

**PARIRÁS CON DOLOR Y MÁS, UNA APROXIMACIÓN SOCIOLÓGICA A LA
VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y GINECOLÓGICA**

Ileana Olivares Medina

Universidad Santo Tomás de Bogotá

Facultad de sociología

Bogotá D.C

2020

*Para todas aquellas que han sido violentadas por dar vida y atreverse a vivirla, por todas
las voces que no han sido escuchadas.*

Agradezco a todas las personas que me han dado su aliento para culminar mi proceso profesional, a mi madre Sandra por ser mi soporte y mi guía, a mi abuelo Jairo por inculcarme la pasión en cada paso que doy con sus amorosos consejos, a las personas que amo por apoyarme en todo el camino y nunca dejarme decaer, a todas las personas que han dedicado su tiempo a corregirme y exigirme, de cada una de ellas he aprendido, por la confianza depositada de cada una de las mujeres que me brindó su voz, gracias siempre.

Índice

1.Resumen	1
2.Introducción.....	2
3.Planteamiento del problema	6
4.Metodología.....	12
4.1 Adaptaciones metodológicas	17
5. Concepto de violencia	19
5.1 Tipos de violencia en Galtung	20
5.2 Tipos de violencia en Zizek	26
6. Resultados	29
6.1 Definición de los tipos de violencia obstétrica	29
6.1.1. Violencia directa	29
6.1.2 Embarazo y parto	35
6.1.3 Uso de métodos anticonceptivos, planificación familiar	36
6.1.4 Procedimientos rutinarios y de prevención	37
6.2 Violencia cultural	39
6.2.1 Resultados de la revisión de manuales médicos	39
6.3 Violencia simbólica	46
6.3.1 Embarazo y parto	46
6.3.2 Métodos anticonceptivos, planificación familiar	50
6.3.3 Procedimientos rutinarios y de prevención	52
7. Relación con clase y edad	56
7.1 Estrato	57

7.1.1 Sí hay diferencia por estrato.....	57
7.1.2 No hay diferencia por estrato.....	59
7.2 Nivel de ingresos	60
7.2.1 No hay diferencia por nivel de ingresos.....	60
7.2.2 Sí hay diferencia por nivel de ingresos.....	63
7.3 Edad	65
7.3.1 Sí hay diferencia por edad	66
7.3.2 No hay diferencia por edad.....	68
8. Dialogo con otras categorías	71
8.1 Biopoder/ biopolítica	71
8.2 Patologización/ medicalización	76
8.3 Parto humanizado/ partería	80
8.4 Ginecología natural	88
9. Conclusiones	92
10. Bibliografía	99

1. Resumen

La violencia obstétrica como fenómeno social de análisis ha sido estudiada desde diferentes posturas desde las ciencias sociales, en este caso se tiene como propósito hacer un análisis de carácter teórico y metodológico que permita entender dinámicas tales como las tipologías propias del concepto de violencia, la condición socioeconómica de la mujer y su edad en torno a la problemática y las diferentes posturas alternativas sobre la manera de concebir sexual y reproductivamente a la mujer. Todo esto en función de ver a la violencia obstétrica como un hecho estructurado y sistemático propio de un estudio sociológico, desligándolo de una idea reduccionista que lo ubicaba como un tipo de violencia de género presente durante el proceso de parto y gestación de la mujer, con este estudio se pretende ampliar las concepciones que se tenían sobre este y demostrar que es toda una problemática más compleja de lo que se ha percibido.

1.1 Abstract

Obstetric violence, as a social phenomenon has been studied from different postures of social sciences. In this case, the aim of this research is to carry a theoretical and methodological analysis that allows to understand various dynamics as: typical typologies of the concept of violence, the woman socioeconomic status and its age regarding the issue. Moreover, it is meant to review alternative postures about the way of conceiving the woman as sexual and reproductive being. All of the above is based on seeing obstetric violence as a structured and systematic fact of a sociological study, undoing it from a reductionist idea that placed it as a type of gender violence present during a woman's pregnancy and labor. This research claims to widen the conceptions people had, and to demonstrate that it is a whole new problematic even more complex that has ever been perceived.

1.2 Palabras clave

Violencia obstétrica, derechos sexuales y reproductivos, ginecología.

2. Introducción

Los estudios con enfoque de género en la actualidad han sido de vital importancia para el desarrollo académico, conceptual, social y cultural en temas de derecho y equidad social. La lucha que ha existido históricamente por parte del movimiento feminista incentivó de manera definitiva a que las violencias que se presentan en relación al género, raza, etnia, clase entre otras variables fueran tomadas en cuenta desde el activismo y la academia. Conceptos e ideas como la dicotomía entre sexo y género, patriarcado, derechos sexuales y reproductivos fueron y son fundamentales para comprender los avances filosóficos y políticos que han tenido los estudios de género y en la manera en la que se concibe y configura la sociedad moderna. Es por esto que en este estudio se trabajará una de las tantas violencias que afectan a las mujeres física, emocional, y psicológicamente y que es un tema relativamente nuevo para el feminismo y la sociedad en general.

La violencia obstétrica ha sido una de las violencias de género que se ha mantenido y reproducido a lo largo del tiempo socialmente. Autoras como Fina Brules (2018) en el texto El concepto “violencia obstétrica” y el debate actual sobre la atención al nacimiento, hablan del recorrido histórico y el significado del concepto de la violencia obstétrica como fenómeno social. Dicha violencia entonces es definida como un conjunto de conductas que son realizadas con frecuencia, que no se pueden detectar y caracterizar de manera sencilla. Es por este motivo que resulta primordial comprender a qué se hace referencia cuando se habla de violencia y obstetricia.

Para contextualizar de manera más clara el tema es necesario hacer un recuento histórico sobre la violencia obstétrica como categoría y fenómeno social. Se tiene conocimiento gracias a autoras como Dolores Ruiz Berdún matrona y docente universitaria encargada del área de la salud y las ciencias sociales de la Universidad de Alcalá (2018) que los primeros usos de la violencia obstétrica como término y categoría de estudio en la lengua castellana surgieron hasta finales del SXX, no obstante, en un primer lugar se había empezado a hablar sobre el parto violento o forzado. Esto gracias a técnicas como la introducida por Francoise Mauriceau que consistía en la ruptura de las membranas y la dilatación forzada del cuello

uterino para adelantar el parto. Aclarando que estas técnicas siguen siendo puestas en práctica, con la novedad de que hoy en día se les ha nombrado de una manera más sofisticada y científica, se hace así necesaria la discusión socio cultural y política de la violencia obstétrica como violencia de género que pone en riesgo el derecho a una vida digna y libre de violencias para las mujeres.

Por otro lado se tiene conocimiento según Berdún que la primer vez que se utiliza el término de violencia obstétrica ocurrió en 1927-1928 cuando James Blundell habló sobre “Floodings tremedous lacerations, inversions of the uterus, like those which now stand on the table before you- such are the effects of obstetric violence- ferocious and atrocious obstetric violence; that insatiate and gory Moloch, before whose bloody shrine thousands have been sacrificed, to be succeeded in future years, by still more numerous victims”. Que se podría traducir como: “Inundaciones laceraciones tremendas, inversiones del útero, como las que ahora están sobre la mesa ante usted, tales son los efectos de la violencia obstétrica, violencia obstétrica feroz y atroz; ese insaciable y sangriento Moloch, ante cuyo sangriento santuario miles de personas han sido sacrificadas, para ser sucedido en años futuros, por víctimas aún más numerosas”.

Así mismo Ainoa Biurrun (2018) muestra la manera en la que la medicalización del parto se convirtió en el cambio más importante en las formas de concebir la salud y el cuerpo de las mujeres. Según la autora debido a la alta mortalidad materno-infantil generada después de la Segunda Guerra Mundial los países occidentalizados decidieron incentivar campañas de sensibilización y así controlar la sanidad de las mujeres en centros médicos. Es por esto que a mediados del SXX la tecnificación del parto y los procesos ginecológicos de las mujeres provocaron una deshumanización en la atención sanitaria. Es por este cambio estructural y sistemático, que los saberes y tradiciones que giraban en torno al cuerpo de la mujer junto a sus procesos naturales se vieron envueltos en una patologización que debía ser curada y controlada por el conocimiento cientificista y occidentalizado.

Este control ejercido de manera histórica hacia las mujeres ha sido el causante de que los saberes que habían tenido las parteras, matronas, entre otros nombres, sobre sí mismas, sus cuerpos y calidad de vida se vieran puestos en tela de juicio, fueran ridiculizados, minimizados y por último deslegitimados por el conocimiento cientificista y occidentalizado

sobre la sexualidad y reproducción de la mujer, dominado por hombres monopolizando el acceso a la educación y al poder. Tal como lo dijo Ruiz Berdún en el libro mencionado anteriormente. Esto se ve reflejado en las anotaciones de uno de los historiadores de la medicina que se dedicaron a la ginecología y obstetricia Manuel Usandizaga quien sostiene que la obstetricia estaba exclusivamente en manos de mujeres incultas, sin formación alguna, cuyos conocimientos eran adquiridos por transmitírselos unas a otras o simplemente por la observación directa.” (Ruiz, 2018:34) esto demuestra la capacidad de desvalorizar los avances en el ámbito de la salud que se habían establecido por parte de las mujeres de la época.

No obstante, esta deslegitimación de los saberes de las matronas no provocó que fueran del todo olvidados, hubo una apropiación masculina de los mismos, sin darle el debido reconocimiento a estas mujeres. Un ejemplo claro de esto es el uso del Cornezuelo de centeno un hongo parasito del centeno usado por las parteras con diferentes fines curativos y biológicos, uno de sus tantos usos era el de abortivo, mientras que en las dosis adecuadas ayudaba en las labores de parto. Sin embargo, su generalización y abuso, corrió de la mano del médico John Stearns que había aprendido el secreto de una partera de la que nunca se supo su nombre.

Todo lo contrario, ocurrió con el rol masculino en la ginecología y la obstetricia, a principios del siglo XVIII ya se había normalizado que los hombres atendiesen partos, al menos en Madrid. Pero los hombres no estaban dispuestos a esperar las largas horas que duraba el trabajo de parto y buscaban soluciones que disminuyesen el tiempo que debían dedicar a cada parto. Como consecuencia, durante los siglos XVIII y XIX la atención al parto sufrió un cambio radical, con la introducción de instrumentos, cada vez más sofisticados y el uso de diversas sustancias farmacológicas, como el cornezuelo de centeno, mencionado con anterioridad. John Stearns defendía el uso del cornezuelo precisamente para acortar los tiempos del parto, sin importarle el gran aumento del dolor que debía sufrir la parturienta por tener unas contracciones tan potentes. Estos instrumentos que, además de acortar el tiempo de espera del cirujano servían para establecer la superioridad de los hombres frente a las mujeres como asistentes al parto, ya que, por regla general, a las parteras, tituladas o no, no

les estaba permitido el uso de instrumental de ningún tipo salvo la jeringa de bautismo intrauterino.” (Ruiz, 2018:36)

Otro punto clave que se va a desarrollar en la investigación es la forma en que la violencia obstétrica se relaciona con la condición socioeconómica de la mujer, como se dijo previamente, este estudio pretende relacionar a la violencia obstétrica con variables que permitan entender las causales de fondo que justifican la presencia de la violencia obstétrica en la vida sexual y reproductiva de las mujeres. Factores como la edad de la mujer, nivel de estudios, el empleo o desempleo, la pareja o ausencia de la misma inciden en la manera en la que se puede presentar la violencia obstétrica en alguna etapa de la vida de la mujer. El reconocimiento de esta información permite tener una perspectiva más completa sobre el contexto en el cual se encuentra inmersa, conocer si el nivel de educación sexual y reproductiva es el idóneo, si ha sufrido de otras violencias que permitan naturalizar a la violencia obstétrica es esencial para conocer las razones base por las que es importante hablar de violencia obstétrica desde la sociología.

Una de las afirmaciones centrales de este estudio radica en entender al sistema patriarcal como la causa principal de que la violencia obstétrica se encuentre presente en la vida de distintas mujeres y atravesase diferentes etapas. Comprender que está violencia va más allá de una mala praxis ocurrida exclusivamente en el parto o embarazo y que se encuentra conectada por todo un sistema económico, cultural, social y político es clave para ampliar la problemática a un nivel sociológico. Es por esto que es fundamental visibilizar las formas en las que han estado sometidas las mujeres históricamente, y así entender que la negación al acceso a la formación superior y el dominio masculino en el conocimiento científico limitó potencialmente el papel de la mujer sobre su propio bienestar sexual y reproductivo.

De igual modo, la clasificación y ampliación del concepto en esta investigación es necesaria ya que la violencia obstétrica deja de ser vista desde la perspectiva reduccionista del término y se empieza a concebir como algo más amplio que la presencia de prácticas invasivas y violentas durante el parto y el embarazo. En esta tesis la violencia obstétrica es vista entonces como una serie de violencias que se encuentran presentes en distintas fases biológicas y sociales por las que transcurre la vida de las mujeres. Entenderla como la vulneración a los derechos sexuales y reproductivos desliga la idea del parto y embarazo como los únicos

procesos que pueden estar sujetos a la violencia obstétrica. Que la mujer sea consciente de lo necesario del auto reconocimiento corporal y de su calidad de vida para que sus capacidades de reconocer cuando sea víctima de violencia obstétrica o alguna mujer que haga parte de su círculo social, es uno de los objetivos éticos y profesionales de este estudio.

3. Planteamiento del problema

La violencia obstétrica ha sido un tema de debate actual en diferentes campos de la sociedad como el de la salud pública, en la política y el movimiento feminista contemporáneo. Se le ha definido según Camacaro (2013) como violencia física, emocional y psicológica que sufre la mujer en todo el proceso de gestación, principalmente en el momento del parto e incluso después de este por parte del personal médico y de personas que están relacionadas con todo el proceso de embarazo y vida sexual y reproductiva de la mujer. Específicamente en Colombia este fenómeno social se ha caracterizado por ser un tema poco estudiado y tenido en cuenta desde lo gubernamental y lo académico, ya que a lo largo del tiempo se ha ido naturalizando y es evidente el desconocimiento que existe sobre el mismo.

Dicha falta de visibilización que se le ha dado a este tipo de violencia contra la mujer ha sido uno de los mayores problemas en Colombia para generar propuestas que sancionen este tipo de vulneración a los derechos de las mujeres en el país y con ello medidas preventivas. A principio del año 2018 se radicó un proyecto de ley por parte de la senadora Nadia Blel Scaff, abogada y especialista en gerencia de empresas que dio sus primeros pasos en el ámbito político desde el año 2001, su ideología está basada en el pensamiento del partido conservador en Colombia, en donde se buscaba tomar medidas preventivas y sancionar la violencia obstétrica como una nueva violencia de género que vulnera los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres ampliando el margen de protección de la Ley 1257 de 2008 donde se sanciona cualquier violencia contra la mujer, lo que provocó fuertes críticas y rechazo por parte de los especialistas en salud, principalmente ginecólogos y obstetras del país argumentando que algunas de las propuestas planteadas en la Ley no son claras y pueden conllevar a problemas jurídicos sin justa causa en sus prácticas profesionales.

No obstante, han existido algunos avances con respecto a concebir a la violencia obstétrica como una problemática seria y vigente por la cual están sufriendo las mujeres a nivel macro social. Es desde este punto de vista que empieza a ser estudiada y tomada en cuenta en diferentes partes del mundo, particularmente en América Latina. Un ejemplo de ello ocurre en Venezuela, ya que en el año 2007 se aprobó una Ley orgánica que da a las mujeres el derecho constitucional de tener una vida libre de violencia, entre ellas la violencia obstétrica. Seguido a esto se le unió Argentina en el año 2009 y los estados mexicanos de Durango, Veracruz, Guanajuato, Chiapas desde el 2007 hasta el 2012. Sin embargo, es hasta el año 2014 que se hacen reformas sobre algunas leyes en contra de la violencia hacia las mujeres para incluir a la violencia obstétrica en ellas.

Dicho lo anterior se puede afirmar que el estudio de la violencia obstétrica se ha configurado en la época contemporánea como necesario y relevante para alcanzar la igualdad de género en términos de derechos en todas las sociedades en general. Contemplando así la totalidad de las formas, visibilizadas o no, de violentar y oprimir a la mujer como sujeta de derechos en la sociedad. Es por esto que los estudios acerca de la violencia obstétrica han obtenido mayor interés durante los últimos años, sin embargo, se ha dificultado la divulgación y el reconocimiento de la misma; desde la sociología hay distintas ramas por las cuales se puede analizar más detalladamente a la violencia obstétrica como fenómeno social. Una de ellas es desde la sociología del cuerpo y la sociología con enfoque de género ya que son dos corrientes que permiten la comprensión de la relación existente entre el cuerpo simbólico y físico con la sociedad y su contexto.

En el caso de la sociología del cuerpo el autor David Le Breton (2018) expone que esta rama de la sociología es la que permite entender a la corporalidad humana como una parte de los fenómenos sociales y culturales, recordando de esta manera que todas las acciones que tejen relaciones y la vida cotidiana están transversalizadas por el cuerpo concebido como simbólico o físico. Es desde este sentido que la violencia obstétrica está totalmente vinculada con las percepciones que se tienen a través del cuerpo de las mujeres, sobre todo desde el sufrimiento y el dolor. Todas estas concepciones que se tenían con respecto al cuerpo se fueron configurando y transformando en relación al contexto. Un ejemplo determinante de lo mencionado ocurrió en los años 60 con la revolución sexual, principalmente en los Estados

Unidos, es desde este punto que el cuerpo se convierte en algo primordial y transgresor para la sociedad y sobre todo para la lucha feminista en el mundo.

Además es importante traer a colación la importancia de la inclusión de la perspectiva de género en las investigaciones actuales en la sociedad, en el caso de la violencia obstétrica es imprescindible hablar desde un enfoque de género ya que sienta las bases por las cuales se puede decir que la violencia obstétrica más allá de ser una problemática aislada responde a dinámicas perpetuadas socialmente como norma, generando de este modo que se pueda concebir como una violencia estructurada, sistemática y legitimada por acciones culturales y socioeconómicas. Autoras como Liuba Kogan (1993) sustentan que uno de los puntos clave para hablar de género es entender que desde incluso antes del nacimiento, culturalmente se imponen pautas de comportamiento para hombres y mujeres de manera específica y diferenciada, lo que da paso para que la categoría de “género” exista y determine la vida de las personas.

A partir de la construcción social de la idea de género se empieza a gestar desde los años 80 un debate sobre la dualidad que existe entre sexo-género. “El conceptualizar el género como construcción eminentemente cultural y psicosocial y el sexo con soporte biológico socialmente interpretado, llevo a investigar los procesos por los cuales se reproducía el género de una generación a otra. A fines de esta década, el concepto cuerpo empieza a constituirse como un eje de tensión alrededor de los conceptos género y sexo.” (Kogan,1993:36) Desde este sentido el cuerpo se puede interpretar como un elemento que atraviesa todos los procesos que conllevan las personas dependiendo del sexo y género que le fueron asignados desde su fisionomía y su cultura. Así mismo las violencias que se ejercen sobre el cuerpo también se encuentran sujetas al género que “pertenece” personal y socialmente dicho cuerpo.

Otro factor importante a la hora de hablar del cuerpo y sus incidencias en el desarrollo de la violencia obstétrica es la manera en la que se ha configurado la idea del dolor y la fuerza en cada cuerpo constituido socialmente como el de un hombre y una mujer. Continuando con el texto expuesto por Kogan se explica cómo se han adecuados los cuerpos desde la socialización primaria en niños y niñas. En el caso de los niños la autora sostiene que

La socialización primaria de los varones les permite -de acuerdo al sistema de estereotipos vigente- desarrollar su fuerza, aprender a usar el cuerpo desplazándose por espacios amplios, cayéndose, golpeando y aprendiendo a soportar el dolor físico. La institución del deporte juega a partir del S XX un rol central en la construcción de la masculinidad cuando ya no es relevante la fuerza para realizar procesos productivos, al permitir asociar masculinidad con hombría y legitimar esa relación: la violencia, la fuerza y la agresión aparecen como potestad masculina (Kogan,1993:45)

En el caso de las niñas la autora expone que el cuerpo femenino ha sido educado desde una visión débil y frágil lo que se traduce a un cuerpo desprovisto de fuerza y más susceptible al dolor, por lo que la capacidad de defensa y autoconocimiento queda reducida a la protección y conocimientos de quien posea el poder sobre su propio cuerpo y el de los demás. “La socialización de las mujeres construye cuerpos desprovistos de fuerza. Pero no sólo eso: el cuerpo femenino resulta central en la construcción de la femineidad, al utilizar el cuerpo para construir un conjunto de tabúes, de temores, de límites al impedirle a la mujer explorar su cuerpo y el mundo.” (Kogan,1993:45)

Pero cómo se reducen todos los estereotipos y roles de género en la violencia obstétrica sufrida desde los cuerpos socializados, sobre todo desde la parte idealizada de lo femenino. Para responder a esta pregunta autores como Sebastián Goinheix (2012) hablan acerca de la incidencia del cuerpo y las emociones en la violencia de género que sufren las mujeres de manera estructurada dependiendo de la dominación que se ejerce desde diferentes ámbitos, entre los más relevantes, la clase social. El autor expone que la violencia ejercida hacia las mujeres va más allá del patriarcado como sistema de creencias y culturalmente imperante. Existen factores como el modelo económico que refuerzan este sistema de creencias y lo convierte en algo mucho más agresivo y peligroso para la integridad de las mujeres, todo esto traducido en la violencia de género como desigualdad y el mecanismo para producción, reproducción y mantenimiento de privilegios, sobre todo beneficiando al hombre cisgénero y heteronormativo, Todo esto se resumen cuando el autor plantea que

Una interpretación de la violencia como sistema de dominación debe, necesariamente, incorporar las lógicas más amplias de la articulación entre estructuración social y regulación de las emociones, de otro modo se corre el riesgo de depositar en los sujetos, en términos de su acción individual, toda la explicación de sus prácticas, sin tener en cuenta que las mismas

se inscriben en un contexto social y económico más amplio, que le asigna un lugar y capacidades definidas más allá de la intensión que los propios sujetos tengan. En el otro extremo, si se considera solamente una dimensión estructural, como el género, la explicación no permite prestar atención a los sujetos y los contextos específicos en los que actúan. (Goinheix,2012:50)

Desde lo anteriormente dicho esta investigación va a estar enfocada en estudiar la manera en la que se relaciona la violencia obstétrica con las categorías de clase social y edad en las mujeres desde el inicio de su proceso sexual y reproductivo hasta su adultez. Observando a la violencia obstétrica como un fenómeno estructural que se encarga de patologizar el cuerpo y sus procesos naturales, reproducir actos ligados a la biopolítica y perpetuar la naturalización del mal trato hacia las mismas. Apartando la visión reduccionista que la ligaba sólo a la mala praxis médica y posicionándola como una violencia que va más allá del parto y el proceso de gestación de la mujer. Esto con el fin de brindar herramientas conceptuales y metodológicas que ayuden a distinguir, visibilizar y desnaturalizar las maneras violentas que vulneran los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, apoyando nuevas alternativas de concebir el parto además de reafirmar la idea del parto humanizado en las instituciones de salud junto con el proceso de cada mujer.

El interés por esta investigación surge gracias a la indagación sobre las luchas que se están gestando desde el feminismo catalogado como “moderno” en los ámbitos sociales, políticos, económicos, culturales, entre otros, en cuestión de equidad de derechos y oportunidades para las mujeres y las comunidades marginadas en la sociedad. Este feminismo según aturas como Ana de Miguel (2007) incluso deben ser llamado como feminismos pos modernos, aunque existen diferentes discusiones al respecto ya que algunas luchas del feminismo moderno no han sido superadas, por ejemplo la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, donde encaja la violencia obstétrica como vulneración a los mismos, surge como un movimiento intelectual y político desde la necesidad de los derechos y equidad de las mujeres y las diversas identidades sexuales y de género que surgieron después de este. Por este motivo la violencia obstétrica se presentó como un tema nuevo en el cual se centró la discusión por una parte del feminismo que defiende el parto humanizado y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en especial. Aunque esta lucha se inició en los años 60 desde Norte América, se siguen presentando diferentes problemáticas que atentan contra estos

derechos, como ejemplo se encuentra el aborto, la planificación sexual y reproductiva, el derecho a una identidad de género u orientación sexual y la violencia obstétrica como la lucha más novedosa dentro del movimiento.

En el caso de la clase social y la edad de la mujer como categorías de interés en el estudio nace de diferentes posiciones teóricas y metodológicas que se han producido a lo largo del tiempo con respecto al cuerpo y la identidad de la mujer en relación con el sistema de salud y la manera en que es entendida. Nuria Calafell (2015) fue una de las autoras que escribió acerca de la transición y la concepción que se ha tenido sobre el cuerpo de la mujer a lo largo de la historia, esencialmente durante el proceso de gestación directamente conectado con la posición de las instituciones médicas durante este. En donde muestra en qué sentido se tiene en cuenta la posición económica, cultural y social de la mujer en relación con la atención e interés que se le puede mostrar en el sistema de salud convencional por lo que se encarga de reivindicar las formas ancestrales que han tenido las mujeres (parteras) para enfrentarse al parto y todo el embarazo a través de un análisis documental y audiovisual sobre la violencia obstétrica. Es por esto que desde la sociología se puede contribuir al estudio de la violencia obstétrica a partir de un análisis teórico y metodológico que permita desarrollar una comprensión más profunda y completa sobre los aspectos que la violencia obstétrica representan en la sociedad, beneficiando principalmente a las mujeres que estén en embarazo, o planean estarlo.

Objetivo General.

Determinar la violencia obstétrica como un fenómeno estructural que va más allá de la mala praxis médica en el momento del parto, el embarazo.

Objetivos específicos.

Delimitar los tipos y formas que existen de la violencia obstétrica.

Definir la influencia de la violencia obstétrica en relación a variables como edad y clase.

Analizar conceptos relacionados con la violencia obstétrica como biopolítica, parto humanizado, patologización del cuerpo, entre otros, que puedan emerger del proceso de investigación.

4. Metodología

En cuanto a la propuesta metodológica se pretende que la investigación esté dirigida hacia un enfoque mixto debido a la importancia de tener información tanto cuantitativa y cualitativa para ampliar la mirada y tener una visión más completa sobre el fenómeno a estudiar. Gracias al carácter privado y personal de la violencia obstétrica como tema de estudio, se vuelve necesario contar con un sustento estadístico y cuantificable de la problemática para argumentar de manera más concreta la incidencia de dicha violencia en la sociedad en general. Mientras que la voz y las vivencias de las mujeres son fundamentales para estudiar el caso y analizar los elementos que no son medibles dentro de la problemática, como es el caso de la violencia simbólica que se ejerce sobre la mujer durante diferentes estancias de su vida.

Según autoras como Zulay Pereira (2011) el método mixto en la investigación surgió durante los años 60 y 70 con el fin de realizar una mezcla entre los enfoques cualitativos y cuantitativos utilizando instrumentos ligados al paradigma positivista y naturalista para la recolección de datos e información junto con los del área comprensiva, esto dio paso a la triangulación de datos. Dado al carácter de los objetivos planteados en esta investigación se requiere el uso de ambas metodologías para alcanzar el logro de lo propuesto, ya que es importante tener datos estadísticos que indiquen la relación que existe entre la violencia obstétrica y la posición socio económica, la edad, las practicas realizadas, junto con la percepción de la mujer. En tanto que sus vivencias y el estudio de caso de las mismas permiten abordar los aspectos que no pueden ser medidos y hallados desde este enfoque.

Para ello se hará uso de técnicas como la entrevista, la encuesta con la participación de mujeres que contribuyan al aumento de conocimiento sobre la violencia obstétrica como violencia de género que vulnera los derechos sexuales y reproductivos en diferentes etapas de su vida. En este sentido la población que va a participar en la investigación hace alusión

a mujeres de diferente condición socio económica que hayan empezado su proceso sexual y reproductivo con presencia o por el contrario ausencia del servicio de salud en la ciudad de Bogotá.

Partiendo de allí el tema de la violencia obstétrica ha sido estudiado en diferentes ocasiones por las técnicas mencionadas anteriormente con la intención de conocer más al respecto de la invisibilización y naturalización de la misma, sin embargo, los estudios han estado centrados en un enfoque metodológico cualitativo o cuantitativo sin abordarlo de manera fusionada. Un ejemplo de ello es el estudio realizado por Carlos Herrera (2016) quien explica que la violencia obstétrica hace referencia a los procesos irrespetuosos, abusivos, negligentes, que pueden implicar el abuso físico, verbal, humillaciones, falta de privacidad, entre otros. Todo esto se traduce a un problema de salud pública donde el cuerpo de las mujeres sigue siendo sometido a todo tipo de violencias, entre ellas la obstétrica. Además, es concebida como la violación a los derechos humanos, este tipo de afirmación se dio gracias a una investigación cualitativa realizada por medio de entrevistas a mujeres que han vivido el embarazo y han sido víctimas de esta violencia, en donde se demostró que la violencia obstétrica sufre alteraciones en su ejercicio dependiendo de la posición económica y social de la mujer además de la naturalización que existe de esta. Por último, se percibe como un estereotipo de género en donde la mujer sigue siendo vista como un objeto de reproducción lo que legitima los malos tratos.

En cuanto la parte cuantitativa se han realizado diferentes encuestas con respecto a la percepción y experiencias de las mujeres sobre todo en sus partos y embarazos. Un ejemplo de ello se realizó en dos estudios cuantitativos sobre la violencia obstétrica elaborados por Camacaro y Valdés entre otros autores en los años 2015 y 2013 respectivamente, en donde se da muestra del alto grado de naturalización e invisibilización de la problemática. En el primer estudio realizado en México se obtuvo como resultado que el 11% de las mujeres refirieron haberse sentido maltratadas por alguien del personal de salud. La persona que ejerció maltrato fueron: enfermeras (40%), médicas (30%) y médicos (23%). 19% reporto maltrato verbal, casi 8% maltrato físico y 29% reporto abuso total. Mientras que en la otra investigación se encontró que en una población de 800 embarazadas con una muestra de 160 mujeres la aplicación de oxitócicos sin autorización fue de un 83,3%, la episiotomía como

rutina fue de un 75%, la estimulación de los pezones fue de un 86,7%, la exploración del útero postparto fue de un 97,7%. Lo que demuestra que las rutinas de obstetricia constituyen actos de violencia de género que afectan fuertemente el bienestar y calidad de vida de las mujeres.

Para tener una idea más concreta sobre lo que se espera metodológicamente de esta investigación es necesario tener claridad sobre las características que tienen cada uno de los instrumentos que serán usados para la realización del estudio metodológicamente hablando para la conocer la pertinencia de los mismos en el análisis de la violencia obstétrica. La encuesta y entrevista cuentan con ciertas especificidades que determinan la manera en que se aplican y las condiciones que se deben tener en cuenta para sacarle el mejor provecho y así tener información precisa y clara sobre el fenómeno y la problemática tratada.

Teniendo en cuenta lo anterior se da inicio con la definición de la encuesta como instrumento metodológico es una de las más usadas ya que cuenta con la facilidad de recolectar información de manera rápida y eficaz para su análisis. Su inclusión en las ciencias sociales se dio gracias a la necesidad de tener análisis más exactos sobre la situación a estudiar, sin embargo, su uso estaba más relacionado con disciplinas ligadas a las ciencias básicas. Según Casas, Repullo y Donado

En el ámbito sanitario son muy numerosas las investigaciones realizadas utilizando esta técnica, como queda demostrado en los 294 artículos encontrados en la base de datos Medline Express, con el descriptor survey, para los años 1997-2000 y en castellano. De éstos, en los años 1999 y 2000 se han publicado en España 72 investigaciones que abarcan una gran variedad de temas: encuestas de salud general, sobre temas específicos de salud, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, consumo de fármacos, hábitos higiénicos, hábitos alimentarios, satisfacción de los usuarios con los servicios sanitarios, satisfacción del personal sanitario, etc. (Casas, Repullo, Donado. 2002. P527)

Se puede decir que la encuesta es una de las herramientas más convenientes en la realización de este estudio debido a la utilidad y facilidad que puede brindar a la hora de recolectar información que sustente a la investigación, ya que tiene la capacidad de recoger datos masivamente de una manera rápida y eficiente. Dicha encuesta se realizará de manera virtual

accediendo a diferentes redes sociales que ayuden a circular el cuestionario de manera que tenga un alcance mayor, además se hará búsqueda de diferentes comunidades y mujeres interesadas para que por medio de la “bola de nieve” se dé a conocer el formulario y se tenga más acogida. La encuesta se encuentra dividida en tres temáticas en especial, en primer lugar se trató el tema de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y planificación familiar con relación a distinguir la presencia de formas violentas en este campo, por otro lado, se preguntó acerca de procedimientos ginecológicos rutinarios y de prevención en pro de conocer la influencia de la violencia obstétrica en el tema, por último se hizo una sección específica de las mujeres encuestadas que han sido madres para conocer la incidencia de la violencia obstétrica en el embarazo, parto y pos parto de la mujer.

En el caso de la entrevista su uso es necesario debido a que el ejercicio investigativo busca tener presente la participación activa de las mujeres en todo el proceso, teniendo en cuenta sus vivencias, saberes, conocimientos y la manera en que les ha afectado o no la violencia obstétrica en cada una de sus experiencias. Por este motivo la entrevista permite tener un acercamiento más directo con la manera de pensar y comprender la problemática a estudiar por parte de las mismas y de los demás actores que se encuentran involucrados con este tipo de violencia de género.

Se ha observado que muchos actores sociales son refractarios al método de la encuesta y que ésta -en algunos casos- no logra penetrar de manera más sutil en el fenómeno sociológico; pero también, ha sido notorio que las exigencias sociales actuales de los sujetos, impregnadas de un sentido de privacidad, impiden la presencia de los investigadores. Estas son situaciones que se presentan con frecuencia en muchas investigaciones. En estos casos la entrevista profunda es un instrumento oportuno para la obtención de información social, por su capacidad de retener las sutilezas del discurso y eliminar las dificultades para penetrar el ámbito privado de las personas. (López, R. Deslauriers, J. 2011. P2)

Dicho lo anterior se entiende la importancia de la entrevista como uno de los instrumentos clave para la comprensión y realización del estudio, gracias a su capacidad de profundizar en los detalles característicos del discurso y formas de pensar de las personas que hacen parte de la investigación. De esta manera se puede ver que ambas técnicas de recolección se

complementan de manera tal que el aspecto metodológico se robustece y puede respaldar el estudio logrando alcanzar los objetivos planteados anteriormente. Estas entrevistas se realizarán de manera semiestructurada por lo que a medida que se vaya realizando directamente con la mujer puede estar sujeta a cambios para así aprovechar de mejor manera la situación. En este sentido se plantearán diferentes preguntas dependiendo de la población a la que esté dirigida ya que los términos varían si la mujer es menor de edad, si es madre, si hace parte de la tercera edad, entre otras variables. Además de lo anteriormente propuesto se busca tener la opinión y posición de mujeres relacionadas con el parto humanizado, partería y la ginecología natural, por lo que algunas entrevistas van a estar destinadas a conocer la visión de estas personas con respecto al fenómeno a estudiar.

En resumen, lo que se quiere hacer con esta propuesta metodológica es realizar un mínimo de 100 encuestas que logren recoger la mayor cantidad de información necesaria para hacer un análisis juicioso sobre la percepción que tienen las mujeres desde su contexto y condición sociocultural. El contenido de la encuesta consta de 41 preguntas entre cerradas y abiertas con el propósito de tener información más completa que amplíe la perspectiva de análisis. Para el análisis de dichos datos recolectados con las encuestas se dio uso del programa SPSS como herramienta que permita sistematizar los datos de manera eficiente y así su análisis sea más flexible, esta encuesta que realizó con el propósito de desarrollar el segundo objetivo de la investigación que pretende relacionar variables de condición económica y edad de la mujer en la problemática tratada.

En cuanto a las entrevistas se hicieron (5) entrevistas a diferentes mujeres relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como víctimas de violencia obstétrica y mujeres que han vivido experiencias relacionadas con el tema de carácter semiestructurado lo que brindó más flexibilidad y cercanía con las personas que fueron entrevistadas, estas entrevistas fueron realizadas a mujeres de diferentes edades y posición socioeconómica para así tener una visión más completa sobre el tema a tratar. Esto con el propósito de desarrollar el primer objetivo de la investigación que se encarga de analizar los tipos de violencia presentes en el problema en general, las entrevistas junto con la información recolectada con base a las preguntas abiertas de la encuesta permiten tener una

visión más cercana y real de la violencia obstétrica desde la voz, experiencias, saberes de las mujeres involucradas.

Además de lo anterior, se realizó una revisión documental de manuales de ginecología y obstetricia disponibles en la sala de consulta general de la Biblioteca Luis Ángel Arango con el fin de brindar y complementar las perspectivas retomadas desde las mujeres y sus vivencias con la postura y conocimientos desde los especialistas en ginecología y obstetricia. Esto con el propósito de nutrir la información recolectada sobre la violencia obstétrica y tener un mayor rango de análisis en la investigación. El proceso de la revisión documental se basó en hacer un reconocimiento histórico de las publicaciones sobre ginecología y obstetricia y la manera de educar y enseñar acerca de este tema a los futuros especialistas, esto con el fin de hacer una comparación actual de los protocolos y procedimientos que se llevan a cabo y entender las connotaciones implícitas dentro de estos manuales.

4.1 Adaptaciones metodológicas

Al inicio de la investigación se planteó el uso de otros instrumentos para desarrollar metodológicamente al estudio tales como el grupo focal con personal experto en medicina y obstetricia con el fin de tener un acercamiento más detallado sobre la posición del personal médico dentro de todo el fenómeno social de la violencia obstétrica. Este grupo focal se tenía planeado realizarse con base a los resultados arrojados por medio de la encuesta y de las entrevistas realizadas para hacer preguntas orientadoras que propiciaran un análisis crítico sobre la situación. No obstante, debido a la situación coyuntural del país y del mundo junto con las medidas adoptadas por el Covid-19 como el aislamiento preventivo obligatorio no se pudo realizar como en un principio se tenía planeado. Se hace este pequeño apartado aclarando la ausencia de este tipo de información debido a la pertinencia que representa conocer de primera mano la opinión de uno de los actores determinantes en todo el objeto de estudio.

La aplicación de este tipo de instrumentos y el planteamiento de análisis desde el servicio de salud otorgarían nuevas perspectivas de estudio para seguir trabajando sobre el tema, lo cual

sería de gran vitalidad en futuras investigaciones en pro de abordar a la violencia obstétrica desde una postura más compleja y crítica que tenga en cuenta a todas las posibles posturas en las que puede ser abordada.

5. Concepto de violencia

El concepto de violencia en este estudio es determinante para entender las dinámicas sociológicas de la problemática de estudio, este término ha sido trabajado a lo largo de la historia por diferentes teóricos de la sociología y otros campos relacionados con las ciencias sociales. En este caso autoras/es como Fina Birules, Galtung y Zizek hablan de una manera teórica sobre la manera en la que se presenta la violencia en la sociedad.

En un primer lugar Birules (2018) se refiere a la violencia como el conjunto que está conformado por un amplio y diverso espectro de conductas que frecuentemente son difíciles de categorizar y denominar. Según la autora la violencia entonces se entiende como un fenómeno natural y así mismo como un hecho que se encuentra presente en el ser humano y se expresa a través de las relaciones de poder que se pueden manifestar de maneras irracionales, repentinas e inesperadas.

“La cuestión es desnaturalizar esto es, determinar los actores humanos que, por ejemplo, hay detrás de la estructura y su funcionamiento. Las estructuras no funcionan sin las acciones humanas, a pesar de que en nuestro actual contexto parece como si funcionaran automáticamente sin que ninguna acción o responsabilidad humana se viera involucrada. La consecuencia de esta visión naturalizadora de la violencia, es lo que se ha denominado como el síndrome de la inocencia organizada, esto es, la pérdida de responsabilidad con respecto a los mecanismos violentos.” (Birules, 2018. P20)

Es por esta razón que la autora sostiene que la violencia no se estudia como algo natural sino como un continuo, por lo que se puede decir que se trata de eventos sin comienzo ni fin claro y forman parte de un proceso más amplio. Esta idea se encuentra generalmente en estudios feministas y estudios del conflicto, lo que permite relacionar la idea que tiene la autora sobre la violencia en general con la especificidad del fenómeno social que se está trabajando en esta investigación. Según Hannah Arendt (1970) a pesar de que es común afirmar que se ha investigado mucho sobre violencia y su relación con el poder político hay pocos estudios sobre la especificidad de la violencia en el comportamiento humano. Desde este punto Birules (2018) continúa argumentando que el comportamiento humano violento más que

asemejarse a un comportamiento animal tiene que ver con el deseo de negar la libertad de los otros y de las otras o la necesidad de acabar con ella. Por esto considera que la violencia humana es fruto de la voluntad de controlar el cuerpo o los desplazamientos de la víctima. Cuando se habla de atentados contra la libertad de las mujeres no se habla de discriminación, es decir de desigualdad, sino de violencia, de auténticos intentos de mantener un control físico y social sobre el cuerpo femenino y de sus movimientos.

Vemos que la violencia obstétrica se encuentra totalmente relacionada con la posición que tiene la autora con respecto a la violencia en términos generales y sobre todo la violencia de género. Aunque el análisis realizado por la autora va más ligado con los estudios de género y feministas, existen otros autores que trabajan el fenómeno de la violencia desde otros ámbitos.

5.1 Tipos de violencia en Galtung

Otro autor que trabaja el término de violencia y que es pertinente abordarlo en esta investigación por la forma en que trabaja y concibe al concepto es Johan Galtung. Aunque trabaja el concepto de violencia desde una perspectiva diferente a la de los estudios de género y lo enfoca más desde una lógica gubernamental y en la dicotomía que existe frente a la guerra y la paz, algunos de los postulados de Galtung son útiles para entender las lógicas teóricas que están presentes en el foco de este estudio. Una de las posturas claves que se retoman del autor está relacionada con la teoría de conflictos que propone para el análisis de la violencia como concepto teórico. Aunque Galtung no hable propiamente sobre la violencia dirigida al género, sus estudios para la paz fueron desarrollados para alcanzar otros aspectos fundamentales en la sociedad como los estudios sobre el desarrollo. Tal como lo dice Percy Calderón en su análisis sobre la teoría de conflictos del autor, “se proyecta ir más allá de la satisfacción de las necesidades humanas básicas, buscando propuestas y estrategias para desarrollar y potenciar esas mismas necesidades; aquí vuelven a la escena los Estudios para la paz, pero esta vez en su versión positiva, centrándose en la reducción de la violencia estructural y cultural.” (Calderón,2009:66)

En esta ocasión entonces se hace énfasis en una de las definiciones que ofrece Galtung sobre el conflicto, para el autor el conflicto se puede entender como una forma de relación de

poderes que existe en la vida del ser humano. (Calderón,2009) y hace parte intrínseca en la naturaleza humana. No obstante, esto no implica que se deba adjudicar alguna clase de criterio moral sobre el mismo, sino que por el contrario se incentiva a buscar una transformación social sobre lo que provoca tensiones. Esta idea que se tiene sobre la relación de poderes en función del conflicto es fundamental para comprender las dinámicas presentes en el ejercicio de la violencia obstétrica como conflicto social y más específicamente de género. La violencia obstétrica se traduce de este modo en una tensión constante de poder sobre el conocimiento tecnificado y occidentalizado generalmente monopolizado por lo masculino. El cuerpo, formas de conducta, pensamiento y vida de la mujer y sus procesos sexuales y reproductivos a lo largo de su vida quedan sujetos a las decisiones que se tomen ajenas a su querer.

Sin embargo, para Galtung existe una manera para superar el conflicto retomando la metodología propuesta por el pedagogo Freire en donde la concientización es la base para que las personas que están siendo oprimidas en cualquier contexto logren su liberación apropiándose de su propio contexto y realidad. Esto en cuanto al ejercicio de violencia obstétrica es fundamental ya que uno de los mayores problemas que existen en torno a ella es la naturalización de la violencia junto con su normalización, es por ello que el pleno conocimiento y concientización de la realidad es lo que va a permitir que se tengan herramientas para resistir y luchar contra la misma.

Para nuestro autor contar con una imagen consciente y cabal del conflicto, con todos sus aspectos profundos, sus condicionantes históricas, será una *conditio sine qua non* para la transformación del mismo. El proceso de concientización evitará la cosificación de los actores haciendo de ellos protagonistas del proceso, es decir, «un actor consciente será capaz de dirigir esa transformación incluyendo la propia» (Calderón,2009:72)

Teniendo en cuenta todo lo anterior Galtung (1998) procede a hablar sobre la teoría de la violencia que se encuentra basada en dos postulados, el primero hace referencia a la violencia vista como el fracaso en la transformación del conflicto y en segundo lugar la violencia vista como una oportunidad de mejora con fines constructivos. Siempre teniendo en cuenta que para el autor a la hora de hablar de violencia es necesario hablar del conflicto, aunque se pueda presentar con o sin la presencia del mismo. Es partiendo de este punto que el autor propone tres dimensiones en las que se puede concebir el concepto de violencia, existe de

esto modo la violencia directa, la violencia estructural y la violencia cultural, lo que se encuentra debidamente resumido y representado en el llamado triángulo de la violencia.

Como vimos en el apartado precedente, en el triángulo ABC, el ángulo C representaría la raíz del conflicto, de modo que mientras en conflicto va fluyendo, A y B van asumiendo aspecto negativo, desde el odio hasta la depresión en A; hasta la violencia física o verbal en B. En este contexto, A y B constituyen el metaconflicto que es la manifestación de algo más profundo, una especie de raíces. (Calderón, 2009:75)

Este triángulo de la violencia se encarga de dividir el concepto de una manera gráfica que permite diferenciar las diferentes dinámicas que se pueden presentar en el estudio y así abordarlas de una manera más detallada y sencilla.

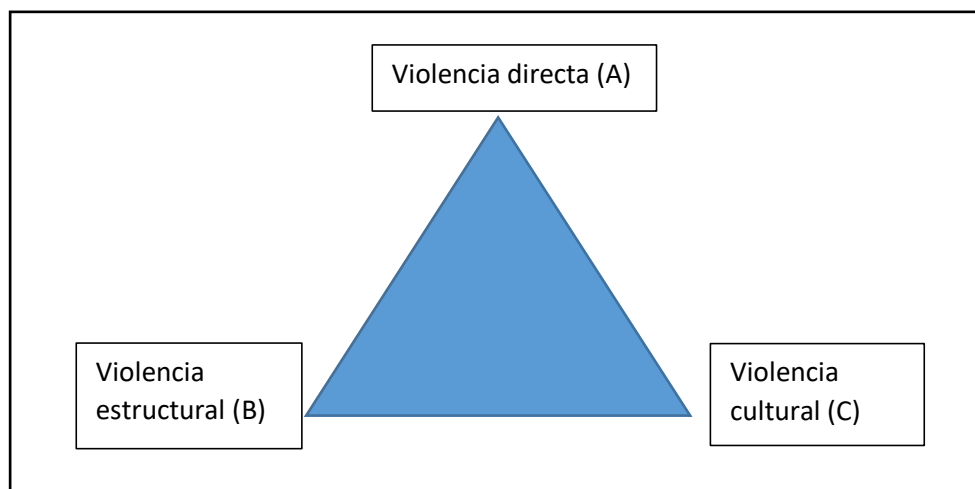


Figura 1. Elaboración propia con base en Galtung (1998)

Las definiciones que se dan a cada una de las violencias son cruciales para comprender a la violencia dentro del ejercicio obstétrico y ginecológico en las mujeres. Según Galtung (1998) la violencia directa es la violencia manifestada, hace referencia a la violencia más evidente, visibilizada y reconocida, se puede expresar de manera verbal, psicológica y mayoritariamente física. Cuando se habla de violencia estructural se habla de la violencia que está intrínseca en el ámbito social, político, económico que dirigen y controlan la sociedad. Esta violencia junto con la violencia directa hace parte de las violencias más expuestas de todo el entramado que se puede presentar en el concepto, de este modo nos quedaría faltando la última dimensión de la violencia y que representa la raíz de las tensiones

conflictivas que la conforman, la violencia cultural está compuesta por todo lo simbólico que hace parte de la cultura, es la encargada de legitimar y justificar a la violencia directa y estructural, por lo tanto puede concebirse como la más importante de todas.

La violencia cultural se define aquí como cualquier aspecto de una cultura que pueda ser utilizada para legitimar la violencia en su forma directa o estructural. La violencia simbólica introducida en una cultura no mata ni mutila como la violencia directa o utiliza la explotación como la violencia incorporada en una estructura. Sin embargo, se utiliza para legitimar ambas o una de ellas, como por ejemplo en el concepto de raza superior. (Galtung, 1990:147)

Para comprender mejor la incidencia de la violencia cultural en las demás violencias tomaremos una visión más detallada sobre la misma.” La violencia cultural hace que la violencia directa y la estructural aparezcan, e incluso se perciban, como cargadas de razón, – o al menos, que se sienta que no están equivocadas.” (Galtung,1990:149) Esta idea es clave para entender las razones por las cuales se puede presentar violencia en alguna situación de manera general, la violencia no podría presentarse sin un fundamento de base que la sostenga a tal punto que sea ejercida sin cuestionamientos a nivel social, es por esto que la legitimación cultural de las otras dos dimensiones es vital para que esta pueda existir. Para que esta legitimación sea funcional, en este caso a la violencia obstétrica, es necesaria la interiorización de la misma para que pueda ser ejercida de manera tal que nadie la conciba como violencia o por lo menos no sea tan fácil de identificar como tal.

Para que la violencia cultural pueda funcionar es necesaria la presencia de la moralidad y el uso que se le dé, cuando se cargan de valor a las acciones se pueden concebir como correctas o incorrectas, buenas o malas. No obstante, la realidad no se ve reflejada en esta dicotomía, en algunos casos la situación puede verse de manera tan distorsionada que se vuelve imperceptible la existencia de violencia en las acciones o que no se conciban como un acto violento en sí mismo. (Galtung, 1990) En este sentido la violencia empieza a ser vista desde diferentes ópticas, una de ellas puede ser la privación de derechos humanos tales como la vida e incluso en términos más genéricos la búsqueda de la felicidad, la disminución de la satisfacción de las necesidades básicas. Otro aspecto que puede ser considerado como violencia son las amenazas que combinan a la violencia directa y la estructural, es de este

modo que la cultura es determinante para que la reproducción de comportamientos y acciones violentas se lleven a cabo.

Hay un doble aspecto: para ser «des-socializado» de la propia cultura es preciso ser resocializado en otra cultura; al igual que sucede con la prohibición y la simultánea imposición de una lengua. La una no presupone la otra. Pero a menudo se unen en la categoría de ciudadanía de segunda clase, donde el grupo sometido (no tiene porqué ser necesariamente una minoría) se ve forzado a manifestar la cultura dominante y no la suya propia, al menos no en espacios públicos. (Galtung, 1990: 152)

Teniendo en cuenta esto se dice que la violencia cultural es la que se encarga de edificar los preceptos que se tienen sobre lo dominante y lo dominado, debido a la carga histórica y temporal de la cultura se convierte en una de las más complejas de resistir ya que es un proceso lento y depende de distintos elementos externos que le constituyen como el espacio geográfico e histórica en el que se encuentre la sociedad. “La cultura predica, enseña, advierte, incita, y hasta embota nuestras mentes para hacernos ver la explotación y/o la represión como algo normal y natural, o posibilita la alienación para vivir aparentando que no se sienten sus consecuencias.” (Galtung,1990:155) En cuanto a la relación que tiene la misma con la violencia obstétrica se puede denotar la predominancia de una cultura hegemónica responsable de dominar a otra, concebida como minoría, aunque no lo sea y se reduzca sólo a una percepción cultural de la misma, por este motivo se vuelve tan difícil reconocerse como víctima de cualquier violencia que se encuentre legitimada por el sistema y sobre todo culturalmente.

A pesar de las simetrías existe una diferencia básica entre los tres conceptos de violencia relacionada con su desarrollo temporal. La violencia directa es un suceso; la violencia estructural es un proceso con sus altibajos; la violencia cultural es inalterable, persistente, dada la lentitud con que se producen las transformaciones culturales. En las claves referidas a la Historia de la escuela francesa de los Annales: *événementielle*, *conjoncturelle*, la *longuedurée*. Las tres formas de violencia utilizan el tiempo de manera diferente, algo así como la diferencia que existe en una «teoría del terremoto» entre el fenómeno en si de una determinada magnitud, el movimiento de las placas tectónicas como proceso y la línea de falla como condición más permanente y profunda. (Galtung,1991:154)

Otro aspecto importante a tratar es el de la incidencia que tiene la violencia estructural en todo el entramado alrededor de la violencia. Entonces se vuelve necesario ahondar en lo específico que caracteriza a la violencia estructural como un tipo de violencia según el autor. Para Galtung (1990) se requiere discutir las formas en las que se expresa la violencia estructural y así comprenderla junto con los requerimientos que se deben tener para entenderla como tal. Al hablar de violencia estructural se encuentran imágenes, vocabularios y la unión de ambos elementos para la conformación de un discurso. Todo ello con el fin de lograr identificar todos los ámbitos que se puedan presentar en relación con la violencia en términos generales. “La estructura violenta típica, en mi opinión, tiene la explotación como pieza central. Esto significa, simplemente, que la clase dominante consiguen muchos más beneficios de la interacción en la estructura que el resto, lo que se denominaría con el eufemismo de intercambio desigual.” (Galtung,1990:153)

Este intercambio desigual se ve reflejado de manera clara en el abuso que se presenta en los procedimientos ginecológicos y obstétricos. La cultura dominante que en este caso se refiere al patriarcado, se ha encargado de subyugar a las demás culturas que se puedan haber presentado o presentar al torno del cuerpo feminizado, los conocimientos, saberes ancestrales y generacionales que se tenían con respecto a los procesos biológicos de las mujeres fueron minimizados a tal punto de carecer de valor y sentido, desde una perspectiva científicista y occidentalizada. Lo que conlleva a una predominancia de lo estipulado por este sistema hegemónico e impositivo, por ello la violencia estructural es la encargada de transmitir e instaurar el mensaje que se quiera engranar en las mentes que conforman la sociedad.

La violencia estructural deja marcas no sólo en el cuerpo humano, sino también en la mente y en el espíritu. Los siguientes cuatro tipos pueden ser considerados como partes de la explotación, o como un refuerzo del aparato de dominación del sistema político y económico de la estructura. Funcionan al impedir la formación de la conciencia y la movilización, que son las dos condiciones para la lucha eficaz contra la dominación y la explotación. El adoctrinamiento, mediante la implantación de élites creadoras de opinión dentro de la parte más débil, por así decirlo, en combinación con el ostracismo, esto es, manipulando la percepción de la ciudadanía con una visión muy parcial y sesgada de lo que sucede, adormeciendo el sentimiento del reconocimiento personal y el sentido de la dignidad personal y social, evitando la formación de conciencia de clase. Y la alienación, esto es, la utilización de factores externos, sociales, económicos o culturales para desmotivar, limitar o condicionar la libertad personal y colectiva de la sociedad que, combinada con la desintegración del tejido

social, evitando la cohesión de sus componentes, lo que evitaría su posible movilización. (Galtung,1990: 153)

Estas definiciones que da Galtung frente a la violencia son útiles para abordar la violencia obstétrica de una manera teórica y sociológica, permite relacionar las diferentes categorías que se presentan en la problemática y relacionarlas con las condiciones reales que se han presentado en torno a esta violencia y las mujeres que han sido víctimas de ella.

5.2 Tipos de violencia en Zizek

En el caso del filósofo esloveno Slavoj Zizek tenemos un acercamiento más contemporáneo sobre el concepto de violencia, este autor se ha dedicado a lo largo de su vida a realizar críticas culturales de la sociedad actual, lo que permite tener una idea más moderna sobre lo que la violencia implica socialmente. Aunque en este caso Zizek no habla de manera específica de la violencia basada en género, algunas propuestas que tiene el autor son útiles para comprender las lógicas de la violencia obstétrica desde la teoría y pensamiento social. Para ello la investigación se basa en tres postulados que maneja el filósofo en su libro “Sobre la violencia” que dará algunas visiones clave para relacionarlo con el caso de estudio de esta investigación.

Según Maximiliano Korstanje (2011) se propone que uno de los postulados más importantes que ha hecho el autor sobre la violencia es cuando considera que la imposición simbólica de las preferencias individuales se establece como la principal causa de violencia. Desde allí se parte la división de la violencia en dos tipos: la violencia simbólica que hace referencia a la exclusión proporcionada por el lenguaje y la sistémica que se encuentra relacionada con las dinámicas económicas y políticas de la sociedad, traducido al sistema socioeconómico actual. Zizek establece una distinción entre violencia subjetiva, objetiva y simbólica teniendo en cuenta que la más visible hace referencia a la violencia subjetiva. La violencia subjetiva es aquella que se experimenta como una perturbación de un estado usualmente considerado normal y pacífico de las cosas. La violencia objetiva sería la inherente a este estado aparentemente normal de cosas y se trataría de una violencia invisible y sistemática. Mientras que la violencia simbólica se encarna en el lenguaje y no sólo en las cosas más obvias de lenguaje agresivo o violento.

En este punto es importante entender la diferenciación de cada una de las categorizaciones brindadas por el autor, al enfatizar en cada una de ellas se obtiene una visión más concisa sobre las consecuencias que tienen los hechos y acciones violentas para las víctimas de la misma en la sociedad.

La violencia subjetiva se refiere a la violencia que es “Directamente visible, practicada por un agente que podemos identificar al instante (...) la parte más visible” (Zizek, S. 2009:9) Por otro lado la violencia objetiva o sistémica es aquella que “Puede ser invisible, pero debe tomarse en cuenta si uno quiere aclarar lo que de otra manera parecen ser explosiones «irracionales» de violencia subjetiva” (Zizek, S. 2009:9) y por último la violencia lingüística es la que se encuentra “encarnada en el lenguaje y sus formas (...) relacionada con el lenguaje como tal, con su imposición de cierto universo de sentido” (Zizek, S. 2009:10)

Una distinción conceptual sobre lo que representa la violencia objetiva y subjetiva. Ésta última es ejercida a diario por un sinnúmero de actores sociales y por los aparatos del Estado sobre una ciudadanía que constantemente es manipulada con el fin de adormitar su actitud crítica. A la vez que cada vez más personas hablan de violencia, pocos y cada vez menos se preguntan críticamente ¿qué es, ¿cómo opera y a quienes beneficia la violencia? (Korstanje,2011:30)

Lo primordial para entender el pensamiento que tiene el autor sobre la violencia es la forma ideológica de esta, debido que desde allí se parte para ejercer el dominio sobre el otro. Para el autor la invención de la realidad y lo ideal es esencial para que la persona no logre diferenciar el momento en que está siendo víctima de violencia. “No trabaja necesariamente como una “falsa consciencia” sino como un sueño que desdibuja la realidad de la ficción. Su eficacia no se encuentra en lo que explícitamente admite o dice, sino precisamente en lo que oculta en su exceso de realidad.” (Zizek, 2009:10) Que las personas no logren reconocer e identificar de una manera clara y sencilla cuando ha sido o está siendo violentada es lo que permite que este mismo acto sea repetido e incluso se tome como el deber ser. Esto en lógicas de una institución tan legitimada y aprobada socialmente como la del sector salud no permite cabida a cuestionamientos ni críticas lo que facilita la permanencia y repetición de abusos y violencias en las personas, en este caso las mujeres.

Adicionalmente Zizek propone la importancia del lenguaje cuando se ejerce violencia, ya que para el autor es el mecanismo inherente a los humanos que les permite posicionarse en un estado de mayor beneficio sobre otro sujeto que se encuentra ubicado en una posición más baja. Según Korstanje (2011) el lenguaje entonces es una herramienta que condiciona la voluntad de la persona, cuando se entabla una comunicación, se expresan necesidades gracias a las exigencias de las personas por la comprensión de un semejante. No obstante, el lenguaje es incondicional para que la dominación hacia el otro provoque la subordinación de las necesidades de los demás y posicione las propias como indispensables. “Es posible, como sugiere el autor que el lenguaje esté asociado al movimiento, pero ese movimiento se basa en una carencia, en una falta que nos arroja al mundo de los mortales. Una de las cuestiones más interesantes respecto a la ideología y al racismo, es ¿por qué los niños que no tienen habla no odian al otro?” (Korstanje,2011:30)

Este pensamiento expresado por el autor permite complementar las ideas anteriormente propuestas por Galtung sobre la tipología que existe en el concepto de violencia, lo que es fundamental para el desarrollo analítico de la violencia obstétrica como objeto de estudio. Los aportes realizados por Zizek contribuyen a la comprensión de las dinámicas propias de las acciones agresivas e invasivas por parte de diferentes actores sobre la vida sexual y reproductiva de las mujeres de manera generalizada.

6. Resultados

En un principio, se pensó en presentar los resultados desde los hallazgos en los manuales de ginecología y obstetricia, los conocimientos de las mujeres encuestadas, las experiencias de las mismas y las posibles relaciones con edad y clase. Sin embargo, se decidió tomar una división de corte analítico y no tan descriptivo. Por eso, se encontrarán a continuación tres grandes apartados: 1) la definición de los tipos de violencia obstétrica desde los postulados de clasificación de violencias de Galtung, Zizek 2) la relación de lo anterior con las variables “clase” y “edad” y 3) puesta en diálogo de los resultados obtenidos con categorías como biopolítica, naturalización, patologización del cuerpo, entre otros.

6.1.-Definición de los tipos de violencia obstétrica

6.1.1.-Violencia directa.

Tal como se mencionó anteriormente la categorización del concepto de violencia desde la perspectiva de diferentes autores permite realizar un análisis más profundo sobre los resultados de la investigación. En primera instancia se va a hablar acerca de las incidencias y consecuencias de la violencia directa focalizada en la violencia obstétrica como fenómeno social estructurado e inmerso en un sistema generalizado y dominante. Por ende, se darán a conocer en un primer lugar algunas de las noticias que denotan la expresión de la violencia directa relacionada con el caso de estudio. Así mismo para interiorizar de manera más clara la importancia del discurso y la manera en la que se desarrollan periódicamente las noticias sobre la violencia obstétrica, se retomó la investigación realizada por Alejandro Perdomo-Rubio, Pablo Andrés Martínez-Silva , María Mercedes Lafaurie-Villamil , Andrés Felipe Cañón-Crespo y Diana Carolina Rubio-León (2018) “Discursos sobre la violencia obstétrica en la prensa de países latinoamericanos: cambios y continuidades en el campo de la atención” en este estudio se expresa enfáticamente en la importancia que se le debe dar a la posición de los actores que se encuentran involucrados en la violencia obstétrica, ya que ninguno de los mismos se encuentra desligado de incluir juicios de valor con respecto a su opinión y posición frente al tema. “Por tanto, el análisis de las posiciones discursivas sobre violencia obstétrica

producidas por las noticias periodísticas no es un descriptor neutral de este acontecimiento, sino que reconoce que el periódico informa e interpela las posiciones discursivas de los actores y sus posibles estrategias de acción, desde su lente.” (Perdomo, et al. 2018) Teniendo en cuenta lo anterior se puede tener una visión más cercana y acertada sobre las noticias que se verán expuestas a continuación.

Una de estas noticias fue publicada por el espacio virtual realizado por Eldiario.es en marzo del año 2018 por la periodista Clara Marin titulado “No lo estás haciendo bien, esto deberías haberlo practicado”, en donde se relata la experiencia de una mujer que fue víctima de violencia obstétrica durante su parto, en esta crónica se puede evidenciar el alto grado de abuso y actos violentos por los que tuvo que atravesar esta mujer por un parto inducido. Tal como lo cuenta la mujer y se expone en la crónica, “indicaron al "acompañante" que saliera. Mi marido tuvo que irse y escuchar desde fuera mis gritos mientras intentaban dilatarme manualmente el cuello del útero.” (Marin,2018) Este hecho demuestra la utilización de prácticas y procedimientos invasivos que se encuentran normalizados como dolorosos e irremplazables, es una clara muestra de lo que la violencia directa en términos teóricos y empíricos significa, aunque no es la única violencia que se logra identificar en la situación se puede ver que es la que más relevancia se refleja en el relato. Continuando con este caso otro apartado que sobresale en cuanto a ejemplificar a la violencia directa se refiere es cuando la mujer cuenta lo siguiente:

Yo estaba aterrada pensando en que con lo poco anestesiada que estaba –las contracciones seguían doliendo infernalmente– iba a sentir cómo me abrían la barriga. La anestesia me dijo que debería bastar metiendo más analgesia, pero que si notaba dolor le avisara y me dormiría. Pasado el tiempo, no entiendo por qué me dejó elegir: debería haberme dormido desde el principio, porque efectivamente, noté toda la cesárea. Y no es una exageración. Noté cómo me rajaban el útero y cómo cogían a la niña y la sacaban. Era un dolor indescriptible. Fue como si me estuvieran arrancando los órganos. Levantaba el culo de la mesa de operaciones y gritaba mientras los ginecólogos me decían que no podía moverme. Creí morir. Con semejante panorama, la anestesia decidió dormirme, pero hasta entonces aquello fue inhumano.(Eldiario.es.2018)

Este suceso es una clara evidencia de lo que la vulneración a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres significa, el hecho es sumamente violento e transgresor hacia el

cuerpo de la mujer en proceso de parto, el hecho de que se haya esperado hasta que la mujer debiera sentir el dolor para realizar el debido proceso demuestra la intención consciente o inconsciente de lo que se supone debe ser un parto para una mujer.

En una de otras tantas noticias que existen sobre casos de violencia obstétrica y una de las más replicadas y vistas a nivel mundial es el caso de Diana Sánchez una presidiaria que se vio forzada a dar a luz en su celda sin ningún acompañamiento o asistencia médica en EEUU. Esta noticia fue publicada por BBC mundo el 30 de agosto del año 2019. El suceso quedó registrado en video, y en él se puede observar como la mujer tiene que llevar toda la labor de parto por sí misma sin ser escuchada en ningún momento cuando expresó su necesidad de ayuda. Este hecho ocurrió el 31 de julio del 2018 y hasta este momento se toman acciones legales contra la violencia obstétrica que tuvo que atravesar esta mujer.

Una enfermera la examinó después de que se le rompiera la fuente, pero solo le dio una toalla absorbente, sin llamar a una ambulancia, alega la acusación. Sánchez se vio obligada a parir a su bebé "en un banco duro y frío, a los pies de un inodoro", a las 10:44 de la mañana. En los minutos posteriores al nacimiento, ninguna de las enfermeras presentes secó o calentó al bebé, ni le limpió la mucosa de la nariz y la boca, ni le administró antibióticos, lo pesó o midió, sostiene la demanda. (BBC news mundo,2019)

Este caso, uno de los que más incidencia ha tenido a nivel mediático, se ha encargado de visibilizar a la violencia obstétrica como algo palpable y real, la violencia directa y las demás se hicieron presentes durante todo el tiempo que la mujer tuvo que manejar su labor de parto sin ningún soporte médico ni condiciones dignas para traer a una persona al mundo. Es aquí donde se puede ver que con la inasistencia y el ignorar las peticiones y necesidades de la mujer también se cae en una violencia considerada directa tanto física como mental y emocional, es por esto que se puede decir que al hablar de violencia directa en términos de los autores trabajados anteriormente no siempre se tiene que establecer una acción física y materializada hacia la mujer, con la omisión oportuna y adecuada de la misma también podemos nominarla como violencia obstétrica.

Otra noticia que se puede encontrar en los medios de comunicación sobre violencia obstétrica es la expuesta en el periódico digital sputnik news en una columna escrita por Iris Ladaris en marzo del 2020, la noticia se titula “Mi hijo murió dentro de mí; sufrí violencia obstétrica el

tiempo que estuve ingresada para parirle. “en esta columna se narra la experiencia de una mujer que sufrió un aborto involuntario en la semana 17 de gestación.

Sufrió violencia obstétrica durante el periodo de tiempo que estuve ingresada para parirle. Me ningunearon, no me ofrecieron ningún tipo de apoyo psicológico, me dejaban sola en cada tacto, no me informaban de las maniobras, me convencieron para no ver a mi hijo una vez lo pariera, etc. Decidieron dejarme en ayunas durante varios días, yo suplicaba por favor que me dieran algo de comer”. (Ladaris,2020)

Como este caso existen varios de distintas mujeres que sufren algo similar o alguna otra situación en particular relacionada con la violencia durante el parto. Se denota que en este caso la violencia directa se ve altamente reflejada en los tratos que tuvieron el personal médico con la situación por la que estaba atravesando esta mujer. La gobernación española llevó este caso a sentencia para intentar que se emitiera algún tipo de sanción penal como violencia obstétrica y de género, sin embargo, no es sino hasta hace muy poco que existe una Ley que permite penalizar este tipo de violencias como violencia obstétrica propiamente dicha.

Para comprender mejor el influjo de la violencia directa en la violencia obstétrica se hace necesario retomar datos estadísticos que den muestra de la relevancia del tema en tiempos actuales. Según un estudio cuantitativo descriptivo realizado por Paulo Rodríguez y Laura Aguilera desde la Universidad de la Laguna en Tenerife (2017) por medio de una encuesta basada en diferentes test sobre violencia obstétrica de diferentes organizaciones de Argentina, la cual fue publicada por medio de redes sociales como Facebook y WhatsApp. Esta encuesta fue contestada por una muestra total de 282 mujeres cuyos partos habían tenido lugar entre enero de 2008 y febrero de 2016.

Los resultados arrojados por este estudio dan cuenta de sólo un aspecto particular dentro de todo el fenómeno que se ha retomado como violencia obstétrica, el parto, tal como se ha mencionado en diferentes ocasiones durante el estudio, este es el principal evento vislumbrado cuando se trabaja a la violencia obstétrica ya que es donde estadísticamente se da muestra de los abusos mayoritariamente físicos aunque no los únicos que puede vivir una mujer durante su proceso gestacional o cualquier otro proceso natural. Teniendo esto en cuenta se descubrió que el 56,4% de las mujeres que habían tenido hijos/as en esta isla habrían sido víctimas de Violencia obstétrica, sobresaliendo prácticas como la participación

de practicantes de medicina interviniendo en el parto sin el consentimiento de la mujer junto con el cambio de ritmo y tiempos a conveniencia del personal médico que estuviera atendiendo el proceso.

Al final de la investigación se llegó a la conclusión de que las prácticas consideradas como más invasivas tales como la episiotomía, edemas, técnica de Kristeller fueron consideradas como algo necesario para llevarse a cabo durante el parto y fueron legítimas con autorización consciente o no de que su realización, lo que demuestra un alto grado de naturalización y normalización de las mujeres y el personal médico de la violencia directa que se puede presentar hacia la mujer en labor de parto o cualquier otro momento.

Muchas veces la violencia obstétrica se genera debido a la alta tecnificación y la concepción del parto como un proceso en cadena, que lo despersonaliza y desnaturaliza. Esto provoca que las mujeres no sean tratadas en su globalidad sino como enfermas a las que hay que someter a procedimientos médico-quirúrgicos. (Rodríguez, Aguilera. 2017.P71)

Otro estudio estadístico que representa lo que la violencia directa quiere decir en cuanto al abuso obstétrico se refiere es el realizado por Ivon Martínez y Angie Riaño desde la especialización de gerencia de la calidad y auditoria en salud de la Universidad Cooperativa de Colombia en Bogotá. En donde se les hizo una encuesta a 180 mujeres en estado de posparto y a 82 integrantes del personal médico en el año 2019. Como en esta situación se están relacionando las acciones dirigidas a la mujer con la violencia directa que pueda sufrir durante su proceso, se tomarán en cuenta los resultados expuestos desde las prácticas y procedimientos dirigidos hacia la mujer durante su trabajo de parto, aunque como se explicó anteriormente la violencia directa no está ligada solamente a un abuso físico, si se visibiliza de mejor manera mediante este.

Continuando con lo anterior en la investigación realizada por las dos autoras se dio cuenta de que a un 77.08% de las mujeres se le realizó una rotura artificial de las membranas sin su debida y plena explicación, por lo tanto, sin un consentimiento explícito. Mientras que en el procedimiento de episiotomía al 7,78% de las mujeres que les fue explicado el procedimiento, al 4,44% no se le administró anestesia local, entonces a las mujeres que no les fue explicado el procedimiento el 58,89% no les fue aplicada anestesia local durante la episiotomía. Lo que quiere decir que al total de 150 mujeres que les fue realizada la episiotomía a un 85,33% no

les fue explicado el proceso y a un 76% no les fue suministrada la anestesia local. En cuanto a la maniobra de Kristeller, el 20% total de la muestra se le fue realizada esta técnica y al 52% no les fue explicado el procedimiento, por lo tanto, no hubo consentimiento pleno y consciente.

Estas cifras demuestran, por medio de tres de las técnicas más reconocidas dentro de la obstetricia y concebidas como métodos de emergencia durante la labor de parto e irónicamente los más recurrentes en el mismo, que la violencia directa efectivamente se encuentra presente en la mayor parte de los procesos naturales de las mujeres, en este caso más específico, el momento de dar a luz. Sin incluir las implicaciones simbólicas, psicológicas y emocionales que esto significa en la vida de la mujer, su hijo/a y su acompañante. Por ende, es relevante dar el debido reconocimiento a la necesaria reestructuración de los procedimientos y prácticas generalizadas que se han venido realizando históricamente para su debida transformación y sofisticación, una que conciba las necesidades y la dignidad de las mujeres.

Por otro lado, se puede evidenciar la incidencia de la violencia directa en la posición y vivencias de las mujeres de manera más empírica y aterrizada con respecto a la ginecología y obstetricia, esta información la conseguimos en las respuestas que se obtuvieron por medio de la encuesta realizada a diferentes mujeres a través de redes sociales, donde se pueden observar varios casos de violencia directa en algún proceso que hayan tenido que pasar durante su vida sexual y reproductiva junto con algunas entrevistas realizadas a distintas mujeres. Demostrando así la frecuencia y cotidianidad con la que se realizan procedimientos invasivos y violentos sobre el cuerpo femenino ya sea en el proceso de gestación, el parto, pos parto o cualquier otro procedimiento relacionado con la sexualidad de la mujer. En la encuesta se realizaron diferentes preguntas abiertas con el fin de tener información más detallada y precisa sobre la violencia obstétrica de la que fueron víctimas, a partir de estas respuestas se tiene claridad sobre la violencia directa teóricamente mencionada anteriormente.

En primera instancia vamos a catalogar la información suministrada por grupos de análisis. En este caso se reunirán todos los relatos relacionados con el embarazo y el parto de diferentes mujeres que sufrieron violencia obstétrica durante el mismo, en segunda instancia

se mostrarán los casos relacionados con violencia directa en la planificación y el uso de métodos anticonceptivos y por último se pondrán los casos relacionados con procedimientos rutinarios y de prevención.

6.1.2 Embarazo y parto

Una de las mujeres encuestadas dio a conocer que “En el embarazo de mi segunda hija en el primer control no me enviaron a obstetricia sino a ginecología y el doctor me hizo un tacto que no era necesario menos con el tiempo que tenía de embarazo” (Cuestionario 62) En este caso se denota una mala praxis desde un ámbito tanto logístico como invasivo e innecesario, lo que demuestra una lógica de control y dominio sobre el cuerpo sin ningún sustento científico, sino más bien un comportamiento basado en cuestiones culturales y estructurales que lo desencadenan.

Continuando con los relatos otra mujer expresa su situación “Cuando mi hija nació me separaron de ella y no me dejaron darle leche en las primeras horas, desarrollé una corioamnionitis en el parto, por esta razón no me dejaron darle leche pese a la solicitud del pediatra, la enfermera me dijo que iba a matar a mi hija y eso no era cierto porque mi leche no estaba infectada y ella necesitaba lactar, la enfermera me trató muy mal y me la quitó a la fuerza, esa noche no dormí.” (Cuestionario 118) En este caso se da cuenta de una mezcla entre las tres tipificaciones existentes propuestas previamente, aunque se puede denominar como violencia directa debido a las implicaciones físicas y psicológicas que conlleva la separación del bebé con la madre.

Sumado a esto una de las mujeres encuestadas relata la situación que atravesó cuando estuvo en su embarazo. “Tuve un embarazo en el que se dio un intento de aborto y no me atendieron ese día y mandaron a la casa, al otro día tuve que esperar más de 6 horas para que me dijeran que mi bebé estaba muerto y me mandaron pastillas para que yo misma hiciera el procedimiento en casa y que si no funcionaba fuera a los tres días.” (Cuestionario 156) Aunque este caso es parecido al anterior en cuanto se pueden ver de manera clara varios tipos de violencia en él, la violencia directa se ve reflejada en cuanto a los daños físicos y emocionales producidos hacia esta mujer.

Además, a los relatos anteriores se tiene este que evidencia a la violencia directa de una manera más precisa. “Durante el trabajo de parto el doctor me hizo el tacto para ver mi dilatación y me dijo "hum, usted está muy cruda" y en la sala de parto me empujaba el abdomen hacia abajo porque según él no me estaba quieta para colocarme los puntos de la episiotomía.” (Cuestionario 171) Este caso es claro a la hora de revelar la manera en que se ejerce violencia obstétrica por medio de procedimientos que se muestran abusivos y obsoletos hacia el cuerpo de las mujeres, esta es la forma más común en la cual se puede identificar la presencia de violencia directa sobre la obstetricia.

Como última experiencia se tiene esto encontrado en la encuesta realizada donde se expresa claramente la violencia directa con la que se realizó el ejercicio profesional en el momento de controles rutinarios en el embarazo. La mujer indica que se sintió agredida a tal punto de ser lastimada y sangrar gracias a un procedimiento abusivo e inadecuado. “Sí, el último control del parto me realizaron un tacto muy fuerte que me hizo manchar.” (Cuestionario 218)

6.1.3 Uso de métodos anticonceptivos y planificación familiar.

En este grupo se hallaron actos violentos de manera directa inclusive alejados de todo el proceso de embarazo y parto de las mujeres, esto demuestra el alcance de la violencia obstétrica más allá de esa visión reduccionista que se tenía sobre la misma. Tal como lo menciona una de las mujeres encuestadas “Después del nacimiento me insertaron el DIU bruscamente y me rompieron el útero fue muy doloroso.” (Cuestionario 74) Aunque no se encuentre relacionado con un proceso obstétrico es notoria la agresión física por la que tuvo que atravesar esta mujer a la hora de querer usar un método de anticoncepción, no obstante, no por eso se está exenta de sufrir algún tipo de mal trato y abuso por estar alejado de un nacimiento.

Otra situación relacionada con la anterior la vivió otra de las mujeres encuestadas, donde cuenta la experiencia que tuvo cuando quiso tomar decisiones sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar. “Si, varias en las citologías las funcionarias murmuran o juzgan al realizar el procedimiento. En otro caso en la consulta parte poner el dispositivo de planificación fue muy doloroso (algo que no me informaron) y debía estar incapacitada y no me informaron no me incapacitaron y tuve que trabajar y me desmaye del dolor.”

(Cuestionario 148) En esta situación se ven reflejadas varias de las violencias habladas sin embargo el dolor físico sobresale en el relato, reflejando el poco manejo ético que tuvo el personal médico con la mujer.

6.1.4 Procedimientos rutinarios y de prevención.

En cuanto a los procedimientos más simples también se pudo observar que existe la presencia de violencia en casos ginecológicos y no solamente desde la obstetricia, tal como en los casos anteriores existen mujeres que han sufrido agresiones en procedimientos preventivos, expresa una de las mujeres encuestadas. “Una vez leyendo cuáles eran mis derechos sexuales y reproductivos pensé que casi todos me los habían violentado de una u otra forma. Personalmente me parece muy violento que en consultas de planificación familiar/ginecología no se nos informe de TODOS los métodos que existen. Por otro lado, en una consulta para ver si tenía algún bulto o algo extraño en un seno, sentí que el doctor que me estaba examinando (que me estaba palpando el seno) tuvo una actitud extraña y morbosa. Además de esto hizo comentarios fuera de lugar después de que le dije que estudiaba sociología (ya que él me preguntó), lo cual me pareció completamente poco profesional.” (Cuestionario 10)

Esta situación igual que la anterior, refleja una de las formas más sutiles de ejercer violencia directa, debido a que en la agresión no hay presencia de dolor o abuso en el procedimiento, la violencia se expresa por medio de incomodidad y miedo durante este. “Me sentí incomoda una vez que me tactó un médico. Su trato fue grosero y sin explicarme que una hacer antes de proceder.” (Cuestionario 62)

Por último, se tiene esta vivencia por parte de una mujer encuestada que tuvo que llegar incluso a interponer una denuncia por los malos tratos por los que estaba pasando en cada revisión ginecológica. “Mi primer frotis en profamilia. Algunas de las citologías. También me practicaban las citologías con espéculos demasiado grandes para mí. Tuve que poner una queja en Cruz Blanca, mi EPS anterior, & finalmente, llevar mis propios espéculos.” (Cuestionario 81)

Siguiendo con lo anterior como resultado de una entrevista realizada a una mujer víctima de violencia obstétrica que quiere que se le nombre de manera anónima, se encontraron distintas

situaciones por las que tuvo que atravesar que violentaron y agredieron de manera directa, ella cuenta que fue mamá a los 18 años razón por la cual sintió una mayor presión y discriminación por parte de su círculo cercano y del personal médico con relación a su embarazo. Esta mujer fue atendida por medio de su EPS por lo que la atención que recibió no la percibió como una de las más adecuadas, aunque en comparación con la vivencia que pudo presenciar de otras madres, siente que estuvo en condiciones adecuadas.

La mujer declaró “Entré a la cita que te tienen para que te miren como vas y cómo va la evolución y me tocó con una ginecóloga, a mí me dijeron póngase la bata, pero pues yo nunca tenía ni idea que era el tacto, que era todo eso, me dijeron “la voy a revisar” siempre cuando me revisaban me miraban la barriga cómo estaba el bebé, nunca me tocaban en ninguna parte ni nada, cuando fue que me abrió las piernas y me hizo el tal tacto. Qué horror eso fue lo peor me acuerdo que pegue tremendo grito, que dolor tan terrible... me dice estás acompañada, que entre tu mamá y me dice la ginecóloga “mañana la vamos a desembarazar” (Anónima, 11 de noviembre de 2018)

En esta declaración se evidencia un alto grado de violencia y agresión sobre el cuerpo y el proceso de parto por el que estaba atravesando la mujer, gracias a la flexibilidad que la entrevista permite se pueden observar detalles particulares que permiten comprender de manera más realista lo que significa la violencia directa con relación a los procedimientos y acciones desde la rama de la obstetricia y la ginecología. Continuando con la declaración que da esta mujer sobre su experiencia expresa otro momento donde sintió vulnerados sus derechos y bienestar.

“No pasaron ni 15 minutos cuando el monitor de Elena empezó a sonar y las enfermeras dijeron que le había dado taquicardia, el medicamento a mí me volvió...me enceguecí entonces cuando me desperté me estaban desconectando, subieron las barandas de la camilla y me dijeron le tocó hacerse una cesárea de emergencia y yo no quería les pregunté que por qué, me entraron. Antes de que pasara todo eso me dijeron abra las piernas, acomódese me trajeron un palo grandísimo de aluminio y me iban a romper la fuente yo estaba toda sedada no sentí nada, pero yo de ver las caras que pusieron las otras muchachas dije ¡Dios mío qué horror!” (Anónima, 11 de noviembre de 2018)

6.2.-Violencia cultural.

En este apartado se analizará a la violencia obstétrica desde la perspectiva de la violencia cultural y lo que esto significa en el ejercicio de la misma, para ello se va a hacer una revisión bibliográfica de distintos manuales que se pueden encontrar de manera física sobre ginecología y obstetricia con el objetivo de hacer una comparación conceptual y reiteradamente cultural sobre la práctica histórica que se han realizado bajo esta profesión.

6.2.1 Resultados de la revisión de manuales médicos.

En un inicio se enfocó la mirada en la introducción de uno de los manuales, editado por una mujer. En su primer capítulo, dedicado a la historia clínica, afirma lo siguiente:

Siempre hay que tener presente que la mujer es un ser muy especial, dadas las cualidades que la caracterizan: delicada, susceptible, temerosa, aprensiva, pudorosa, prevenida, débil. Cualidades estas que hacen más evidentes cuando tienen que enfrentar la consulta ginecológica, más aún si es su primera cita con la especialidad. Esta circunstancia exige una actitud profesional, igualmente muy especial, de tal manera que, desde el primer contacto, al ingresar al consultorio, en el saludo, hay que hacer gala de amabilidad, calidez, respeto cortesía, consideración, paciencia y receptividad, para así lograr su confianza, tanto en el sentido de que ella crea en las orientaciones, recomendaciones, mediación e indicaciones, como en el sentido de que se sienta en la libertad de expresar todas sus dudas e inquietudes. (Zamudio y Ramos, 2015:14)

En este apartado se puede ver la influencia que tienen los imaginarios y connotaciones culturales y sociales que recaen sobre lo que se percibe como mujer y lo que no, estas visiones de género empiezan a determinar las formas en las que las mujeres empiezan a ser tratadas desde un ejercicio médico y profesional, sin dejar de lado el hecho de que las personas que hacen parte de esta rama no dejan de estar inmersas en estas concepciones de mundo y de mujer. Esta visión de delicadeza y fragilidad puede ser contraproducente ya que infantiliza y minimiza las capacidades de decisión y acción que tienen las mujeres sobre su propio cuerpo y proceso.

Por otro lado, en uno de los manuales revisados se encontró una de las maneras en las que se deben preparar a las mujeres antes de realizar algún tipo de revisión ginecológica u

obstétrica, los profesionales expresan que previo al examen es necesario “Informar a la paciente en qué consiste el examen y como debe ser su mejor actitud para que no le cause molestias o estas sean mínimas. Debe estar relajada y tranquila, la vejiga debe estar vacía, explicarle que al pujar fuertemente se dilata su vagina, permitiendo así la aplicación del espéculo con facilidad y sin molestia, lo mismo que el tacto vaginal (Zamudio y Ramos, 2015:17) Esto se puede percibir como lo adecuado en términos éticos y profesionales, no obstante se tiene que aunque este tipo de indicaciones se encuentren estipuladas como necesarias en manuales y ejercicios médicos, en muchas de las revisiones cotidianas se siguen presentando casos de agresión y vulneración a los derechos de las mujeres, ignorando las recomendaciones y las pautas estipuladas demarcando la diferencia que existe entre la teoría ideal y la realidad del tema.

Continuando con la revisión, un hallazgo interesante que se pudo encontrar para el análisis fue el de la presencia de sólo un manual de los consultados, que hace referencia a métodos de anticoncepción naturales, como el “método de la lactancia”, “métodos basados en el conocimiento de la fertilidad de la mujer”, “métodos de índice simple”, “métodos basados en los cambios en moco cervical” o el “método de índice múltiple” (Pérez, M.P. y Massey, A.Y. 2015). El hecho de que sólo se hayan encontrado estos nuevos conocimientos alternativos sobre la manera de planificar en las mujeres demuestra la supremacía occidentalizada y eurocéntrica que se tiene sobre la ginecología y el cuerpo de las mujeres, ligando este conocimiento a algo secundario y con menos reconocimiento científico. Lo curioso de este hallazgo es que el manual está escrito por dos médicas, lo que podría ser un indicio de un cambio en el paradigma y prevalencia masculina en la forma de desarrollar estos dos campos en la medicina. A pesar de todo, estas ideas no se encuentran desligadas de prejuicios y concepciones moralistas que rodean a la sexualidad femenina ya que estos conocimientos se enfocan sólo a la planificación para aquellas mujeres con pareja estable.

Ahora bien, uno de los manuales consultados (Usandizaga y de la Fuente 2010), contiene tres capítulos que no se han encontrado en otros, con un cierto nivel de detalle: Ginecología psicosomática (la paciente siente que tiene algún problema, pero físicamente no se corrobora), agresión sexual y violación y problemas éticos y legales en el ejercicio de la

profesión obstétrico-ginecológica. En el caso de violación, se afirma *“antes y durante la atención médica, es necesario preservar la intimidad. En cualquier caso, no se debe prejuzgar sobre la actitud de la presunta violada, aunque es bien cierto que, en determinados casos, la víctima o supuesta víctima puede incurrir en falsedades, el médico está obligado a aceptar, en principio, que lo que dice es verdad”* (pp. 1326). En el capítulo sobre ética, se abordan los temas de “deontología”, “bioética” y “objeción de conciencia”. En cuanto a los dilemas bioéticos, se destacan: derechos del embrión y del feto, el aborto, el consejo genético, la reproducción asistida, inseminación artificial, fecundación in vitro, maternidad subrogada, clonación, terapia genética y esterilización. Otros capítulos, hacen referencia a la mala práctica, responsabilidad penal y civil (demandas, consentimiento informado, seguro de responsabilidad civil). En cuanto a las demandas, se destacan las más comunes: omisión de asistencia, errores de diagnóstico, errores de tratamiento, errores quirúrgicos y falta de consentimiento (pp.1339); no aparece citada la omisión de información o el mal trato psicológico.

En este manual tal como se dijo anteriormente se encontraron diferentes secciones que no fueron halladas en otros que fueron estudiados, sobre todo el último capítulo donde se dan indicaciones y recomendaciones sobre el cómo realizar y ejercer la profesión desde una mirada ética y profesional. Esto es de suma importancia ya que es algo que debería ser considerado como indispensable en cada uno de los libros y textos que aporten al aprendizaje del especialista que esté en formación, ya que brinda herramienta tanto jurídico como legales sobre cómo tratar casos sensibles, además de garantizar la calidad de vida y el bienestar de la paciente que se encuentre bajo su manejo.

Otro manual de los consultados para el análisis (Secaduras, M.A. et. al. 2003) no ofrece ninguna pauta de atención psicológica o cuidado y acompañamiento emocional en los casos de violación. Ni siquiera en el apartado “exploración de la víctima”, donde se detallan los procedimientos, sin ninguna otra consideración. Tal como se mostró con la revisión del manual anterior, se descubre que en la mayoría de los manuales no existe esta sección de acompañamiento y apoyo a los procesos emocionales y psicológicos de las mujeres

atendidas, lo que se traduce en una prevalencia a los procedimientos tecnificados y cientificistas en vez de la manera en la que se pueden adaptar a la comodidad de las mujeres.

En otro orden de ideas, se tiene que, en el manual escrito por Cruz, J. (2003) Todavía se manejan los conceptos de “frigidez” o “histeria”, que fueron utilizados ya hace un tiempo para identificar y adjetivar a las mujeres que no estaban dentro de los cánones estipulados como comunes o normales. Aunque es un manual relativamente antiguo, los avances que ha habido en medicina y psicología consideran obsoletos e incluso denigrantes este tipo de conceptos para referirse a alguna problemática por la que esté pasando la mujer. Igualmente, en otro apartado denominado como “aspectos sociales de la ginecología”, apenas se pueden leer tres párrafos, que terminan concluyendo: “los ginecólogos hemos de tener una ética profesional exquisita en el ejercicio de nuestra labor, dado que esta tiene una potencial repercusión social muy importante” (p1264). Siendo este un apartado donde se pueden aclarar y enseñar con más profundidad los aspectos sociales relacionados con la práctica médica, el pequeño comentario expuesto por el autor resume la poca importancia que se le ha dado al tema de acompañamiento y análisis psicosocial que requiere el trabajo con seres humanos y en el caso de la ginecología y obstetricia con mujeres.

Continuando así con lo propuesto, en vez de encontrar aportes sobre la relación entre el personal médico y la paciente, junto con los mecanismos y herramientas para abordar los procedimientos y las practicas realizadas en esta labor sobre las mismas, se hallaron manuales que tenían el objetivo de blindar al personal médico y de salud contra cualquier inconformidad o crítica sobre el ejercicio médico. Donde se esperaría leer “realice una atención profesional y ética y no se preocupe”, se pueden encontrar recomendaciones médico-legales más complejas, para salvaguardar la praxis médica (Lorenzo y Montero 2003:1835-1842) Lo que conlleva a pensar que la posición de resguardar las viejas prácticas desde la profesión se sobrepone a pensar en una transformación estructural de las relaciones sociales, psicológicas y emocionales que existen entre el personal médico y la mujer.

Es así como sólo se ha encontrado en los manuales un apartado específico sobre la “Relación Médico-Paciente” (Zamarriego, 2003). Sin embargo, recoge afirmaciones como esta:

Los médicos veteranos y con muchos años de ejercicio profesional recordamos, no sin cierta añoranza, los tiempos, ya definitivamente pasados, en los que la relación médico-paciente se basaba en la confianza total del paciente hacia su médico-amigo, lo que derivaba en la aceptación sin reservas, a veces demasiado simplista, de las recomendaciones y sugerencias que el médico le daba. Era una relación, pues, basada en la protección del médico, que el enfermo aceptaba gustoso (principio de beneficencia) en el convencimiento del superior conocimiento del profesional, al que profundamente respetaba y que tenía sus raíces en la ya citada confianza, que era, sin duda, mutua. (Zamarriego, 2003pp. 1843)

Este párrafo es un claro ejemplo de lo que la violencia cultural representa en el abuso obstétrico y ginecológico. La aceptación sin cuestionamientos sobre lo que el especialista considera adecuado bajo su conocimiento estandarizado es lo que ha generado que la violencia obstétrica no sea vista como una violencia de género en sí misma y por lo tanto sea sancionada social y jurídicamente. Es por esto que para que se sigan reproduciendo estos patrones de comportamiento agresivos frente a las mujeres debe existir una legitimación y aceptación inconsciente sobre lo que el conocimiento impuesto dictamine como correcto. Empero el mismo autor momentos después de dar este mensaje menciona otra visión de lo que puede ser la relación entre ambas partes.

El paciente, basado en el principio de autonomía y en defensa de su propia dignidad, tiene derecho a ser tratado siempre con respeto e incluso con la máxima paciencia y generosidad. Debe dar el consentimiento plenamente informado y aclaradas todas sus dudas y vacilaciones, valorará el beneficio de aceptar la prudente propuesta del médico en el que confía y el riesgo de rechazar aquello que se le plantea para su propio beneficio (...) reservándose siempre el derecho de revocar dicho consentimiento hasta el momento mismo de la intervención. (Zamarriego, 2003:1848):

Con respecto a la influencia de la perspectiva económica con base a la violencia cultural, se encontró que los manuales observados se hacía referencia a la evaluación económica de la asistencia sanitaria, es decir, hacer un balance de costos y beneficios, que podría generar desigualdades de clase (Artells, J.J 2003) Lo cual indica que las condiciones socioeconómicas de la mujer determinan la manera en la que es concebida social y culturalmente por ende el trato también se ve configurado por los mismos elementos.

Así mismo, en un capítulo titulado “Control de calidad y oportunidades de mejora en obstetricia y ginecología”, todo se centra en la mejora de los sistemas de gestión y no se tiene en cuenta una mejor atención personal o un mejor trato (Santamaría R. 2003). En los 103 indicadores de calidad de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, no se encuentra ninguno relacionado con el buen trato y la buena atención a las pacientes (Santamaría R. 2003:1873-1875). En conclusiones: incluir indicadores de satisfacción en las mediciones de calidad de los servicios obstétricos y ginecológicos. Manifestando así la necesidad de mejorar el servicio de salud pensado desde estándares netamente tecnificados y mecanizados, dejando a un lado las necesidades psicosociales de las pacientes que hacen parte de dicho proceso, invisibilizando y minorizando la percepción de las mismas en la mejora de calidad.

Igualmente, en un capítulo específico sobre el “Trabajo de parto y parto”, no se encontró ninguna referencia al acompañamiento de la mujer, sino sólo procedimientos mecánicos que deben efectuarse (Cortés. et. al. 2013:37-52). En el capítulo “Puerperio y lactancia” de este mismo manual, sí se habla de la “depresión post-parto”, de manera muy breve (pp. 55). Lo que consolida la visión escasa que existe sobre las propuestas y decisiones que pueden tener las mujeres sobre sí mismas y sus exigencias, lo que se traduce culturalmente en una limitación en la creencia de estas en apoderarse y apropiarse de sus propios deseos y decisiones.

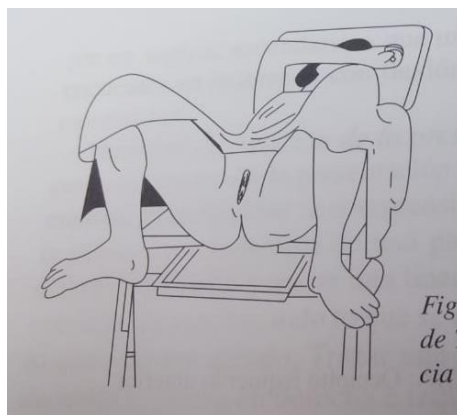


Figura2: Posición ginecológica, de litotomía o de Trendelemburg (Saldarriaga, W. 2010:252)

La imagen mostrada anteriormente es otra de las formas de representar la manera en la que es visto el proceso del parto o de revisión ginecológica por parte del personal médico encargado de ilustrar el momento, se puede ver una posición de incomodidad y de dolor de

manera gráfica y visual, por ende, las visiones y los procedimientos desde la ginecología y obstetricia son desarrollados bajo este imaginario.

En los últimos manuales estudiados se evidenció un aspecto relevante para identificar la presencia de abuso y agresiones en la obstetricia y ginecología desde la mirada de la violencia cultural, como lo es el uso de algunos procedimientos auxiliares en un proceso de parto “normal” o considerado de bajo riesgo: Aunque se dice que es un procedimiento auxiliar se afirma que la episiotomía “se emplea en la mayoría de las primigrávidas” y también en gran número de multíparas. (Benson RC 1977:132) lo cual trae a colación el uso excesivo de procedimientos invasivos propuesto para casos de emergencia que pongan en riesgo la vida del bebé o la madre.

En el mismo manual de Benson RC (1977) se encuentra un capítulo en específico sobre aspectos emocionales del embarazo en el que se afirma “las falsas creencias, los tabúes, y las supersticiones acerca de la función menstrual, la práctica sexual y el parto, son todavía causas de infundado temor e incertidumbre en muchas mujeres. Por otro lado, gran parte de las enfermedades obstétricas y ginecológicas son inducidas o agravadas por factores emocionales” (Pag428) Este mismo manual ha sido el único encontrado que dedica un capítulo a las atenciones del parto a domicilio. Indicando las contraindicaciones, ventajas y desventajas, principios de actuación y requerimientos físicos y de material.

En resumen, se puede decir que en el ejercicio de violencia obstétrica se puede determinar una cultura propia del sector médico y de salud, en particular sobre la ginecología y obstetricia, dicha cultura es la encargada de legitimar y justificar los protocolos y practicas concibiéndolas como normales y apropiadas para materializarlas sobre los cuerpos femeninos y sus procesos cíclicos y de vida. Es por este motivo que se considera importante entender la relevancia de esta distinción del concepto de violencia ya que permite deslumbrar más detalladamente lo que puede significar en la relación entre las mujeres y el personal médico encargado de acompañar sus procesos.

6.3.-Violencia simbólica.

En esta sección se relacionarán los conceptos de violencia simbólica con el ejercicio de violencia obstétrica a través de las vivencias de diferentes mujeres que declararon sus experiencias durante su embarazo, parto, entre otros procesos relacionados con la ginecología y la obstetricia. Esto con el fin de evidenciar las condiciones externas que intervienen de algún u otro modo en la presencia de violencia en las diferentes etapas de la sexualidad de las mujeres, elementos políticos, económicos y sociales se denotan de manera más clara en las vivencias particulares de las mujeres, estas declaraciones se hallaron por medio de la encuesta virtual realizada y a través de algunas entrevistas hechas a mujeres que están relacionadas con la violencia obstétrica o que tienen conocimientos sobre el tema.

En un primer momento se retomarán las respuestas dadas por medio de la encuesta que representen o caractericen algún suceso que indique violencia simbólica durante algún momento de su vida sexual o reproductiva. Estas respuestas serán categorizadas en grupos de análisis que permitan una mejor comprensión de las mismas, el primero hace referencia a sucesos ligados al parto o embarazo, por segundo grupo se tienen las declaraciones relacionadas con sexualidad y métodos anticonceptivos y el tercer grupo hace referencia a los procedimientos rutinarios y de prevención.

6.3.1 Embarazo o parto

Es así como una de las mujeres encuestadas expresó que había sido víctima de comentarios que la hicieron sentir vulnerada y violentada durante su trabajo de parto. “Si, cuando tuve a mi primera hija me dijeron que me iban a quitar el útero si no me quedaba quieta.” (Cuestionario 3) Este comentario es una fiel muestra de lo que significa la violencia simbólica que se encuentra tan interiorizada que se convierte en algo casi imposible de identificar como tal, aunque en este caso se puede ver de manera expresa el vocabulario violento, la intención con la que se realiza es realmente lo que la identifica como una modalidad de violencia simbólica.

Sumado a lo anterior se tiene esta declaración “Si, una vez en un control una enfermera me regañó por ser madre joven e incluso me remitió con acompañamiento psicólogo porque no creía que en serio quisiera tener a mi bebé.” (Cuestionario 77) En esta situación la mujer se ve sometida a una especie de presión psicológica y emocional sin realmente tener una base que justificara el trato por el cual tuvo que atravesar, esto responde a lógicas estructurales que generan un pensamiento consciente o inconsciente sobre lo que se considera correcto o no para entrar en lo estipulado social y culturalmente como buena madre.

Asimismo, otra de las declaraciones encontradas fue esta donde una mujer cuenta que “En la sala de parto, cuando iba a nacer uno de mis hijos, el médico decía que las mujeres eran escandalosas al momento de parir, que les deberían poner anestesia en la garganta para que no gritaran.” (Cuestionario 100) Este tipo de comentarios realizados desde una posición de poder recalcan el hecho de la dominación que sufren las mujeres de manera sistémica sobre su manera de expresar y dar a conocer su inconformidad y dolor, esta dominación como se ha explicado anteriormente, se encuentra sostenida bajo preceptos e imaginarios impuestos de manera social y cultural, lo que vuelve más compleja la manera en la que se pueden erradicar del pensamiento y entendimiento colectivo.

Al mismo tiempo, otra mujer cuenta la experiencia que tuvo con su primer parto “Cuando tuve mi primer hijo algunos integrantes del personal médico me cuestionaron mucho por ser madre joven y empezaron a opinar sobre qué debía hacer y qué no. Terminaron diciendo 'no la queremos ver el otro año con más hijos', la recomendación de la planificación es certera, pero creo que podrían haberlo dicho de forma más asertiva.” (Cuestionario 96) Aquí se da cuenta de una situación que presupone las condiciones en las que se debe presentar o suceder la maternidad de una manera “correcta” lo interesante del caso presentado, es la naturalización que se le da por parte de la mujer al comentario que la hace sentir violentada y agredida, demostrando lo sutil que puede ser este tipo de violencia.

Del mismo modo otra de las mujeres que respondieron la encuesta dio a conocer “Cuando estaba esperando turno para pasar a la sala de cirugía durante la cesárea el médico encargado de mi procedimiento dio la orden de trasladarnos (a todas las que estábamos esperando para pasar a la sala) a otro hospital porque solo había una sala disponible y él estaba esperando a la esposa de su primo.” (Cuestionario 101) En este aspecto, aunque no se haya evidenciado

una violencia dirigida estrictamente a las mujeres que se encontraban en el lugar, se tiene como consecuencia una superposición de intereses personales por encima de la dignidad y del bien común que debe existir en la relación entre médico y paciente. Este tipo de casos demuestran que la violencia obstétrica no sólo se encuentra relacionada con algún acto de abuso o algún comentario denigrante, sino que responde a lógicas más complejas que la determinan.

Otro aspecto a tener en cuenta cuando se habla de violencia simbólica es la alusión que se puede hacer hacia las convicciones de las mujeres que sustentan el actuar y sus decisiones, en este caso una mujer cuenta la manera en la que se intentó incidir en sus deseos, minimizando sus creencias y visiones de mundo. “La insinuación a interrumpir por mis conversaciones y creencias, quería mi hijo.” (Cuestionario 111) Está claro que la mujer tiene derecho a expresar libremente sus creencias y así mismo a decidir qué hacer consigo misma y su cuerpo.

Siguiendo con las declaraciones dadas por las mujeres, se encontró un caso presentado fuera del país, la mujer cuenta lo siguiente: “En México un médico en una clínica privada me trató de irresponsable porque yo me conmocioné al decirme que estaba en embarazo a pesar de tener el DIU. Me angustié y me puse a llorar y solo decía que tenía que asumirlo. Obviamente yo no quería un embarazo y pensé en irme a una clínica de aborto legal en el DF. Posteriormente, al ir a otro médico, notó que estaba inflamado el duodeno por el DIU y no era un feto como me había dicho el primer médico” (Cuestionario 147) Aunque el criterio y el diagnóstico de algún especialista puede estar equivocado, la manera en la que puede afectar a la mujer de manera física y emocional, va más allá de una mala valoración y revisión médica. Por esto es esencial tener presente los principales criterios éticos y profesionales para que la violencia simbólica deje de estar presente en este tipo de casos.

Los comentarios y el lenguaje utilizado por parte del personal médico hacia las mujeres puede ser clave para determinar si se ha sido víctima de violencia obstétrica. La forma en la que se realizan comentarios hacia las decisiones y condiciones de las mujeres pueden configurar la presencia de violencia simbólica durante el ejercicio obstétrico o ginecológico. Tal como lo dice una de las mujeres encuestadas, quien sufrió comentarios ofensivos y discriminantes hacia sí misma. “Sí, en mi primer embarazo los médicos se burlaban de mí por haber quedado

en embarazo tan joven e insinuaban que era una mujerzuela. En el parto me aseguraron que debía tener miedo porque eso me iba a doler mucho por poner a abrir las piernas (Cuestionario 156)

El caso de las inducciones de parto se puede decir que es una de las formas de violencia obstétrica menos cuestionadas y más sutiles que existen dentro de esta violencia, debido a que los criterios que son utilizados para tomar esta decisión recaen especialmente en los conocimientos impositivos de los y las obstetras a cargo del proceso. “Cuando quise saber por qué me inducirían el parto, los profesionales reaccionaron defensivamente diciendo que bajo mi responsabilidad dejaban la decisión de irme a casa y esperar los síntomas, sin comprender mi punto de vista y querer estar bien informada de lo que implicaría la inducción.” (Cuestionario 204) Esto en el caso de la violencia simbólica se ve reflejado en la actitud del personal médico frente a los deseos y requerimientos de la mujer sobre su propio cuerpo, por ende, su proceso de parto.

Teniendo en cuenta la influencia de los comentarios dentro de la violencia simbólica y la importancia del uso de lenguaje apropiado para referirse y entablar las relaciones entre la mujer y el personal médico, se hallaron esta serie de declaraciones que ponen en evidencia la presencia de violencia simbólica que se encuentra inmersa en una problemática generalizada.

Tabla 1 OTRAS DECLARACIONES RELACIONADAS CON LA VIOLENCIA SIMBÓLICA

¿Ha recibido comentarios ofensivos, humillantes, discriminantes, en algún ejercicio médico sobre su salud sexual y reproductiva? si es así cuéntenos
“Si en el nacimiento de mi hijo por su labio y porque no le bajaron los testículos el médico dijo de forma despectiva que no sabía si era niño o niña.” (Cuestionario 214)
“Sí, durante el parto me trataron de cochina por no depilarme.” (Cuestionario 218)
“Si, porque era madre tan adulta, mejor dicho, muy vieja para tener hijos” (Cuestionario 219)
“Pues cuando quede embarazada me trataban como china bruta porque no se cuidó, no con esas palabras explícitas, pero pues tonta no soy.” (Cuestionario 228)

6.3.2 Métodos anticonceptivos, planificación familiar.

Estos casos que se van a presentar a continuación están relacionados con la toma de decisiones pertinentes sobre la sexualidad propia de las mujeres encuestadas y la libertad de elección sobre sí mismas y su cuerpo. “La primera asesoría fue un poco agresiva pues el profesional hombre no estaba de acuerdo con mi decisión de planificar.” (Cuestionario 153) Cuenta una de las mujeres, explicando de una manera implícita la manera en la que se sintió vulnerada a la hora de decidir sobre su sexualidad, en esto vemos reflejado el juicio moral que se tiene con respecto al goce y placer femenino diferenciado de la reproducción. Tal como lo expresa más adelante otra de las mujeres entrevistadas donde se hace alusión a su vida sexual como calificativo de valor y respeto. “Si, hacen que me sienta menos por no tener virginidad.” (Cuestionario 24) Esto es otra muestra de lo que la violencia simbólica puede representar.

Continuando con las expresiones de violencia simbólica hacia las mujeres con los comentarios dados por algunas de ellas, se da cuenta de que los calificativos y las ideas que se tienen con respecto al deber ser de la sexualidad de las mujeres, se denotan más comentarios que se refieren a la vida sexual activa de las mujeres. “Con respecto a la edad en la que tuve mi primera relación sexual, he recibido miradas y ciertos cambios de actitud por parte de los profesionales” (Cuestionario 41) “sí. Cuando preguntan el número de compañeros sexuales siempre miento para evitar los comentarios de mal gusto o las generalizaciones absurdas sobre la promiscuidad.” (Cuestionario 81) Este tipo de información resulta muchas veces innecesaria para el control o el procedimiento que requiera la mujer, sólo responden a lógicas estructurales y culturales que determinan el trato o no de estas.

Por otro lado, algunas mujeres declararon recibir comentarios por el extremo de decidir no usar ningún método hormonal o convencional para planificar, una de ellas cuenta “Sí... ¡Por no usar métodos anticonceptivos... Frases como “es que se quiere dedicar a la maternidad!” (Cuestionario 95) Este tipo de comentarios presentan un lenguaje denigrante hacia la mujer ridiculizando sus deseos y decisiones propias, el concepto de maternidad queda dirigido hacia una población específica que responda a una edad y condición socioeconómica consideradas

como aptas para esta, además, de poner a la maternidad como una condición limitante y patologizada de la mujer.

Como se mencionó anteriormente otra mujer da cuenta de otro tipo de situación relacionada con la idealización de la maternidad como proyecto femenino. “No como tal ofensivos, pero si me incomoda mucho que cuando expreso deseo de no tener hijos siempre me digan que tengo que tenerlos pronto, que estoy ya mayor, que luego me voy a arrepentir y comentarios por el estilo.” (Cuestionario 244)

Los temas de abuso y acoso sexual también se pueden presentar dentro del ejercicio de la violencia obstétrica respondiendo a lógicas simbólicas y culturales que determinan este tipo de comportamiento hacia el cuerpo de las mujeres. “Un profesional también hombre al realizar un chequeo por una infección urinaria se dirigió hacia a la enfermera haciendo un comentario sexual sobre mi parte íntima.” (Cuestionario 153) Este tipo de situaciones pueden tornarse riesgosas debido al nivel de legitimidad que tiene el actuar médico en el campo social.

También existe una modalidad dentro de la violencia simbólica que se puede presentar durante el ejercer profesional médico y es la de alterar la conciencia y raciocinio de la mujer haciéndole creer que las decisiones que ella toma para sí misma se encuentran equivocadas o erróneas al punto de hacerlas dudar de su criterio, generalmente las decisiones que tome la mujer sobre si misma deben estar avaladas y apoyadas por otra figura de poder principalmente masculina para que se consideren como válidas. Tal como lo expresan algunas mujeres a continuación.

Tabla 2 OTRAS DECLARACIONES RELACIONADAS CON LA VIOLENCIA SIMBÓLICA

¿Ha vivido alguna experiencia violenta con respecto a tu salud sexual y reproductiva? Si es así cuéntenos
“El método de planificación que usé después del embarazo me hizo aumentar de peso... La enfermera me dijo que no era cierto que mejor me remitía a psicología.” (Cuestionario 171)

“Sí que por qué no planificaba con pastillas desconociendo mi PTI poco seguimiento y poca información sobre otros métodos y recriminaciones ante el uso del preservativo.” (Cuestionario 175)

“Cuando decido planificar de forma definitiva el médico me pidió una carta firmada por mi esposo autorizando el procedimiento. Lo que me molestó porque es mi cuerpo, mi decisión.” (Cuestionario 251)

6.3.3 Procedimientos rutinarios y de prevención.

En estos casos se hace evidente la naturalización que se presenta en la violencia obstétrica debido a las condiciones sistemáticas y estructurales propias de la violencia simbólica, en esta declaración una mujer cuenta “Cada vez que asisto al ginecólogo siento miedo debido a mi condición médica a salir lastimada o ser juzgada” (Cuestionario 4) Donde se exterioriza la condición de vulnerabilidad que se transmite en cualquier procedimiento ginecológico u obstétrico como si el dolor y la incomodidad fueran indispensables en estas especialidades.

Tal como lo dice otra de las mujeres encuestadas “Cuando tomé la decisión de hacerme la Histerectomía la doctora me decía: “Estás segura, estás muy joven y qué tal quieras tener más hijos” yo enfática le dije: ya tengo 2 hijos y me operé para no tener más, así que es mi decisión sáqueme todo esto doctora que la anemia por los sangrados por miomas me está matando.” (Cuestionario 133) Se vuelve a poner en duda los requerimientos y exigencias de las mujeres sobre su propio proceso y su bienestar, basados en elementos culturales y sociales sin ningún fundamento científico que lo sostenga.

En otra ocasión una mujer comenta “Cuando me hicieron la citología la doctora me trato súper mal porque yo tenía mucho miedo a tal punto que, ya que sufro de ansiedad y ella no me ayudo, termine desmayándome.” (Cuestionario 20) es así como la salud mental y emocional de la mujer queda subyugada a un segundo plano, complicando el procedimiento convirtiéndolo en algo tortuoso y desagradable para las mujeres.

Los comentarios agresivos son la fuente principal que tiene la violencia simbólica para expresarse, es así como diferentes mujeres cuentan cómo fueron víctimas de violencia obstétrica por diferentes comentarios sexistas y denigrantes por parte de los especialistas y

el personal, en la siguiente tabla se dará muestra de algunas de las respuestas hechas por las mujeres encuestadas.

Tabla 3 OTRAS RESPUESTAS SOBRE SENTIMIENTOS NEGATIVOS EN PRÁCTICAS GINECOLÓGICAS

¿Ha sentido miedo, incomodidad, dolor en algún procedimiento ginecológico?
“Si. Tenía miedo de realizarme la citología debido a mi historial con los tabiques vaginales y los doctores se burlaban de mi al escuchar esto, ya que decían que era gracioso que no me diera miedo "meterme un pene grande" y si realizarme un examen de rutina.” (cuestionario 4)
“En una ocasión, asistí a una revisión porque sangraba en la relación sexual, la doctora revisándome fue bastante tosca al decirme que mi vagina estaba rasgada, obviamente me preocupé, pero ella lo dijo como si diera igual. En la misma cita me dijeron por primera que tenía ovario poli quístico, la ginecóloga fue bastante tosca al mencionar que eso no era un método, que las niñas se confiaban y que por eso se embarazaban, que no me confiara.” (Cuestionario 53)
“Si, la doctora al decirle a mi mamá que mi vph no se contagiaba porque si de forma humillante.” (Cuestionario 68)

La falta y omisión de información también es una modalidad de violencia obstétrica que corresponde a la violencia simbólica ya que se considera que la mujer no está en la capacidad ni en la necesidad de comprender los procesos y los requerimientos dirigidos a sus necesidades, provocando acciones arbitrarias e invasivas muchas veces sin el consentimiento pleno y consciente de las pacientes.

Tabla 4 OTRAS RESPUESTAS CON BASE A COMENTARIOS NEGATIVOS DURANTE ALGUNA REVISIÓN GINECOLÓGICA.

¿Ha recibido comentarios ofensivos, denigrantes, humillantes en alguna revisión ginecológica?
“Si, la primera citología que me hicieron yo tenía 19 años fue por la eps. Aún no había tenido relaciones sexuales, yo ante desconocimiento me la hicieron. Al acabar el

procedimiento la dra me pregunto que cuando había tenido relaciones, le dije que no y su respuesta fue que no me deberían haber mandado ese examen. Que debido a esto seguro iba a sangrar, me dio a entender que había perdido mi virginidad con un especulo.” (Cuestionario 168)

“Si. Me querían ligar sin mi consentimiento.” (Cuestionario 173)

“Solo me manifestaron que no me realizaban la ligadura de trompas por si cambiaba de opinión, solo les ofrecían ese servicio a mujeres con dos hijos o más y a mujeres mayores de 35 años.” (Cuestionario 181)

“Cuando quise acceder a la cirugía el primer profesional que me atendió me colocó trabas. Cómo hacer una carta en donde yo explicara mi deseo y voluntad de no tener más hijos, cuando presente por segunda vez la carta en el segundo control el otro especialista que me atendió no vio la necesidad de hacer esa carta; este segundo especialista no realizaba la cirugía de la manera que yo lo deseaba que es a través de laparoscopia sino a través de laparotomía, la actitud era un tanto arrogante al solicitarle que fuera de otro modo dijo que tendría que pedir una cita con otro profesional que sí realizará la cirugía de la manera en que yo la quería. Las citas con especialistas no las dan de un día para otro son citas que pueden ser de dos a tres meses por lo cual para mí era un reproceso aparte de esto se deben radicar los documentos para la programación de la cirugía en una dirección lejana a la Ips primaria y por lo tanto decidí desistir del proceso” (Cuestionario 206)

“En la citología es común que si el especulo te lastima y te quejas, la enfermera hace el comentario " ah, pero cuando estás teniendo relaciones sexuales ahí sino te duele" es lo peor, entonces uno prefiere aguantar el dolor y listo.” (Cuestionario 211)

“Si, durante un legrado me dejaron sola sin poder hablar con nadie. ¡Me decían que porque si yo no estaba embarazada tenía un aborto, yo no sabía que estaba embarazada!” (Cuestionario 116)

En otro orden de ideas, al analizar la entrevista realizada a una mujer de 23 años en la ciudad de Bogotá que vivió violencia obstétrica durante una revisión en urgencias por problemas en su salud independiente de su sexualidad se da cuenta que de la presencia de violencia simbólica dentro de todo un sistema de salud que se encarga de juzgar a las mujeres por su sexualidad independientemente de los problemas que la aquejen.

Hace menos de un mes estuve en urgencias por un dolor abdominal bajo, desde el comienzo e médico que me vio me pareció súper grosero y cero empático. Me preguntó que, si estaba embarazada, yo le dije que no y que estaba segura de que no. Me dio ese frasquito para orinar, me dijo que iba a hacer examen rutinario. En realidad, era una prueba de embarazo porque no me creyó. Según él yo no fui muy clara desde el comienzo así que no sabía cómo diagnosticarme. Yo me sentía culpable porque igual tengo cero conocimientos en medicina así que solo podía decirle " me duele aquí". En fin, estuve como 5 horas en observación y me dijo que me iba a llevar a una camilla para examinarme otra vez, yo fui con él, me pasó una bata y me dijo que me quitara la parte de abajo... Lo hice y comenzó a meterme los dedos de una forma horrible. A mí me dolía mucho y entre más me quejaba, más bravo se ponía. Me dijo "voy a tener que hacerle con un solo dedo, es que usted es virgen o qué?". Y yo que lloraba de lo humillada que me sentía, trató de seguir y yo le dije que no aguantaba más, ¿se miró el guante y me dijo "tiene flujo" no que no tenía? Se fue, me dijo que me cambiara y que me iban a hacer exámenes de sangre ya que yo no dejaba examinarme. Su tacto vaginal fue para al final diagnosticarme cálculos en los riñones. o sea, qué era súper innecesario tocarme. con una ecografía era suficiente. Ah, a mi abuela le dijo que yo era una paciente muy difícil. (Anónima,2020)

Con este relato se pueden evidenciar que las cuestiones estructurales que permean la labor médica como las ideas políticas, económicas, sociales y culturales de las mujeres y el personal médico, influyen en la forma en que la violencia obstétrica se relaciona con cada uno de ellos, conflictuando las relaciones entre médico y paciente y generando ambientes inseguros que vulneran el bienestar y dignidad de las mujeres.

7. Relación con clase y edad.

La posición socioeconómica de las mujeres que han sido víctimas de cualquier tipo de violencia dentro del campo de la obstetricia y la ginecología puede ser un factor determinante para entender las lógicas por las cuales funciona este tipo de violencia de género y vulneración a los derechos sexuales y reproductivos femeninos. Así mismo una de las hipótesis que se maneja en conjunto es la categoría de edad como elemento influyente en el ejercicio de la violencia obstétrica en las mujeres ya que condiciona las acciones y creencias que se tiene sobre las mismas. Autores como Michel Foucault incluyeron el tema económico dentro del control del cuerpo como una de las causas del mismo.

En la actualidad la medicina entronca con la economía por otra vía; no simplemente porque es capaz de reproducir la fuerza de trabajo, sino porque puede producir directamente una riqueza, en la medida en que la salud representa un deseo para unos y un lujo para otros. La salud, convertida en objeto de consumo que puede ser fabricado por algunos laboratorios farmacéuticos, por los médicos, etc., y consumido por otros -los enfermos posibles y reales-, adquiere una importancia económica y se introduce en el mercado. De este modo el cuerpo humano se vio doblemente introducido en el mercado: en primer lugar, a través del salario, cuando el hombre vendió su fuerza de trabajo; y más tarde por mediación de la salud. Por consiguiente, el cuerpo humano entra de nuevo en un mercado económico desde el momento en que es susceptible de salud o de enfermedad, de bienestar o de malestar, de alegría o de sufrimiento, en la medida en que es objeto de sensaciones, deseos, etc. A partir del momento en que el cuerpo humano entra en el mercado por medio del consumo de salud, aparecen diversos fenómenos que provocan disfunciones en el sistema de salud y en la medicina contemporáneas. (Foucault, 1976.p357)

A partir de lo mencionado anteriormente se puede ver de manera general que el cuerpo históricamente se ha visto condicionado por la relación social y económica en la que se encuentre en su contexto, no obstante, las mujeres a través de la sexualidad han sido sistemáticamente más coaccionadas social y económicamente en cuanto a las garantías y el acceso que puedan tener al servicio de salud. En el sector de la salud se ven exponencialmente más visibilizadas estas desigualdades presentes en la sociedad. “Vemos así que la igualdad del consumo médico que se esperaba de la Seguridad Social se pervirtió en favor de un sistema que tiende cada vez más a restablecer las grandes desigualdades ante la enfermedad y la muerte que caracterizaban a la sociedad del siglo XIX. En la actualidad el derecho a una

salud igual para todos está atrapado en un engranaje que lo transforma en desigualdad.”
(Foucault, 1976.p357)

En el caso específico de la violencia gineco-obstetra que sufren las mujeres en relación a su nivel adquisitivo autoras como Cáceres y Nieves hacen un acercamiento académico sobre las condiciones que determinan el mal trato que sufren las mujeres y si su condición económica lo condiciona.

El tercer grupo de gestantes más propensas a recibir maltrato son quienes tienen bajos ingresos, habitan en estrato socioeconómico bajo, o quienes están obligadas a recibir subsidios para atención en salud. Para algunas de ellas, las posibilidades de acompañamiento por parte del familiar durante el trabajo de parto están limitadas; hay instituciones que han configurado servicios diferenciales para gestantes de estrato socioeconómico alto, donde se cumplen la mayoría de los atributos de la AHP, mientras que las gestantes de bajos ingresos tienen limitadas las visitas, los espacios físicos de deambulaci3n, el personal asignado a su cuidado, la atenci3n por especialistas y la analgesia durante el parto, entre otras. Tambi3n son m3s propensas a recibir maltrato quienes han hecho uso de medicinas tradicionales, quienes son m3ltiparas o quienes han tenido un parto anterior en casa. La mayor3a de ellas cuentan con menores ingresos, menor escolaridad o pertenecen al estrato socioecon3mico m3s bajo. En ocasiones, las tres condiciones se conjugan y los efectos de la falta de AHP se potencian.
(C3ceres, Nieves, 2017.P131)

En un primer lugar se realiz3 un an3lisis estad3stico por medio del programa SPSS en donde se usaron diferentes categor3as relacionadas con la posici3n socioecon3mica de las mujeres tales como el estrato y el nivel de ingresos con relaci3n a formas de violencia obst3trica como lenguaje ofensivo, practicas invasivas, dolor, entre otras, a continuaci3n, se mostrar3n los resultados arrojados en el an3lisis cuantitativo.

7.1.-ESTRATO

7.1.1.-S3 hay diferencia por estrato

En un inicio se observa una relaci3n entre las variables estrato y tener un ginec3logo de cabecera ($N=252$; $X^2=42,528$; $p=0.000$; $V=0.380$). En las mujeres que han respondido la encuesta, se puede observar que en los estratos 5 y 6 s3 se cuenta mayoritariamente con

ginecólogo de cabecera (64,7% y 62,5%; respectivamente), lo que no ocurre en los estratos más bajos (0% en trato 1; 6.8% en estrato 2; 17.9% en estrato 3 y 32.3% en estrato 4). Esto demuestra que el estrato al que pertenece la mujer determina la capacidad de elección sobre su cuerpo y el profesional que se encarga de su salud.

Así mismo sentirse agredida violentada, humillada en alguna institución médica o social se encuentra relacionada con el estrato al que pertenece la mujer según los datos arrojados en la encuesta (N=252; $X^2=14.051$; $p=0.007$). Se aprecia una ligera tendencia a sentir las agresiones en los estratos medios (3 y 4) más que en los bajos (1 y 2) o altos (5 y 6). Esto puede ser debido a que, respectivamente, son atendidos por las EPS, SISBEN y Prepagadas. Quizás, con una muestra mayor, se podría profundizar en esta línea de investigación, pero el hecho de no acceder a servicios privados con mejores condiciones estructurales influye en la calidad del servicio.

En cuanto al acompañamiento del padre en los procesos de embarazo y parto, vemos que es mayoritario en todos los estratos. Sin embargo, se aprecia una gran diferencia entre los estratos bajos (56,5%), los medios (77,6%) y los altos (100%) (N=114; $X^2=9.714$; $P=0.008$) Lo que puede indicar que a menor estrato se evidencia un menor acompañamiento por parte de la pareja sentimental de la mujer, lo que puede generar consecuencias como diferenciación en el trato con respecto a quien cuente con este.

Continuando con lo anterior los resultados frente a la episiotomía, un procedimiento considerado de emergencia, y la relación entre la condición económica de la mujer, dio muestra de que las mujeres encuestadas que han manifestado conocer el significado de este procedimiento son un 61.9%, por un 34% en estratos medios y un 19,5% en estratos bajos. (N=209; $X^2=11.127$; $P=0.004$; $V=0.225$) Lo que indica que el acceso a la información puede verse condicionado por el estrato en el que se encuentra ubicada la mujer.

En definitiva, se identifican tres grandes áreas en las que sí hay diferencia según el estrato de las mujeres encuestadas: atención médica (tener o no médico de cabecera y haberse sentido

violentada, agredida, humillada en alguna institución médica o social), acompañamiento del padre en los procesos de embarazo y parto y en el conocimiento (episiotomía)

7.1.2.-No hay diferencia por estrato

En cuanto a las variables que no se encuentran condicionadas por el estrato que se le asigna a la mujer se encuentra que no hay diferencia por estrato en cuanto al conocimiento o la práctica de la citología como procedimiento de prevención. Así mismo tampoco hay ninguna diferencia en el uso de anticonceptivos ($N=252$; $X^2=4.044$; $p=0.945$) ni en la experiencia con los mismos ($N=252$; $X^2=17.531$; $p=0.618$). Esto demuestra que el acceso a consultas de prevención y planificación familiar en Bogotá se encuentran disponibles, sin estar limitadas por el estrato de la mujer.

Por otra parte, en las mujeres encuestadas que han sido madres, no hay diferencia en el tipo de parto (vaginal y cesárea en proporciones similares en todos los estratos) o en el conocimiento de la expresión “posición supina” (la mayoría no la conoce). Lo que indica que en el caso de las cesáreas rutinarias como modalidad de la violencia obstétrica no se encuentra directamente relacionada con el estrato de las mujeres.

De igual modo tampoco se encontró una diferencia significativa sobre la autopercepción de las mujeres encuestadas en cuanto a su conocimiento en derechos sexuales y salud reproductiva (el 60.7% de las mujeres encuestadas manifestaron conocer algunos y el 30.2% todos). El estrato en ese sentido entonces no determina el interés de las mujeres junto con la capacidad de acceso a la información que tienen estas sobre sus derechos, no obstante, un porcentaje grande de la muestra aún presenta dudas sobre la apropiación de sus derechos sexuales y reproductivos.

Continuando con los resultados presentados en el análisis se da cuenta de que no entienden de estrato los comentarios ofensivos y humillantes (29,5% del total de la muestra ha manifestado haberlos recibido) o el sentimiento de “dolor, miedo e incomodidad” (68% del

total de la muestra). Esto demuestra que independientemente del estrato al que la mujer pertenezca puede estar sujeta a recibir comentarios humillantes con respecto a su vida sexual y reproductiva además de la normalización del dolor en los procedimientos realizados.

Por último, en el análisis realizado no se ha identificado una diferencia significativa en el conocimiento del concepto de violencia obstétrica por estrato (promedio de 11,5% información completa sobre el mismo; 44,9% información parcial; 43,2% información nula). Teniendo en cuenta estos porcentajes se evidencia que el conocimiento e información sobre la violencia obstétrica como violencia de género aún es ignorado por la mayoría de las mujeres a las que se le realizó la encuesta o presentan algún tipo de conocimiento parcializado sobre la problemática.

Como resumen se tienen tres grandes grupos donde no existe una diferencia importante entre la violencia obstétrica y el estrato al que pertenece la mujer: 1) en general, conocimiento de la citología y uso de anticonceptivos; 2) para las mujeres encuestadas que han sido madres, en el tipo de parto y conocimiento de la “posición supina” y, 3) también en general, el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, haber recibido comentarios ofensivos y humillantes o sentir miedo e incomodidad, así como el conocimiento del concepto de violencia obstétrica.

7.2.-NIVEL DE INGRESOS

7.2.1.-No hay diferencia por nivel de ingresos

En cuanto a las variables que no se encuentran relacionadas con el nivel de ingresos de la mujer, en un primer lugar se tiene que la frecuencia con la que se realizan chequeos ginecológicos con un rango de tiempo desde cada mes, año o cada vez que se necesite no se correlaciona de manera significativa con los ingresos de la misma ($N=252$; $X^2=37.565$; $p=0.010$) No obstante se reveló que el 65.4% de las mujeres con ingresos iguales al SMLV nunca ha asistido a ningún control ginecológico en comparación con el resto de mujeres con ingresos más altos.

Sumado a lo anterior otra de las variables en la que no se encontró relación sobre el nivel de ingresos de la mujer hace referencia al conocimiento del significado de citología (N=252; $X^2=2984$; $p=0.982$) esto demuestra al igual que el estrato que el nivel adquisitivo de la mujer no interfiere con el acceso a este tipo de información o al interés sobre la misma. No obstante, el 50% que no tiene conocimiento del procedimiento hace parte de las mujeres que se encuentran con menores ingresos al SMLV.

En cuanto al conocimiento sobre derechos sexuales y reproductivos también se evidencia una falta de relación con el nivel de ingresos de las mujeres. (El 50% de las mujeres con ingresos menores al salario mínimo consideran que no tienen conocimiento completo sobre el tema con respecto a un 0% de las mujeres que tienen ingresos mayores a 8.000.000 de pesos colombianos. Mientras que la mayoría de mujeres consideran que tienen un conocimiento parcial del tema con un 24.8% en ingresos entre 2.000.000 a 4.000.000)

Por otro lado, tampoco se halló una diferencia significativa en torno a la información brindada sobre cualquier procedimiento realizado a la mujer y el nivel de ingresos que posea. (N=252; $X^2=10.059$; $p=0.816$) No obstante, se evidenció que las mujeres que se encuentran en ingresos mayores a los 4.000.000 de pesos tienen información más clara y precisa sobre los procedimientos que le van a realizar en relación a mujeres de ingresos más bajos quienes presentan más dudas o información nula.

Así mismo la diferencia entre el conocimiento sobre métodos anticonceptivos y los ingresos tampoco presentó relevancia en el análisis (El 16.5% de las mujeres con ingresos entre los 4.000.000 – 6.000.000 de pesos consideran que tienen información completa sobre métodos anticonceptivos mientras que el 30.3% de mujeres con ingresos menores al SMLV consideran tenerlo.) En cuanto al uso de métodos anticonceptivos tampoco se evidenció relación con la variable correlacionada, vemos que el nivel de ingresos de la mujer no determina el acceso o no a la planificación familiar.

En cuanto a la violencia obstétrica durante el proceso de embarazo no se encontró una diferencia significativa que relacione el nivel de ingresos con la violencia ejercida hacia las

mujeres durante este proceso ($N=252$; $X^2=13.644$; $p=0.190$) lo que indica que la violencia obstétrica no encuentra distinción entre la posición económica de la mujer y puede presentarse en cualquier contexto. (El 25,9% de las mujeres con ingresos entre los 2.000.000 – 4.000.000 de pesos informó haber sido víctima de agresiones durante el embarazo, el 22.02% se encuentra entre los 4.000.000 – 6.000.000 de pesos colombianos, el 33.3% entre los 828.116 – 2.000.000, el 14.8% en ingresos menores al SMLV y sólo el 3.7% de las mujeres con ingresos superiores a los 8.000.000 expresó haber vivido algún tipo de violencia.)

En el caso de vivir alguna experiencia violenta con respecto a la salud sexual y reproductiva de la mujer relacionado con el nivel de ingresos en la que está se ubica se pudo observar que no existe una relación importante entre estas dos variables de análisis (El 30.4% de las mujeres con ingresos entre el SMLV y los 2.000.000 expresaron haber experimentado alguna situación violenta frente a su sexualidad, de igual manera el 26.1% de las mujeres con ingresos menores al SMLV mientras que el 4.4% de las mujeres con ingresos superiores a 4.000.000 expresaron haber sufrido algún tipo de violencia.)

En cuanto a la presencia de comentarios ofensivos durante la practica medica se pudo denotar que no existe una correlación importante entre ambas variables. ($N=252$; $X^2=9.716$; $p=0.466$) Las mujeres con ingresos entre los 4.000.000 y 6.000.000 con un 30.4% expresaron haber sufrido de comentarios humillantes con respecto a su vida sexual mientras que el 23.9% de mujeres con ingresos menores al SMLV reportaron el mismo caso. Esto demuestra que la distinción entre clases no es determinante en el ejercicio de la violencia obstétrica y se presenta en ambos contextos.

Por otro lado, el sentimiento de miedo o dolor durante alguna práctica médica tampoco demostró tener relación significativa con respecto al promedio de ingreso de las mujeres. ($N=252$; $X^2=12.631$; $p=0.631$) el 22.7% de las mujeres con ingresos entre los 2.000.000 y 4.000.000 expresó haber sentido algún tipo de incomodidad durante algún procedimiento, el 13.4% de las mujeres que se ubica entre los 4.000.000 y 6.000.000 de igual manera, el 5.9% de las mujeres con ingresos entre los 6.000.000 expresó de igual manera esto mientras que

las mujeres de menores ingresos tuvieron un porcentaje entre 29.4% y 22.7% respectivamente.

El acompañamiento por parte de la pareja sentimental también se convirtió en una categoría de análisis que no se relaciona con el nivel de ingresos de la mujer. ($N=252$; $X^2=14.427$; $p=0.154$) Así mismo el conocimiento sobre la violencia obstétrica tampoco muestra relación con la misma variable de análisis, Las mujeres encuestadas expresaron tener un conocimiento nulo sobre el significado de la violencia obstétrica, en los niveles más bajos de ingresos que corresponden al SMLV y 2.000.000 junto con el menor al SMLV tuvieron un porcentaje de 29.6% y 30.6% respectivamente, mientras que el promedio de ingresos mayor a 8.000.000 demostró un 1.0%

7.2.2.-Sí hay diferencia por nivel de ingresos

En cuanto a las variables que tienen una diferencia significativa con el nivel de ingresos de las mujeres se tiene en primer lugar el contar con un/a ginecólogo/a de cabecera. ($N=252$; $X^2=35.031$; $p=0.000$) El 32.3% de mujeres con ingresos iguales o menores al SMLV no cuenta con un ginecólogo de cabecera por lo que recurre a diferentes especialistas otorgados aleatoriamente por el sistema, mientras que el 1.1% de mujeres que se encuentra en un nivel de ingresos superior a los 8.000.000 no cuenta con uno, lo que evidencia que a mayor nivel adquisitivo más probabilidad de acceder y elegir voluntariamente a la persona encargada de su bienestar.

En tanto a la realización de la citología con relación al nivel de ingresos de la mujer se evidenció que el 0.0% de las mujeres que cuentan con ingresos superiores a los 6.000.000 nunca se ha realizado una citología, contrario al 24.3% y 70.3% de mujeres con ingresos entre el SMLV y los 2.000.000 o igual/ menor al SMLV respectivamente, esto demuestra que la condición económica de la mujer influye en el acceso a procedimientos de prevención de posibles enfermedades entre otros problemas. De igual manera, la presencia de violencia y agresión por parte del personal médico también fue una variable de análisis en este estudio con relación a la variable base. ($N=252$; $X^2=38.552$; $p=0.001$)

Sobre el conocimiento e información sobre las prácticas y procedimientos que les han realizado a las mujeres encuestadas se encontró una significancia del ($N=252$; $X^2=71.226$; $p=0.000$) En tanto que al 57.1% de mujeres que se encuentran ubicadas en el rango del SMLV y los 2.000.000 no tuvieron ningún tipo de información sobre los procedimientos realizados, mientras que el 28.6% ubicadas entre 4.000.000 y 6.000.000 expresaron de igual manera no haber tenido información sobre las practicas realizadas y por último el 14.3% correspondiente al nivel de ingresos entre los 2.000.000 y los 4.000.000 expresaron no haber sido informadas en ningún momentos sobre su situación.

En cuanto a la manera en la que se realizó el parto como una de las modalidades de violencia obstétrica se encontró que a las mujeres con ingresos menores o iguales al SMLV se le realizaron más cesáreas con un 12% con respecto al 4,9% correspondiente al parto por vía vaginal, mientras que en las mujeres con más ingresos económicos como el ubicado entre 4.000.000 y 6.000.000 tuvieron un 22% de parto por cesárea y un 23% de parto vía vaginal.

Del mismo modo se encontró relación directa con el acompañamiento por parte del personal médico durante el posparto ($N=252$; $X^2=62.442$; $p=0.000$) el acompañamiento durante la recuperación de la mujer se vio directamente relacionado con la cantidad de ingresos en la que se posicionaba cada una de ellas. En cuanto al acompañamiento por parte de un familiar se evidenció una relación directa entre el nivel de ingresos de la mujer con esta variable, el 25% de las mujeres con ingresos menores o iguales a los 828.116 no tuvo acompañamiento personal durante su proceso reproductivo, mientras que el 6.3% de las mujeres con ingresos iguales o superiores a 8.000.000 no contaron con el acompañamiento durante su proceso.

Por último, se tiene el conocimiento por parte de las mujeres sobre conceptos como el de la episiotomía con relación al promedio de ingresos de las mujeres ($N=252$; $X^2=37.216$; $p=0.000$) en donde se evidenció que la falta de conocimiento sobre el procedimiento se incrementaba a menor rango de ingreso de la mujer con un 30.3% con ingresos iguales o menores a 828.166, 30.4% a ingresos entre el SMLV y los 2.000.000, 5.1% entre los 6.000.000 y 8.000.000 y el 13.8% entre los 4.000.000 y 6.000.000 de pesos colombianos.

En resumen, se tiene que la relación importante entre el nivel de ingresos de la mujer se relaciona en tres categorías clave. La primera hace referencia a procedimientos rutinarios de prevención y control de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, la segunda hace alusión a la información suministrada por parte del personal médico sobre protocolos y procedimientos a las mujeres, en tercera instancia se tiene el sentimiento y experiencias violentas alusivas a la vida sexual y reproductiva de la mujer.

7.3 EDAD

Como segunda categoría de análisis se tiene a la edad de la mujer como factor influyente en las lógicas en las que se presenta el ejercicio de violencia obstétrica en diferentes etapas de sus ciclos naturales. “El maltrato se agudiza, en parte, porque el embarazo en adolescentes es considerado de alto riesgo, y porque es visto como un problema de salud pública con consecuencias evitables que interfieren los ámbitos social, económico, cultural y político del desarrollo de la adolescente, o, como una forma de perpetuar el círculo de la pobreza.” (Cáceres, Nieves, 2017.p 130)

Las prácticas y los comentarios nocivos pueden presentarse con mayor frecuencia en diferentes edades que no son consideradas bajo sustentos morales y tecnificados como adecuados para llevar un proceso como el embarazo o el inicio de la vida sexual. Esto entonces determina el comportamiento de ciertos actores involucrados en todo el tema de los derechos sexuales y reproductivos entre ellos el personal médico sobre la mujer y la manera en la que debe ser tratada dentro del sistema. Según mujeres como Uma Díaz expertas en todo este tema opinan lo siguiente: “Yo creo que eso va ligado al nivel socioeconómico, las mujeres que yo he acompañado tienen más o menos entre 30 a 44 años, han pasado por una universidad, trabajan, han viajado, en cambio en la casa de parto de Guatemala se trabajan mujeres muy jóvenes, entre 15 a 20 años, en eso se evidencian la falta de educación sobre los derechos reproductivos de las mujeres, lo único que nos dicen nuestras familias tradicionales es mijita no me llegue embarazada.” (Uma Díaz.2019)

Con base a lo anterior se planteó hacer un análisis estadístico por medio de la misma encuesta tratada anteriormente correlacionando las variables de edad entre otras variables dirigidas a la presencia de violencia y así estudiar si existe una relación entre la edad de las mujeres y la presencia de diferentes violencias dirigidas a su vida sexual y reproductiva.

7.3.1 Sí hay diferencia por edad

En primer lugar, en el análisis realizado se correlacionó la frecuencia con la que se realizan revisiones ginecológicas a las mujeres con el rango de edad en el que se encuentran, $N=252$; $X^2=40.763$; $p=0.000$) evidenciando que el rango de edad donde menos controles ginecológicos se realizan están entre antes de los 25 años con un 25.6% y las mayores de 61 con un 50% lo que demuestra que esto puede estar influenciado por la condición de vida sexual activa o falta de conocimiento sobre el tema. Así mismo con la realización de la citología se evidenció que en todos los rangos de edad las mujeres se han hecho al menos una citología, no obstante, un 39.5% de mujeres que tienen menos de 25 años nunca se han realizado una citología lo que da cuenta de una falta de acceso a procesos preventivos y de cuidado. En cuanto a la presencia de violencia en alguna revisión ginecológica se encontró que las mujeres entre 26 y 40 años se han sentido agredidas durante alguna consulta con un 40% y las mujeres entre los 41 y 60 años han expresado lo mismo con un 29.8%.

Por otro lado, se les preguntó a las mujeres si consideran tener información suficiente sobre su salud sexual y reproductiva, lo que se analizó con el rango de edad al que pertenece $N=252$; $X^2=25.126$; $p=0.000$) el 52.2% de las mujeres entre los 26 y 40 años consideran tener un conocimiento completo sobre su salud sexual y reproductivo mientras que las mujeres que consideran no tener conocimiento sobre la misma se encuentra en su mayoría menores de 25 años con un 16.3%. lo que demuestra que las mujeres que se encuentran en una edad fértil suelen tener más información que las mujeres más jóvenes.

La experiencia que se ha tenido con el uso de métodos anticonceptivos también puede ser una variable que se encuentra relacionada con la edad de la mujer. ($N=252$; $X^2=39.637$; $p=0.000$) Las mujeres menores de 25 años expresaron haber tenido una experiencia negativa con un 32.7% mientras que una posible normalización de una mala experiencia en ese mismo

rango se encontró un 27.3%. El 23.5% de las mujeres entre los 26 y 40 años expresaron haber tenido una mala experiencia con el uso de métodos anticonceptivos junto con una normalización del 7.1%. Esto indica que la mayoría de las mujeres en edad menos avanzadas han tenido que experimentar malas condiciones en el proceso de planificación familiar.

Otra de las variables en las que se encontró una relación directa con la edad de la mujer fue la de tener pleno conocimiento sobre los procedimientos que le fueron realizados durante el proceso del embarazo por parte del personal médico. $N=252$; $X^2=108.585$; $p=0.000$) en el análisis se encontró que la mayoría de las mujeres que ya han sido madres fueron informadas de la realización del procedimiento, sin embargo, la comprensión de los mismos no fue completa, lo que quiere decir que el uso del lenguaje por parte del personal médico no fue del todo claro. En cuanto a la manera en la que se desarrolló el parto se encontró que el 27% de las mujeres entre los 26 y los 40 años tuvieron a su hijo/a mediante cesárea mientras que el 31.3% de las mujeres con el mismo rango de edad lo tuvieron vía vaginal, mientras que en las mujeres entre 41 y 60 años un 38.3% tuvieron cesárea y el 38.3% vía vaginal, lo que indica que el tipo de parto no se condiciona por la edad de la mujer sino por otro tipo de factores, como la agilización del proceso, o requerimiento de insumos.

En cuanto al acompañamiento por parte del personal médico durante el posparto el 39.1% de las mujeres entre 26 y 40 años no tuvieron un acompañamiento completo después del parto mientras que el 31.9% de las mujeres entre los 41 y 60 años no tuvieron ninguna clase de acompañamiento durante su proceso de pos parto. De igual manera el acompañamiento de la pareja también fue analizado para determinar su relación con la edad a lo que se evidenció que las mujeres con mayor edad tuvieron más acompañamiento por parte de su pareja sentimental en comparación a las mujeres más jóvenes, el 76,6% de las mujeres entre los 41 y 60 años contaron con el apoyo de su pareja mientras que el 52.2% de las mujeres entre los 26 y 40 años en comparación a un 3.5% de las menores de 25 años. Esto determina que a mayor rango de edad existe mayor acompañamiento por parte de las entidades médicas y el círculo cercano de la mujer, lo que influye en los procesos psicológicos, emocionales y físicos de las mujeres en su vida.

Por último, otra de las variables con una diferencia significativa en relación a la edad de la mujer fue la del conocimiento de la episiotomía como intervención médica. ($N=252$;

$X^2=48.248$; $p=0.000$) La mayoría de las mujeres encuestadas no tienen conocimiento sobre el significado de la episiotomía, el 63.8% de las mujeres entre 41 y 60 años expresaron no tener conocimiento del tema, mientras que el 48.7% de las mujeres entre los 26 y 60 años expresaron de igual manera la falta de información, así mismo las mujeres menores de 25 años con un 58.1%, lo que evidencia que a mayor edad más desconocimiento sobre el tema.

En resumen, se encontraron relación en tres grandes categorías, la primera hace referencia a las revisiones ginecológicas rutinarias y la información que se les suministra a las mujeres sobre las mismas, en segunda instancia se tiene la experiencia con la planificación familiar y la vida sexual y reproductiva de las mujeres, por último, se encuentra al proceso de embarazo junto con el acompañamiento profesional y personal durante el mismo.

7.3.2 No hay diferencia por edad

Analizando las variables en las cuales no se encontró relación directa con la edad de la mujer, en primera instancia se encontró la del acceso a un ginecólogo/a de cabecera. La mayoría de las mujeres sin importar su edad respondieron no contar con algún especialista de base, sólo el 17,4% de las mujeres menores de 25 años cuentan con ginecólogo de cabecera en comparación al 27% y 27.7% de las mujeres entre los 26 y 40 años y 41 y 60 años respectivamente. Lo que demuestra que es más probable encontrar un/a especialista de base a mayor edad.

En cuanto al significado de citología y la relación con la edad de la mujer tampoco se encontraron diferencias significativas entre estas dos variables. ($N=252$; $X^2=77.252$; $p=0.257$) Todas las mujeres que participaron en la encuesta reconocieron saber el significado de este procedimiento ginecológico, excepto un 2.3% perteneciente a las menores de 25 años. Continuando con lo anterior otra de las variables correlacionadas fue la de conocimientos sobre derechos sexuales y reproductivos, la mayoría de mujeres reconocen tener un conocimiento parcial sobre sus derechos sexuales y reproductivos, el 70.9% de las mujeres menores de 25 años expresaron tener algunos conocimientos sobre los mismos, de igual

modo el 55.7% de las mujeres entre los 26 y 40 años junto con un 57.4% de las mujeres entre los 41 y 60 años.

Sobre la información brindada a las mujeres con respecto a los procedimientos que se le van a realizar se encontró que no existe una correlación significativa con respecto a la edad de la misma. ($N=252$; $X^2=10.224$; $p=0.333$) la mayoría de las mujeres encuestadas expresó haber tenido plena información sobre las prácticas que les fueron realizadas, el 54.7% de las mujeres menores de 25 años respondieron haber entendido la información brindada, junto con el 61.7% de las mujeres entre los 26 y 40 años y el 70.2% de las mujeres entre los 41 y los 60 años.

Por otro lado, el conocimiento sobre métodos anticonceptivos tampoco se encuentra directamente relacionado con el rango de edad de la mujer, en el análisis se encontró que el 33.7% de las mujeres menores de 25 años desconocen información sobre métodos anticonceptivos, el 19.1% de las mujeres entre los 26 y 40 años expresaron lo mismo y el 21.3% de las mujeres entre los 41 y 60 años de igual manera tienen un conocimiento parcializado. En cuanto al uso de métodos anticonceptivos ($N=252$; $X^2=14.422$; $p=0.025$) se encontró que las mujeres que menor uso de métodos anticonceptivos expresó se encuentra entre los 41 y 60 años con un 55.3% de no uso, junto con las mayores de 60 con un 0%.

En el caso de las violencias ejercidas, en un primer lugar se tiene a la variable de presencia de violencia durante el embarazo, la cual no se encontró correlacionada con la edad de la mujer, el 100% de las mujeres menores de 25 años se sintió agredida y violentada durante su proceso de gestación mientras que las mujeres entre los 41 y 60 años estuvieron divididas en un 48.6% quienes no vivieron procesos violentos y 48.6% quienes si lo vivieron.

Así mismo la presencia de violencia en la vida sexual y reproductiva de la mujer también fue analizada con el factor de la edad de la mujer, ($N=252$; $X^2=8.696$; $p=0.191$) en donde la mayoría de mujeres expresaron no haber sido víctimas de alguna violencia con respecto a su vida sexual y reproductiva. Junto a esta información se tiene la presencia de comentarios ofensivos por parte del personal médico hacia la mujer donde se encontró que el 40.6% de las mujeres menores de 25 años ha recibido comentarios de este tipo junto con un 30.2% de las mujeres entre los 26 y los 40 años, además del 17.1% de las mujeres entre 41 y 60 años.

Esto demuestra que, aunque la mayoría de las mujeres no expresa haber recibido este tipo de comentarios, los mismo van disminuyendo a mayor edad de la mujer.

El sentimiento de incomodidad o miedo también fue correlacionado con la edad de la mujer a lo que se evidenció que no existe una diferencia significativa entre estas dos variables. (N=252; $\chi^2=7.516$; $p=0.584$) En este caso la mayoría de mujeres expresaron haber sentido dolor, o miedo durante alguna practica o revisión médica, el 70.3% de las mujeres menores de 25 años respondieron haber sentido algún sentimiento negativo con respecto a alguna práctica médica, así mismo un 68.1% de las mujeres entre los 26 y 40 años, las mujeres entre los 41 y 60 años respondieron con un 65.9% haberse sentido de igual manera durante algún procedimiento médico. Esto demuestra que independiente de la edad de la mujer, el dolor, la incomodidad o el miedo están presentes en el ejercicio de la ginecología y obstetricia.

En último lugar se tiene el conocimiento del significado de la violencia obstétrica a lo que la mayoría de las mujeres respondieron tener información incompleta o nula sobre este tipo de violencia de género, el 46.3% de las mujeres menores de 25 años respondieron no tener ningún tipo de conocimiento sobre esta, junto con el 45.5% de las mujeres entre los 26 y 40 años quienes expresaron tener información parcial, además del 50% de las mujeres entre los 41 y 60 años quienes expresaron no tener ningún tipo de información al respecto, con el mismo valor que las mujeres mayores de 60 años. Lo que evidencia la falta de acercamiento de las mujeres con respecto a las diferentes modalidades de violencia que se pueden presentar durante su vida sexual y reproductiva.

En resumen, no se encontró diferencia significativa en dos grandes categorías de análisis, la primera hace alusión a la presencia de procedimientos ginecológicos preventivos junto con el ejercicio de violencia en ellos, lo que indica que la edad de la mujer no determina el conocimiento y acceso que se tenga sobre los mismos, se puede presentar indiscriminadamente en ese sentido, en segunda instancia se tiene el concepto de acceso a la información de las mujeres dependiendo su edad, donde se encontró que la información o la ausencia de esta tampoco entiende de edades.

8 Diálogo con otras categorías.

En este capítulo se abordarán diferentes categorías que hacen parte de una misma concepción alternativa de las prácticas ginecológicas y obstétricas comprendidas desde una perspectiva hegemónica e impositiva de este campo. Para ello se van a relacionar y trabajar conceptos de análisis como la biopolítica y la patologización de los procesos femeninos con el propósito de comprender parte de la raíz del problema y así nombrar las formas no convencionales de percibirlo, tales como el parto humanizado y la ginecología natural. Es preciso tener en cuenta este tipo de conceptos para brindar herramientas que permitan ampliar la visión del fenómeno, por ende, vislumbrar posibles soluciones al mismo.

8.1 Biopoder – biopolítica

Para comprender el término de biopolítica o biopoder desde una perspectiva social se requiere retomar las ideas propuestas por Michel Foucault sobre la relación estrecha entre la biología y la política para el control y el dominio de los demás. Foucault hace alusión al término por vez primera en 1974 durante una conferencia llevada a cabo en Brasil denominada “La naissance de la médecine sociale.” Este fue uno de los primeros acercamientos sobre el tema desde una perspectiva teórica y académica, siendo Foucault uno de los autores más relevantes a la hora de abordarlo. A partir del “nacimiento de la medicina social” considerado uno de los textos clave para hablar de biopoder y biopolítica se retomarán algunos de los elementos fundamentales para entenderlo.

En realidad, no hay que pensar que la medicina permaneció hasta nuestros días como una actividad de tipo individual, o contractual, entre el enfermo y su médico, y que sólo recientemente se hizo cargo de tareas sociales. Por lo contrario, procuraré demostrar que la medicina, por lo menos desde el siglo XVIII, constituye una actividad social. En cierto sentido la «medicina social» no existe porque toda la medicina es social. La medicina fue siempre una práctica social, y lo que no existe es la medicina «no social», la medicina individualista, clínica, del coloquio singular, que fue más bien un mito con el que se justificó y defendió una determinada práctica social de la medicina: el ejercicio privado de la profesión (Foucault, 1976.p347)

Con esto Foucault da un punto de partida para la concepción de la medicina como una ciencia que esencialmente se encuentra ligada al aspecto social, por lo tanto, lo que la convierte en un campo utilitarista es el carácter individualista que se le había otorgado al inicio de su historia. Este comienzo histórico de la medicina estuvo atravesado por el sistema económico dominante del momento, el capitalismo empezó a intervenir en las dinámicas propias de la ciencia y constituyó lo que ahora se denomina como la mala praxis médica.

Defiendo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino que ocurrió precisamente lo contrario; el capitalismo que se desarrolló a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza de trabajo. El control de la sociedad sobre los individuos no se operó simplemente a través de la conciencia o de la ideología, sino que se ejerció en el cuerpo, y con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo más importante era lo biopolítico, lo somático, lo corporal. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica. (Foucault, 1977.P366)

Por otro lado, el autor secciona a la medicina social en tres elementos, la medicina desde el Estado, la medicina urbana, y la medicina relacionada con la fuerza de trabajo. Estas tres corrientes corresponden a la percepción que se tiene sobre el control y el dominio del cuerpo en diferentes contextos en los que se puede desenvolver el ser humano, y así mismo las medidas políticas que se toman para su manejo. En el caso de esta investigación se hará énfasis en la primera perspectiva ya que es la más cercana a las lógicas presentes en la violencia obstétrica y así relacionarlas con el significado de biopolítica.

La organización de un saber médico estatal, la normalización de la profesión médica, la subordinación de los médicos a una administración general y, por último, la integración de los diferentes médicos en una organización médica de Estado, dieron lugar a una serie de fenómenos completamente nuevos que caracterizan lo que se podría denominar como una medicina de Estado. Esta medicina de Estado, que apareció con una cierta precocidad puesto que existió con anterioridad a la creación de la gran medicina científica de Morgagni y Bichat, no tuvo por objeto la formación de una fuerza de trabajo adaptada a las necesidades de la industria que en ese momento se desarrollaba. A esa administración pública de salud no le interesaba el cuerpo de los trabajadores, sino el cuerpo de los propios individuos que, en su conjunto, constituían el Estado. No se trataba de la fuerza de trabajo, sino de la fuerza del Estado frente a estos conflictos, sin duda económicos, pero también políticos, que los enfrentaba con los países vecinos. Por eso la medicina debía perfeccionar y desarrollar esa fuerza estatal. Esta preocupación de la medicina de Estado implicaba una cierta solidaridad

económico-política. Sería falso, por lo tanto, pretender vincularla al interés inmediato de obtener una fuerza de trabajo disponible y vigorosa (Foucault, 1977. P370)

Esta visión de la biopolítica es determinante reconocerla para dimensionar el influjo que tiene sobre fenómenos violentos presentes en la sociedad como la violencia obstétrica lo es para un grupo en específico de la población, las mujeres históricamente han sido sujetas de distintos dominios y controles materializados en diferentes ámbitos de su vida, no obstante, la sexualidad y el manejo del cuerpo han sido uno de los que más limitaciones a tenido a lo largo del tiempo y uno de estos medios por los cuales se ha intervenido es el de la medicina, es por esto que autores como Foucault la tienen presente a la hora de abordar conceptos de control como el de biopolítica.

Por otra parte, autores como Edgardo Castro (2008) abordan el concepto de biopolítica como una posibilidad para comprender las dinámicas de la soberanía y el funcionamiento moderno de los gobiernos. Para el autor desde el SXVII la idea de poder se ha configurado a través de la vida biológica, esta forma de poder se ve reflejado en dos vertientes, la primera se refiere a la disciplina anatomo - política del cuerpo, la otra una biopolítica de la población como la de cuerpo- especie. La primera tiene como referente el cuerpo individual, la segunda procesos como el nacimiento, la mortalidad, la salud, entre otros. Desde esta definición se observa la influencia del concepto en los procesos biológicos presentes en el cuerpo de la mujer y la manera en la que políticamente han sido sometidos a normas morales y sociales para cumplir un rol cultural y político en la sociedad, es por esto la importancia de hablar sobre biopoder en el ejercicio de la violencia obstétrica.

Otro de los autores fundamentales para hablar de biopolítica es Roberto Esposito quien hace un acercamiento analítico del concepto, complementando la visión de Michel Foucault sobre el tema. En palabras textuales de Esposito la biopolítica se puede definir de este modo.

Casi como si los dos términos que lo conforman —vida y política— sólo pudieran articularse en una modalidad que a la vez los yuxtapone. Más que componerse, o disponerse, a lo largo de una misma línea de significado, parecen ser oponentes en una lucha sorda por la apropiación y el dominio del otro. De ello deriva esa tensión nunca descargada, ese efecto de laceración del que la noción de biopolítica parece no lograr librarse, porque ella misma lo produce como una alternativa sin escapatoria: o la política es frenada por una vida que la

encadena a su insuperable límite natural, o, al contrario, es la vida la que queda atrapada, presa de una política que tiende a sojuzgar su potencia innovadora. (Esposito, 2006. P54)

Tal como lo expone el autor la biopolítica logra evidenciar esos procesos de dominación y control social impuestos o legitimados por la ciudadanía en general para que las decisiones tomadas sobre la alteridad sean asumidas y apropiadas de manera más fácil, la biopolítica se encarga entonces de crear un nuevo orden social, conformado por nuevas normas y valores culturalmente creadas para el disciplinamiento de los cuerpos y de la vida en general, incluyendo el entorno, es así pues que la violencia obstétrica se ve reflejada dentro de estas nuevas formas de entender el comportamiento de las sociedades modernas, dado a su carácter privado y personal que involucra elementos clave de la biopolítica como el cuerpo, la sexualidad, nacimientos, entre otros.

Un acontecimiento que ejemplifica lo que la biopolítica significa en el control y manejo de los cuerpos relacionado con el ejercicio de la violencia obstétrica es lo ocurrido en Perú por parte del gobierno de Fujimori en la década del 90 sobre las mujeres pertenecientes a una comunidad indígena y las políticas de crecimiento demográfico. En el libro “Memorias del caso peruano de esterilización forzada” una compilación de experiencias realizada por Alejandra Ballón se da cuenta de un caso de violencia obstétrica y racial hacia mujeres indígenas con el propósito de controlar la natalidad de la población por parte de la elite peruana, conllevando serios problemas culturales, sociales, de salud pública dentro de la población, además una vulneración a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres con el programa de planificación familiar propuesto desde el Estado.

Han pasado dieciocho años desde que se puso en marcha el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (PNSRPF 1996-2000). Este programa dio como resultado la esterilización forzada masiva de mujeres y también de hombres peruanos, en su mayoría pobres, indígenas y de reciente procedencia rural. Desde entonces en el Perú han aparecido diversos estudios sobre el tema: se trata sobre todo de informes tanto locales como internacionales que han ayudado a esclarecer las violaciones a los derechos de las mujeres, los crímenes cometidos en este ámbito y las recomendaciones para una mejora del sistema de salud reproductivo nacional. (Ballón, 2014.P27)

Gonzalo Gianella (2014) en su capítulo “Salud pública y ética médica” del mencionado libro habla acerca del actuar médico durante el programa de esterilización masiva de mujeres peruanas, para ello el autor hace alusión a la responsabilidad médica junto con la ética profesional que se vio anulada por las relaciones de poder propias de la institución médica en el país y en el mundo en general, acabando con la visión reduccionista que se había dado sobre el tema posicionándolo sólo como políticas públicas y decisiones estatales sobre el tema demográfico de su población. Según datos proporcionados por Gianella “Alberto Fujimori, que había asistido en 1994 a la conferencia sobre población de El Cairo, dio por iniciada la campaña de planificación familiar en su discurso anual del 28 de Julio de 1995. Tan solo tres años después el Programa Nacional de Planificación Familiar tenía acumuladas más de 250 000 esterilizaciones quirúrgicas.” (Gianella, 2014. P76)

La posición del personal médico que estuvo involucrado en estos actos violentos y discriminantes fue fundamental para la reparación de las víctimas, no obstante, estas declaraciones no fueron suficientes para dignificar la vida de tantas mujeres que fueron sometidas a estos vejámenes. Los argumentos principales dados por parte de una comisión creada en 1998 para rendir cuentas sobre los abusos cometidos, conformada por diferentes especialistas en la salud reproductiva, estuvieron basados en daños a la salud y afectación de los derechos y dignidad humana, menoscabando la ética médica.

Como se desprende del comunicado del Colegio Médico, la versión de los médicos peruanos consiste en destacar que los abusos habrían ocurrido como resultado de una política diseñada a priorizar las esterilizaciones sobre otros métodos. Para ello la principal evidencia que se presenta es la existencia de cuotas o número de esterilizaciones, que como orden expresa los profesionales de la salud habrían estado en la obligación de completar.¹⁶ Siguiendo esta línea de pensamiento, los abusos habrían sido cometidos por profesionales de la salud presionados y amenazados en su estabilidad laboral, que se habrían visto «obligados» a realizar procedimientos de esterilización a como dé lugar. (Gianella, 2014. P80)

Con este claro ejemplo se logra evidenciar la influencia que tienen los aspectos biopolíticos a la hora de poner en funcionamiento políticas públicas y programas sociales encaminados al control sobre la vida y el cuerpo de las personas que conforman a la sociedad. De esta manera se da cuenta de que una de las poblaciones más afectadas desde estas políticas son las mujeres quienes están directamente relacionadas con el control poblacional y las

condiciones de los derechos sexuales y reproductivos que cada país acoja. Es por esto que la violencia obstétrica se encuentra en correlación con muchas de estas decisiones tomadas desde el biopoder que ejercen los Estados sobre las poblaciones y comunidades en general, en este caso específico, sobre las mujeres, sus cuerpos y sus decisiones sexuales junto con la manera de concebir las formas en las que decide ser madre o no.

8.2 Patologización – Medicalización

El concepto de patologización, medicalización del cuerpo y sus procesos se encuentra estrechamente involucrado en la violencia obstétrica en tanto determinan una de las causas por la que se practican diferentes procedimientos inadecuados, además de patrones sociales y culturales que rigen las formas de concebir los procesos de cada mujer dentro de la obstetricia junto con la ginecología. Por ende, se vuelve necesaria la comprensión de las implicaciones que trae consigo la patologización de los procesos naturales de las mujeres.

En palabras del autor Michel Foucault en el libro “Estrategias del poder” se habla más a fondo sobre el control ejercido hacia los cuerpos y la vida en general arraigado a la idea de enfermedad o anomalía. Desde allí se empieza a dar una visión más amplia de la forma en que la patologización del cuerpo y sus procesos puede incidir social y culturalmente. “En realidad ya se venía preparando desde el siglo XVIII, es decir, no una teocracia sino una «somatocracia». Vivimos en un régimen en el que una de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre la enfermedad y la salud.” (Foucault, 1976 p346)

Con el pasar del tiempo y consigo la sofisticación del desarrollo tecnológico se logró ahondar más en los alcances y límites de la medicina desde una perspectiva ética, no obstante, estos límites no estuvieron establecidos durante el inicio del establecimiento científico de la misma, sino que por el contrario se desconocía el peligro que implicaba la medicina en su momento legitimando, así cualquier tipo de acto en nombre de esta, aunque actualmente las condiciones de este campo profesional han cambiado, la realidad es que todavía se siguen cometiendo actos atroces en su nombre.

No hubo que esperar a Illich, ni a los seguidores de la anti medicina, para saber que una de las propiedades y una de las capacidades de la medicina es la de matar. La medicina mata, siempre mató, y de ello siempre se ha tenido conciencia. Lo importante es que hasta tiempos recientes los efectos negativos de la medicina quedaron inscritos en el registro de la ignorancia médica. La medicina mataba por ignorancia del médico, o porque la propia medicina era ignorante; no era una verdadera ciencia, sino sólo una retahíla de conocimientos mal fundados, mal establecidos y mal verificados. La nocividad de la medicina era directamente proporcional a su no cientificidad. Pero lo que surgió, desde comienzos del siglo xx, es el hecho de que la medicina podría ser peligrosa, y ello no tanto en razón de su ignorancia y falsedad, cuanto en razón de su saber, en la medida en que la medicina es una ciencia (Foucault, 1976. p347-348)

Teniendo en cuenta las palabras escritas por Foucault sobre los inicios de la patologización de los cuerpos se puede evidenciar las condiciones en las cuales se basó toda una rama de la sociedad que empezó a determinar lo que se encontraba sano, así mismo lo que debía ser corregido o sanado. Por consecuencia se tiene entonces una visión de enfermedad regida por concepciones e intereses sociales y personales sobre las expectativas y deberes seres de los otros con respecto a los lineamientos impuestos. Estos lineamientos morales avalados por lo social se hicieron con base a experimentos y al ya conocido método científico prueba y error, siendo muchas veces innecesarios, alejados de cualquier visión ética o profesional. Foucault en su capítulo hace alusión a un ejemplo claro que indica la presencia de la patologización en el cuerpo femenino.

No me extenderé tampoco sobre las estadísticas relativas a las operaciones quirúrgicas, particularmente a aquellas que se refieren a las histerectomías practicadas en California, que señalan que, de cinco mil quinientos casos, el 14% de las intervenciones habían sido inútiles, que una cuarta parte de las pacientes eran mujeres jóvenes, y que sólo en el 40% de los casos se pudo determinar la justificación de esta operación. (Foucault. 1976.P348)

Continuando con lo dicho anteriormente el proceso de medicalización se produjo debido a la necesidad de abarcar toda la demanda de salubridad e higiene propia de la tecnificación cientificista de occidente. Sin embargo, la medicina occidental se impuso como la única opción segura y viable para tratar cualquier tipo de problema, enfermedad, dolor presente en el cuerpo de las personas, invalidando diferentes alternativas o saberes que pudieran manejarlo. “La segunda característica es lo que yo llamaría el fenómeno de la «rmedicalización» indefinida. Con frecuencia se afirma que en el siglo xx la medicina comenzó a funcionar fuera de su campo tradicional, determinado por la demanda del

enfermo, su sufrimiento, sus síntomas, su malestar, lo que promueve la intervención médica y circunscribe su campo de actividad delimitado por un conjunto de objetos denominados enfermedades, que confieren un estatuto médico a la demanda. Así es como se definió el ámbito propio de la medicina.” (Foucault,1976. 352)

Este carácter impositivo de la medicina configuró las formas de concebir los estilos de vida y actuar en sociedad, la percepción que se tenía sobre lo saludable o enfermo construyeron formas de comportamiento influenciadas por lo que moralmente se había pensado como bueno o malo. Lo que empezó a determinar las maneras en la que se debían tratar lo que culturalmente se había nombrado como patología o enfermo. La intervención autoritaria de la medicina en un campo cada vez mayor de la existencia individual o colectiva es un hecho absolutamente característico de este tiempo. Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que exceden con mucho la existencia de las enfermedades y la demanda del enfermo. (Foucault,1976. 353) Esto se traduce entonces en que los procesos biológicos que se presentan de manera natural en las personas se empiezan a denominar como irregulares, lo cual implica una intervención y control de los mismo.

No obstante, históricamente ha existido una resistencia a esa visión absolutista de lo medicalizado de la sociedad, estas resistencias estuvieron impulsadas por esas disidencias culturales e identitarias que corresponden a saberes junto conocimientos alternativos del ser y las diferentes formas de entender el cuerpo. En el caso de las mujeres, esa lucha sobre la independencia y autonomía sobre sí mismas y sus cuerpos logró delimitar y cuestionar esa intervención médica sobre sí mismas y su contexto.

Si bien en el siglo XIX la medicina ya había rebasado los límites clásicos, existían no obstante aspectos que no parecían «medicalizables». La medicina tenía un exterior y se podía concebir la existencia de una práctica corporal, una higiene, una moral de la sexualidad, etc., que no estuvieran controladas ni codificadas por la medicina. La Revolución francesa, por ejemplo, concibió una serie de proyectos de moral del cuerpo, de higiene del cuerpo, que no debían estar en modo alguno bajo control de los médicos; se soñaba con una especie de régimen político feliz, en el que la gestión del cuerpo humano, la higiene, la alimentación o el control de la sexualidad, correspondían a una conciencia colectiva y espontánea. Este ideal de una regulación no médica del cuerpo y de la conducta humana continuó durante todo el siglo XIX y lo encontramos, por ejemplo, en Raspail (Foucault, 1976.p354)

Por otra parte, autores como Flavio Salgado y Marinelly Díaz trabajan el concepto de medicalización del cuerpo desde una perspectiva feminizada y obstétrica del tema, en su texto “Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino” se abordan diferentes posturas y discursos medico legales que se encargan de someter y vulnerar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. “A través de un recorrido histórico, se contrasta el concepto de salud y cuerpo en el marco de una ideología biologicista que legitima su medicalización y consolida la regulación y control de la maternidad por parte de los médicos.” (Salgado, Díaz, 2019.P24)

Las creencias médicas basadas en preceptos culturales y sociales sobre el cuerpo femenino fueron la base para que la medicalización de los procesos naturales fuera legitimada de tal forma que la violencia se convirtiera en algo rutinario. Desde la histeria como enfermedad asociada a la sexualidad femenina hasta las ideas del cuidado y de limpieza contribuyeron a que la medicina interviniera de manera rotunda en procesos como la menstruación, el embarazo, el parto y la menopausia como estados femeninos y por tanto vistas como patologías propias de sanar. (Salgado, Díaz.2019) Todas estas concepciones sobre lo femenino son instauradas en el pensamiento colectivo de tal forma que un ejemplo de ello ocurre cuando hay presencia de violencia obstétrica en diferentes instancias y etapas de la vida de las mujeres, no obstante, no es reconocida como tal y es aceptada como lo normal e indispensable.

Continuando con las ideas anteriormente propuestas autoras como Viviana Vallana retoman la idea de la patologización del cuerpo como una herramienta de control y el medio para que diferentes violencias de género se lleven a cabo por parte del personal médico. Tal como lo dice en su escrito, el discurso dicotómico entre lo saludable y lo enfermo, lo normal o anormal definen las diferentes maneras en que el campo médico interviene para intentar neutralizar o encaminar moralmente al cuerpo de las disidencias o minorías excluidas, en este caso las mujeres.

Estos exteriores constitutivos, como mujeres, personas racializadas, niños y niñas, entre otros colectivos, sufrieron un proceso de medicalización mayor al sujeto médico, entendido éste como el efebo de la “normalidad”, a partir de la cual la “otredad” sería susceptible de ser

analizada y descrita desde la “anormalidad”. Este proceso de patologización de la diferencia ha sido descrito por varios analistas críticos de la medicina cuando, en el análisis de los discursos y los textos médicos, puede notarse una construcción de lo femenino como carente, incompleto, frágil, dependiente, desordenado, defectuoso. Éstos, entre otros adjetivos, delatan la concepción de “anormalidad” y patología, y la objetivación del cuerpo, y de los procesos femeninos, como objetos de intervención médica. (Vallana, 2020.P92)

Esta patologización del cuerpo femenino trae consigo visualizar toda la carga histórica de la sexualidad y reproducción de las mujeres, es pertinente entender los cambios estructurales que trajo la cientificidad y los procesos higienistas propios de la cultura occidental para dimensionar la incidencia de la medicalización existente en los procesos naturales de las mujeres. En este estudio se vuelve necesario conocer el por qué estos dos conceptos logran determinar a la violencia obstétrica en todas sus formas y da a conocer una de las causas principales por las cuales se exterioriza en las mujeres y en diferentes aspectos de su vida sexual.

8.3 parto humanizado – partería.

En el caso del parto humanizado y su relación con la violencia obstétrica se puede entender como la opción alternativa para entender el proceso de gestación. El parto y el posparto en las mujeres se encuentra ligado con la lucha y resistencia que se le ha dado de manera cultural y sistemática a la violencia obstétrica como una forma de vulnerar el derecho a una vida libre de violencia para las mujeres. Según autores como Gaitán y Eslava “se parte del hecho de que idealmente el trabajo del parto y el parto deben ser una vivencia satisfactoria que incluye, además de brindar las mejores prácticas basadas en la evidencia científica, respetar la fisiología del parto; intervenir solo lo necesario; identificar, comprender y respetar los aspectos socioculturales de la gestante; brindarle apoyo emocional; darle poder de decisión, y garantizar su autonomía y privacidad.” (Gaitán, Eslava, 2017. P 97)

Es así como estas dos opciones que contrarrestan los efectos nocivos de la violencia obstétrica se instauran como nuevas formas de asumir el proceso del embarazo y las concepciones de cómo se debe manejar el dar a luz a una persona, los pilares básicos del

parto humanizado y la partería nacen del respeto a cada decisión que tome la mujer sobre sí misma y su cuerpo además de la autonomía que representa para cada una estas decisiones.

En ese orden de ideas el parto humanizado vendría siendo la contraparte y la respuesta a todas las acciones que representen mal trato y una violencia hacia el cuerpo de las mujeres y del recién nacido, además de cuestionar las prácticas convencionales invasivas que patologizan los procesos de cada una de ellas. En palabras de Gaitán y Eslava.

El parto humanizado, expresión que fue acogida por la Guía de práctica clínica para la detección temprana de las anomalías durante el trabajo de parto, atención del parto normal y distócico del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Este incluye aspectos no solo relacionados con la atención médica y el cuidado de la gestante durante el proceso fisiológico de trabajo de parto y el parto, como, por ejemplo: el control del dolor o el no uso de prácticas inadecuadas como el enema evacuador o el rasurado perineal, sino también el tomar en cuenta sus preferencias y temores, el respeto por su cultura y la garantía del derecho a la autonomía y privacidad en este momento especial (Gaita, Eslava, 2017. P97)

Con las recomendaciones hechas por diferentes organizaciones a nivel mundial, en Latinoamérica, específicamente en Colombia se han dado grandes pasos en materia de derechos sexuales y reproductivos entre ellos concebir el derecho a un parto libre de violencias de cualquier índole. Al realizarle una entrevista a una Uma Díaz Doula de la ciudad de Bogotá se le preguntó sobre el significado del parto humanizado para ella a lo que respondió.

Más allá de que sea un parto humanizado, hemos humanizado tanto el parto que se ha producido la violencia obstétrica. Debemos volver al conocimiento del parto mamífero, somos una especie y el parto hace parte de un acontecimiento de nuestra especie como mamíferos. El significado de parto humanizado, es donde se respete el derecho de las mujeres a decidir, al libre movimiento, donde las mujeres puedan tener una experiencia placentera y no traumática de sus partos, porque yo creo que esa es la gran diferencia de los partos medicalizados. La mayoría de las mujeres si tú le preguntas sobre sus partos es la experiencia más traumática, dolorosa, horrible y son muy pocas las mujeres que han vivido su parto en alegría, en placer. Donde también se respete y se cuide la llegada y recibimiento de los recién nacidos. (Uma Díaz, 2019)

En palabras expuestas desde la postura del personal médico en el país se entiende como proceso de parto humanizado todas las condiciones y recomendaciones que se dan en la Guía de atención al parto publicada en el año 2013, esta guía empezó a reunir ciertas

especificidades que se deben cumplir para garantizar el derecho a un parto seguro a las mujeres. “Allí se recomienda: que la paciente esté acompañada por la persona que ella elija; la frecuencia sugerida de tactos vaginales y la garantía durante este examen de la privacidad y la dignidad; la buena comunicación cuando se requieran intervenciones o haya complicaciones; el derecho al control del dolor si la gestante lo solicita, con preferencia de las técnicas neuroaxiales; y se desaconseja el uso del enema y el rasurado perineal.” (Gaitán, Eslava, 2017, P98)

Aunque ya existen propuestas y acciones que determinan al parto humanizado como la forma para abordar este proceso en el ciclo de las mujeres existen barreras tanto sociales como estructurales que impiden que esto se pueda llevar a cabo de manera unificada, como consecuencia se tiene que el parto humanizado se convierte en un factor exclusivo para las mujeres que tengan acceso a este, principalmente ubicadas en zonas urbanas y con una posición socioeconómica arriba del promedio.

Otra barrera que se debe considerar para la implementación de la Guía de parto es la aproximación economicista que siguen las autoridades de salud nacionales y locales, así como los administradores de las instituciones, en la que se prioriza el punto de vista de la eficiencia sobre la efectividad, la seguridad, las preferencias y los derechos de los pacientes. Para el caso de Bogotá, la administración actual ha decidido centralizar la atención obstétrica en unos pocos hospitales, aumentando las barreras geográficas para la atención de la gestante, y desconociendo los principios de la atención del parto con excelencia respecto a las preferencias, la cultura y el derecho a la autonomía, medidas estas que de nuevo afectan a las gestantes de los estratos más pobres. Es otra muestra de la inequidad que afecta a la salud en Colombia y, en especial, a la salud materna (Gaitán, Eslava, 2017.P99)

En adición a lo anterior la doula entrevistada también dio su posición frente a la influencia de la posición socioeconómica de las mujeres con las que ella ha realizado su acompañamiento y el acceso de las mismas a este tipo de servicios. “Eso es un tema mío personal porque yo sé que mi trabajo es un trabajo muy exclusivo porque más o menos mi acompañamiento vale entre tres millones a seis millones, si una mujer decide parir en casa cuesta entre seis millones a siete millones de pesos si hay una exclusividad. El único lugar de Latinoamérica o Centroamérica que sea solidaria a mujeres que no tienen acceso a este tipo de acompañamientos fue en Guatemala, fue uno de los motivos que llegue allá, mi sueño

es que esto sea un derecho fundamental de las mujeres y no sólo para las que puedan.” (Uma Díaz,2019)

Por otro lado, el dialogo entre las categorías de parto medicalizado y parto humanizado se ha convertido en una pieza clave para entender la lógica en la que funcionan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y el contexto en el que estos se desenvuelven. Diferentes autores han venido trabajando el consenso que existe entre estas dos perspectivas del mismo proceso, entre ellos Cáceres y Nieves quienes han tratado al parto humanizado desde la postura del personal médico poniendo ese conocimiento en función de otros saberes que empiezan a configurar al parto humanizado como una nueva modalidad de concebirlo.

Humanizar la asistencia en salud durante el parto se entiende cómo aplicar el conocimiento técnicocientífico y, simultáneamente, propiciar el respeto y la comunicación entre el personal de salud, la gestante y su familia. Es decir, que, a partir del conocimiento del proceso fisiológico, se procure intervenir solo en caso necesario, partiendo de la comprensión y el respeto de las creencias, costumbres, sentimientos, pensamientos y percepciones, propios e individuales, de cada mujer durante el trabajo de parto y el parto. No se trata de dejar de tomar decisiones o de dejar de realizar procedimientos necesarios, sino de que la materna sea informada de manera clara y oportuna sobre los procedimientos que se van a realizar, las razones para hacerlos, sus riesgos y beneficios (Cáceres, Nieves. 2017.P129)

Desde el punto de vista de Uma Díaz una con respecto a la relación que existe entre el parto medicalizado, la violencia obstétrica y la humanización del parto junto con la idea de penalizar a la violencia obstétrica como un delito y con ello judicializar al personal médico ella respondió.

El sistema debería hacer una actualización de protocolos, de procedimientos, la OMS dice que hay cosas que ya no se deberían hacer, mucha pedagogía en las mismas instituciones, siento que no se trata de entrar en una guerra con el sistema, falta mucha pedagogía en nosotras las mujeres, en educación prenatal, en las mismas mujeres tener interés sobre esto, porque, aunque decidamos no ser mamás alguna mujer de tu círculo va a ser mamá. Y creo que es un conocimiento que cualquier mujer debería tener, y antes de penalizar deberíamos hablar donde las mujeres también ejerzan sus derechos y reclamen en las instituciones, y yo lo veo en mujeres que he acompañado, sufren violencia obstétrica han tenido un proceso de aprendizaje y de pedagogía. Pero no hacen la denuncia, deberían pasar cartas denunciando porque es la única manera que el mismo sistema se va a dar cuenta, de las 50 mujeres que parieron hay 15 que están denunciando violencia obstétrica, hace que la clínica caiga en un ejercicio pedagógico de revisión. Pero si las mujeres no hacen eso, dicen ya para que, es la

única manera en la que las que vienen atrás o la hija que acabas de parir puedan tener en un futuro sus derechos. (Uma Díaz,2019)

Aunque el personal médico y de salud cada vez se encuentra más involucrado sobre el parto humanizado se ve claramente también un rechazo y una apelación a lo que esto significa en su ejercicio profesional, en situaciones reales los ginecólogos u obstetras se encuentran distanciados de todas las condiciones que se plantean desde el parto humanizado y la partería. Todavía existen nociones culturales, sociales e incluso discusiones técnicas y científicas que limitan el actuar médico dentro de esta alternativa de manejar el proceso de gestación. Tal como lo plantean las autoras Cáceres y Nieves “Algunas instituciones promueven capacitación sobre humanización, pero focalizada en el personal auxiliar, sin incluir a profesionales como los médicos o las enfermeras, lo cual puede propiciar mal manejo de las relaciones de poder y la adopción de conductas como evaluación innecesaria del trabajo de parto o aumento de cesáreas sin indicación. En ocasiones, el personal de salud propone medidas para alcanzar la AHP, pero encuentra dificultades como deficiencias en estructura física, falta de insumos, sobrecarga de trabajo, falta de organización institucional, desinterés y falta de preparación sobre el tema” (Cáceres, Nieves, 2017.P131)

Desde la perspectiva de la doula desde el parto humanizado también se evidencian diferentes tensiones entre los especialistas del campo médico y las parteras urbanas o rurales frente a la manera en la que abordan el embarazo y el momento de dar a luz. “En países como el nuestro están muy incrédulos, hay mucha violencia obstétrica, el solo hecho de que una familia diga que están haciendo acompañamiento con una partera o una doula porque las tratan como una loca, ni siquiera las doulas que a veces vamos a las clínicas nos toca hacernos pasar como la amiga o la psicóloga porque eso es un problema, lo miran mal, el solo hecho de que las familias no puedan hablar abiertamente sobre sus decisiones, porque los médicos los tratan de irresponsables, están jugando con la vida del bebé, se me hace muy violento e irrespetuosos.” (Uma Díaz,2019)

En el caso de la partería existen diversos estudios que hablan acerca de las implicaciones culturales, sociales y sobre todo raciales que componen toda una cosmovisión y formas de

entender y vivir los ciclos sexuales y reproductivos de la mujer, en el ámbito de la partería se encuentra una profundización marcada sobre el parto junto con el arraigamiento y los significados políticos y de resistencia que conlleva toda esta práctica ancestral y estos saberes generacionales que han sido practicados históricamente. No obstante, la partería no es sólo una práctica tradicional que se quedó arraigada en territorios rurales y aislados, existen vertientes que se han consolidado en otras culturas y que, aunque han retomado saberes propios de lo tradicional se apoyan en otras corrientes ideológicas y de acción, como es el caso de la partería urbana o el acompañamiento de Doulas, como la mujer entrevistada.

El concepto de partería va directamente relacionado con las costumbre africanas y étnicas, es toda una práctica amplia de estudio teórico y empírico, no obstante, en el caso específico de estudio lo relevante se plantea en las formas de convivencia que tiene esta práctica ancestralizada con un tema arraigado a lo occidentalmente medicalizado, la manera en que la violencia obstétrica y la partería fluctúan no se trata de posiciones antagónicas sino por el contrario las formas de converger y relacionarse. En palabras de la autora Samboni

La reconfiguración de esta etnicidad del negro, en tanto sujeto con conciencia histórica posibilita un escenario de diálogos en los que converjan el entramado étnico racial con el reconocimiento de los saberes propios, el interés por mantenerlos y el reconocimiento del otro cultural a quien su ideología lo establece en términos de progreso y bienestar. En el caso de la partería, las mujeres 61 que se dedican a la práctica de dar vida no se resisten a los procedimientos de la ciencia médica, por el contrario, los encuentran complementarios, María Neida Reyes lo explica de esta manera: “Yo la examino y yo sé cuándo un parto es de hospital”. Sin embargo, este dialogo de saberes pone en el tapete de discusión como la comunidad científica se queda corta en el momento de posibilitar la vida en ámbitos culturales en los que la diferencia étnica sea un punto de partida para la atención del parto. Por tanto, se propone que la partería puede seguir resistiendo a través de sus diversas configuraciones biopolíticas y simbólicas cuando el punto de convergencia y dialogo se presenten entre la ciencia médica y el saber cultural; por ello, desde esta obra se presenta como una apuesta para la vida el proyecto pedagógico alternativo (Samboni, 2014.P60)

En una visita guiada realizada al museo del oro en Bogotá se dio a conocer toda una sección dedicada a la partería negra en Colombia, esta exposición estuvo liderada por Laura Gonzales, antropóloga y guía del museo quien brindó el conocimiento sobre lo estudiado relacionado con los procesos negros y la feminización del dar vida. En la entrevista realizada

el 1 de octubre del año 2019 se pudo encontrar que. “La partería no se estudia en libros quienes se dedican a ella la van aprendiendo desde niñas, mirando y acompañando a las parteras mayores que muchas veces son sus madres o abuelas. Ser partera entonces es un honor generacional, cuando se habla de parteras se habla de dadoras de vida, madres de todos, o abuelas de todos, porque entre la familia y las parteras se genera un vínculo para toda la vida.” (Gonzalez,2019)



Figure 3. Museo del oro, exposición PARTERÍA (2019)



Figure 4. Museo Nacional, mujer en embarazo. (2010)

En cuanto a la partería en contextos urbanos, autoras como Camila Pieschacón (2013) hablan acerca de la incidencia de la partería en contextos diferentes al de la partería tradicional ligada a aspectos étnicos y raciales, hablando acerca de la historia y transformación de saberes traspasando barreras geográficas y territoriales. Aunque estos tipos de partería se relacionan de manera muy distintas manejan un concepto en común y es el de acompañamiento y apoyo a la mujer que va a dar a luz, guiando y respetando cada decisión o acción. Como primer acercamiento Pieschachón cuenta que

La partería urbana es un fenómeno reciente que apareció cerca de unos 5 años atrás, es un oficio que han incorporado Alejandra Montes y Carolina Zuluaga al contexto bogotano con el fin de acompañar partos de las mujeres, enseñarles a recordar sus instintos y establecer que el parto es un proceso propio de la mujer. La partería urbana es la combinación de distintos saberes que provienen de diversas tradiciones, la ayurvédica, la herbolaria, la meditación, etc., anudadas al conocimiento de la partería tradicional colombiana (especialmente la que pertenece a los grupos afro e indígenas) y parte de la herencia de la educación en la biomedicina que recibió Carolina. Estas prácticas condensadas conforman un conjunto de conocimientos que apropian y les permiten prestar un acompañamiento seguro a futuras madres. (Pieschachón, 2013. P3)}

No obstante, esta nueva forma de concebir la partería relativamente nueva se encuentra atravesada por condiciones externas que determinan la manera en la que se desenvuelve socialmente, la clase y la posición socioeconómica en la que se encuentre la mujer que quiera acceder a este tipo de alternativas para elegir sobre su cuerpo y la manera en la que quiere parir, se encuentran determinadas por las capacidades adquisitivas que ella posea, ya que la partería urbana sobre todo en la capital se posicionó como una opción para las clases dominantes, además de quien tenga el conocimiento y la información propicia para saber de la existencia de estas nuevas formas de concebir el parto.

Es importante resaltar que este tipo de partería urbana se ha constituido como un grupo dirigido a las elites, que ha determinado precios altos para sus servicios, a pesar de hacer trabajos “pro bono” como ellas lo relatan, la mayoría de las parturientas que allí se encuentran son de las clases altas. Diferente a lo que sucede con la partería que se da en barrios populares de la ciudad como Usme. Esta constitución particular, enfocada hacia las clases altas de la ciudad, ha hecho de la partería urbana un tipo distinto de servicio. (Pieschachón, 2013. P3)

Además del reconocimiento de la posición de privilegio en la que se encuentra la partería urbana también se retoman conceptos como el de empoderamiento femenino, reapropiación del conocimiento femenino, la relación de lo femenino con la maternidad, entre otros, lo que produce diferentes formas de concebir y reconocer los procesos que históricamente se han visto medicalizados y patologizados. En palabras de la misma autora uno de los propósitos y bases de la partería urbana se encuentra relacionado con la búsqueda del auto reconocimiento y el acompañamiento al mismo. “La idea de la partería urbana es lograr un parto en casa, acompañado de una doula, una partera y una aprendiz de partera. Este tipo de partería confronta no sólo las ideas propias de la medicina alopática de entender el parto como un proceso que debe ser atendido, ayudado, por especialistas, sino de las parteras de antaño quienes se consideran herramientas necesarias para que una mujer preñada dé a luz.” (Pieschachón, 2013. P 4)

En palabras de una doula el acercamiento hacia el parto humanizado como otra opción debe estar ligado a la reconstrucción de esos conocimientos propios de las mujeres que fueron negados y olvidados por la imposición de la medicina convencional además del discurso hegemónico que eso trajo consigo. “Está muy ligado con nuestra historia de ser mujer, así

mismo como nosotras cedemos nuestro poder sobre como quiero vivir y tener el parto, así en nuestras vidas diarias cedemos el poder a nuestras parejas, a nuestras familias, cedemos nuestros sueños, la toma de decisiones y la autonomía constantemente. Es reconocer la manera en que la cultura nos ha influenciado. Hoy en día con el tema de las redes sociales se está haciendo un ejercicio pedagógico, en las escuelas deberían enseñar salud reproductiva debería estar también conocimiento y auto reconocimiento.” (Uma Díaz, 2019)

Con los conceptos de parto humanizado y la partería en general es pertinente abordarlos desde el campo de la violencia obstétrica debido a su carga social y cultural, estas dos alternativas pueden ser consideradas como formas de resistir ante los procesos previamente mencionados de medicalización excesiva y patologización de los procesos naturales de las mujeres ya que brinda herramientas y conocimientos clave para entender y construir un conocimiento más integral sobre las necesidades de las mujeres en todos su ciclo vital y las exigencias del sistema de salud occidentalizado.

8.4 Ginecología natural.

Como última categoría de análisis se tiene que la ginecología natural también se encuentra dentro de estas nuevas formas de concepción de la sexualidad y la reproducción de las mujeres, se instaura como una de las alternativas influyentes en la toma de decisiones y reconocimiento corporal de mujeres a nivel social y político. En este sentido diferentes mujeres se han puesto en la tarea de posicionar a la ginecología natural como una opción para tratar problemas relacionados con todo el sistema reproductor femenino y consigo sus ciclos y procesos, además de aportar el conocimiento sobre el funcionamiento del mismo, lo que permite tomar decisiones más conscientes y seguras sobre la sexualidad en general.

Autoras como Nuria Calafell (2019) una académica que se ha dedicado a hacer estudios sociales sobre este tipo de problemáticas, además experta en derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en su texto “La ginecología natural en América Latina: Un movimiento sociocultural del presente” habla acerca de la incidencia social, cultural y

política que ha generado la ginecología natural en la vida de diferentes mujeres que han decidido acercarse a esta alternativa como medio de resistencia.

Es posible hablar de la GN como movimiento sociocultural y político desde aproximadamente 2008, cuando surge el proyecto Ginecosofía. Sabiduría Ancestral de las Mujeres, de la socióloga y partera tradicional chilena Pabla Pérez San Martín. Su Manual introductorio a la Ginecología Natural (2009) y la recopilación Del cuerpo a las raíces. Uso de plantas medicinales para la salud sexual y reproductiva de las mujeres (2011), escrito en co-autoría con Inés Cheuquela y Carla Cerpa,³ marcan el punto y seguido de un recorrido que tiene como antecedente el Movimiento por la Liberación de las Mujeres (1960-1970) y su principal deriva: el self-help (Calafell, 2019.P 63)

La ginecología natural además de configurarse como una alternativa de cuidado personal e íntimo de las mujeres también se cuestiona diferentes dinámicas propias del modelo de mundo vigente en la actualidad, las condiciones en las que se están tratando diferentes procesos naturales como la menstruación junto con la manera en la que el mercado empieza a regular los comportamientos de las mujeres y las personas encargadas de guiar dichos procesos, generalmente ligados al sistema de salud convencional.

El objetivo principal de la ginecología natural recae entonces en cuestionar y reconstruir esas ideas impuestas basadas en las relaciones de poder inscritas dentro de la medicina, y así convertir estos nuevos conocimientos en algo posible para apaciguar los efectos negativos de esta medicalización extrema. “En líneas generales, podemos decir que la ginecología natural propone, sobre todo, la transformación del modelo de atención jerarquizado, patologizante y biomedicalizante propio de la ginecología en tanto disciplina del campo de la salud sexual y (no) reproductiva (Martin, 2006; Valls-Llobet, 2008). Esto lo lleva a entramarse con otras propuestas igualmente críticas del poder médico masculino, como los movimientos feministas, y de la diversidad sexual y corporal” (Calafell, 2019.p65)

Continuando con lo anterior es pertinente retomar al movimiento Self-help debido a su gran influencia dentro de todo el concepto de ginecología natural, en el Manual de ginecología natural para mujeres escrito por Rina Nissim (1989) se habla acerca de los inicios de este movimiento cuyo propósito recaía en la reapropiación de los saberes ancestrales que fueron arrebatados por la ciencia tecnicobiologicista además de una lucha por parte de las mujeres

para retomar procesos de contención y autocuidado personal y colectivo. En palabras de Nissim

El movimiento Sef-help nació de la toma de conciencia de la inmensa disposición de un saber/poder de curación de que las mujeres han sido víctimas de provecho de la casta de los médicos. Las brujas fueron quemadas porque sabían demasiado, y más tarde, la medicina arrinconó a las mujeres en funciones subalternas: enfermeras fisioterapeutas, ayudantes de farmacia. La obstetricia y la ginecología constituyen un ejemplo casi caricatural de la apropiación de que han sido objeto las mujeres. En la sala de partos, las sillas están concebidas para la comodidad de los parteros y no de las parturientas. Casi toda la ginecología se encuentra en manos de los hombres, que no tienen vagina, ni útero y se han convertido en los nuevos sabios del área genital y de su medicina. (Nissim, 1989.P7)

Para tener un acercamiento más directo con la percepción que se tiene de la ginecología natural desde la posición más actual de las mujeres se realizó una entrevista a Salomé Quintero quien está involucrada en todo el proceso de ginecología natural en la ciudad de Bogotá además de ser partícipe de un proyecto de pedagogía menstrual, en donde muestra el significado de la ginecología natural con respecto a las visiones que se tienen sobre la violencia obstétrica. La ginecología natural tiene diferentes formas de ser definida teórica y socialmente, Salome lo define como “una herramienta que surge como una necesidad de las mujeres de apropiarse de las opciones que sean más amigables con nuestros cuerpos y que sean más coherentes con entender lo femenino como algo que no hay que arreglar. Es una alternativa a la medicina hegemónica que plantea mucho ese concepto de arreglar, es empezar a comprender que está pasando con el cuerpo y ayudarlo esos procesos.”

Partiendo de esta definición se vuelve necesaria la diferenciación entre la ginecología convencional y la apuesta natural, junto con la percepción que tienen las mujeres con respecto a esta diferenciación ya que es una apuesta reciente que aún no cuenta con el conocimiento necesario por parte de las mismas. En palabras de Salome

La medicina occidental alopática se trata de ir a un médico partiendo de que tengo un problema para que te den un diagnóstico y una receta sin cuestionar si ese diagnóstico sea o no real. La ginecología natural parte de que no es que toque arreglarnos y no parte de la relación jerárquica que hay con el médico y nace de preguntarse a una misma un montón cuestiona el diagnóstico y lo observa. Se trata de sanar desde la observación y se trata de escuchar el cuerpo que en la medicina convencional es nulo. Se trata de hacer un rastreo muy personal se parte de una premisa donde todos los problemas de salud son multicausales, se

trata de verlo desde una perspectiva integral y completa. Es una herramienta que empodera mucho a las usuarias, sabes que tú tienes una intuición importante y la decisión que tu tomes sobre tu cuerpo se debe respetar. (Salome Quintero, 2020)

Por otro lado, dentro de todo este entramado relacionado con esta nueva alternativa, las causas de la violencia obstétrica también se encuentran ligadas de cierta manera con la ginecología natural en el sentido que aportan explicaciones a la necesidad de su surgimiento de la misma. La ginecología natural es concepto reciente que se adapta a la necesidad de las mujeres por encontrar métodos que no se conviertan en violentos e invasivos para sí mismas. Es por esto que la violencia obstétrica fue uno de los motivos principales para que se empezaran a crear nuevos modelos de entender la sexualidad y reproducción femenina. Salome también brinda una perspectiva sobre las causas y consecuencias de la ginecología natural dentro del ejercicio de la violencia obstétrica.

Pasa porque el saber femenino fue borrado, no se toma como algo importante por esa ruptura que se da en la experiencia humana donde el saber femenino quedo en un segundo plano, ese quiebre pone en esa posición de que el medico es el único que sabe lo que tienes, ese saber asociado a lo femenino de las emociones, de escuchar al cuerpo, autoconocimiento, la sacralidad de ciertas cosas, la intuición, de la conexión con la naturaleza es algo que esta invalidado, la historia de las ciencias están construidas sobre el patriarcado y todo el sistema que se consolida sobre lo considerado científico, como consecuencia pues enfermamos más. (Quintero,2020)

Por último, se hace relevante hacer alusión a esa concepción política que existe dentro de la ginecología natural y la opinión de una de las mujeres que se encuentra inmersa dentro de toda esta nueva dinámica.

Totalmente es una apuesta política individual de no tragar entero, es de quererse y conocerse, está muy conectada con la autoestima y la sexualidad. La ginecología es un conjunto que está relacionado con la complejización del autoconocimiento, es disruptivo, si nos conocemos somos imparables, no dejamos que nos opriman y violenten, desde lo colectivo es una apuesta que va en contra de ese saber académico individual sino construirlo colectivamente desde nuestra ignorancia. En lo social y macro va en contra del sistema farmacéutico que nubla nuestra agencia de cambio y transformación es volver a lo femenino, en el sentido de que no seamos solo mujeres sino volver a ese conocimiento asociado a lo femenino pero que es de la naturaleza misma, es una lucha histórica de visibilizar la mitad de lo que existe, es muy político es acertado ese lema que dice la revolución empieza en el cuerpo. (Quintero. 2020)

Esta visión política de la ginecología natural da paso a nuevas formas de resistir colectiva y personalmente a la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, entendiendo las lógicas de la violencia obstétrica como una serie de violencias que se dirigen a diferentes etapas y ciclos de la vida sexual y reproductiva de la mujer, la ginecología natural tiene como objetivo cuestionar y visibilizar nuevas formas de concebir la sexualidad femenina alejada de esas prácticas invasivas propias del problema de investigación.

9.-Conclusiones.

Una de las primeras enseñanzas que reciben las mujeres con respecto a su salud sexual y reproductiva y en su vida en general, es la capacidad para aguantar condiciones que vulneran su estabilidad y el derecho a una vida libre de violencia, esa disposición a soportar y a esperar, impuesta cultural y socialmente empieza a intervenir en las formas en las que se relacionan las mujeres con el mundo y consigo mismas. La violencia obstétrica es entonces una de las tantas violencias que sufren las mujeres que toma como base estas concepciones y convierte al dolor en una condición sine qua non para tratar los cuerpos feminizados, construyendo así modelos de mundo permeados por dichas concepciones.

Es así que el contexto histórico permitió que políticas científicas propias del S XX y XIX que se justificaban en preceptos de eficacia y eficiencia, empezaran a crear escenarios donde el control de los cuerpos y la sexualidad humana fueran fundamentales para mantener el orden social establecido. Desde estas dinámicas los cuerpos femeninos en específico vivieron las transformaciones de manera abrupta, ya que las formas de relacionarse con el cuerpo se vieron adaptadas a nuevas lógicas patriarcales y económicas que las sometieron a etiquetas de segunda categoría, lo que significa que la violencia hacia la vida sexual y reproductiva de las mujeres viene intrínseca en procesos mucho más antiguos de lo que en la actualidad se denomina como violencia obstétrica.

Este cambio estructural de comprender la medicina junto con el ejercicio ginecológico y obstétrico provocó que el papel de la mujer dentro del mismo se viera relegado a labores de

asistencia o apoyo a ese conocimiento hegemónico impuesto por la prevalencia masculina en cargos de mayor poder y autoridad, esta relegación fue la causante de que los procesos tradicionales fueran catalogados como irresponsables y erróneos a la hora de tratar etapas naturales de las mujeres, infantilizando así las capacidades físicas, emocionales y racionales de estas para apropiarse de su cuerpo y de sus procesos, lo que desencadenó toda una patologización junto con su respectiva medicalización que se encargó de instaurar toda una cultura médica de aprendizaje y reproducción de prácticas agresivas y nocivas para el bienestar de las mujeres.

El hecho de acabar con la idea de que la violencia obstétrica se resume a casos aislados durante el parto de la mujer permite entender que este tipo de acciones se encuentran presentes en cada una de las etapas que conforman la vida de las mujeres y junto a ello el tomar una postura crítica con esa legitimidad que se le ha otorgado a las prácticas médicas, como las únicas formas posibles de entender y atender los diferentes problemas de salud de las mujeres y su vida en general. La violencia dentro de estas acciones entonces empieza a verse envuelta en procesos de naturalización e invisibilización que dificultan la identificación por parte de las mujeres de un posible mal trato y vulneración a los derechos fundamentales. De igual manera limita el avance social y tecnológico de la medicina en tanto que los profesionales no son conscientes de dicho comportamiento en su desarrollo profesional e ideas como la sofisticación de instrumentos y protocolos quedan difusas, incluso dejan de ser consideradas vitales dentro de este mismo campo.

El dejar atrás estos imaginarios en los cuales están fundamentadas estas prácticas médicas como el de debilidad, delicadeza, entre otros, como adjetivos propios de lo femenino, junto con los roles de género impuestos socialmente, propicia que los procesos de las mujeres se dejen de ver de manera negativa, lo que traería como consecuencia procedimientos más empáticos y solidarios con las necesidades y exigencias de las mujeres durante estos. La toma de conciencia por parte del personal médico y el sistema estructural de salud sobre estas ideas y la manera en la que influyen en el trato hacia la mujer, es completamente necesaria para que la violencia obstétrica deje de ser una de las tantas que aquejan el bienestar sexual y reproductivo de la población femenina, dando paso a mejores condiciones de vida, mejores

vínculos entre las familias, dignidad y respeto por los procesos naturales, además de un avance en materia de equidad de género en la sociedad.

Por otra parte, la negación al goce y al placer de la mujer han generado toda una serie de culpas por parte de la misma a disfrutar de su vida sexual de manera libre y responsable. De igual forma la manera en las que son juzgadas por ver su sexualidad más allá de la reproducción desencadena una serie de violencias sobre todo simbólicas y culturales que empiezan a determinar su bienestar y calidad de vida. El trato que se les da desde el sistema de salud se ve inmerso en estas connotaciones morales y valorativas sobre una sexualidad aceptable o repudiada, lo que influye en si pueden llegar a ser víctimas de violencia dependiendo de lo aceptable o reprochable de su vida sexual desde los estándares impuestos. Desde este punto de partida, una de las premisas fundamentales en este estudio fue la de erradicar esa idea reduccionista de la violencia obstétrica al embarazo y el parto de la mujer e incluir la vida sexual de la misma en toda esta problemática.

Es así como la presencia de violencia en el ejercicio médico desde lo gineco – obstetra se puede categorizar en diferentes tipologías, desintegrando un amplio concepto de investigación que sociológicamente se venía viendo de una forma generalizada. Como primera medida se realizó un análisis sobre la incidencia de la violencia directa frente al desarrollo de la violencia obstétrica como un entramado más amplio de estudio, en esta oportunidad se pudo definir con el tipo de violencia más evidente y reconocido socialmente, por ende, uno de los más repudiados. Hace alusión a todos unos procedimientos invasivos muchas veces innecesarios que vulneran principalmente de forma física a las mujeres junto con protocolos que no han sido cuestionados a pesar de lo rudimentarios y obsoletos que puedan parecer en la actualidad. No obstante, es sólo una pequeña parte de toda una problemática más grande detrás, que se visibiliza en mayor medida gracias a lo notorio y alarmante de esta serie de acciones que agreden a gran parte de las mujeres durante su vida.

Continuando con lo anterior otras de las violencias pertinentes en el estudio realizado hace referencia al aspecto simbólico y estructural en el que se encuentra fundamentados gran parte de los comportamientos médicos y sociales frente a la mujer. Este tipo de violencia se ha

determinado como la manera en la que sistemáticamente se ha percibido el cuerpo femenino desde ideologías y preceptos violentos en sí mismos, es esta la clase de violencia capaz de legitimar las demás modalidades dentro de una misma problemática y que mayor poder tiene a la hora de permitir que este tipo de actos se sigan reproduciendo generacionalmente. La representación de la mujer se ve ligada a un estado de sumisión donde la capacidad de agencia y de decisión se encuentra limitada por esa visión paternalista que se tiene sobre sus procesos, dando por hecho que la mujer debe soportar este tipo de tratos. Esto entonces pone un interrogante en el debate público el cual se basa en si realmente el personal médico desde su posición de poder se ha cuestionado todas estas prácticas consideradas denigrantes dentro su quehacer profesional, y cuál es su posición sobre todo este tipo de denuncias presentes en diversas situaciones.

En cuanto al otro concepto de análisis se tiene a la violencia cultural como el último de los tipos de violencia que inciden en el desarrollo de la ginecología y la obstetricia, en este caso se realizó un estudio sobre las bases en que los conocimientos médicos fueron enseñados y la manera en la que son reproducidos sobre la vida de las mujeres, como un ejemplo claro de la forma en que la cultura en la que se encuentra inmerso el personal médico desde su entorno determina el trato de la mujer en la práctica. Todo este tipo de conocimiento se encuentra estandarizado en un paradigma patriarcalizado y occidental, que no permite el ingreso a otro tipo de pensamientos y conocimientos alternativos dentro de sus prácticas, lo que se encarga de reproducir todo un sistema de creencias que al final condiciona la calidad de vida de las mujeres. En este sentido ya no se trata de enfocar la perspectiva en el género de donde provienen esas acciones violentas, sino en toda una construcción del conocimiento hegemónica y absolutista que excluye cualquier otro tipo de cosmovisiones, lo que lo convierte en un elemento problemático en sí mismo.

Por otra parte, uno de los objetivos planteados en esta investigación hace referencia a la manera en la que la condición socioeconómica de la mujer puede influir en la presencia de violencia obstétrica, en un inicio se partió de la hipótesis donde se pensaba que la condición económica de la mujer determinaba la violencia que esta podría sufrir, siendo que las mujeres con menos recursos estaban más expuestas a sufrir de violencia obstétrica en comparación a

las mujeres con mayores recursos. Sin embargo, al analizar los resultados arrojados por la encuesta realizada, se encontró que la violencia obstétrica no discrimina la situación económica de la mujer en todos los casos. Esto se traduce en términos de que cualquier mujer sin importar su condición de vida está sujeta a vivir alguna experiencia violenta durante su vida sexual y reproductiva. Este fue uno de los hallazgos más representativo de todo el estudio ya que acentúa las alarmas sobre esta violencia de género, demostrando que la violencia se presenta en todos los estratos económicos en Bogotá sólo que de maneras diferentes y en grados distintos en cada uno de ellos.

En cuanto a la edad de la mujer en relación a presencia o no de violencia obstétrica en sus vidas sexuales y reproductivas uno de los descubrimientos más relevantes arrojados por el análisis estadístico pertinente fue el del cambio de pensamiento y de posición frente al tipo de procedimientos y protocolos desde el personal médico determinado por el factor generacional. En este estudio se encontró que, a menor edad de la mujer, menor grado de naturalización existe entre estas prácticas violentas sobre sus cuerpos. Mientras que, a mayor edad, mayor grado de naturalización de las agresiones vividas, no obstante, tampoco se evidenció que la edad de la mujer fuera trascendental en la violencia que está sufre en su sexualidad y reproducción. Por medio de las vivencias comunicadas en las entrevistas se pudo evidenciar que si existe una relación empírica con la edad de la mujer y mayor presencia de violencia, lo que puede indicar que el efecto de la normalización propia de esta problemática haya incidido en los resultados encontrados.

Por último, el objetivo final de la investigación constaba de volver a resignificar los efectos de la violencia en el ejercicio gineco – obstetra, conceptos como el de biopolítica y parto humanizado fueron usados con el propósito de brindar herramientas conceptuales y prácticas para todos/as los actores que se encuentran involucrados en este tema. Desde los términos de biopolítica y la patologización del cuerpo femenino se empezó a tejer una serie de elementos teóricos que permiten entender a grandes rasgos las razones por las cuales la violencia obstétrica está dotada de sentido en la actualidad y por lo tanto se sigue reproduciendo en la vida de muchas mujeres, generando así un aporte conceptual que permita a los agentes de cambios cuestionarse sobre las dinámicas establecidas desde lo machista y misógino del

sistema y así mismo ubicarse desde una postura crítica sobre el asunto que motive a tomar acciones políticas y de acción colectiva que logren transformar estas lógicas patriarcales.

Continuando con lo anterior se trabajaron los temas de parto humanizado y ginecología natural con la intención de dotar a las/os actrices sobre nuevas visiones de lo ginecológico u obstétrico desde un lugar que posibilite la introspección sobre su propio cuerpo, junto con las maneras de sentir y de actuar. Desde este lugar de enunciación, este tipo de alternativas pueden ser usadas como un medio para llegar a acciones reivindicativas de toda una lucha histórica por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, además de todo un proceso de auto reconocimiento y reconciliación con lo que culturalmente se había enseñado como algo malo o negativo, los procesos de cada mujer se entienden desde otro tipo de discurso donde el derecho a decidir y la capacidad de actuar se ven altamente valoradas en cada una de las/os agentes.

La incidencia de la educación es primordial para llegar a tener un control completo sobre cada uno de los procesos que la mujer tenga en su vida, el interés de las mujeres por reconstruir y re apropiar saberes que habían sido relegados es fundamental para que este tipo de alternativas como la del parto humanizado y la ginecología natural tengan una influencia importante en el cambio estructural que se plantea para erradicar la violencia obstétrica de la vida de las mujeres. Con ello la participación e inclusión de los hombres en cuestión de derechos sexuales y reproductivos es determinante para llegar al punto donde las mujeres no sean las únicas responsables de cumplir con una vida sexual y reproductiva sana, es por esto que temas como la violencia obstétrica deben conocerse por parte de todos los sujetos que la conforman.

En últimas instancias la conclusión central de esta investigación se basa en darle relevancia a ese dialogo de saberes que debe existir entre posturas como la del parto humanizado o la ginecología natural y la medicina convencional actual. Todo este proceso no se trata de encontrar una visión imperante e impositiva sobre un deber ser para la forma de abordar lo ginecológico y obstétrico, sino por el contrario llegar al consenso donde se facilite el acceso a las mujeres de elegir sin la necesidad de estar en un extremo o el otro. La guerra entre

ambos campos no debe consolidarse como el fin de toda esta investigación mediada por egos de tipo intelectual, la construcción de un nuevo campo de acción que sea capaz de entender las diferentes opciones para comprender todo el entramado de la vida sexual y reproductiva de las mujeres es la clave para dar pasos de cambio y contribuir a la superación de una de las violencias de género más olvidadas en todos los aspectos, ese es el fin último de esta investigación. Invitando así al cuestionamiento por parte del personal médico y especialistas en ginecología y obstetricia sobre las prácticas que se vienen realizando y un llamado a la construcción de una medicina más empática que no puede separarse de lo social donde su propósito sea llegar a las personas de la manera más responsable y ética posible.

BIBLIOGRAFÍA

- Artells, J.J. “Evaluación económica de la asistencia sanitaria” en Cabero, L. (dir) (2003) Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Tomo 2. Madrid: Editorial Médica Panamericana. Pp. 1858-1865.
- Ballón. A. 2014. Memorias del caso peruano de esterilización forzada. Edit., biblioteca Nacional del Perú. Lima, Perú.
- Benson, R. (1977) Manual de ginecología y obstetricia. México D.F: El Manual Moderno.
- BBC MUNDO. 2019. Diana Sánchez, la presidiaria que tuvo que dar a luz sola en una celda de EE.UU. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-49529594>
- Blel, N (2018) Proyecto de ley por medio del cual se dictan medidas para prevenir y sancionar la violencia obstétrica. Congreso de la República de Colombia, Senado de la República. http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/pl_14717_violencia_obstetrica.pdf
- Blundell, J (1927) Theory and practice of Midwifery, delivered at guy’s hospital. Lecture XI. Birth and the management of the secundines. The Lancet, Vol1, 451.
- Cabero, L. (dir) (2003) Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Tomo 2. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Calafell, N. (2019). La ginecología natural en América Latina: Un movimiento sociocultural del presente. Revista latinoamericana de sexualidad, salud y sociedad. Córdoba, Argentina. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/43158>
- Calafell, N. (2015) Violencia obstétrica y sus modelos de mundo. CIECS. Argentina. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/4288>
- Calderón (2009) Teoría de conflictos de Johan Galtung. Revista Paz y Conflictos. España. http://www.redcimas.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/m_JGaltung_LAteoria.pdf

- Cáceres, F. Nieves, G. (2017). Atención humanizada del parto diferencial según clínica y social de la materna. Revista colombiana de ginecología y obstetricia. Bogotá, Colombia. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v68n2/0034-7434-rcog-68-02-00128.pdf>
- Camacaro, M. Ramírez, M. Lanza, L. Herrera, M. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas, de violencia obstétrica. Utopía y praxis latinoamericana. Maracaibo, Venezuela. <http://repositorio.gire.org.mx/bitstream/123456789/2456/1/27937090009.pdf>
- Castro, E. (2008). Biopolítica de la soberanía al gobierno, Universidad Nacional de San Martín.
- CONSAVIG, (2017). Estadísticas y datos, violencia obstétrica. Argentina. http://www.jus.gob.ar/media/3283115/datos_violencia_obst_trica_2017.pdf
- Cortés, A; Gómez, J. y Gutiérrez, J.H. (2013) Aspecto claves. Obstetricia. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.
- Cruz, J. Haya, J y Cruz, L.J. “Psiquismo y ginecopatías. Medicina psicosomática. Terapéutica con psicofármacos en ginecología. Aspectos sociales de la ginecología. En Cabero, L. (dir) (2003) Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Tomo 2. Madrid: Editorial Médica Panamericana. Pp. 1258-1264.
- Esposito, R. (2006). Bios, biopolítica y filosofía. Edit., mutaciones, Argentina.
- Fream, W.C. (1981) Manual de obstetricia. Madrid: Editorial Paraninfo.
- Foucault. M (1976) ¿Crisis de un modelo en la medicina? Revista centro americana de la salud., págs. 197-209 (Primera conferencia sobre la historia de la medicina. Instituto de Medicina Social, Universidad del Estado de Río de Janeiro, Centro Biomédico, octubre de 1974
- Foucault, M. (1977) El nacimiento de la medicina social. Revista centro americana de ciencias de la salud, Rio de Janeiro. P89-108.
- Gaitán, H. Eslava, J. (2017). El parto, evento que exige la excelencia de la calidad en los servicios de salud. Revista colombiana de obstetricia y ginecología. Bogotá, Colombia. <https://www.redalyc.org/pdf/1952/195251837001.pdf>

- Galtung, J. (2016) La violencia: cultural, estructural y directa. Cuadernos de estrategia, N° 183, págs. 147-168.
- Galtung, J. (1990) Cultural Violence. Journal of Peace Research, Vol. 27, No. 3, pp. 291-305.
- Galtung, Johan (1998), Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia, Bilbao, Gernika Gogoratuz, p. 14.
- García, M. Rodríguez, M. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.<http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/resources/5+Aten+Primaria+2000.+Grupo+Focal+Dise%C3%B1o+y+Practica.pdf>
- Gianella, G. (2014). Los médicos peruanos y las esterilizaciones forzadas: la historia aún no termina. Biblioteca Nacional del Perú, Lima, Perú. P.73-93.
- Goberna-Tricas, J. y Boladeras, M. (comp.) (2018) El concepto “violencia obstétrica” y el debate actual sobre la atención al nacimiento. Madrid: Tecnos.
- Goinheix Costa, S. (2012). Notas sobre violencia de género desde la sociología del cuerpo y las emociones. *Revista Latinoamericana de estudios sobre cuerpos, emociones y sociedad*, 3(8), 43-54.
- Herrera, C. (2016). Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal healthcare in Argentina. University of Toronto. Toronto, Canada. <https://www.jstor.org/craiustadigital.usantotomas.edu.co/stable/pdf/26495892.pdf?refreqid=search%3A42ec366f66776f46839a370e2742f99b>
- J. Casas Anguitaa, J.R. Repullo Labradora y J. Donado Campos. (2002). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. Departamento de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad. ISCIII. Madrid. España <http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/resources/9+Aten+Primaria+2003.+La+Encuesta+I.+Cuestionario+y+Estadistica.pdf>
- J. Casas Anguitaa, J.R. Repullo Labradora y J. Donado Campos. 2002. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico

de los datos. Departamento de Planificación y Economía de la Salud. Escuela Nacional de Sanidad. ISCIII. Madrid. España
<http://www.unidaddocentemfyclaspalmas.org.es/resources/9+Aten+Primaria+2003.+La+Encuesta+I.+Cuestionario+y+Estadistica.pdf>

- Jurado, M. A. G. (2018). Contribución de las mujeres en las revistas de sociología colombianas 1959-2000. *Campos en Ciencias Sociales*, 6(1), 73-90.
- Kogan, L. (1993). Género-cuerpo-sexo: apuntes para una sociología del cuerpo. *Debates en sociología*, (18), 35-57. <file:///C:/Users/ileana/Downloads/6676-Texto%20del%20art%C3%ADculo-25879-1-10-20130722.pdf>
- Korstanje, M (2011) sobre la violencia seis reflexiones marginales. en respuesta a s. zizek. Universidad de Palermo. Argentina. <file:///C:/Users/ileana/Downloads/36611-Texto%20del%20art%C3%ADculo-37825-3-10-20110905.pdf>
- Le Breton, D (2018). *La sociología del cuerpo* (Vol. 99). Siruela. https://siruela.com/archivos/fragmentos/La_Sociologia_del_Cuerpo.pdf
- López, R. Deslauriers, J. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. https://www.researchgate.net/profile/Jean_Pierre_Deslauriers/publication/266036635_La_entrevista_cualitativa_como_tecnica_para_la_investigacion_en_Trabajo_Social/links/56546e5c08ae1ef92976a147.pdf
- López, R. Deslauriers, J. (2011). La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en Trabajo Social. https://www.researchgate.net/profile/Jean_Pierre_Deslauriers/publication/266036635_La_entrevista_cualitativa_como_tecnica_para_la_investigacion_en_Trabajo_Social/links/56546e5c08ae1ef92976a147.pdf
- Lorenzo y Montero, R. “Aspectos médico-legales de la especialidad” en Cabero, L. (dir) (2003) Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Tomo 2. Madrid: Editorial Médica Panamericana. Pp. 1205-1213.
- Marín, C. (2018). No lo estás haciendo bien, esto deberías haberlo practicado” Eldiario.es. https://www.eldiario.es/nidos/violencia-obstetrica_0_746826187.html

- Nissim. R. (1989). Manual de ginecología natural para mujeres. <https://we.riseup.net/ginediy/manual-de-ginecolog%C3%ADa-natural-de-rina+283435>
- OVO, (2016). Informe del Observatorio español de la violencia obstétrica. Madrid, España. <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/informeovo2016.pdf>
- Perdomo, O. L. (2013). Sobre mujeres y desplazamiento. Campos en Ciencias Sociales, 1(1), 149-168. <http://dx.doi.org/10.15332/s2339-3688.2016.0001.04>
- Perdomo, A. Martínez, P. Lafaurie, M. Cañón, A. Rubio, D. (2018) Discursos sobre la violencia obstétrica en la prensa de países latinoamericanos: cambios y continuidades en el campo de la atención. Universidad de Antioquia, Colombia. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v37n2/0120-386X-rfnsp-37-02-125.pdf>
- Pereira, Z. (2011), Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. Universidad Nacional, Heredia Costa Rica. <https://www.redalyc.org/pdf/1941/194118804003.pdf>
- Pérez, M.P. y Massey, A.Y. “Planificación familiar”. En Otálora, C. y Parra, S. (2015) Revisión de temas y pautas de tratamiento en ginecología y obstetricia. Bogotá: FUCS. Pp. 14-18
- Pieschachón, C. (2013). Partería urbana en Bogotá, Construcción y reconstrucción de representaciones y prácticas durante la gestación y el parto. Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/4679/PieschaconBarrera-CamilaFernanda-2013.pdf?sequence=1>
- Rodriguez, P. Aguilera, L. (2017) La violencia obstétrica, otra forma de violencia contra la mujer. El caso de Tenerife. Universidad La Laguna, Tenerife.
- Saldarriaga, W. (2010) Fundamentos de ginecología y obstetricia. Santiago de Cali: Universidad del Valle.
- Salgado, F. Díaz, M. (2019). Violencia obstétrica y violencia de género mediante la medicalización del cuerpo femenino. Revista latinoamericana de Estudios sobre

cuerpo, Emociones y sociedad. Argentina
<http://relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/515/459>

- Samboni, O. (2014). Una mirada a la partería ancestral afro como práctica simbólica y biopolítica en Colombia. Universidad de San Buenaventura. Cali, Colombia. [http://45.5.172.45/bitstream/10819/2380/1/Una Mirada Parteria Ancestral Afro Biopolitica Samboni 2014.pdf](http://45.5.172.45/bitstream/10819/2380/1/Una_Mirada_Parteria_Ancestral_Afro_Biopolitica_Samboni_2014.pdf)
- Santamaría, R. “Control de calidad y oportunidades de mejora en obstetricia y ginecología” en Cabero, L. (dir) (2003) Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Tomo 2. Madrid: Editorial Médica Panamericana. Pp. 1858-1865.
- Secaduras, M.A; Cazorla, E. y Llixiona, J. “Traumatismos y heridas del aparato genital. Agresiones sexuales” en Cabero, L. (dir) (2003) Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Tomo 2. Madrid: Editorial Médica Panamericana. Pp. 1205-1213.
- Sputnik News, (2020). Mi hijo murió dentro de mí: Sufrí violencia obstétrica durante el tiempo que estuve ingresada para parirle. España. <https://mundo.sputniknews.com/espana/202003211090853448-mi-hijo-murio-dentro-de-mi-sufri-violencia-obstetrica-durante-el-tiempo-que-estuve-ingresada-para/>
- Usandizaga, J. y de la Fuente, P. (2010) Obstetricia y ginecología. Madrid: Marbán Libros.
- Valdés, R. Hidalgo, E. Mojarro, M. Arenas, L. (2013). Nueva evidencia a un viejo problema; el abuso de las mujeres en las salas de parto. Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4237199>
- Vallana, V. (2020). “La enfermedad normal” Aspectos históricos y políticos de la medicalización del parto. Observatorio de salud sexual y reproductiva. Bogotá, Colombia. <https://www.scielo.br/pdf/sess/n34/1984-6487-sess-34-90.pdf>

- Zamarriego, J. “La información asistencial. El consentimiento. El consentimiento informado” en Cabero, L. (dir) (2003) Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Tomo 2. Madrid: Editorial Médica Panamericana. Pp. 1843-1849.
- Zamudio, C.E. y Ramos, J.J. “Historia clínica ginecológica”. En Otálora, C. y Parra, S. (2015) Revisión de temas y pautas de tratamiento en ginecología y obstetricia. Bogotá: FUCS. Pp. 14-18
- Žižek, S. (2009) *Sobre la violencia: seis reflexiones marginales*. Barcelona: Paidós.