tomaremos el caso concreto del parto. Existen narraciones y escritos antiguos que testifican que la mujer cuando empezaba a notar ciertos cambios en su cuerpo y deducía que se avecinaba el momento del parto, “se alejaba de los suyos para aislarse y dar a luz sin nadie en frente, sola, en las orillas de los ríos o de las lagunas” (Galliano, 2007, p.1). Sin embargo, hubo algunas ocasiones donde se presentaban algunas complicaciones o bien, se necesitaba el apoyo moral o físico de otro, por lo que la mujer acudió a alguna de sus semejantes que adquirió el nombre de partera. Esto coincide con la influencia etimológica de *obstetricia* que significa “ponerse enfrente”.

Illich (1975) afirma que en la antigüedad, en la cultura tradicional, el sujeto era más perceptivo y consciente de la realidad subjetiva de su propio cuerpo por lo que eran poco comunes las ocasiones donde él o ella ponían a disposición de otro su cuerpo con el fin de que fuera sanado. Además, “en la mayoría de los casos la curación era una forma tradicional de consolar, cuidar, reconfortar, aceptar, tolerar... al afligido” (p.116).

Por lo tanto, lo que ha ocurrido con el avance de la medicalización es que se ha ido expropiando “el poder del individuo para curarse a sí mismo y para modelar su ambiente” (p.116). En el caso de la ginecología y la obstetricia, muchas mujeres han cedido el saber de su cuerpo al personal médico.

Lo que se puede hacer

Teniendo en cuenta todos los testimonios sobre violencia ginecológica y obstétrica que se han presentado surge este apartado con el fin de conocer qué medidas se han tomado para contrarrestar tales abusos y enunciar algunos enigmas que siguen sin poder resolverse.

En las redes sociales se ha encontrado un movimiento de mujeres titulado *La revolución de las rosas*. Ellas envían una rosa a las autoridades competentes por cada caso registrado de violencia obstétrica, para recordarles que es su obligación cuidar y respetar a cada mujer que acude a sus consultorios o salas quirúrgicas. Jesusa Ricoy-Olariaga, promotora de esta propuesta, expresa: “Hasta que no volvamos a ser capaces de observar un parto con el mismo respeto y ensimismamiento de quien observa una puesta de sol, no habrá evolución posible para esta especie porque en ella nos habremos perdido a nosotros mismos” (Vidoz, 2011, párr. 5).

De igual manera, se ha creado una página web titulada *Observatorio en salud, género y derechos humanos* donde las mujeres pueden tener información sobre cómo es ejercida la violencia ginecológica y obstétrica, y también existe un espacio donde se puede escribir el testimonio si es que ya se ha sufrido tal agresión.

Ahora bien, la responsabilidad por el cese de la violencia descrita en este ensayo no sólo se resuelve con el empoderamiento de las mujeres para solicitar un trato digno en la asistencia sanitaria. Por ejemplo, Arellano (2015) reporta el caso de Verónica en el Estado de México, quien “por exigir sus derechos durante el parto, los médicos y enfermeras le retrasaron la atención y se burlaron de ella, a tal grado, que perdió a su bebé (párr.2).

En la violencia ginecológica y obstétrica participan médicos, enfermeros, enfermeras y demás personal de las instituciones de salud que necesitan asumir la ética profesional. Como menciona Tessa (2009) “este es un trabajo entre todos. No sirve sólo que las usuarias reconozcan sus derechos, si en los centros de salud, los que deben brindar el servicio no están sensibilizados y cambian sus prácticas” (párr. 9).

Referencias

ARELLANO, C. (2015). Casos de violencia obstétrica, invisibilizados por sector salud, *La jornada*. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2015/04/23/sociedad/038n1soc>

CIMACNOTICIAS (2005). Recuperado de: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/33509>

FRANCO, A. (2013). Violencia obstétrica: martirio común para las mexicanas. *Cimacnoticias*. Recuperado de: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/63477>

ILLICH, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. España: Barral

GIRE. (s.f) Informe recuperado de: <http://gire.org.mx/nuestros-temas/violencia-obstetrica>

ORUETA SANCHEZ, R. et al. (2011). Medicalización de la vida (I). *Rev Clin Med Fam*. 4(2) 150-161. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011&lng=es&nrm=iso. ISSN 1699-695X.

RAGUE ARIAS, J. (1981). Parirás con dolor (y dios creó al ginecólogo) pp.23-27. En Jordi Mir García (comp.) (2006). *El viejo topo treinta años después. Cuando la participación es la fuerza*. España: Ediciones Rosa Luxemburgo. Recuperado de: https://books.google.com.mx/books?id=7aEDTixy5xYC&pg=PA214&lpg=PA214&dq=sexualidad+de+la+mujer+edad+opresi%C3%B3n&source=bl&ots=IOkkoYvQsA&sig=E1iY_1pfSgnfbxKMQPsCwSesQjM&hl=es-419&sa=X&ved=0CEMQ6AEwCGoVChMI_tm87cOiyAIVSYoNCh3I3AsU#v=onepage&q=sexualidad%20de%20la%20mujer%20edad%20opresi%C3%B3n&f=false

TESSA, S. (2009). Argentina: Peor el remedio <https://palabrademujer.wordpress.com/tag/violencia-ginecologica/> Palabra de mujer

VIDOZ, N. (2011) Recuperado de <http://www.subebe.com/salud-y-nutricion/la-revolucion-de-las-rosas-contra-la-violencia-ginecologica>

VILLANUEVA, L. A. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *CONAMED*, 15(3):147-151. Recuperado de: <http://informe.gire.org.mx/rec/maltrato.pdf>

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011