

Parir entre derechos humanos y violencia obstétrica. Aproximación conceptual y análisis del reciente posicionamiento de la Organización de las Naciones Unidas.

Give birth between human rights and obstetric violence.
Conceptual approach and analysis of the recent positioning of the United Nations.

Belén Castrillo
Dra en Ciencias Sociales – UNLP Becaria posdoctoral CONICET en CIMeCS – IdIHCS
(UNLP/CONICET) – FaHCE
mbcastrillo@gmail.com

Recibido: 25.03.20

Aceptado: 08.05.20

Resumen

La violencia obstétrica, como expresión de la vulneración a derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres y su entorno durante la atención de embarazos y partos, ha cobrado importancia en la agenda pública y social en las últimas décadas. Durante el nuevo milenio, se han creado políticas, leyes y protocolos que buscan humanizar la atención

obstétrica, garantizar derechos y dar respuesta frente a la denuncia de una de las violencias de género más invisibilizadas y naturalizadas mundialmente.

En el presente artículo propongo una doble tarea: primero, una aproximación analítica a una perspectiva sociológica para el estudio de la violencia obstétrica. Segundo, y a partir de dichos lentes conceptuales, el análisis documental de un Informe de la ONU de reciente publicación (2019) sobre la situación global de esta problemática.

El cruce entre lo global, a través de lo recabado por dicho documento, y lo local, a través de la investigación doctoral que realicé y que inspira este artículo, pretende aportar coordenadas para seguir profundizando la comprensión de la violencia obstétrica, para apuntar a su prevención y erradicación.

Palabras clave: violencia obstétrica; derechos humanos; parto humanizado

Abstract

Obstetric violence, as an expression of the violation of human, sexual and reproductive rights of women and their environment during the care of pregnancies and childbirths, has become important on the public and social agenda in recent decades. During the new millennium, policies, laws and protocols have been created that seek to humanize obstetric care, guarantee rights and respond to the denunciation of one of the most invisible and naturalized gender-based violence worldwide.

In this article I propose a double task: first, an analytical approach to a sociological perspective for the study of obstetric violence. Second, and based on these conceptual lenses, the documentary analysis of a recently published UN Report (2019) on the global situation of this problem.

The cross between the global, through what is collected by said document, and the local, through the doctoral research that I carried out and that inspires this article, aims to provide coordinates to continue deepening the understanding of obstetric violence, to target its prevention and eradication.

Keywords: obstetric violence; human rights; humanized childbirth

Introducción: ¿por qué el derecho a un parto humanizado es un derecho humano del siglo XXI?

En la convocatoria al dossier que compone este artículo, se menciona la deshumanización como efecto del totalitarismo de mercado que determina el contexto global actual. En este marco, los nacimientos no son la excepción. Hace casi cinco décadas, la

Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo el primer llamado¹ a frenar el sobre-intervencionismo, medicalización y patologización de los procesos de embarazo y parto (PEP).² Este nuevo horizonte de trabajo sanitario, se encarnó en diversas políticas en los distintos escenarios mundiales. En Latinoamérica, la búsqueda por humanizar los partos sentó las bases del movimiento mundial: fue en nuestras latitudes que se construyó y definió el concepto de violencia obstétrica (VO), se promulgaron leyes, normativas y protocolos de atención. El enfoque de derechos humanos articulado con la perspectiva de género configura el sostén del derecho a un parto respetado como derecho humano del siglo XXI.

El análisis aquí presentado es resultado de la realización de una tesis doctoral realizada entre 2013 y 2019, en el que analicé experiencias de atención obstétrica de diversos actores (mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud) para distintos ámbitos de atención (pública, privada y domiciliaria) en la ciudad de La Plata, capital de la provincia de Buenos Aires.³ Tanto la sistematización conceptual como el caso de estudio que se refieren en este artículo, provienen de dicha investigación.

En este artículo propongo problematizar los alcances e implicancias de la violación a los derechos humanos (DDHH) en la atención obstétrica. Para ello, en lo concreto, el trabajo se compone de dos grandes momentos. Primero, una reconstrucción de la problematización sociológica de la VO, con miras a establecer sus especificidades. Segundo, el análisis documental de un informe de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) reciente (publicado en 2019) que atraviesa el estudio de esta violencia desde un enfoque de DDHH. Este documento simboliza la importancia que el estudio, prevención y erradicación de la VO como vulneración a DDHH ha adquirido en los últimos años.

Sentando las bases conceptuales de la violencia obstétrica

Desde 2013 y a raíz de la interacción entre inquietudes personales, sociológicas y feministas, comencé a estudiar la problemática de la VO, enfocándome en la provincia de Buenos Aires y su ciudad capital. Siete años después, el escenario ha variado en términos normativos, pero aún los índices y experiencias subjetivas siguen dando cuenta de la

¹ Organización Mundial de la Salud (1985). Declaración de Fortaleza: Tecnología apropiada para el parto normal.

² En este artículo me enfoco en los DDHH y la VO que se visibilizan en los procesos de embarazo y parto, sin desconocer por ello que se expresan y comprenden también los pospartos, lactancias y abortos, entre otros procesos de la atención obstétrica.

³ Realicé la tesis doctoral con una sucesión de tres becas públicas: una de la CIC (provincia de Buenos Aires) otra la de Universidad Nacional de La Plata (UNLP) y finalmente una del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (Conicet). Asimismo, durante el trayecto doctoral (2013-2019) integré diversos Proyectos de Investigación del Programa de Incentivos a la Investigación del Ministerio de Educación de la Nación Argentina.

preeminencia de nacimientos dados en un contexto de violación a DDHH: a la salud, a la intimidad, al trato digno, entre otros.

Este escenario ambiguo se puede resumir del siguiente modo para Argentina: dos leyes de avanzada (una que tipifica la vo como violencia de género y otra que establece los derechos en el parto), el reconocimiento estatal e internacional de la problemática, la evidencia científica disponible para hacer un llamado urgente a desmedicalizar y desintervenir los nacimientos, y de todos modos la cesárea convertida en epidemia, el parto construido como un trauma, y la idea de que quien «hace» los partos es el/la médico/a y no la mujer y el/la recién nacido/a (Castrillo, 2019). El propio proceso de deconstrucción sobre lo que creía que era parir y nacer me llevó a preguntarme cómo había sido posible que se naturalizara, internalizara y (hasta) deseara parir con vías, hormonas sintéticas, maniobras externas, sin el mínimo poder de decisión sobre cómo, dónde, con quién. Sin duda se trata de una problemática social en la que hay una tensión entre las nominaciones objetivas y externas y las apropiaciones subjetivas, la autoidentificación como víctimas, y la posibilidad de cuestionar la autoridad médica y su definición, cimentada histórica y socioculturalmente, de cómo es nacer y parir en nuestra sociedad.

Para abordar la problemática, propuse un estudio que me llevó a abrir el juego a pensar la heterogeneidad de modelos y ámbitos de atención obstétrica, a incluir relaciones de poder, sujetos y escenarios diversos.

Como he señalado en otros trabajos (Castrillo, 2016 y 2019), existe una disputa por las definiciones de la vo y por la legitimidad de quien la enuncia. En este marco pienso un sistema tripartito, interrelacionado y en tensión de definiciones de la vo compuesto por las legislativas/de políticas públicas, las académicas y las «nativas»/subjetivas. A los dos primeros tipos los considero definiciones «objetivas» o externas en tanto apuntan a definir un fenómeno social desde perspectivas más amplias que la mera experiencia personal. Con *objetivas* aquí no quiero decir neutrales, sino que utilizo el término para oponerlas a las subjetivas. Y entre este conjunto de definiciones es posible ver, primero, que no existe la misma apropiación de tales niveles por todos los sujetos; y, segundo, que la existencia de las conceptualizaciones da cuenta de que existen nuevas sensibilidades respecto a qué considerar violencia, y nuevas voces autorizadas y legitimadas para realizar tal nominación.

En este sentido, las definiciones que aquí considero objetivas vinculan la vo a la violencia de género. La más importante es, en Argentina, la que produce en 2009 la Ley 26485 (de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales) (Argentina, 2004)

que incluye a la como una de las modalidades de las violencias contra las mujeres y la define como

aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25929 [De derechos de padres e hijos durante el proceso de parto y nacimiento].

La apuesta argentina por considerar este tipo de violencia como una violencia de género, vinculada a relaciones de poder desiguales genéricas, fue sumamente rupturista en el escenario mundial.

Esta definición legal va en consonancia con otras legislaciones latinoamericanas⁴ y genera un marco normativo circular que se da entre esta ley y la Ley de Parto Respetado (25929) (Argentina, 2009), que, en complementación, expone los derechos de «padres e hijos»⁵ en la atención del proceso de parto/nacimiento. Esto es: el no cumplimiento de los derechos que enmarca la Ley 25929 constituye en tanto lo delimita la Ley 26485⁶.

Y en conjunto, la oms clasifica la vo en cinco tipos, que sirven para operacionalizar aquella definición legal: 1) intervenciones y medicalización innecesarias y de rutina (sobre la madre o el/la bebé); 2) maltrato, humillaciones y agresión verbal o física; 3) falta de insumos, instalaciones inadecuadas; 4) ejercicios de residentes y practicantes sin la autorización de la madre con información completa, verdadera y suficiente, y 5) discriminación por razones culturales, económicas, religiosas, étnicas.

En paralelo, las ciencias sociales han producido y producen definiciones académicas de la vo que tienen como punto de partida la consideración de que la práctica médica en tanto práctica social (no aséptica de intereses) expresa relaciones de poder, posiciones de clase, jerarquías, incluso sujeción y formas de violencia, y supone, entre otras cosas, a los/as pacientes como sujetos subalternizados y pasivos. En esas relaciones de poder asimétricas se dan condiciones para que se ejerzan violencias sobre las mujeres-madres, los varones-padres

⁴ Venezuela fue el primer país en definir la vo en 2007, definiéndola como «toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales» (Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia).

⁵ El universal masculino viene de la ley.

⁶ En este sentido, en el par *violencia obstétrica/parto humanizado*, la negación de uno, implica la garantía del otro; aunque el análisis de qué implica cada uno más allá de la negación del otro excede este artículo.

y los/as recién nacidos/as. Se trata de formas específicas de violencia que se dan en la atención obstétrica, que algunos/as analistas entienden como:

... violaciones a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio en los servicios de salud —públicos y privados—, y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género (Medina, 2010, pp. 120-121).

Retomando a Luis Villanueva Egan (2010), se puede pensar la vo en un continuo que va desde regañones, burlas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, hasta daños mayores a la salud de las mujeres. Incluye, además, la no consulta (ni la posibilidad de participación) sobre decisiones que se toman en el curso del trabajo de parto, su utilización como recurso didáctico sin autorización y el manejo del dolor durante el proceso como castigo. Todo esto enmarcado en la imposibilidad de negarse, dado que «desde el momento en que ingresan a la sala de labor, las mujeres reciben una serie de mensajes, que las instruyen sobre la conveniencia de someterse a las órdenes de los médicos» (Villanueva Egan, 2010, p. 148). Así, las formas de vo asociadas a las intervenciones médicas en los PEP, implican mujeres pariendo solas (sin acompañantes), en lugares pretendidamente asépticos, en una posición física (litotomía) conveniente al/la médico/a, constantemente regulados, controlados y acelerados los tiempos y ritmos fisiológicos. Gabriela Arguedas Ramírez (2014, p. 3) lo resume del siguiente modo: la vo es aquel «conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres en el ámbito de la atención en salud reproductiva». En efecto, las definiciones académicas permiten vincular la cuestión de la violencia de género que enmarca la vo a la violencia institucional en salud, y explican, como la uruguaya Natalia Magnone Aleman, que ambas violencias «son posibles porque las sostienen sistemas de poder jerárquicos de género y de salud, respectiva e interconectadamente» (2011, p. 3).

Teniendo en cuenta la evidente brecha que existe entre un amplio marco conceptual y normativo (objetivo) y una débil apropiación subjetiva, visible en las escasas denuncias de vo⁷ y en lo que podría llamarse un lábil ejercicio de ciudadanía reproductiva (es decir, de la

⁷ Para el caso de la ciudad de La Plata y de la provincia de Buenos Aires, recomiendo la lectura de la problematización sobre la escasez de denuncias de vo que realizó en 2014/5 el Observatorio de Violencia de Género dependiente de la Defensoría del Pueblo de la Provincia, disponible en:

apropiación, exigibilidad y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos); arriesgo una explicación sociológica. Me refiero al iceberg de la VO, esto es, a la existencia de formas evidentes y sutiles de violencia. En las primeras ubico los actos que cualquier testigo podría pensar como agresivo o violento y se relacionan a cuestiones de maltrato o destrato, y claramente aquellos casos que desencadenan en muertes perinatales o graves daños a la salud de la madre o los/as recién nacidos/as. La mayor dificultad política y simbólica se relaciona a nominar como violentas las formas más sutiles. En ellas están las prácticas médicas, con aparente justificación clínica-científica lo que parece volverlas inevitables o innecesarias, pero como constituyen excesos de medicalización y patologización del proceso (tanto de su comprensión como de su forma de abordarlo) son pasibles de ser significadas como violencias. Así los tactos repetidos, las cesáreas innecesarias, las episiotomías (cortes en el periné) didácticas o «por prevención», la obligación de no moverse ni comer ni beber durante el trabajo de parto, la obligatoriedad de parir acostadas, la vía con suero de rutina y, el monitoreo fetal constante, son solo algunas de las prácticas médicas que responden a un quehacer profesional que vulnera derechos humanos de las mujeres y por ello constituyen VO. Disputar que un modo de trabajar, pensar e intervenir un proceso puede ser significado como violencia, es el quid de la cuestión y la disputa de la definición. Finalmente, lo visible es que la VO tiene su eje (y la posibilidad de su reproducción) en las prácticas masivas, revestidas de cientificidad. Se trata de un ejemplo más del «iceberg de la violencia de género»: lo visible es el maltrato, lo invisible y que está abajo son las intervenciones médicas.

Hablamos de una aproximación sociológica en la que conceptos como poder y violencia simbólicos tienen fuerte asidero, ya que podrían explicar la dinámica por la cual dominantes y dominados/as del campo médico comparten una cosmovisión general y la creencia de la necesidad de intervenir los PEP sin cuestionar al/la detentor/a de ese saber específico. Se trata de un poder producto de un saber constitutivo, legitimado y exclusivo/excluyente.⁸

En suma, mi perspectiva se nutre de las argumentaciones de Roberto Castro y Joaquina Erviti (2014 y 2015) quienes entienden la VO no como una cuestión de calidad en la atención médica, como se sostiene desde una mirada de la salud pública, sino como una violación a derechos sexuales y reproductivos de las mujeres inherente a la estructura del

<https://www.defensorba.org.ar/micrositios/bibliotecavirtual/publicaciones/informe-ovg-2014-2015/download/Informe-Anual-OVG-2014-2015-Monitoreo-de-Policas-Publicas-y-Violencia-de-Genero.pdf>

⁸ Roberto Castro (2014) y otros/as autores/as se centran en los análisis de Michel Foucault sobre el poder disciplinario como red y las instituciones de control y vigilancia y la construcción de relaciones de poder que traducen tecnologías del yo, es decir, formas de intervención sobre el cuerpo y la mente de los individuos que impactan en aprendizajes. Son útiles estas conceptualizaciones para entender la atención médica de PEP y la violencia obstétrica como mecanismos de disciplinamiento, control y producción de subjetividad.

campo médico. Al respecto, Beatriz Espinosa Pérez sostiene que se puede resumir el universo de derechos reproductivos, del siguiente modo:

... derecho a la vida, derecho a la salud incluyendo salud reproductiva, derecho a la integridad física y a estar libre de violencia, derecho a estar libre de explotación sexual, derecho a decidir el número e intervalo de hijos, derecho a la intimidad, derecho a la igualdad y a la no discriminación, derecho al matrimonio y a fundar una familia, derecho al empleo y a la seguridad social, derecho a la educación(2006, p. 300).

En este sentido, entiende la violación de estos derechos humanos de las mujeres durante la atención obstétrica «como un epifenómeno del campo médico que se manifiesta en las prácticas cotidianas que resultan del rutinario encuentro entre la estructura de poder de dicho campo y el *habitus* de los médicos» (Castro y Erviti, 2014, p. 40). O, en otras palabras, como «un efecto de la estructura de poder del campo médico y de la lógica-práctica que caracteriza el *habitus* de los prestadores de servicios» (Castro, 2014, p. 176). Esto quiere decir que hablar de calidad de atención reduce el problema y supone soluciones técnicas y de recursos humanos, y, en cambio, hablar de vulneraciones a DDHH requiere conceptos sociológicos, políticos y cambios de paradigma.

Este marco conceptual le aporta relevancia sociológica a la perspectiva de análisis que propongo, que busca reponer el origen de la vo en una articulación entre la violencia de género y la relación asimétrica médico-paciente, que, a su vez, está atravesada o tiene expresiones diversas según la clase. Así, son más probables las cesáreas innecesarias en el sector privado (donde tal como vi en mi trabajo de campo doctoral —para la ciudad de La Plata— los índices llegan al 85 %, mientras que en los públicos al 40 %) pero en el sector público el hecho de tratarse de hospitales escuelas, los cuerpos de las mujeres son objetos pedagógicos y las mujeres sufren tactos repetidos o episiotomías innecesarias (para que los/as residentes practiquen las técnicas de sutura), entre otras expresiones de VO. Este aspecto relacional implica interacciones de poder, hegemonía, consensos y violencias entre médicos/as y pacientes, teniendo como punto de partida que las violencias obstétricas se dan en un contexto de naturalización de la inequidad de poder y de género.

Situada la vo en el marco del entrecruzamiento entre violencias contra las mujeres que se dan en el desarrollo del proceso de parto/nacimiento y de la violencia institucional (simbólica, administrativa, sexual, etc.) que se da en la atención en salud, es importante volver a poner el acento en que dicha definición externa u objetiva aún está en proceso de apropiación social y subjetiva, lo que es visible en los bajos números de denuncia y en la

invisibilización de este tipo de vulneración a derechos humanos. Por ello, sostengo que la definición de violencia es un campo de disputa por la legitimidad de dicha definición, de quien la enuncia y de la misma práctica violenta. No hay definición estática, la violencia es un concepto social e históricamente cambiante en relación con las posiciones de poder de los sujetos involucrados, sus posiciones estructurales y las definiciones de lo legítimo. Partiendo de que van cambiando las legitimidades, en tanto cambian las posiciones estructurales y de poder de estos sujetos y así cambia la definición de violencia, el núcleo de mi posición sostiene que la «invención» y definición de la *vo* se asienta sobre cambios en las sensibilidades sociales. Es clave cómo en los últimos años y a través del movimiento feminista, muchas violencias contra las mujeres han comenzado a nominarse como tal (noviazgos violentos, violencia mediática, violencia sexual, etc.). La expansión de las etiquetas de violencias se vincula, según Norbert Elias (1994), al mismo proceso de civilización. Esto es, se expanden las etiquetas en tanto «comienzan a calificarse como «violentas» prácticas que, unas décadas atrás, eran rutinarias (o, al menos, moralmente indiferentes)» (Garriga Zucal y Noel, 2010, p. 100). El cambio de sensibilidades, entonces, implica una «modificación de nuestros umbrales de sensibilidad moral, que van corriendo, constantemente, la frontera entre lo aceptable y lo inaceptable» (2010, p. 100). Daniel Simiao vincula esta modificación al discurso de *gender*:

La invención de la *violencia domestika* amplía considerablemente la suma de situaciones que podrían ser denominadas conflictos. La nueva moralidad que acompaña el discurso de *gender* crea condiciones para que situaciones antes percibidas como normales, pasen a ser vistas como ilegítimas y, por tanto, se transformen en casos de justicia [o de violencia] (2011, p. 202).

Susana Checa y Mabel Rosenberg suman el discurso de DDHH al género como variable explicativa:

La creciente universalización del reconocimiento y promoción de los derechos humanos que cada vez con más fuerza incorporan aspectos de la vida que estaban silenciados en la insignificancia de lo cotidiano, produce movimientos de reapropiación expresados en conductas que pueden ser interpretadas como formas de resistencia (1998, p. 69).

En este marco, la *emergencia* de las demandas por los derechos reproductivos explica este cambio de sensibilidades y de cuestionamientos a diversos sujetos de poder que actúan en ese ámbito.

El concepto de derechos reproductivos es pues, el resultado de un movimiento que nombra el desplazamiento de los procesos reproductivos que tienen lugar en el cuerpo de las mujeres, desde el ámbito de lo biológico naturalizado o medicalizado, al del derecho y el ejercicio de la ciudadanía —ámbito eminentemente relacional— en el que los hechos son pasibles de ser juzgados de acuerdo a criterios de justicia o injusticia (Checa y Rosenberg, 1998, p. 74).

En suma, a partir de las luchas sociales, cambia la agenda y cambian las legitimidades; los dispositivos institucionales de control del cuerpo (Míguez, 2002) comienzan a ser cuestionados y las prácticas que los articulan, a ser significadas como violentas. En este sentido, es válido reconocer que la actuación médica en el PEP, cuyo principal fin se inscribe en la necesidad de disminuir los índices de mortalidad materno-infantil, no conlleva necesariamente y en todos los casos intimidaciones ni prácticas violentas. Por ello considero que la VO es un aspecto, consecuencia o dimensión de los distintos grados de intervención médica en los PEP y que su estudio debe vincularse a las significaciones y representaciones de las prácticas como violentas, y no en definiciones a priori. Representaciones que se construyen en el entramado de relaciones sociales que las sustentan, producen, reproducen y transforman.

En síntesis, VO es una categoría, un núcleo semántico que aglutina luchas feministas, resistencias corporativas médicas, estadísticas e indicadores de la praxis sanitaria, significaciones sociales y emociones que rodean los nacimientos, y, fundamentalmente (y central para la presente argumentación), este tipo de violencia permite poner en el centro al conjunto de DDHH que son vulnerados a las mujeres, sus familias y los/as bebés, durante la atención médica de los PEP.

En el siguiente apartado mostraré cómo estas violaciones de DDHH están siendo abordadas y conceptualizadas por organismos internacionales con injerencia en la materia. En particular, a partir de un documento producido durante el año pasado: un informe de la relatora especial sobre violencia contra la mujer de la ONU, en donde se pronuncia sobre la violencia en la atención de partos.

Naciones Unidas contra la violencia obstétrica

Titulado «Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica» fue hecho por Dubravka Šimonović, relatora especial del Consejo

de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias de la ONU, y se publicó el 11 de junio de 2019. Está compuesto por 82 puntos, organizados en cuatro grandes apartados y diversas subpartes. Tomando como eje de análisis lo que conceptualiza como «el maltrato y violencia de género en los servicios de salud reproductiva», presenta un análisis de sus manifestaciones, sus causas profundas, la aplicación del marco internacional de DDHH a dicho eje, las medidas adoptadas por los distintos países para enfrentar esta violencia y, finalmente, establece recomendaciones para los Estados Parte de Naciones Unidas, ya que establece como objetivo:

... sentar las bases para que los Estados cumplan sus obligaciones en materia de derechos humanos, elaboren leyes, políticas y estrategias nacionales de salud reproductiva para las mujeres e implanten mecanismos de denuncia para asegurar un enfoque basado en los derechos humanos de la atención de la salud y garantizar la rendición de cuentas por las violaciones de los derechos humanos (Šimonović, 2019, p. 6).

A continuación, repondré de qué modos el informe conceptualiza la violencia obstétrica, y cuáles dimensiones de análisis retoma para hacerlo.

En los últimos años, el maltrato y la violencia contra la mujer experimentados durante la atención del parto en los centros de salud y en otros servicios de salud reproductiva han generado gran interés a nivel mundial debido, entre otras cosas, a los numerosos testimonios publicados por mujeres y organizaciones de mujeres en los medios sociales; se ha demostrado que esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático. Reconociendo que estos problemas no se han abordado plenamente desde la perspectiva de los derechos humanos, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer decidió preparar su informe temático sobre el maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica (Šimonović, 2019, pp. 4-5).

Como punto de partida, esta toma de posición establece tres puntos que considero nodales: 1) la enunciación de la vo como fenómeno sistemático y generalizado a nivel mundial; 2) la validación de la voz y experiencia de las mujeres como sustento para denunciar este tipo de violencia, y 3) el reconocimiento de la falta de abordaje desde los DDHH de esta temática. Justamente bajo este último punto reposa el aporte de su informe.

El maltrato y la violencia contra la mujer no solo violan el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, sino que también pueden poner en peligro su derecho a la vida, a la salud, a su integridad física, su intimidad, su autonomía y a no sufrir discriminación [...] [La vo es una] forma continuada de las violaciones que se producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado, y también son consecuencia de una falta de educación y formación y de la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos (Šimonović, 2019, p. 6)

Junto a las premisas establecidas como punto de partida, en su introducción el informe establece que se ciñe a la definición de violencia contra las mujeres de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de la ONU (1993),⁹ y reconoce que el concepto de vo nació en América Latina. Este avance latinoamericano, dados por la ley venezolana de 2007, aún no se encuentra incorporado al derecho internacional, por lo cual usará la noción de «violencia contra la mujer durante la atención del parto». Este uso del concepto genera una pérdida semántica, porque excluye como focos de vo el embarazo, el puerperio y el aborto (lo que se contradice con otras nominaciones que hace en el texto, refiriéndose a violencia en salud reproductiva); y porque, a diferencia de las normativas argentinas, no ve como víctimas a recién nacidos/as, ni parejas o familias, y no permite pensar a otras personas gestantes. Asimismo, referirse a «maltrato» puede seguir reproduciendo la tendencia a quedarnos con lo que nomino como «formas visibles» de la vo (relacionadas con la relación médico-paciente) y no permitir asumir que en la medicalización del proceso y las intervenciones masivas y rutinizadas existe una forma sutil pero efectiva de esta violencia.

Luego de la introducción, se describen lo que considera «manifestaciones» de este maltrato y violencia y se describen casos concretos de algunos países para dar cuenta de que se trata de una problemática global. Y a continuación se refiere a cuatro prácticas médicas como expresiones claras de vo.

En referencia a lo que denominé modelo 10-10-10 de la OMS en relación con la atención obstétrica (Castrillo, 2019), este organismo internacional de salud establece como

⁹ Dicha definición marco entiende a la violencia contra la mujer como: «todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada» (Šimonović, 2019, pp. 6-7).

límites ideales 10 % de cesáreas, 10 % de episiotomías y 10 % de inducciones. Pues bien, lo que el informe citado denuncia es la realización masiva de estas prácticas. Así, respecto a lo que se llamó «epidemia de cesáreas»,¹⁰ sostiene:

Recientemente ha habido una tendencia creciente al uso excesivo de la cesárea en todo el mundo, y en América Latina y Europa este tratamiento está sustituyendo al parto vaginal o se está eligiendo como forma preferida de alumbramiento. En muchos ordenamientos jurídicos, el interés del feto prevalece sobre los derechos de la mujer embarazada, lo que da lugar a situaciones en las que, deliberadamente, no se consulta a las mujeres en lo referente a la decisión de parir o no al niño mediante cesárea. También hay pruebas que sugieren que las mujeres se convierten en víctimas de sistemas de salud deficientes donde los servicios se planifican y gestionan centrándose en la eficacia en función de los costos y el tiempo. Además, las cesáreas pueden programarse y pueden realizarse en días laborables seleccionados, frente a los fines de semana, y los médicos suelen cobrar honorarios más altos de las compañías de seguros privadas por esta práctica. Cuando se practica sin el consentimiento de la mujer, una cesárea puede constituir violencia por razón de género contra la mujer, e incluso tortura (Šimonović, 2019, pp. 10-11).

Destaco de este fragmento varios elementos. A saber, el hecho de marcar la subordinación de la mujer no ya al varón ni a la autoridad médica sino también al feto y los intereses/derechos endilgados externamente a él. Y junto a este reconocimiento de la desigualdad jurídica de las mujeres, se remarca el interés económico y de gestión de tiempos y recursos con fines de lucro que permite garantizar la realización intensiva de cesáreas. Siendo que solo del 10 al 15 % de los nacimientos deberían darse por vías quirúrgicas, la realización masiva y rutinaria responde a una concepción patologizante de los PEP y a cuestiones culturales, económicas, de gestión de los tiempos y control del proceso (Castrillo, 2019).

La episiotomía es un corte profundo en el perineo de la mujer que llega hasta el músculo del suelo pélvico diseñado para ayudar quirúrgicamente a la mujer que va a tener un parto vaginal. Aunque este procedimiento puede resultar beneficioso para el bebé y la

¹⁰ Informe de la oms sobre las tasas de cesáreas disponible en https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/

madre, en caso de que resulte necesario desde el punto de vista médico, si no es necesario o se hace sin el consentimiento informado de la madre, puede tener efectos físicos y psicológicos en la madre, puede ocasionar la muerte y puede constituir violencia de género y un acto de tortura y tratamiento inhumano y degradante [...] La episiotomía y la sutura posterior al parto, cuando se practican sin consentimiento informado y sin anestesia, pueden tener repercusiones importantes en la vida sexual y reproductiva y en la salud mental de una mujer, y las cicatrices resultantes de esta práctica acompañan a la mujer durante el resto de su vida. Cuando esta práctica no está justificada por la necesidad médica, debe considerarse que constituye una violación de los derechos de la mujer y una forma de violencia de género contra la mujer (Šimonović, 2019, p. 11).

Con relación a la episiotomía, si bien el informe establece que puede considerarse tortura y lo vincula a las (im)posibilidades de dar consentimiento informado, sigue atando la garantía de los DDHH a la discrecionalidad médica, sin develar que esta discrecionalidad (pretendidamente aséptica, realmente ideológica y patriarcal) es justamente la causa de las violaciones a tales derechos. El hecho de «ayudar» a la mujer a parir con episiotomía aparece como «necesidad» médica, principalmente por la posición que la medicina impone para parir: acostadas, contra la ley de gravedad, sin acción de los músculos del suelo pélvico. Y más atendible es que, como reconstruí en mi trabajo de campo, dado que las maternidades públicas funcionan como hospitales escuelas de los/as estudiantes de medicina, se realizan muchas de estas técnicas sobre el cuerpo de las mujeres con fines didácticos: para aprender suturas, por ejemplo.

Se ha informado de que los procedimientos quirúrgicos por aborto espontáneo, el legrado y la sutura tras el parto, así como la extracción de óvulos durante el procedimiento de reproducción asistida, se realizan a menudo sin anestesia. Por otra parte, varias mujeres alegaron ser víctimas de un procedimiento de sutura tras la episiotomía; este procedimiento, que aplica más puntos de los necesarios, los llamados «puntos para el marido», se lleva a cabo, supuestamente, en pro de la satisfacción sexual del esposo. Esta práctica es consecuencia de unos nocivos estereotipos patriarcales y de la desigual relación entre hombres y mujeres (Šimonović, 2019, p. 12).

Sumada a la cesárea y la episiotomía, la relatora indica otras dos manifestaciones de la vo: primero la ausencia de consentimiento informado; y, segundo, la realización de intervenciones sin anestesia. Respecto al primero lo entiende

... como derecho humano y como salvaguardia contra ese tipo de violencia. A menudo se niega a las mujeres su derecho a tomar decisiones informadas sobre la atención de la salud que reciben durante el parto y otros servicios de salud reproductiva; esta falta de consentimiento informado constituye una violación de los derechos humanos que puede ser imputada a los Estados y a sus sistemas nacionales de salud (Šimonović, 2019, p. 7).

Frente a esto es preciso señalar que, si bien desde el activismo por los derechos en el parto se defiende el rol del consentimiento informado, muchas veces este no se traduce en un ejercicio real de democratización de la información médica y la garantía del derecho a decidir aceptar o no que se intervenga el proceso reproductivo. En concreto, se trata más de un trámite burocrático irreflexivo consistente en la obligación de las mujeres (en estado de vulneración por el trabajo de parto) de firmar, en consecuencia, con una medicina defensiva (Castrillo, 2019) ante la posibilidad de recibir quejas de los/as usuarios/as del sistema de salud. Por lo que, efectivamente, el consentimiento informado opera más como una salvaguarda de la autoridad médica, que como una salvaguarda de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Junto a esto, como señalé, el informe se refiere a los casos en los que se realizan intervenciones quirúrgicas sin anestesia, incluyendo ahora sí una versión amplia de la vo, ya que piensa en los legrados pos-aborto como castigos patriarcales en manos de la institución sanitaria. Estas formas de tortura en la atención obstétrica, nominadas así por varios informes de la ONU, son vinculadas al patriarcado inherente a la biomedicina; y esta lectura macroestructural es fundamental y un aporte sumamente valioso del informe.

En suma, es posible criticar que el informe solo señala algunas prácticas médicas que constituyen vo y no detalla minuciosamente ciertas rutinas sutiles que (re) producen una visión medicalizadora del PEP; y sigue priorizando una mirada médica del fenómeno. En paralelo, merece el reconocimiento por establecer concretamente la preeminencia de una visión genérica patriarcal que tiende a moldear la atención obstétrica. Lo que sigue estando por detrás es ¿qué elementos definen la necesidad médica que la transforman en una «intocable»?

La consideración de la VO como una problemática de DDHH y un área de incumbencia de la ONU, emerge como la principal contribución de este informe. Sin dudas, que se pronuncie respecto a las violaciones de DDHH en la atención obstétrica, implica el reconocimiento formal mundial de una problemática que las mujeres venimos denunciando hace décadas. En este marco, el pronunciamiento reporta un análisis de las principales causas que pueden explicar la expansión mundial y normalización de esta violencia.

El informe establece un listado de causas «profundas» vinculadas al sistema sanitario, en tanto sostiene que «las condiciones y limitaciones del sistema de salud son causas subyacentes del maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención del parto» (Šimonović, 2019, p. 15). A continuación, listaré las seis causas que menciona el informe (en cursiva), junto a algunas apreciaciones que mi *expertise* en el campo me permiten hacer. Es decible que mi análisis y el de la relatora coinciden en el señalamiento de algunas causas, como los aspectos a intervenir para erradicar y prevenir la VO. Se trata de un entramado multifactorial de elementos y dimensiones que explican la existencia de esta violencia.

a) Las condiciones de trabajo del personal de salud. Sin duda se trata de un elemento que, si bien explica cómo la sobreexigencia laboral, la falta de personal, los tiempos y los bajos sueldos (que son reales) pueden afectar la atención obstétrica que se dispensa, tiende a ser excusa para normalizar las vulneraciones a DDHH y eliminar la responsabilidad de los servicios de salud y los/as profesionales, ubicándolos como víctimas de su entorno. El cambio en las condiciones del ejercicio profesional es urgente y necesario, pero incluso en este contexto, se deben garantizar derechos. La excusa de las condiciones laborales puede legitimar esta violencia de género naturalizada mundialmente.

b) La masculinización de la planta médica. Es cierto que el grupo de profesionales de la obstetricia podía estar hace unas décadas compuesta mayoritariamente por varones, por efecto de herencia histórica de la expulsión de las parteras empíricas ante el avance de la medicina occidental (Ehrenreich y English, 1981). De todos modos, se ha señalado que esta ya no es así: la feminización de los cuidados afecta áreas de la medicina como la obstetricia, la pediatría y la partería. Y en este marco se da una paradoja que María Pozzio (2014) sintetiza del siguiente modo en el título de su trabajo: «El hecho de que sean más mujeres [las médicas y obstétricas], no garantiza nada». Esto quiere decir que, como he analizado (Castrillo, 2019), la VO como violencia de género se da porque el rol médico es un rol masculinizado, independientemente del género de quien lo ejecute. Lejos de comprobarse un ejercicio sororo en la relación médico-paciente en obstetricia, lo que define que se trata de una violencia de género es el género de la víctima, no del victimario. Y del mismo modo no es recomendable realizar esencializaciones de géneros y comportamientos. Por lo tanto, la consideración de la relatora del género de los miembros del equipo de salud como

explicativa de la VO, desconoce la desigualdad de las relaciones y posiciones de género y las asimetrías de poder médico-paciente.

c) *Las limitaciones de recursos.* Es claro que la escasez de recursos humanos y materiales en los servicios sanitarios en nuestro caso de estudio, son claves para entender ciertas manifestaciones de la VO. Pero, otra vez, para el plantel médico, como recabé en mi trabajo de campo, funciona como excusa para no garantizar, por ejemplo, el derecho a elegir la posición para parir, porque no se dispone de un sillón de parto específico. Cuando en realidad, desde una concepción fisiológica del parto, se sostiene que el nacimiento humanizado es menos costoso: nada de muebles, solo cuclillas, piso y predisposición y capacitación médica.

d) *La falta de capacitación médica en DDHH.* Y agrego la falta de perspectiva de género en la formación médica. Mientras se siga aprendiendo sobre cuerpos de mujeres pobres como objetos didácticos, mientras ellas tengan que soportar que diez estudiantes le realicen tactos vaginales o los índices de episiotomías lleguen al 90 % (dato de campo, citado en tesis doctoral) con el objetivo de que los/as residentes médicos/as aprendan técnicas de sutura, la VO se sigue potenciando. Como he concluido a raíz de mi investigación, mientras se sigan interviniendo los cuerpos de las mujeres sin intervenir la formación médica, lejos estamos de cambios reales.

e) Los estereotipos de género en el ámbito de la salud reproductiva, que se refieren a

... la competencia de las mujeres para adoptar decisiones, el papel natural de la mujer en la sociedad y la maternidad limitan la autonomía y la acción individual de la mujer. Estos estereotipos surgen de sólidas convicciones religiosas, sociales y culturales y de las ideas sobre la sexualidad, el embarazo y la maternidad. Estos estereotipos nocivos se justifican además con la creencia de que el parto es un acontecimiento que exige el sufrimiento de la mujer (Šimonović, 2019, p. 17).

Lo que Isabel Blázquez Rodríguez (2009) denominó «ideologías de género en la práctica médica», comprende entre otros el derecho a decidir sobre el propio cuerpo como superior, incluso sobre la discrecionalidad médica, lo que sigue sin ser garantizado.

f) «*La dinámica del poder y el abuso de la doctrina de la necesidad médica*». Es, finalmente, la relación asimétrica entre médicos/as y pacientes el sustento de esta violencia

que, como mencioné en la aproximación conceptual, combina elementos de violencia de género y violencia institucional de salud.

El centro de salud tiene el poder del conocimiento médico acreditado y el privilegio social de la competencia médica reconocida, mientras que las mujeres dependen básicamente de la información y la atención del centro de salud. Además, las mujeres son especialmente vulnerables durante el parto. Aunque los profesionales sanitarios no necesariamente tienen intención de tratar mal a sus pacientes, la autoridad del servicio médico puede fomentar por ese motivo una cultura de impunidad cuando las violaciones de los derechos humanos no solo no se remedian, sino que pasan inadvertidas. Este desequilibrio de poder se hace especialmente evidente en los casos en que los profesionales sanitarios abusan de la doctrina de la necesidad médica para justificar el maltrato y los malos tratos durante la atención del parto (Šimonović, 2019, p. 17).

Junto a las causas que recoge la relatora de la ONU en este informe, es preciso destacar que es la concepción médica y patológica del PEP internalizada y naturalizada culturalmente una de las causas que promueven la doctrina de la necesidad médica, la asimilación del sobreintervencionismo médico amparada en una formación médica sin perspectiva de género ni de DDHH.

Hablemos de derechos. En el punto «E» del Informe, se analiza la «aplicación del marco regional e internacional de derechos humanos al maltrato y la violencia en los servicios de salud reproductiva». Si bien este artículo podría haber comenzado con una reconstrucción de dicho marco internacional, elegí seguir lo que propone la ONU en este documento, para dar cuenta de lo que efectivamente se tiene en cuenta en la actualidad.

En este sentido, el corpus iuris apelado por la relatora para el análisis de la VO se vincula a dos ejes interrelacionados: los instrumentos que proponen erradicar la violencia contra la mujer y los que buscan garantizar el pleno disfrute de la salud y la atención obstétrica en particular.

La violencia contra la mujer como violación de los derechos humanos y como forma de discriminación contra la mujer está prohibida por la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, la Convención Interamericana para

Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África, el Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica (Convenio de Estambul), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Šimonović, 2019, p. 19).

Si bien la enumeración de los dispositivos de DDHH con que se cuenta para abordar la problemática de VO podría obviarse, considero preciso retomar su enunciación para darle el cariz que tiene la perspectiva aquí propuesta.

La Declaración de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, leídas junto con sus recomendaciones generales núms. 19 y 35 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, defienden el derecho de la mujer al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. El artículo 12 de la Convención recomienda que los Estados garanticen a las mujeres «servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario», al tiempo que la recomendación general núm. 24 reconoce que solo las mujeres necesitan algunos procedimientos médicos y exige que «todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa (Šimonović, 2019, p. 20).

Junto a estos instrumentos, es preciso tener en cuenta que para nuestras latitudes — a nivel interamericano— el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belem do Pará (Mesecvi) y la Corte Interamericana de DDHH protegen los mismos derechos. De todos modos, no es objetivo de este trabajo rastrear los dispositivos de derecho internacional que protegen a las mujeres y personas gestantes, sino dar pistas para ubicar esta problemática en su marco y como objeto de su interés.

En este punto y hablando de derechos, es necesario recordar que Argentina tiene una ley modelo (De Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento), sancionada

en 2004 y reglamentada en 2015, que establecen los derechos de las mujeres y sus familias durante la atención del embarazo, parto y puerperio. En el caso de las mujeres madres, la Ley 25929 establece los derechos a: la información sobre la evolución de su trabajo de parto y estado de salud y sobre las intervenciones disponibles para optar libremente por realizarlas o no (decisión informada); al trato respetuoso individual y personalizado; a ser consideradas personas sanas; al parto natural (es decir, al respeto de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de ella y su bebé); a no ser objeto de estudio sin su consentimiento; al acompañamiento por la persona que elija; y a no ser separada de su bebé, principalmente.

Como se mencionó en el primer apartado, en Argentina existe un entramado legal de dos normativas de avanzada que establece los derechos y tipifica que su violación, constituye *vo*. Si bien el plano formal aún no ha decantado en un cambio del plano real, su existencia articula años de luchas feministas. Al respecto, en su Informe, la relatora destaca el trabajo normativo argentino:

El Brasil y la Argentina también han aprobado leyes generales que alientan a una humanización del parto. La ley argentina hace hincapié, explícitamente, en los derechos de las mujeres, los recién nacidos, los acompañantes durante el parto y los familiares (Šimonović, 2019, p. 22).

En algunos países de América Latina, grupos y redes de mujeres, feministas, organizaciones profesionales, órganos internacionales y regionales y agentes e investigadores en materia de salud pública han liderado un movimiento en torno a la «violencia obstétrica» para mejorar la calidad de la atención que reciben las mujeres durante el embarazo, el parto y el período posterior al parto. Este nuevo movimiento vincula específicamente la «violencia obstétrica» a la violencia de género y a la mala práctica clínica y combina elementos de un trato respetuoso y una atención de calidad. La Argentina (2009), México (2014), Panamá (2013), Suriname (2014) y Venezuela (República Bolivariana de) (2007) han promulgado leyes que tipifican como delito la violencia obstétrica (Šimonović, 2019, p. 23).

Lo que he querido establecer es que, el hecho de que la ONU, a través de un Informe de su relatora, se pronuncie respecto a la *vo*, le asigna otro peso a su lugar en la agenda pública y social.

Como cierre, el documento establece recomendaciones generales para los Estados parte y un cúmulo de consejos más concretos para la «prevención de la VO». De estas, destaco algunos que dan cuenta de la minuciosidad en el trabajo de conceptualización e investigación sobre la problemática a nivel mundial.

Los Estados deben afrontar el problema del maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y en la atención del parto desde una perspectiva de derechos humanos, y utilizarla para realizar una investigación independiente sobre las denuncias del maltrato y la violencia de género que sufren las mujeres en los centros de salud, investigación que debería incluir las causas estructurales y sistémicas, en particular los estereotipos sobre el papel de la mujer en la sociedad, y deben además publicar los resultados y las recomendaciones, que deberían utilizarse para revisar las leyes, las políticas y los planes de acción nacionales en materia de salud reproductiva (Šimonović, 2019, p. 23).

En esta primera recomendación, se insta a que los Estados y sus organismos de ejecución investiguen qué sucede con la atención obstétrica que se dispensa en sus países. En Argentina, por ejemplo, existen algunos estudios específicos realizados por agentes gubernamentales, pero para ello distintos/as académicos/as estamos dando nuestros aportes al respecto. Considero que el hecho de que los organismos públicos de ciencia (Conicet, CICPBA, UNLP) financien investigaciones como las que aquí presento, dan cuenta de un interés estatal por la problemática.

Los Estados deben establecer una cooperación constructiva entre las instituciones sanitarias y las asociaciones de profesionales con las organizaciones no gubernamentales de mujeres, los movimientos de mujeres y las instituciones independientes de derechos humanos que se ocupan de la salud reproductiva y la atención obstétrica (Šimonović, 2019, p. 23).

Para el caso de Argentina, este punto tiene gran raigambre. Por ejemplo, la Ley de Parto Respetado se produjo a partir de un proyecto de ley de una ONG de mujeres (Dando a Luz) y el Observatorio de Violencia de Género de la Nación, lo preside la asociación civil activista Las Casildas.

Los Estados deben afrontar: a) los problemas estructurales y los factores subyacentes en los sistemas de atención de la salud

reproductiva que reflejan la existencia de estructuras socioeconómicas discriminatorias ancladas en las sociedades; b) la falta de una educación y formación adecuada de todos los profesionales de la salud sobre los derechos humanos de las mujeres; c) la falta de personal cualificado y el consiguiente gran volumen de trabajo que se genera en los centros de salud; y d) las limitaciones presupuestarias. Los Estados deben asignar suficientes fondos, personal y equipos a las salas y los servicios de maternidad de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos, que exige que los Estados dediquen la mayor cantidad posible de recursos a la salud sexual y reproductiva, incluidos los programas de salud materna y atención del parto (Šimonović, 2019, p. 24).

Finalmente, este llamado a que los Estados tomen su responsabilidad en las condiciones de la atención sanitaria pública es sumamente importante, dado que la ONU se constituye como voz autorizada y puede ser más efectiva que el activismo feminista o académico para motorizar acciones estatales, y para interpelar los cambios en la formación médica.

Como cierre, la relatora establece algunos puntos claves para la prevención de la VO:

d) Garantizar en la ley y en la práctica el derecho de la mujer a estar acompañada por una persona de su elección durante el parto; e) Considerar la posibilidad de permitir el parto en casa e impedir la penalización de dicha modalidad de parto; f) Supervisar los centros de salud y recopilar y publicar anualmente datos sobre el porcentaje de cesáreas, partos vaginales, episiotomías y otros servicios de salud reproductiva; g) Aplicar los instrumentos de derechos humanos de la mujer y las normas de la OMS sobre una atención materna respetuosa, la atención durante el parto y la violencia contra la mujer; [...] i) Dar respuesta a la falta de anestesia y alivio del dolor, la imposibilidad de elegir la posición de parto y la falta de respeto en la atención sanitaria (Šimonović, 2019, pp. 24-25).

Para el caso de Argentina, contamos con leyes de avanzada, pero aún la formación médica patologizante y generadora de jerarquías autoritarias y la preeminencia de las normas institucionales de los servicios sanitarios por sobre los derechos de las usuarias, explican la extensión, internalización e invisibilización de la VO.

A modo de conclusión

La violencia obstétrica, como expresión de la vulneración a derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres y su entorno durante la atención de PEP, ha cobrado importancia en la agenda pública y social en las últimas décadas. A partir de la entrada en el nuevo milenio, se han creado políticas, leyes y protocolos que buscan humanizar la atención obstétrica, garantizar derechos y dar respuesta frente a la denuncia de una de las violencias de género más invisibilizadas y naturalizadas mundialmente.

A través del presente artículo me propuse realizar dos tareas articuladas: presentar una aproximación conceptual al estudio sociológico de la VO, para luego leer un pronunciamiento de la ONU al respecto, a partir del marco referencial teórico desarrollado.

Ubicar la VO como *un tema de DDHH* en el siglo XXI es un ejercicio académico, político y feminista que busqué concertar a partir de la problematización de las modalidades de violencia que se producen en la atención médica de los nacimientos. Y dando cuenta de cómo se aborda en la agenda pública, a partir del análisis del discurso de un organismo internacional del nivel de Naciones Unidas. Lo que se reconstruye es cómo este organismo, a modo de voz autorizada, participa en la disputa por el/los significado/s de la VO.

Pensar cómo se tensionan las definiciones objetivas y subjetivas de la VO y cómo se expresa visible y sutilmente a diario, permitirá articular estrategias para entender su dimensión, prevenirla y erradicarla.

Referencias bibliográficas

ARGENTINA (2004). Ley n.º 25929/04. Ley de Derechos de Padres e Hijos Durante el Proceso de Nacimiento.

ARGENTINA (2009). Ley n.º 26485/09. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Recuperado de <http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/normativas/597/ley-no-264852009-ley-de-proteccion-integral-para-prevenir-sancionar-erradicar-la>

ARGUEDAS RAMÍREZ, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11, (1),

155-180. Recuperado de <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238>.

BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, I. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*. Taragona: Universitat Rovira i Virgili. 2009.

CASTRILLO, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana*, (24), 43-68. doi: 10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a

————— (2019). *Hacer partos y parir: hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos. Experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud de La Plata (2013-2019)*(Tesis doctoral, Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación).

CASTRO, R. (2014). Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76, (2), 167-197. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0188-25032014000200001&script=sci_arttext&tlng=pt.

—————y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México. *Revista Conamed*, 19(1), 37-42. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4730781>.

————— (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Ciudad de México: UNAM-CRIM.

CHECA, S. Y ROSENBERG, M. (1998). Sobre derechos reproductivos y su relación con la violencia social. En I. IZAGUIRRE (Coord.). *Violencia social y derechos humanos*. Buenos Aires: Eudeba. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iigg-uba/20110713052040/violencia.pdf>

EHRENREICH, B. y ENGLISH, D. (1981). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*. Buenos Aires: Ediciones la Mariposa y la Iguana.

ELIAS, N. (1994). Civilización y violencia. *Reis*, 65, 141-151. doi: 10.2307/40183672

ESPINOSA PÉREZ, B. (2006). El lenguaje jurídico ante la transformación de un mito. *Vniversitas*, julio-diciembre.

GARRIGA ZUCAL, J. y NOEL, G. (2010). Notas para una definición antropológica de la violencia: un debate en curso. *Publicar. En Antropología y en ciencias sociales*, 9. Recuperado de <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/publicar/article/view/1191>.

MAGNONE ALEMAN, N. (2011, setiembre 13-14). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. Trabajo presentado en las *X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales*. Montevideo: Universidad de la República.

MEDINA, G. (2010). Violencia obstétrica. En *Informe de «Omisión y diferencia. Derechos Reproductivos en México»*(Cap 4). Ciudad de México: Grupo de información en reproducción elegida. Recuperado de <http://informe.gire.org.mx/bibliografia.html>.

MÍGUEZ, D. (2002). Inscripta en la piel y en el alma: cuerpo e identidad en profesionales, pentecostales y jóvenes delincuentes. *Religiao e Sociedade*, 22 (1), 21-56. Recuperado de http://www.diversidadreligiosa.com.ar/wp-content/uploads/2013/04/Miguez_Inscripta_Piel_-_Alma.pdf.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (ONU) (1993). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Recuperado de <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985: Tecnología apropiada para el parto. Publicada en *lancet* 1985; 2:436-437.

POZIO, M. (2014). «El hecho de que sean más mujeres, no garantiza nada»: feminización y experiencias de las mujeres en la ginecobstetricia en México. *Salud Colectiva*, 10, 325-337. Recuperado de <https://www.scielosp.org/article/scol/2014.v10n3/325-337/es/>

SIMIAO, D. (2011). Las dueñas de la palabra: género, justicia y la invención de la violencia doméstica en Timor Oriental. En T. Rifiotisy N. Castelnuovo (Comps.). *Antropología, violencia y justicia. Repensando matrices de sociabilidad contemporánea en el campo del género y de la familia*(pp. 191-206). Buenos Aires: Antropofagia.

SIMONOVIC, D. (2019). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*. Informe ONU [en línea]. Recuperado de https://digitallibrary.un.org/record/3823698/files/A_74_137-ES.pdf

VENEZUELA (2007). Ley n.º 38668/07. Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

VILLANUEVA EGAN, L. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un ginecoobstetra. *Revista Conamed*, 15(3) 147-151. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=60173>.