

VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y MORBILIDAD MATERNA: SUCESOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Obstetric violence and maternal morbidity: Gender violence events

MAYRA LILIA CHÁVEZ COURTOIS*

NORMA ANGÉLICA SÁNCHEZ MAYA**

RESUMEN

El artículo se centra en la relación de la práctica de violencia obstétrica con la morbilidad materna y en la manera en que ello contribuye a la violencia de género. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas, se hicieron notas y observación de campo sobre experiencias de atención de parto en mujeres indígenas. Entre los resultados obtenidos, se identifica la realización de prácticas médicas de rutina innecesarias durante la atención del parto, con lo cual se vulnera a la mujer y se contribuye a la violencia de género. Relacionar las experiencias de violencia obstétrica y morbilidad materna permite explorar otras expresiones de la violencia de género. La originalidad del estudio radica en que es ineludible considerar la violencia obstétrica como un tipo de violencia hacia la mujer que transgrede su integridad durante el embarazo y el parto. En conclusión, la violencia obstétrica es una expresión de la violencia de género que no contribuye en la calidad de la salud materna.

PALABRAS CLAVE: VIOLENCIA OBSTÉTRICA, MORBILIDAD MATERNA, VIOLENCIA DE GÉNERO, PRÁCTICA MÉDICA.

* Instituto Nacional de Perinatología. Correo electrónico: courml@yahoo.com.mx.

** Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México. Correo electrónico: angelica.sanchez.maya@gmail.com.

ABSTRACT

The article focuses on the relationship between the practice of obstetric violence and maternal morbidity, and the way in which it contributes to gender violence. Semi-structured interviews were applied, notes were made, and field observation on experiences of delivery care in indigenous women. Among the results obtained, the performance of unnecessary routine medical practices during delivery care was identified, which violates women and contributes to gender violence. Connecting the experiences of obstetric violence and maternal morbidity allows exploring other expressions of gender violence. The originality of the study is that it is inevitable to consider obstetric violence as a type of violence against women that transgresses their integrity during pregnancy and childbirth. In conclusion, obstetric violence is an expression of gender violence that does not contribute to the quality of maternal health.

KEYWORDS: OBSTETRIC VIOLENCE, MATERNAL MORBILITY, GENDER VIOLENCE, MEDICAL PRACTICE.

Recepción: 24 de mayo de 2016.
Dictamen 1: 11 de febrero de 2017.
Dictamen 2: 7 de junio de 2017.

INTRODUCCIÓN

El desenlace de un embarazo para la mujer gestante conlleva un conjunto de emociones que van desde expresiones de felicidad, incertidumbre por el físico del bebé, hasta la preocupación por cómo será el momento del parto. En ciertas ocasiones, dicho desenlace no suele ser una experiencia agradable para la mujer desde el momento de la preparación hasta el nacimiento del bebé, puesto que la intervención médica no es la apropiada en términos de calidad y calidez.

La ineficiencia en la intervención médica ha tenido diversos adjetivos como, por ejemplo, malas prácticas médicas y violencia obstétrica. En el presente trabajo se reflexiona sobre la manera en que la práctica médica que denominamos violencia obstétrica en este artículo es un suceso más que refleja la violencia de género, que la viven la diversidad de las mujeres que deciden atender su parto en el campo médico. Para el presente trabajo, se retomaron experiencias sobre partos de mujeres indígenas que se atendieron en un hospital de segundo nivel ubicado en la Sierra Norte de Puebla.¹ Se reflexiona respecto del modo en que el trato médico y las prácticas innecesarias desencadenan una morbilidad materna.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y DE GÉNERO

En la actualidad existen dos maneras de nombrar las malas prácticas médicas hacia las mujeres durante el proceso reproductivo ejercidas por personal de salud al momento de la atención de la salud materna; una de ellas es *disrespect and abuse*, término usado en la comunidad académica de habla inglesa, y la otra es *violencia obstétrica*. Ambos conceptos, realmente nuevos, han sido utilizados por las feministas para exponer la violencia de género dentro de los hospitales de salud. En el presente trabajo se usa *violencia obstétrica* porque es el concepto comúnmente utilizado por la población latinoamericana (Sadler, 2016), y se encuentra en el lenguaje de las organizaciones no gubernamentales que exponen el tema y en los propios sistemas de salud nacionales.

¹ Las narrativas que se exponen en el presente artículo forman parte de los resultados del proyecto “Propuesta de un modelo sociocultural para prevenir las muertes maternas”, CONACYT-2011-C01-161907, registro INPer 212250-08351, realizado en el INPer, bajo la responsabilidad de la doctora Mayra Lilia Chávez Courtois. La licenciada Norma Angélica Sánchez Maya, como resultado de esta investigación, obtuvo su tesis de licenciatura en Antropología Social.

La definición de violencia obstétrica se creó en Venezuela, y se le dió reconocimiento institucional por primera vez en el año 2006 con la aprobación de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Este término es empleado en algunos países de América Latina que integran en su marco legal la erradicación de la violencia de género. Al aprobarse la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, este concepto se integró en México en 2008, y un año más tarde, en Argentina. Mientras tanto, Venezuela recibió apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) para la creación de la ley. Fue así como el término fue incluido en los documentos oficiales y en las recomendaciones generales en algunos países (UNFPA, 2007, cit. en Arguedas, 2014, p. 158).

De acuerdo con Medina (2009), la violencia obstétrica se refiere a una serie de acciones realizadas por el personal de salud que perjudican los procesos reproductivos y el cuerpo de las mujeres. Estas conductas médicas expresan un trato deshumanizado y patologizado de los procesos naturales durante el desenlace del embarazo. Implican un conjunto de prácticas invasivas innecesarias al momento del parto, que van desde acciones rutinarias hasta complejas: enemas, rasurado púbico, tactos vaginales constantes, uso de oxitócicos, inducción del nacimiento antes de 42 semanas de embarazo, episiotomías, cesáreas innecesarias.

La violencia obstétrica trastoca los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, lo que se traduce en violencia de género. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la violencia de género se refiere a “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico [...] ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada” (ONU, 1993).

En la sociedad occidental, la estructura social de género le da poder al Estado para controlar los cuerpos femeninos. En el campo de la reproducción humana, dicho control genérico coloca la maternidad como la meta suprema de las mujeres. Así, el proceso para finiquitar dicha demanda socialmente impuesta no es controlado por la propia mujer, ya que las decisiones de cuidado durante el embarazo y las determinaciones del parto están intervenidas por el personal de salud, en específico por los médicos, al no considerar en ocasiones la opinión de la mujer embarazada, dejando de lado los deseos y necesidades vivenciales de esta, que, desde el marco del derecho propio,² tendría que ser la protagonista principal. En este sentido, el control del Estado sobre el cuerpo de la mujer se expresa con claridad dentro del

² Usado en escritos judiciales para indicar que se actúa personalmente sin mediación de apoderado (véase Enciclopedia Jurídica, s/f).

sistema de salud, que vulnera su integridad durante la gestación y el desenlace de esta por medio de sus prácticas patriarcales obstétricas.

Estas prácticas patriarcales obstétricas son resultado de la histórica apropiación por parte de la medicina del proceso de la reproducción humana, lo que se traducen en el control corporal a través del cuidado del embarazo y su desenlace al quedar en manos del sistema médico patriarcal. De esta manera, el personal médico decide cuáles son las acciones “correctas” para el parto exitoso en términos biomédicos, con lo cual se coloca al cuerpo femenino como el signo del individuo dando por sentado el saber médico como el oficial sobre la persona (Le Breton, 1995). Desde esta perspectiva, se limita a la mujer a receptora corporal, lo que determina su condición de persona a esta dimensión.

Aún más, este empoderamiento del discurso médico sobre el parto y el cuidado del embarazo traspasa las paredes de un consultorio, pues se institucionaliza. El discurso frecuentemente empleado da cuenta del modo en que se internaliza la patologización de los procesos reproductivos naturales; un ejemplo de ello en el área administrativa sanitaria es el uso del término “incapacidad” en vez de “licencia por maternidad” (Arguedas, 2014).

Una de las intervenciones del poder obstétrico, comprendido este como una expresión de poder disciplinario sobre el proceso reproductivo de las mujeres (Arguedas, 2014), es la relacionada con el parto intervenido y medicalizado, que conlleva esa concepción biologista de la reproducción, la cual tiene cabida en el territorio patriarcal de las instituciones de salud (modelo médico hegemónico). Esa intervención médica en el desenlace del embarazo se presenta con violencia hacia la mujer parturienta desde el momento en que no se le consulta el tipo de parto de preferencia para ella (litotomía o vertical), así como al no considerar su parecer acerca de la aplicación de anestesia, por mencionar dos ejemplos. El poder obstétrico es el control total de un suceso que no debería pertenecerle al personal médico; al ejercerlo contribuye claramente con la violencia de género.

Esta apropiación por parte del sistema médico sobre la reproducción desplaza a la mujer como sujeto activo de su propio proceso y la coloca como objeto sin derecho. Es así como la relación entre las mujeres y el personal de salud dejar ver una desigualdad real y simbólica que imposibilita un ejercicio efectivo de los derechos básicos de las mujeres (Belli, 2013) como lo es la libre voluntad de decidir sobre su proceso de reproducción y el desenlace de este.

Afortunadamente, la necesidad de expresar la manera en que ocurre la violencia de género en las instituciones de salud es reconocida por la Organización Mundial

de Salud (OMS) (1996) con el propósito de respetar la integridad de las mujeres. Uno de los servicios médicos con mayor incidencia de violencia de género es el de ginecología y obstetricia, conocida como violencia obstétrica (Freyermuth, 2010; Magnone, 2011; Arguedas, 2014; Castro, 2014; Navarro, 2015), la cual puede traer consecuencias graves como, por ejemplo, contribuir a la morbilidad materna.

Es pertinente mencionar que no existe una definición específica de morbilidad materna, ya que se refiere a cualquier enfermedad física o mental durante el embarazo y puerperio que afecta significativamente la calidad de vida de la mujer (Sánchez, 2014). En ese sentido, en el presente trabajo, la morbilidad materna alude a los sentires negativos —molestias, enojos, incomodidad, frustración, dolor físico— que experimentan las mujeres en la etapa del parto a consecuencia del trato y prácticas innecesarias del personal médico.

METODOLOGÍA

El trabajo de campo se realizó en un municipio ubicado en la Sierra Norte de Puebla, del 16 febrero al 7 de junio de 2014. El total de experiencias de atención médica durante el parto fue de siete mujeres indígenas. A cinco de ellas se les aplicó una entrevista semiestructurada en sus domicilios, durante el primer mes posterior al parto, por lo que la experiencia estaba en un periodo reciente. En dos casos, con base en el diario de campo y la observación participante por tres días en tococirugía, se reconstruyeron las experiencias de atención de las mujeres.

Del total de mujeres del grupo se atendió el parto en un hospital de segundo nivel de atención. Todas ellas están afiliadas al programa Seguro Popular. Cuentan con un nivel básico de escolaridad. La más joven tenía 16 años de edad y la mayor 38 años. Cinco de ellas están casadas y dos en unión libre. Seis de ellas refirieron ser amas de casa, y una, recepcionista de una farmacia. Todas cuentan al menos con un hijo previo al último embarazo. Aquellas con mayor número de hijos viven en las juntas auxiliares más lejanas de la cabecera municipal y, por lo tanto, del hospital general donde comúnmente se les atiende el parto.

Con el material etnográfico transcrito se determinaron las categorías clave de análisis, con base en la intención del presente trabajo. Con ayuda del paquete Atlas.ti, versión 5, se organizaron las narrativas convenientes seleccionando aquellas que permitieran ejemplificar la discusión del tema.

Entre los aspectos éticos contemplados, se les solicitó de manera verbal su consentimiento para ser grabadas durante la entrevista. Se utilizaron seudónimos con el fin de no dar a conocer la identidad de las mujeres.

PRÁCTICAS MÉDICAS INNECESARIAS RELACIONADAS CON LA MORBILIDAD MATERNA

La morbilidad materna es una de las consecuencias expresivas e inconcebibles de la violencia de género. A fin de comprender dicho fenómeno, en primer lugar es necesario profundizar en la manera en que se tendría que comprender conceptualmente la morbilidad materna.

En el campo de la medicina, *morbilidad* es un término utilizado para indicar el número de personas consideradas enfermas en un sector poblacional y en un tiempo determinado (Dicciomed, s/f). Por su parte, la OMS define *morbilidad obstétrica directa* como el “resultado de complicaciones obstétricas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio, de intervenciones, omisiones, tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos que resulta de cualquiera de los anteriores” (Calvo Aguilar, 2010, p. 662).

Considerando ambas definiciones, podemos decir que la morbilidad materna se tendría que comprender más allá de la condición de enfermedad en términos médicos; es contemplar todas aquellas situaciones o acciones de los otros (personal de salud, personas cercanas a la mujer embarazada, contexto sociocultural y económico) que colocan a la mujer en condición de vulnerabilidad. En este sentido, la práctica médica tiene un papel protagónico, pues en esta —sobre todo— recae el cuidado y la atención del proceso reproductivo.

La práctica médica, al ejercer violencia obstétrica hacia las usuarias, refleja hechos que llevan a la morbilidad materna, ya que es posible una nula calidad de atención perinatal y el desplazamiento de la mujer como protagonista de su evento al momento del parto. Además, conlleva consecuencias emocionalmente desagradables para la mujer por no ser parte activa de su proceso reproductivo y, por el contrario, tener un papel de espectadora. Para ejemplificar lo anterior, a continuación se exponen las experiencias de mujeres indígenas atendidas en un hospital general público de segundo nivel.

Pensemos en algunas prácticas innecesarias que pueden producir morbilidad materna; por ejemplo, la episiotomía. La episiotomía es una práctica que suele ser

rutinaria, sin ser necesaria en ocasiones, o necesaria en otras ocasiones; simplemente es un acto cotidiano que realiza la médica o el médico como parte del proceso de parto. Esta acción médica no se le explica a la mujer, ni mucho menos se le pide autorización para realizarla; solo se interviene su cuerpo sin permiso. En el caso de Lupita, en el momento del parto, la médica juzgó conveniente realizar una episiotomía; no le pidió autorización ni le indicó en qué consistía específicamente el procedimiento: “No me explicaron nada, ya estaba cansada de pujar y solo me dijo ‘te voy a cortar tantito abajo para que quepa tu bebé’ [...]”. Las consecuencias para la parturienta son tanto físicas como emocionales. Incluso, se sabe científicamente que el abuso de la episiotomía produce daños importantes a la mujer. Northrup (1999) señala que la episiotomía aumenta hemorragias, dolor y riesgos en el suelo pélvico. Esta incisión es hecha por obstetras que aseguran que “protege” y evita un desgarro de los tejidos durante el parto. Hasta hace poco tiempo se comenzó a cuestionar si en realidad es conveniente este procedimiento, aun cuando existen pruebas de que no es útil y es considerada como dañina.

Otro caso es el de Juanita, a quien se le realizó una episiotomía debido al dolor y al largo tiempo de pujas:

[...] cuando me estaba cosiendo sentí que me jalaba mucho y aparte tenía uñas largas y me rasguñaba, y pues está uno frágil de que acaba de nacer el bebé, pues sí me dolía, y luego me movía yo, y me decía “no se mueva porque si le queda algo o tiene una hemorragia no va a ser mi culpa, va a ser de usted”. Y le dije “pero es que me duele, me duele, me lastima con sus uñas”. Y yo pienso que un doctor o una doctora no tiene que tener las uñas largas.

Cuando Juanita expresó su malestar, para la médica fue evidente el dolor físico de la usuaria al suturarla, aunado al dolor previo del parto. Todo ello fue ignorado por la médica, quien además amenazó a la paciente con posibles consecuencias biofisiológicas si no la dejaba realizar su labor. La violencia física, sumada a la verbal, es muy común en la atención médica, con lo cual se normalizan la violencia de género, negando las posibles consecuencias emocionales para las mujeres recién paridas.

Otro ejemplo de las prácticas médicas rutinarias durante el parto que pueden provocar morbilidad materna son los tactos vaginales recurrentes sin justificación médica. La OMS (1996), en su propuesta “Cuidados en el parto normal: Una guía práctica”, señala que los tactos vaginales frecuentes es una práctica inadecuada, sobre todo cuando los realizan varias personas a una misma embarazada. Se sabe que el tocamiento vaginal constante puede causar infección, sobre todo cuando

son varias las personas que invaden el cuerpo de la mujer. Una práctica correcta de tacto vaginal es la realizada por una misma persona, y no como parte de la formación de estudiantes (Ballesteros, 2012). En ese sentido, los tactos vaginales deben ser efectuados éticamente por el personal de salud, esto es, disminuir el intervencionismo sin justificación médica.

En el caso de Mercedes, al llegar al hospital alrededor de la 1:30 a. m., con la fuente rota y con nueve centímetros de dilatación, fue recibida por el médico en turno, quien le realizó la valoración en una camilla ubicada en el pasillo; media hora después, le realizan tacto vaginal en ese mismo lugar.

[...] lo que no me gustó es que luego, para llegar a la sala de expulsión, aparte hay como unas camillas donde las tienen todavía antes [se refiere a la sala de labor], y ya donde me van a pasar con el médico que me va atender ahí, y le dicen las enfermeras “¿la va a checar aquí, doctor, o la pasamos a la mesa?”. Y responde “¡aquí!”. O sea, en el pasillo; todavía ni llegamos al cuarto, y pues ahí en el pasillo, ahí me checó; otra vez el tacto y todo eso, y ya ahí. A mí eso no me gustó porque pasa vigilancia, intendencia, y a mí eso como que no me pareció.

Aunado al intervencionismo injustificado está la falta de respeto a la intimidad de las mujeres al realizarles el tacto corporal en un espacio de tránsito de personas, donde se pone en juego el pudor de las mujeres a través del sentimiento de vergüenza por ser vistas por otras personas ajenas a sus procesos de parto. Violentar la intimidad de la mujer es un ejemplo más de que se le percibe como receptora corporal (Le Breton, 1985) “desplazando” (ignorando) las emociones socialmente incorporadas como lo es el pudor. En ese sentido, la separación corporal femenina, lo físico, de lo emocional por parte del personal permea en la morbilidad materna debido a que se deja de ver a la mujer como un todo durante la preparación del parto.

La gran cantidad de medicamentos en los procesos naturales durante el parto se antepone a la voz de las mujeres que están pariendo. En el caso de Martina, después de permanecer más de tres días en la Posada AME,³ un viernes decidieron intervenirla. Le introdujeron una sonda por falta de defecación, le pusieron oxígeno, le indujeron el parto con oxitocina, utilizaron la maniobra de Kristeller y le hicieron episiotomía.

³ Las Posadas AME son para el apoyo de la mujer embarazada (Posadas AME) y favorecen el acceso oportuno a los servicios de salud. Fueron diseñadas para mujeres que viven en comunidades lejanas y necesitan atención médica perinatal o para sus hijas(os). Se ubican cerca de un hospital con capacidad resolutoria, a no más de 10 minutos de distancia (CNEGSR).

Cuando vieron que ya no podía fue cuando me metieron el medicamento en el suero y fue que hizo que me dieran los dolores. Me ayudaron, un doctor y una enfermera me ayudaron, me agarraron el estómago así [señala su abdomen en la parte superior] y me aplastaron en cada pujido para que pudiera salir [el bebé].

Reflexionemos, en este caso solamente sobre la maniobra de Kristeller. Expertos opinan que esta maniobra está contraindicada debido a las posibles secuelas en la madre y el bebé como contusiones, dolor muscular, fractura de costillas y útero, así como inversión uterina con hemorragias graves, aun la extirpación del útero. También en el recién nacido puede provocar secuelas como traumatismos (Cueva, 2011). En el caso de Martina, se observa que, a pesar de las distintas acciones ejercidas a la mujer durante el parto por el personal de salud, como fue la maniobra de Kristeller, ella no se sintió maltratada, sino, por el contrario, percibió apoyo del personal de salud.

Lo anterior nos lleva a reflexionar acerca de la invisibilización de la violencia de género en el momento del alumbramiento. Por un lado, se demuestra el comportamiento de indiferencia del personal de salud respecto de las posibles secuelas de la aplicación de la maniobra de Kristeller. Por otro lado, en el caso de la mujer, ella normaliza la violencia obstétrica que recibe considerándola parte de la rutina médica. Es indiscutible que lo incorpóreo de la violencia de género en la atención materna puede causar, con el tiempo, morbilidades maternas, durante la existencia de las mujeres.

Otro modo de violencia obstétrica es el maltrato psicológico, el cual consiste en humillaciones, burlas, trato deshumanizado y grosero a la embarazada (Medina, 2009; Almaguer, 2010). Una de las expresiones del maltrato psicológico son las secuelas emocionales, por ejemplo, cuando no se le permite a la parturienta manifestar sus sentires en el momento de parto y se le habla en voz alta y con regaños.

La doctora que me atendió, haz de cuenta, no dejaba que me expresara, que llorara o así, haz de cuenta que me regañaba. Haz de cuenta, quería llorar y me decía... no sé... como que quería yo llorar y me decía “no llores, mejor puja,” pero como con regaños. Ella, es que no sé cómo decirlo, pero como que no (Jessica).

Otro ejemplo lo retomamos de una nota de campo realizada en el hospital, donde Francisca, de 38 años de edad, tuvo a su décimo hijo:

Ingresó una mujer con ocho centímetros de dilatación a toco cirugía; el personal de salud hacía comentarios, acompañados de risas y expresiones de asombro. “Pues aún es joven, puede tener otros dos para un equipo de futbol”, “hay mujeres que hasta los 50 todavía se animan en tener hijos” [...] En cuanto la acomodaron en la camilla, el médico se puso unos guantes y le hizo un tacto vaginal. Le preguntó si quería operarse para no tener más hijos, ella respondió que sí en voz baja y asintiendo con la cabeza. El médico se quitó los guantes y mencionó “Piénsalo bien, porque todavía puedes tener otro”.

Las secuelas de la violencia verbal hacia las mujeres pueden perdurar por largo tiempo y provocar morbilidad materna desde el campo de las emociones. Las palabras expresadas por los participantes durante el proceso de parto cobran una importancia significativa para las mujeres porque los sentires y los deseos implicados en el acto de dar vida representan el cierre de un ciclo importante para ellas. Juzgar o ignorar sus emociones contribuye a la preexistencia de morbilidad materna emocional.

En el maltratado psicológico se incluye también la negación de proporcionar información del proceso de parto a los familiares de la mujer (Medina, 2009; Almaguer, 2010). Las actitudes de indiferencia colocan a las mujeres en una posición de sujetos inactivos, en la cual se impone la tradición popular del saber médico como el oficial (Belli, 2013). El testimonio de la madre de Martina indica con claridad este tipo de violencia obstétrica ejercido a los familiares de las mujeres. Habían transcurrido más de cuatro horas desde su ingreso al hospital cuando a los familiares se les comunicó que existía la posibilidad de traslado a otro nosocomio porque no había ginecólogo en ese. Su embarazo fue de alto riesgo por tener 16 años y presentó complicaciones en las últimas 24 horas.

Pues eso está incorrecto. Yo pienso que con que nos diga que ya nació y que esperemos, ya con eso nos tranquilizan; pero hasta que a ellos les pega la gana y pasan horas antes de avisarnos.

El acercamiento de las redes de apoyo de la mujer es fundamental, pues es una manera de acompañamiento durante el proceso de parto que beneficia, no solo a la mujer, sino también al propio personal de salud, ya que si se cuenta con familiares o personas cercanas informadas es posible tomar acciones ante eventualidades como la emergencia de ir a comprar un medicamento con el cual no cuenta el hospital. Las acciones de acompañamiento informado configuran una estrategia que puede contribuir a prevenir la morbilidad materna.

Acerca de la violencia obstétrica, las acciones médicas que desencadenan morbilidad materna están relacionadas con el patriarcado institucional. Ello se refleja, por ejemplo, en la negativa de proporcionar el servicio de atención de parto a la mujer, sea o no sea derechohabiente; procedimientos obstétricos realizados aunque no se requieran y que son ejecutados para el aprendizaje de estudiantes o residentes; limitación del trabajo de parto a la posición horizontal; carencia de un acompañante psicoactivo de la mujer (Almaguer, García y Vargas, 2010); asimismo, falta de atención total o de atención pertinente a las mujeres en el embarazo, parto o puerperio o en una emergencia obstétrica (Ley Número 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, Veracruz). Estas ineficientes acciones del poder obstétrico abonan a la violencia de género que lleva a la morbilidad materna.

En el caso de Mariela, al llegar al hospital a las 2:00 a. m. le explicaron que su parto posiblemente sería a las 6:00 a. m. y la enviaron a la Posada AME; sin embargo, decidió quedarse en la sala de espera tres horas y pedir otra revisión antes de la hora sugerida por el médico.

Cuando entré a revisión como a las cinco de la mañana, me decía [el médico] “pues síguete quedando dónde estás”. Y le digo “pues sí, acá afuera”. Y me dice “ya no te voy a revisar, hasta las once”. Y le digo “¿hasta las once? Está bien, hasta las once, pero va a ir sobre usted, porque yo no me dejo”. Y ya se me queda viendo y me dice “descansa”. Y le digo “¿pero cómo, si no puedo dormir?”. Y aparte no me podía acostar, me dolía mucho; si me sentaba, me dolía; si me paraba, me dolía; si caminaba, me dolía, y pues no. Le dije a mi esposo que mejor me quedaba ahí. Yo estaba sudando, y mi esposo decía que tenía frío, me preguntaba si yo no tenía frío, y le dije que no; me veía que estaba bien sudada y toda colorada.

A las diez de la mañana, el esposo de Mariela pidió que la ingresaran para otra valoración, pues su salud corría riesgo:

[...] cuando me metieron, eran como las diez, y ya me sentía bien mal, bien cansada, y me ganaba el sueño, me vencía el sueño, hasta parada me dormía, se me iba todo, cerraba los ojos y no sabía dónde estaba. A la hora que ya me pasaron a la cama me quedaba dormida, se me olvidaba que estaba yo ahí, y ya cuando me pasaron a la sala de parto me quedé acostada en la cama, me pusieron el termómetro acá [en la axila] y no sé, creo que me dormí, y que levantó el brazo y se cayó. La enfermera me dijo “mira lo que te dije” y le digo “no sé qué me dijiste; ya te lo pago al rato”. Me estaban checando y yo me dormí.

Ante la violencia obstétrica, como mecanismo transgresor de la integridad de la mujer embarazada, es urgente que el personal de salud implemente estrategias que ayuden a disminuir dicha práctica médica al momento del parto y, con ello, prevenir la morbilidad materna. En México, por ejemplo, son escasas las muestras de flexibilidad para abolir la violencia contra las mujeres y para excluir la violencia obstétrica en el ejercicio médico. Solo en cuatro estados existen propuestas para incorporar sanciones donde ha sido tipificada la violencia obstétrica: Veracruz, Guanajuato, Durango y Oaxaca.

Asimismo, otras tareas se han realizado a través de programas con perspectiva intercultural. En la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud se utiliza el Modelo de Atención Intercultural a las Mujeres, que tiene como objetivo abarcar las unidades de servicios de salud en todo el país. Pero la implementación de este Modelo ha sido escaso en la actualidad, pues solo se ha puesto en práctica en las siguientes unidades médicas: Hospital Alfredo Haro Calderoni, en Temascalcingo, Estado de México; Clínica de Especialidades de la Mujer y Hospital de Alta Especialidad (SEDENA), en la Ciudad de México; IMSS Hospital Regional de Salud Oportunidades Guachochi, en Chihuahua; Hospital Integral La Guajolota, en Durango; Hospital General de Tula, Hidalgo. A pesar de las distintas acciones realizadas, estas han sido insuficientes para disminuir la morbilidad materna en los nosocomios del país.

CONCLUSIONES

Como se constata en el presente trabajo, las diversas maneras de expresión de la violencia obstétrica tienen como esencia el control del proceso de parto, es decir, hay una relación clara de poder del médico sobre la usuaria (mujer embarazada), en la cual se pospone o se anula la decisión de la mujer sobre la manera de efectuar el desenlace de su embarazo. Todo ello trae como secuencia morbilidades maternas. En ese sentido, la violencia obstétrica, como un acto de violencia de género, coloca a las mujeres embarazadas y en etapa de parto en una situación marginal, de vulnerabilidad, en la que se presenta la morbilidad materna.

Por ello, es necesario rescatar la importancia del cuidado-atención del proceso reproductivo por parte del personal médico como una estrategia de prevención del desencadenamiento de la morbilidad materna. Este cuidado-atención debería estar ligado a la calidez en la consulta prenatal o en el momento del parto, en los

cuales las prácticas médicas no sean mecánicas, según la enseñanza formal, sino que se comprenda que ese espacio de atención es compartido; es decir, la toma de decisiones tiene que ser consensuada por ambas partes (médico y mujer) debido a que, por un lado, el proceso reproductivo le pertenece a la mujer, con su referente sociocultural, y, por el otro, el médico, ante una complicación diagnosticada, puede actuar con la autorización de la protagonista, desde un comportamiento humanitario.⁴ El respeto a la libre elección de la mujer sobre su proceso reproductivo ayuda a disminuir la presencia de la morbilidad materna. Por ello es ineludible implementar acciones integrales como, por ejemplo, la implementación del parto humanizado.⁵

Podemos observar que las acciones para erradicar la violencia obstétrica en aras de una mejor atención materna con calidad aún están muy lejanas en México. Es necesario seguir abriendo foros de discusión multidisciplinarios para la mejora de la calidad de la atención obstétrica, ya que en ella recae en mayor medida la atención del embarazo y el desenlace de este.

Hay que convencernos de que las decisiones respecto del proceso de embarazo y parto tienen que estar en principio y sobre todo en manos de las mujeres. Como protagonistas, tendrían que ser ellas quienes tomen las decisiones para contribuir a la mejora de la atención de la salud materna.

Reconocer lo anterior nos invita a replantear ¿qué implica la atención con calidad-calidez dentro de los servicios de salud obstétricos? Es evidente que más allá de contar con espacios o personal de salud suficientes y de calidad, la atención está relacionada del todo con el comportamiento para con la mujer embarazada. Por lo tanto, cabe preguntarse ¿se ejerce poder sobre ella?, ¿cómo se da ese poder?, ¿se le considera en las decisiones de cuidado?, ¿se le proporciona las opciones de parto a las que tiene derecho?, es decir, ¿se respeta la autonomía de las mujeres que deciden atenderse en hospitales alópatas?

Es necesario responder estas preguntas reconociendo que las prácticas innecesarias realizadas por el personal médico es violencia de género, que no contribuye a la calidad de la salud materna. Aceptar que la violencia obstétrica vulnera el

⁴ “[...] la humanización en la atención de salud se encamina en la búsqueda del bienestar de las madres, padres, hijas(os) y familiares [...] con la finalidad de lograr un equilibrio y desarrollo dinámico en diversos aspectos: social, económico y ambiental (Castro, cit. en Sadler, 2000, p. 13).

⁵ El parto humanizado implica que la mujer tenga el control del proceso del alumbramiento, y no el equipo de salud, para con ello garantizar respeto, calidad y calidez de atención; asimismo involucra la importancia de la presencia de un acompañante para la parturienta —apoyo afectivo-emocional— (Muñoz, cit. en Sadler, 2003). El parto humanizado debe tener como esencia la atención incluyente, y parte de ella son otros tipos de atención como, por ejemplo, el proporcionado por las parteras, quienes con certeza garantizan el protagonismo de las mujeres parturientas, y enfatizan la calidez durante el parto (Mideros, 2004; Romero, 2012).

desenlace de un embarazo (morbilidad materna) es reconocer que la atención médica tiene que ser dirigida con una perspectiva humanizada que garantice la integridad de las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

- ALMAGUER, J.; García, H., y Vargas, V. (2010). La violencia obstétrica: Una forma de patriarcado en las instituciones de salud. *Género y Salud en Cifras*, 8(3): 3-20. Recuperado de <http://es.calameo.com/read/00094772022b20bea4972>
- ARGUEDAS RAMÍREZ, G. (2014). La violencia obstétrica: Propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1): 145-169. DOI: 10.15517/c.a.v11i1.14238.
- BALLESTEROS, M.; López, M., y Martínez, C. (2012). La exploración vaginal durante la asistencia al parto. *Revista Científica de Enfermería* (4): 1-14. DOI: 10.14198/recien.2012.04.05.
- BELLI, L. (2013). La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Red Bioética/UNESCO*, 1(7): 25-34. Recuperado de http://www.unesco.org/uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf
- CASTRO, R., y Erviti J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista CONAMED*, 19(1): 37-42. Recuperado de <http://132.248.9.34/hevila/RevistaCONAMED/2014/vol19/no1/6.pdf>
- CALVO, O.; Morales, V., y Fabián J. (2010). Morbilidad materna extrema en el Hospital General Dr. Aurelio Valdivieso, Servicios de Salud Oaxaca. *Ginecología y Obstetricia de México*, 78(12): 660-68. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2010/gom1012d.pdf>
- CNEGSR (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva) (2013). Programa de Acción Específico. Salud Materna y Perinatal 2013-2018. Programa Sectorial de Salud. Recuperado de http://cnegsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/SMP/SaludMaternayPerinatal_2013_2018.pdf
- CUEVA, P., y Fernández, F. (2011). Comentario médico-legal sobre la maniobra de Kristeller. Recuperado de https://www.elpartoenuestro.es/sites/default/files/public/StopKristeller/comentario_medico-legal_kristeller.pdf
- DICCIOMED (s/f). *Diccionario médico-biológico, histórico y etimológico*. Salamanca, España: Ediciones Universidad de Salamanca. Recuperado de <http://dicciomed.usal.es/palabra/morbilidad>

- Enciclopedia jurídica (s/f). Por derecho propio. Recuperado de <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/por-derecho-propio/por-derecho-propio.htm>
- FREYERMUTH, G., y Argüello, H. (2010). La muerte prematura de mujeres en los altos de Chiapas. Un análisis desde la violencia. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 6(10): 181-216. Recuperado de <https://goslide.org/Devices-Hardware/la-muerte-prematura-de-mujeres-en-los-altos-de-chiapas-un-analisis-desde-la-violencia>
- LE BRETON, D. (1995). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.
- Ley Número 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. (s/f). Recuperado de <http://www.definicionabc.com/salud/morbilidad.php>
- MAGNONE ALEMÁN, N. (2011). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: Intervencionismo y violencia obstétrica. Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay, 13-14 de septiembre de 2011. Recuperado de <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Magnone.pdf>
- MEDINA, G. (2009). Violencia obstétrica. *Revista en Derecho y Familia de las Personas*. Recuperado de <http://www.gracielamedina.com/violencia-obst-trica>
- MIDEROS, R., e Hidalgo, P. (2004). Pariendo como indias: El don de las indígenas en la salud de las mujeres ecuatorianas. *Paper Universitario*. Recuperado de <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3914/1/CON-PAP-Mideros%2c%20R.-Hidalgo%2c%20P-Pariendo.pdf>
- NAVARRO TEJERO, A. (2015). Por tu propio bien: La herencia del paternalismo británico y las parteras indígenas de India. *Journal of Feminist Gender and Women Studies* (1): 97-102. Recuperado de <https://revistas.uam.es/revIUEM/article/view/415/387>
- NORTHRUP, C. (1999). *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer. Una guía para la salud física y emocional*. Barcelona, España: Ediciones Urano. Recuperado de <http://www.mediafire.com/view/?bd2npoqys9qsnh1>
- ROMERO, Z., y Jorge, A. (2012). Promoción del empoderamiento de género en la población indígena en Querétaro, México, a través de la difusión de la salud reproductiva por parte de las parteras. *Estudios Sociales*, 20(40): 292-312. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572012000200011
- SADLER, M. (2003). *“Así me nacieron a mi hija”*. *Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario* (tesis de licenciatura). Universidad de Chile, Santiago, Chile. Recuperado de <http://www.pasa.cl/wp-content/>

uploads/2011/08/Asi_me_Nacieron_a_mi_Hija._Aportes_antropologicos_ para_el_analisis_de_.pdf

SÁNCHEZ, A., y Pérez, F. (2014). ¿Qué sabemos de la incidencia de la morbilidad materna en México? *Revista Género y Salud en Cifras*, 12(1): 3-14. Recuperado de http://cneqsr.salud.gob.mx/contenidos/descargas/GySenC/Volumen12_1/que_sabemos_de_la_incidencia.pdf

SADLER, M.; Santos, M.; Ruiz Berdún, D.; Leiva Rojas, E. S.; Gillén, P., y Clausen, J. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: Addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24: 47-55. DOI: 10.1016/j.rhm.2016.04.002.