



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**El continuo ginecobs-tétrico**  
**Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en**  
**servicios de salud en Bogotá**

**Sonia Andrea Monroy Muñoz**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS**  
**ESCUELA DE ESTUDIOS DE GÉNERO**  
**Bogotá, 2012**



**El continuo ginecobs-tétrico**  
**Experiencias de violencia vividas por mujeres gestantes en**  
**servicios de salud en Bogotá**

**Sonia Andrea Monroy Muñoz**

**Tesis de investigación presentada como requisito parcial**  
**para optar al título de:**  
**Magister en Estudios de Género**

**Director:**

**Daniel Cortes Díaz**

**Codirectora:**

**María Yaneth Pinilla**

**Línea de Investigación:**

**Violencias, ciudadanía y democracia**

**Universidad Nacional de Colombia**

**Facultad de Ciencias Humanas**

**Escuela de Estudios de Género**

**Bogotá, Colombia**

**2012**



*Para **Diva Prieto** (mi abuela), la madre mayor de nuestra existencia, a quien quisiera conservar por siempre, ella es nativa y libertaria, ella me ha enseñado el significado de haber sido parida en estas tierras, la más hermosa y valiente de todas las guerreras.*

*Para **Neufer Prieto** (mi madre), siempre me ha enseñado lo que es una guerrera, lo que es la resistencia, la alegría de una mirada, la inspiración en su existencia y por su creativa forma de demostrar amor.*

*Para **Eliana** (mi hermana), porque su fortaleza, irreverencia y tesón son necesarios para sanar tantas experiencias de dolor... ¡nos falta tanto por hacer!*

*Para **Lalo** (mi padre) por enseñarme a crear y creer en proyectos inauditos, con resultados inimaginables, con propósitos siempre políticos, nada confortables.*

*Para las decenas de mujeres que pasaron por algún espacio pedagógico donde me encontraba yo y me compartieron un pedazo de su vida. Para las 17 mujeres que se involucraron en esta investigación, sin ustedes este tipo de reflexión en mí, no hubiera sido posible.*



## Agradecimientos

A **Daniel Cortés** por su asesoría, apoyo, sinceridad, capacidad auto-reflexiva y tiempo dedicado a este trabajo, a **Yaneth Pinilla** por su compromiso con la salud de las mujeres, por la inspiración y coherencia que me transmitió en buena hora, a **Yolanda Puyana** por el tiempo que dedicó a leer y comentar este documento y a **Ochy** por la paciencia que me tuvo y el ánimo que siempre me dio.

A mis **compañeras y profesoras de la maestría**, por permitirme andar a su lado en este camino de reflexión y transformaciones académicas y personales, que dieron lugar a la coherencia y pertinencia de este trabajo.

A la **profe Jenny** por su ayuda desinteresada en la redacción de este documento. A mi amiga **Sara Ríos** por escucharme y leerme, venir y estar, entender y compartir conmigo este y otros caminos que debemos andar.

A mis amigas y amigos, compañeras y compañeros de labor **César, Yehimy, Sandra, Beto, Edgar, Dayana, Don Diego, Rubén, Gus, Paty, Yudy, Lina María, Tiburoncin y Andrés**, especialmente a ellos y ellas, por lo que aprendí y sentí a su lado respecto al tema de la gestación; por su práctica, su reflexiones y sensibilidad compartida por tanto años de experiencias pedagógicas significativas.

## Resumen

Ésta tesis es el resultado de una investigación cualitativa-exploratoria, basada en la experiencia personal y laboral de la autora; nacida de la necesidad urgente de evidenciar la relación jerárquica, disciplinante y en ocasiones violenta entre los y las profesionales de salud y las mujeres cuando son gestantes, parturientas o puérperas. A este tipo de relación se le denomina en esta investigación *violencia ginecobstétrica*, la cual es una forma de violencia contra las mujeres que ha sido poco estudiada en nuestro país. Se presenta entonces, un análisis con enfoque feminista, de 17 entrevistas a mujeres que sufrieron este tipo de violencia, realizadas en el segundo semestre de 2011; un diario de campo producto de observación de una sala de parto de un hospital público en Bogotá y un estudio etnográfico del contexto de los cursos para la preparación al parto en Bogotá entre 2003 y 2011. Se concluye que la violencia ginecobstétrica es un continuo durante el proceso de gestación, la experiencia de parto y el periodo posparto, que se manifiesta principalmente en malos tratos, en la imposición de procedimientos médicos innecesarios y en la negación del protagonismo de las mujeres, la violencia ginecobstétrica es un fenómeno social que afecta el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y tiene efectos sobre su salud.

**Palabras clave:** violencia ginecobstétrica, mujeres gestantes, parturientas y puérperas, derechos sexuales y reproductivos, profesionales de la salud



## **Abstract**

This thesis is the result of a qualitative and exploratory research, based on the author's personal and professional experience, born of the urgent need to show the hierarchical, disciplining and often violent relationship among health professionals and pregnant, parturient or postpartum women. This type of relationship is in this investigation called *gynecobstetric violence*, which is a form of violence against women that has not been studied extensively in our country. The thesis presents a feminist analysis of 17 interviews with women who suffered this type of violence, in the second half of 2011, a field diary product of watching a delivery room of a public hospital Bogota, and an ethnographic study of the context of preparation for delivery classes in Bogotá between 2003 and 2011. It concludes that violence is continuous during the pregnancy, birth experience and the postpartum period, which is mainly manifested in ill-treatment, the imposition of unnecessary medical procedures and the denial of the role of women, and that gynecobstetric violence is a social phenomenon that affects the exercise of sexual and reproductive rights of women, and has effects on their health.

**Keywords:** obstetrics and gynecology violence; pregnant, parturient and postpartum women, sexual and reproductive rights and health professionals

# Contenido

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	<b>V</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>13</b>
1. La violencia durante la atención sanitaria para el embarazo, el parto y el puerperio.	<b>15</b>
2. Los métodos para descifrar la vivencia	<b>18</b>
<b>Capítulo 1° Género, salud, violencia y mujeres gestantes</b>	<b>25</b>
1. Género como categoría de análisis	26
2. El Enfoque de Género en Salud	27
3. Maternidad como construcción social	29
4. Violencia contra las mujeres en salud	33
5. ¿Violencia obstétrica, ginecológica o ginecobstétrica?	37
<b>Capítulo 2° Gestando Malestares</b>	
<b>El proceso de gestación con los servicios de salud</b>	<b>41</b>
1. Ambivalencia, culpas y prohibiciones	41
2. Sexualidad y proceso de gestación	43
3. La prueba para creerle, se lo digo para que escarmiente	45

4. Este producto tiene fecha de vencimiento	47
5. Des-controles y ecografías	48
6. Curso para la maternidad, aprendiendo a obedecer	55
a) Lo que se enseña y cómo se enseña	56
b) Contenidos ocultos	57
<b>Capítulo 3° Pariendo piñas.</b>	
<b>La experiencia de parto institucionalizado</b>	<b>65</b>
1. La mujer parturiente	67
2. Incomunicada e ignorada	72
3. La sexualidad de la mujer parturiente	74
4. A las mujeres les pasan cosas	77
5. De otras mujeres, compañeras de parto	83
6. Las rutinas médicas en la experiencia de parir	85
<b>Capítulo 4° Recién parida</b>	
<b>El periodo posparto y el desasosiego</b>	<b>115</b>
1. Reflexiones posparto	123
2. Percepción común de sometimiento indeseado	125
3. Efectos en las mujeres de la violencia ginecobstétrica	131
4. ¿Cómo se resiste a la violencia ginecobstétrica?	135
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>143</b>
<b>EPÍLOGO</b>	<b>148</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>151</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>163</b>



# Introducción

Decidí escribir sobre experiencias de violencia y maltrato vividas por mujeres gestantes en el contexto ginecobstétrico, motivada principalmente por la experiencia de parto y nacimiento que vivimos mi madre y yo, y por una experiencia trágica relacionada con el mismo contexto vivida por mi hermana. Yo fui la segunda hija de cuatro retoños. Por los relatos de mi madre acerca de sus partos, concluimos que ella sufrió innecesariamente en mi nacimiento. Luego de 31 años, lo que sucedió ese día con nosotras lo narra con las mismas palabras e indignación, porque dejó en ella una huella emocional que no se ha borrado. Esto sucedió en 1980, mi madre tenía 23 años, asegura que yo nací ahogada, de color morado y que rápidamente me llevaron para colocarme oxígeno. La causa de esta situación fue el abandono como represalia por reclamar a una enfermera por hurgar sus genitales con las uñas largas y sin guantes. Luego del altercado con la enfermera mi madre estuvo sola varias horas sin ningún tipo de atención. En un momento, por el dolor de las contracciones, el miedo y la soledad, ella reaccionó gritando e insultando para que nos atendieran, así logró que interviniera un “*médico viejo*” que— según mi madre— fue quien nos salvó. A mí, me salvó la vida o de sobrevivir en condiciones poco funcionales, y a mi madre de los efectos sobre su salud o del dolor de perder a su segunda hija por negligencia médica, pues si se hubieran demorado un poco más, yo no estaría escribiendo sobre las experiencias de otras mujeres que han pasado por lo mismo que nosotras dos vivimos.

En el año 2005, mi familia vive una tragedia relacionada también con la ginecobstetricia, cuando mi hermana embarazada, se entera que su hijo por nacer, de 36 semanas de gestación, está muerto. Ella relaciona este evento con una “mala prescripción médica” en los controles prenatales, por la indicación de esperar 3 horas si no sentía movimientos del feto. En el momento de saber la noticia de la muerte de su hijo en la ecografía, ella es aislada, tratada con indiferencia y abandono por parte del personal de salud, lo cual hizo que la situación se hiciera más difícil e imposible de soportar para ella.

\* \* \*

Soy docente, Licenciada en Educación Física. Al iniciar mi vida profesional tuve la fortuna de trabajar en un programa de actividad física, motricidad y fortalecimiento de vínculos afectivos para mujeres gestantes en una caja de compensación familiar y una entidad promotora de salud (EPS), en Bogotá. Durante ocho años (2003 – 2011) hicimos equipo con un grupo de jóvenes interesados e interesadas en crear y construir alternativas de movimiento y aprendizaje para las mujeres gestantes y sus acompañantes. Nuestro trabajo consistía en organizar encuentros pedagógicos, actividades de comunicación con los hijos e hijas por nacer, organizar sesiones de actividad física en el agua y al aire libre,

enseñar elementos de psicoprofilaxis obstétrica<sup>1</sup> y otros temas relacionados con el proceso de gestación humana.

Durante el desarrollo de los cursos conocí situaciones de violencia contra las mujeres en el contexto ginecobstétrico, en la medida en que algunas mujeres compartían experiencias propias y ajenas, desagradables y dolorosas, que sucedían en las ecografías, los consultorios y las salas de parto. Poco a poco la violencia y el maltrato se presentaban como temas medulares de la experiencia de gestar y parir. Eran frecuentes los relatos sobre malos tratos, procedimientos médicos con consecuencias negativas sobre ellas, lo que generaba sentimientos de frustración, miedo y dolor en las mujeres; así como las discusiones sobre la deficiente atención en el servicio médico. Fueron decenas los relatos de mujeres que coincidían con el miedo y el dolor vivido durante la gestación y el parto, cuya experiencia no solo marcaría sus vidas, sino que se convirtieron en objeto de reflexión.

Fue así, que poco a poco, me encontré con que también en la cotidianidad de nuestra labor, el grupo de docentes reproducíamos estereotipos de la maternidad y la feminidad como algo natural en las mujeres por la capacidad biológica de gestar y parir, integrándonos así en una cadena de legitimación del maltrato y la violencia contra las mujeres gestantes. Sin darnos cuenta -pues puedo asegurar que nuestra intención era de acompañamiento y asesoría- promovíamos discursos y representaciones que enseñaban a las mujeres que las malas experiencias vividas durante la gestación, el parto y el posparto valían la pena, que debían vivir esos “sacrificios” como algo implícito en el proceso de convertirse en madres, que la responsabilidad de cada una era prepararse y seguir las recomendaciones médicas al pie de la letra, que las mujeres se debían controlar durante el trabajo de parto para recibir una mejor atención y que lo mejor era colocarse en manos de las personas expertas, pues han estudiado para eso.

Fueron las mujeres gestantes quienes motivaron un proceso lento pero pertinente, de cuestionarme y transformar aquello que pretendía enseñar y transmitir. Aunque dejaba algunas de esas inquietudes en mi equipo de trabajo, tratar de evidenciarlo era contradecir la verdad y el deber ser de las cosas, es decir, era como “*patear la lonchera*”<sup>2</sup>. Decidí entonces, tomar acciones en silencio, aunque compartí mis preguntas y reflexiones con algunos de mis compañeros y compañeras, el eco de la cuestión no trascendió de conversaciones y comentarios entre nosotros. Gracias al correo electrónico tuve un contacto más directo y personal con algunas mujeres, hacía visitas domiciliarias por mi cuenta luego del parto con quienes entablamos relaciones de confianza, me comunicaba con algunas de ellas por teléfono para que me contaran si lo que aprendieron en el curso les sirvió o no. Además, inicié un proceso nada sistemático de recolección de experiencias, sin saber que más adelante serían insumo para la realización de este trabajo de investigación. Ese proceso personal es el principal soporte de lo que a continuación quiero presentar.

---

<sup>1</sup>La **psicoprofilaxis obstétrica** comprende aspectos teórico-prácticos, que permiten a la gestante y puérpera lograr aprendizajes y habilidades para participar activa y positivamente en la evolución del embarazo, parto y puerperio (Oviedo, 2010).

<sup>2</sup>**Patear la lonchera** es una expresión que se utiliza para referirse a la actitud inoportuna o indeseada de una persona en su lugar de trabajo, que coloque en riesgo su permanencia en el mismo o que genere inconformidades, especialmente en sus superiores.

## 1° La violencia durante la atención en el servicio médico para el embarazo, el parto y el puerperio

*“En el cuerpo de las mujeres cada golpe son todos los golpes.  
De talibanes están llenos la historia y el mundo”  
Graciela Liccardi, Argentina*

Una mujer que decide embarazarse y/o continuar con un embarazo cuando este se ha dado sin planeación, requiere acompañamiento, asesoría y seguimiento de su proceso, lo que supone bienestar para ella misma y su hija o hijo por nacer. El proceso de gestación, parto y posparto genera en las mujeres gestantes una necesidad transitoria pero frecuente de utilización de los servicios de salud, especialmente los de ginecobstetricia, a los que acceden siguiendo de manera obligatoria una ruta de atención, con protocolos médicos que tienen como criterios mínimos las Guías de Atención del Ministerio de Protección Social. Esta ruta de atención contempla generalmente: el laboratorio clínico, los controles prenatales, ecografías, vacunación, urgencias obstétricas, curso psicoprofiláctico, hospitalización para el parto y controles posparto.

Esta ruta de atención se desarrolla principalmente en las instalaciones de las instituciones de salud, donde además, se reciben situaciones de violencia generalizadas como lesiones, accidentes y agresiones, cuyo daño o afectación física amerita atención médica especializada; de hecho, se ha considerado que estas instituciones son un espacio privilegiado para la detección de las violencias. De ahí que pensar que en las instituciones de salud, su organización y estructura, pueda generar violencia, va en contrasentido de la misión médica; sin embargo, es importante reconocer que la violencia es el resultado de un proceso relacional, histórico, construido socialmente como producto de las interacciones sociales entre las personas (Fernández, 2007).

El objetivo de las ciencias de la salud, además de intentar la curación de las enfermedades, tendrá que ser mejorar la calidad de vida relacionada con la salud, entendiendo ésta en estrecha relación con la autonomía personal, con las posibilidades físicas y mentales de cada persona para conducir su propia vida (Valls-Llobet, 2007:112). Sin embargo, en el contexto médico ginecobstétrico se dan situaciones de violencia contra las mujeres, durante el tránsito de gestar y parir. Las mujeres pueden llegar a vivir experiencias desagradables, humillantes, frustrantes y/o trágicas, pues como se pretende mostrar a lo largo de este trabajo, ser *mujer gestante, parturiente o puérpera* y a la vez *paciente*, implica ser sujeta y subordinada por el sistema, así como por los y las profesionales de salud, de múltiples maneras, tan sutiles como directas. Así mismo, las interpretaciones y representaciones de la maternidad y de los cuerpos gestantes de las mujeres dentro de este contexto, se traducen en un sistema simbólico que justifica los malos tratos, los procedimientos médicos impuestos, además del dolor físico y emocional de las mujeres sin consuelo ni solución. Algunas de estas experiencias tienen una influencia tan fuerte en ellas y sus hijas e hijos, que su calidad de vida se ve constantemente afectada por los efectos del maltrato y la violencia sufrida.

A este tipo de violencia contra las mujeres se le ha denominado Violencia Obstétrica, la cual fue definida en la *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* de Venezuela, sancionada en el año 2007, en el Capítulo III, Artículo 15, como:

“la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres por el personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”

Así mismo, en Argentina con la Ley 26.485 o *Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*, sancionada en marzo de 2009, en el artículo 6, la Violencia Obstétrica es definida como:

“aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.”

En Colombia los estudios sobre violencia contra las mujeres se basan principalmente en la violencia perpetrada por la pareja, los actores armados y el ámbito laboral y educativo, siendo la más estudiada por su frecuencia y nivel de impacto la violencia por la pareja-hombre. Por esta razón es que, definir la violencia contra las mujeres en el ámbito de la salud en la Ley, será un logro importante tanto para la visibilización social como para la sanción penal, tarea aún pendiente en Colombia. En la Ley 1257 de 2008 por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se hace referencia principalmente a la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar, en contextos de conflicto armado y la violencia sexual. En esta Ley se menciona las instituciones y el personal de salud, como organismos obligados a crear programas especiales de atención para las mujeres que son víctimas de violencia; pero, en ninguna parte se sugiere que éstos mismos pueden llegar a ser perpetradores de violencia contra las mujeres, lo cual indica que hace falta investigaciones al respecto, -como la que se da en el contexto médico ginecobstétrico- con el fin de hacer de ésta ley una herramienta completa y acorde con las múltiples realidades de las mujeres en Colombia, en lo que respecta a la exposición a violencia por razón del sexo o género.

En ese orden de ideas, esta investigación se hace pertinente en la medida en que ayuda a visibilizar un problema naturalizado y legitimado desde el discurso médico con su impronta patriarcal, desde la necesidad política de poner en evidencia y caracterizar la violencia en el contexto médico ginecobstétrico entre las formas de violencia que sufrimos las mujeres. Por eso, este trabajo se perfila como una manera de hacer evidente desde el ámbito académico, una forma de violencia de la cual poco se ha hablado e investigado, aportando al proceso de sensibilización de situaciones de maltrato y violencia contra las mujeres en gestación, en parto y en puerperio, para que sean reconocidas como seres humanas y sociales y no como meros medios de reproducción social.

En ese orden de ideas el problema de investigación que se plantea en este trabajo es:



## **¿Cómo viven las mujeres la violencia en el contexto médico ginecobstétrico durante el proceso de gestación, la experiencia de parto y el periodo puerperio?**

Así, se pretende poner en evidencia y dar cuenta de la inconformidad que existe entre las mujeres con respecto a su relación con la ginecobstetricia. El problema que se plantea nace de las continuas quejas y manifestaciones de indignación que plantearon decenas de mujeres en un espacio pedagógico de preparación para el parto a lo largo de ocho años (2003 – 2011), donde yo me desempeñaba como docente. Esto me produjo una serie de preguntas y dilemas, los cuales se fueron resolviendo en la medida en que iban llegando más mujeres al curso con más y nuevas experiencias y reflexiones para compartir, también con consultas bibliográficas sobre obstetricia y la información que algunas organizaciones sociales españolas y argentinas publican en sitios web en el internet.

A partir del segundo semestre de 2008, comencé a planear las sesiones de los cursos a mi cargo en un complejo proceso de autoevaluación, especialmente de las representaciones y prejuicios con los que yo me dirigía a las mujeres gestantes. En ese mismo año y con algunos elementos teóricos sobre el tema de esta investigación, se dio lugar a la realización de ejercicios profesionales, propios de la labor pedagógica del grupo de docentes al que yo pertenecía, donde se realizaron una serie de observaciones sobre el trabajo entre compañeros y compañeras, iniciando así un archivo desordenado y sin sistematizar de experiencias y reflexiones, sin saber que 3 años más adelante las utilizaría como parte de material de análisis en esta investigación. Con base en esas voces y experiencia, se dará respuesta a la pregunta de investigación. Para este trabajo identifiqué como población sujeto a un grupo de 17 mujeres que se identificaron a sí mismas como víctimas de violencia ginecobstétrica. Desde la perspectiva de las mujeres se conocerá las relaciones de estas con las y los profesionales de salud, dando como resultado una caracterización de la violencia en el contexto médico ginecobstétrico en tres etapas diferentes pero interconectadas entre sí: el proceso de gestación, la experiencia de parto institucionalizado y el periodo puerperio.

En ese orden de ideas, el objetivo general de esta investigación es **evidenciar situaciones de violencia contra las mujeres gestantes, parturientas y puérperas<sup>3</sup> en el contexto médico ginecobstétrico en Bogotá**. Para ello, se organizaron cuatro objetivos específicos: **(1)** explorar el contexto ginecobstétrico en instituciones de salud en Bogotá, desde la experiencia de las mujeres que se identifican como víctimas de violencia en el mismo, **(2)** explorar las intervenciones médicas ginecobstétricas que pueden llegar a ser violentas durante el proceso de gestación, parto y posparto, **(3)** describir el continuo de violencia contra las mujeres en el contexto médico ginecobstétrico durante el proceso de gestación, la experiencia de parto y el periodo

---

<sup>3</sup> **Mujer gestante**, es aquella quien está viviendo el proceso de gestación de un ser humano dentro de su cuerpo. **Mujer parturienta** es aquella quien está viviendo el proceso de trabajo de parto (contracciones uterinas, rompimiento de membranas, borramiento del cuello uterino, dilatación del cérvix y descenso del feto por el canal de parto), proceso preparatorio para el posterior alumbramiento del nuevo ser humano. **Mujer puérpera**, aquella quien está viviendo un proceso natural de cambios corporales luego de la experiencia de gestar y parir, generalmente se le entiende como un proceso de recuperación.

posparto y, **(4)** explorar las aristas que se presentan durante las situaciones de maltrato y violencia vividas por mujeres gestantes, con el fin de proponer temas de investigaciones y profundización sobre las mismas.

## 2° Los métodos y herramientas para descifrar la vivencia

El producto de esta tesis se fundamenta en una articulación de técnicas de investigación con **enfoque cualitativo - exploratorio** en la medida en que se indaga por una serie de situaciones de maltrato y violencia frecuentes, naturalizadas y poco estudiadas en Bogotá con el propósito de interpretarlas y darles sentido en los términos del significado que el otorgan las personas a ciertas experiencias. **La perspectiva de género** se utiliza en la medida en que se analiza con base en la teoría feminista principalmente, un fenómeno social donde se presentan situaciones de maltrato y violencia contra las mujeres gestantes, y aquellos discursos que las legitiman y reproducen. Se trata de comprender el problema de investigación desde la vivencia de las mujeres durante el proceso de reproducción y su papel en diferentes espacios donde se llevan a cabo sus relaciones con las instituciones de salud y los y las profesionales en salud.

Se realizaron 17 **entrevistas a profundidad** con mujeres que vivieron experiencias de maltrato y violencia en el contexto ginecobstétrico, éstas se grabaron y transcribieron. El criterio de inclusión para la convocatoria fueron mujeres que se identificaran con haber vivido una situación de maltrato, que sintieran que de alguna manera fueron vulneradas o violentadas por el personal de salud mientras fueron atendidas durante el embarazo, el parto y el posparto mientras utilizaron servicios médicos en Bogotá. Las mujeres que se identificaron con la convocatoria se contactaron a través de la red social Facebook, algunas las conocía previamente, otras fueron referidas por algunas mujeres con las que hice las primeras entrevistas, algunos de mis compañeros y compañeras de trabajo me facilitaron otros contactos y, otras fueron usuarias de los cursos para mujeres gestantes en los que yo enseñaba.

Las mujeres que participaron fueron críticas e hicieron propuestas desde el conocimiento que tienen del contexto ginecobstétrico, según su experiencia. Dar cuenta de la vivencia de cada una de las mujeres sobre la forma en que fue manipulado su cuerpo, la relación con las y los profesionales en salud, las experiencias compartidas con otras mujeres y las variadas formas de resistir, representa un ejercicio de pensamiento, lo que para la italiana Alessandra Bocchetti (1995) es “la invención de un nuevo discurso”, sobre lo que puede llegar a generar de la ginecobstetricia en la mujeres. No se trata de generar conocimientos como en el método científico, sino forjar un terreno nuevo para otra verdad, en la medida que pensamiento aflora con el apoyo de otras mujeres.

Hablar de su experiencia fue un ejercicio emotivo de memoria y reflexión constante, cada una de las situaciones en las instituciones de salud fueron narradas con detalles, la mayoría en orden cronológico y ligado siempre a las particularidades de cada una en su momento. Algunas mujeres ya tenían una postura definida frente al modelo de atención, otras hicieron algunos descubrimientos personales en el transcurso de las entrevistas. Primó lo emotivo durante las conversaciones; en algunas entrevistas fue inevitable manifestar sentimientos como rabia, tristeza, frustración y dolor, con silencios forzosos, susurros ante la presencia de alguien, gritos, voces entrecortadas y llanto. Las mujeres buscaron un espacio físico y temporal para ser entrevistadas, donde no se sintieran

interrumpidas y lograr así, intimidad y tranquilidad. Hubo en todas una disposición de “colaborar”, con el propósito de que al contar su experiencia, se logrará de alguna manera, hacer un llamado de atención sobre la forma en que algunas mujeres gestantes son abordadas por el sistema de salud y lograr -desde su experiencia compartida- evitar que otras mujeres pasen por lo que ellas pasaron.

En la Tabla 1 se presenta una breve caracterización de cada una de las mujeres que decidieron compartir sus experiencias. Están organizadas en orden cronológico de **acuerdo al año en que sucedió su relato** y para el caso de mujeres que vivieron dos partos, de su primer parto. Así, tenemos relatos de experiencias con relación al contexto médico ginecobstétrico sucedidas en Bogotá, por un periodo de tiempo entre 1986 y 2011. En el momento de terminar esta investigación, todas las mujeres entrevistadas vivían en Bogotá.

**Tabla 1**

Nombre	Edad en 2011	Lugar de nacimiento	Estrato de residencia	Estudios y Ocupación	Año del/os relato/s	Régimen de afiliación
<b>CHARLOTTE</b>	51	Bogotá	Tres	Psicóloga de formación y Magister en Estudios de Género	1986 y 1988	Seguro Social los dos relatos, como cotizante
<b>IRIS</b>	33	Manizales	Dos	Salvavidas y Estudiante de Educación Física	1991  2005	Entidad privada donde su familia pago la totalidad de los gastos médicos.  Régimen contributivo Cotizante en una EPS y una IPS privadas.
<b>LUDMILA</b>	40	Bogotá	Tres	Ingeniera de sistemas. Vendedora de productos ecológicos para el hogar.	1993  2003	Beneficiaria de un programa universitario.  Régimen contributivo Cotizante de medicina prepagada
<b>EMELIE</b>	32	Granada -	Tres	Estudiante de	1996	Régimen

		Meta		Fisioterapia		2004	contributivo Beneficiaria de su compañero sentimental.  Régimen contributivo  Cotizante de una EPS privada.
<b>LAURA</b>	33	Ciénaga - Magdalena	Cuatro	Filósofa – Magister en Estudios de Género		1998	Régimen contributivo  Beneficiaria de su padre. Fue atendida en el embarazo por una EPS privada y en la hospitalización para el parto en una EPS pública.
<b>MALOU</b>	38	Bogotá	Cuatro	Economista – Labora Independiente		2000  2009	Régimen contributivo  Cotizante de una EPS privada  Pago el 100% de los gastos médicos a una entidad privada.
<b>ANAIS</b>	26	Bogotá	Dos	Ha realizado estudios técnicos, es auxiliar de un consultorio		2002	Régimen contributivo  Beneficiaria de su madre en una EPS privada
<b>BETINA</b>	25	Bogotá	Tres	Asesora de una entidad financiera		2003	Régimen contributivo  Beneficiaria de su padre en una EPS privada  Régimen contributivo

					2011	Cotizante de una EPS privada
<b>ANALI</b>	33	Bogotá	Tres	Fisioterapeuta – Magister en Administración	2006  2008	Régimen Contributivo.  Cotizante de una EPS privada, en los dos relatos
<b>ANDORRA</b>	32	Ibagué - Tolima	Tres	Licenciada en Educación Física – Trabajo independiente	2007	Régimen Contributivo  Cotizante en un Plan Complementario de Salud
<b>HELAINÉ</b>	40	Valle del Cauca	Tres	Comunicadora Social y Periodista	2008  2011	Régimen contributivo  Cotizante de una EPS privada  Cotizante con Plan Complementario de Salud
<b>BETH</b>	34	Bogotá	Cuatro	Zootecnista – Asesora de una entidad de carácter científico	2009	Régimen contributivo  Cotizante de una entidad privada
<b>KARINA</b>	27	Bogotá	Dos	Licenciada en Educación Preescolar	2010	Régimen contributivo  Beneficiaria de su esposo de una EPS que pertenece al Régimen Especial del Magisterio
<b>LUCY</b>	19	Bogotá	Tres	Bachiller Académico	2010	Régimen contributivo  Beneficiaria de su madre una EPS pública.
<b>NICOLE</b>	34	Bogotá	Tres	Ingeniera de Alimentos	2010	Régimen contributivo  Cotizante con Plan Complementario de

						Salud
<b>ANNA</b>	18	Medellín	Tres	Estudiante de grado once	de 2010	Beneficiaria del Régimen Subsidiado
<b>GAITANA</b>	16	Puerto Boyacá	Tres	Estudiante de grado once	de 2011	Beneficiaria de su madre, por el Régimen Especial del Magisterio.

De las 17 entrevistas, 15 fueron cara a cara, con excepción de dos entrevistas que se realizaron vía telefónica, la duración fue de entre una y 3 horas y media. Estos encuentros estuvieron dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen las mujeres respecto de sus vidas, experiencias o situaciones y su relación con la ginecobstetricia. Fueron conversaciones entre iguales, no fue un intercambio formal de preguntas y respuestas. La guía de entrevista (ver Anexo Uno) se realizó con el énfasis de narrativa autobiográfica, donde la investigadora intervenía solo cuando lo consideraba necesario, con el fin de acceder a la vida social de las mujeres en el contexto ginecobstétrico de la manera más comprensible posible “desde dentro de ellas”, es decir, desde sus significados y aspectos subjetivos. La narración autobiografía como punto de vista comprensivo de su propia vida, fue el modo por el cual las mujeres representaron aquellos elementos del pasado que son relevantes para su situación presente (Taylor S.J y Bogdan R, 1987:113).

Una narración tiene dos funciones: una referencial y otra evaluativa. La función referencial consiste en la descripción de los acontecimientos pasados en su orden temporal. La función evaluativa consiste en referir esos aspectos al presente, es decir clasificar lo que significan para las participantes en la situación en la que el relato ocurre. Las referencias autobiográficas pasan por tener la mayor autenticidad posible, porque *nadie conoce su propia historia mejor que una misma* (Kohly, 1983). Ellas hablan en primera persona principalmente, no solo se ubican en un contexto y una serie de situaciones relacionadas con su propia experiencia de gestación, parto y posparto, sino que articulan estas experiencias transitorias con la ginecobstetricia y su historia de vida, en varias entrevistas se evidencia “un después” de las experiencias de maltrato vividas.

Se hizo **Diario de campo** en dos etapas. En **la primera**, transcribí algunos recuerdos de mi experiencia profesional relacionados con el tema de esta investigación a modo de auto-etnografía. Fue un ejercicio de introspección, donde registré situaciones, anécdotas, discursos con mis compañeros y compañeras docentes, con las mujeres gestantes y con algunos profesionales en salud. También utilicé registros de una capacitación que realicé para mis compañeras y compañeros, que incluía ejercicios de observación entre el grupo de docentes. A esto, se sumó la revisión de archivos de las observaciones y sesiones de clase de años anteriores, dando lugar a descubrimientos que se convirtieron en una lista de situaciones y eventos para recordar y darles importancia dentro del tema de esta investigación. En **la segunda etapa**, recurrí a la observación participante en una Unidad de Maternidad en un Hospital Público en Bogotá, un miércoles de noviembre de 2011. Mi intención fue observar los actores, los comportamientos y los significados del espacio y el tiempo, pero la dinámica del lugar no dio para ser pasiva, porque para estar allí debí vestir el atuendo de las y los residentes, por lo que algunas enfermeras y mujeres

parturientas me trataron como parte de personal de salud, hecho que finalmente hizo que fuera parte activa en muchas situaciones. Como investigadora, yo no era una más entre los actores, pero a la vez, mi presencia no era tan externa como para no afectar de modo alguno el escenario y sus protagonistas. Así cobró sentido el ejercicio de observación pues la participación es una buena vía para acceder a esos significados que los sujetos negocian e intercambian. Es la vivencia la posibilidad de experimentar en carne propia esos sentidos. Yo, como investigadora procedo entonces a una inmersión subjetiva en una Unidad de Maternidad, pues se comprende mejor desde adentro. “La subjetividad es parte de la conciencia del investigador y desempeña un papel activo en el conocimiento, ello no quiere decir que la subjetividad sea una caja negra que no es posible someter a análisis, la observación participante es el medio ideal para realizar nuevos descubrimientos, para examinar críticamente los conceptos teóricos, para anclarlos en realidades concretas” (Guber, 2001:55-65). Algunas veces traté de dar apoyo emocional a las mujeres conversando con ellas, explicándoles algunas técnicas de respiración durante las contracciones, indagando la percepción de su experiencia en ese momento, y con algunos profesionales conversamos sobre asuntos como el ambiente laboral, esta experiencia fue registrada en un Diario. Así, identifiqué algunas reglas implícitas que orientan las acciones de las mujeres y los profesionales en salud que laboran dentro de una Unidad de Maternidad (Bonilla y Rodríguez, 1995:118).

Las siguientes son **las categorías de análisis** que orientan esta investigación:

1. **Vivencias de las mujeres durante la atención en salud:** experiencias durante el embarazo, el trabajo de parto, parto y el periodo posparto.
2. **El proceso de convertirse en madre:** vivencias corporales en la gestación, en el parto y en el puerperio.
3. **Relación de las mujeres con el personal de salud:** experiencias significativas que den cuenta de maltrato y violencia contra las mujeres.
4. **Reflexiones personales luego de la violencia vivida:** Sensación de sometimiento, experiencias con otras compañeras de parto, formas de resistencia y efectos de la violencia en las mujeres.

En ese orden de ideas, la lectora o el lector encontrará en el **primer capítulo** el marco teórico, haciendo una articulación entre género como categoría de análisis y el abordaje de este en la salud, la maternidad como construcción social que impregna las relaciones de poder entre mujeres gestantes y profesionales de la salud y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud, así como, una reflexión sobre el concepto de violencia obstétrica, presentado en la introducción de este trabajo y se propone el concepto de *violencia ginecobstétrica* teniendo en cuenta que la relación de las mujeres con la ginecobstétrica no solo se presenta en eventos como el embarazo, el parto y el puerperio, sino que se presenta en otros momentos de la vida de las mujeres relacionados con la sexualidad y la reproducción donde existe una dependencia de la ciencia médica y su especialidad la ginecobstetricia. En los siguientes capítulos, se encuentra una caracterización de la violencia en el contexto médico ginecobstétrico en tres etapas diferentes pero interconectadas entre sí: el proceso de gestación, la experiencia de parto y el periodo puerperio. En el **capítulo dos**, se abordan situaciones que viven las mujeres durante el proceso de gestación, en los laboratorios clínicos, en los controles prenatales, las ecografías y el curso psicoprofiláctico. En el **capítulo tres**, se aborda la experiencia de parir desde los procedimientos médicos rutinarios y la vivencia de las mujeres en una sala de parto. Estos procedimientos son analizados como un

continuo, teniendo como base algunas revisiones médicas científicas y su relación con los relatos de las mujeres que los vivieron. En el **capítulo cuatro**, se aborda el periodo posparto analizando situaciones especiales propias de ese periodo con la atención sanitaria y dando cuenta de las reflexiones de las propias mujeres sobre las experiencias vividas.



# Capítulo 1.

## Género, violencia, salud y mujeres gestantes

*“La construcción de la identidad femenina en torno a la maternidad y su valoración exclusiva de ser madre, especialmente en contextos de baja autonomía femenina, se relaciona de manera directa con mayores riesgos para la salud de las mujeres”*

*Juan Guillermo Figueroa (1998)*

La teoría feminista denuncia que el patriarcado es una ideología profundamente política que ostenta poder e influencia en lo cultural, lo social y lo económico, que históricamente ha logrado subordinar a las mujeres en todas las sociedades, valiéndose de múltiples y variadas formas y manifestaciones. El patriarcado ha impuesto una profunda, permanente, desequilibrada e invisible convicción: la supuesta existencia de dos “únicos” sexos, diferentes entre sí de manera jerarquizada, en favor del sexo masculino, legitimando y solapando la subordinación de las mujeres, desde la premisa de complementariedad de los sexos, donde hombre y mujer son polos opuestos que necesitan uno del otro y donde su sexualidad debe ser controlada y normatizada por la heterosexualidad. Es así, que la construcción de las mujeres se ha dado por políticas y reglas de control desde las culturas, sobre cómo debe ser el uso sexual y reproductivo del cuerpo femenino. La forma corporal de las mujeres se encarna en la vida social a partir de creencias, prejuicios, estereotipos, imaginarios y representaciones que moldean y organizan el deber ser mujer, que marca todos los ámbitos donde las mujeres estamos presentes (Lamas, 1995) e incluso, donde estamos ausentes, pues generalmente la ausencia de las mujeres en algún ámbito social humano, corresponde a procesos de discriminación y exclusión basados en la naturalización de nuestra forma corporal:

“En cada cultura, la diferencia sexual es la constante alrededor de la cual se organiza la sociedad. La oposición binaria hombre/mujer, clave en la trama de los procesos de significación, instaura una simbolización de todos los aspectos de la vida: **el género**. Esta simbolización cultural de la diferencia anatómica toma forma en un conjunto de prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales que dan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas en función de su sexo. Así mediante el proceso de constitución del género, la sociedad fabrica las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres, de lo que es “propio” de cada sexo” (Lamas, 1995).

## 1. Género como categoría de análisis

*“El género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y una forma primaria de relaciones significantes de poder”*

Scott, 1986.

Viveros (2000) considera que son cuatro elementos constitutivos de las relaciones sociales asentadas en “las diferencias que distinguen los sexos”, son aspectos interrelacionados e interdependientes entre sí: primero, un aspecto simbólico que atiende a mitos y símbolos que evocan de manera diversa –y a menudo contradictoria – representaciones de la diferencia sexual: *ser mujer gestante, parturienta y/o puérpera en una cultura donde la maternidad es la máxima expresión de la feminidad, y la feminidad es sinónimo de delicadeza, sumisión y obediencia*<sup>4</sup>; segundo, un aspecto normativo que expresa las interpretaciones de los significados de estos símbolos y se manifiesta en doctrinas religiosas, educativas, científicas, políticas o jurídicas, que definen qué es, qué debe hacer y qué se espera socialmente de un varón o de una mujer: *el discurso y la praxis de género de los servicios médicos, donde se espera de un profesional de la salud decisiones racionales, alejadas emocionalmente de las pacientes y, de una mujer-paciente sumisión y aceptación a las decisiones de éste*; tercero, un aspecto institucional tocante a organizaciones sociales como las definidas por las relaciones de parentesco y política. Es importante tener en cuenta que las prácticas organizacionales de estas instituciones se hallan estructuradas en relación con el género: *el carácter obligatorio con el que las mujeres gestantes deben pasar por la ruta de atención en las EPS y*; cuarto, un aspecto referido a las identidades de los hombres y las mujeres reales, que no satisfacen necesariamente las prescripciones de la sociedad ni se acomodan a nuestras categorías analíticas: *las mujeres, quienes desde el lugar que se les ha asignado en el contexto médico ginecobstétrico, describen su relación con el personal de salud (médicas/os, ginecobstetras, enfermeros/as, anestesiólogas/os, administrativos/as e instructores/as), reconocen situaciones de maltrato y violencia hacia sí mismas y entrevén maneras diferentes de resistir a la violencia* (Viveros, en Robledo y Puyana, 2000).

La experiencia de gestar y parir es principalmente corporal, por ello se hace necesario entender que **sexo y género** son dos términos diferentes pero interconectados y, a la vez son ejes fundamentales de un sistema: el sistema sexo-género, definido por Rubin (1986) como “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana”. No es lo mismo sexo biológico que la identidad asignada; esta es una construcción social, una construcción social de lo biológico (Aumada, p. 278 en Figueroa, 1999). **Sexo**, hace referencia a la condición biológica específica de las mujeres gestantes y trae implícita una serie de circunstancias en el cuerpo de las mujeres que son inermes a su anatomía (forma corporal) y sus capacidades fisiológicas (actividad hormonal y funcionamiento de órganos, especialmente el útero y los senos). **Género**, se refiere al conjunto de roles y relaciones sociales, características de personalidad, actitudes, conductas, valores, relaciones de poder e influencia que cada sociedad atribuye diferenciando a cada uno de

---

<sup>4</sup> Lo que aparece en cursivas son algunos elementos específicos del contexto de esta investigación.

los dos sexos y definiendo “lo normal” en el comportamiento de cada uno de estos (Cátedra UNESCO Mujer, Ciencia y Tecnología para América Latina, 2010). Por tanto, la forma corporal y biológica de las mujeres–sexo- supone una serie de interpretaciones sociales que se traducen en las dinámicas de interacción y las relaciones sociales en las que éstas participan –género-. Es así, que a lo largo de este trabajo se develará cómo la ginecología, como especialidad de la ciencia médica, reproduce desigualdades y jerarquías normalizando la desigualdad con la que se trata a las mujeres gestantes a través de hechos, acciones e imágenes del cuerpo gestante, interpretado desde la biología principalmente. En la ginecología se hace mención al sexo, pero no tiene en cuenta el género de las “pacientes”, pues se refieren más a las características determinadas biológicamente y no a los factores sociales que afectan a las mujeres, tampoco las desigualdades de género y su influencia en el proceso de reproducción.

En el ámbito médico, la categoría género provee una comprensión en profundidad de la situación entre hombres y mujeres, sus distintas amenazas, necesidades, prioridades e intereses, examina las consecuencias de las desigualdades sobre la vida, la salud y el bienestar, pone de manifiesto la forma en que estas desigualdades redundan en perjuicio de la salud de las mujeres, las limitaciones a la que éstas se enfrentan para alcanzar la salud, y los modos de hacer frente y superar esas limitaciones, ya que la forma en que el poder se distribuye en nuestra sociedad hace que las mujeres tengan menor acceso y control sobre los recursos necesarios para proteger la salud y menos probabilidades de intervenir en la adopción de decisiones (Ibídem).

## 2. El enfoque de género en salud

La visibilización de las inequidades en salud resultantes de relaciones desiguales de poder entre los géneros ha sido promovida fundamentalmente por el activismo de los movimientos feministas locales y globales y los estudios de género. Desde 1975 las Conferencias Mundiales de las Naciones Unidas han dirigido la atención hacia las desigualdades de género y sus efectos sobre muchos aspectos del desarrollo humano, y en especial sobre la salud de distintos grupos sociales<sup>5</sup>. Pero antes de esto, a partir de la

---

<sup>5</sup> Hitos fundamentales en la formulación de normativas internacionales que hacen referencia a la salud de las mujeres: **1981** - La ratificación de CEDAW, como paso importante en el compromiso de los gobiernos para promover la igualdad de género y atender los problemas de salud de las mujeres. **1987** – Iniciativa para una Maternidad sin Riesgos, cuyo objetivo era reducir la morbi-mortalidad materna, es decir, el impacto de los problemas de salud que se presentan como consecuencia del embarazo (incluyendo el aborto), las complicaciones secundarias el uso de métodos de planificación familiar, el parto y el puerperio. **1994** – Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en El Cairo, donde se logró incorporar los intereses del movimiento de mujeres reconociendo el derecho a la salud reproductiva como parte del derecho de los pueblos a la salud. **1995** – Cuarta Conferencia Internacional de Beijing, Plataforma en Acción, donde se definió la salud de la mujer como un área crítica de preocupación, subrayando la importancia de la interacción de la perspectiva de género, haciendo énfasis en la salud reproductiva. **1997** – Las Resoluciones del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas adoptan el “main streaming” de género definiéndolo como el proceso por el cual se examinan las implicaciones que las acciones públicas planificadas incluyendo legislaciones, políticas y programas, tiene para hombres y mujeres e insiste que se aplique a todas las organizaciones que forman parte de las Naciones Unidas. **1998** – Reunión del grupo de Expertos en Túnez que elaboró un documento muy influyente sobre transversalización del enfoque de

década de 1960 la intimidad y la sexualidad ya se habían convertido en objetos de debates públicos articulados a la reivindicación de autonomía y el respeto por la diversidad sexual. Los asuntos de la vida privada hacia la esfera pública fue el resultado de la acción política que transformó los hechos cotidianos en problemas de interés colectivo y los puso en una perspectiva histórica y social. Estas reivindicaciones implicaron pensar el cuerpo, la reproducción y la sexualidad como asuntos políticos, es decir, transferir al espacio público lo que hasta ese momento, era considerado una cuestión privada (Viveros, 2006:16–18).

Así mismo, a partir de los años 70-80, se empezó a plantear que la salud de las mujeres dependía de los problemas sociales y culturales, y que, por lo tanto, los problemas de salud son fundamentalmente sociales (Valls-Llobet, 2009:16-17). Este proceso internacional dio como resultado el enfoque de género en salud, el cual propone que el proceso de socialización de las mujeres, la definición de su identidad en torno a la maternidad y el cuidado de otros, su situación desventajosa en el ámbito social y en los mercados de trabajo, y la consecuente insatisfacción en sus vidas, genera en ellas más vulnerabilidad frente a la morbilidad, los agentes médicos y las prescripciones terapéuticas. Señala también que la apropiación y redefinición del cuerpo y la reproducción humana por la ciencia médica ha tenido importantes implicaciones en la manera en que las propias mujeres interpretan y viven esos fenómenos. La integración del enfoque de género en salud llama la atención sobre tres elementos fundamentales para tener una buena salud: *primero*, vivencia y experiencia propia del estado de bienestar; *segundo*, acceso y utilización de servicios de salud y, *tercero*, autonomía y poder con el cual se toman decisiones. Género en salud es un enfoque que permite visibilizar situaciones como por ejemplo, que en los textos médicos el cuerpo femenino es percibido como un organismo defectuoso, orientado fundamentalmente a la reproducción y, en la práctica médica, el personal de salud tienden a separar de su cotidianidad a las mujeres protagonistas del proceso que desean controlar (enfermedad, parto, fecundidad), decidiendo cuáles aspectos son importantes para ellas y cuáles no lo son, reinterpretando y definiendo lo que necesita la “paciente” sin contar con ella, estableciendo por tanto una relación jerárquica (Szans, 1999:313).

El concepto de salud sexual y reproductiva es también resultado de la reflexión y práctica del Movimiento Feminista Internacional. Implica la capacidad de reproducirse, tener un embarazo y partos seguros, llevar un proceso reproductivo a buen término, la capacidad de regular la fecundidad sin riesgos y escoger el método de anticoncepción más conveniente de manera libre e informada y al derecho a tener una vida sexual satisfactoria y libre de enfermedad (Figueroa, 1999:37). El enfoque feminista de la salud está asociado a una concepción del conocimiento y (re)apropiación del propio cuerpo, dando lugar a una de las máximas feministas desde 1960: “Nuestro Cuerpo nos Pertenece”, que reivindica la capacidad de disponer del propio cuerpo, criticando así, el control social sobre el cuerpo de las mujeres. De esta manera, el cuerpo, empezó a ser

---

género. **2000** – Declaración del Milenio, se declaran los objetivos de Desarrollo para el Milenio, se presenta un marco de consenso internacional para reducir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la inequidad de género, al menos en algunos aspectos: tres de los ocho objetivos, ocho de las 16 metas y 18 de los 48 indicadores están directamente relacionados con la salud. Sin embargo, en relación a la salud de las mujeres, los objetivos solo hacen referencia explícita a la salud materna.

producido por las voces de las mismas mujeres, ya que los discursos disciplinadores del cuerpo y la construcción de la naturaleza femenina son representaciones masculinas principalmente, hechas por los hombres e introyectadas por las mujeres (Scavone, 1999:24–25).

Sobre estas reflexiones fue emergiendo otro concepto substancial para la reapropiación del cuerpo; los derechos sexuales y reproductivos, reconocidos como parte integral de los derechos humanos. Estos, son derechos de tercera generación, su reconocimiento se da posterior a los derechos civiles y políticos – de la primera generación- y los derechos económicos y sociales – de segunda generación- (Torres, 2005:25–26). Luego de un largo proceso que sacó del silencio las instancias de la vida reproductiva, la anunciación de estos derechos implicó una ruptura con la tradición, se presentó como una forma de construir nuevos criterios de referencia para la convivencia social y un medio para establecer la responsabilidad pública en los ámbitos sexual y reproductivo. La inclusión de los derechos sexuales como Derechos Humanos requirió la apertura de espacios para analizar diferentes alternativas que permitieran avanzar en la reparación de injusticias sociales y arreglos asimétricos de poder asociados al ordenamiento actual de la sexualidad<sup>6</sup>. Al vivir y gozar de los derechos sexuales y reproductivos, las mujeres tendrían la plena libertad para decidir cuándo, cómo y con quién tener hijos, o no tenerlos; deben también, recibir la atención necesaria durante el embarazo y el parto, a fin de garantizar el nacimiento de un ser humano sano y que la experiencia en conjunto no represente riesgos para la mujer. Esto es un inicio para la autodeterminación de las mujeres en ámbitos de la vida substanciales, como el ejercicio de la maternidad como una decisión personal y autónoma de las mujeres.

### **3. La maternidad como construcción social**

“Cada día es más evidente que no podemos entender la maternidad como algo que se realiza en el parto; tampoco como una simple consecuencia de las relaciones sexuales o de la vida en pareja heterosexual. Ninguna de estas condiciones es suficiente ni necesaria para convertirse en madre: si la anticoncepción convierte el coito heterosexual en estéril, las tecnologías reproductivas procuran maternidades sin relaciones sexuales e incluso sin pareja; una mujer puede renunciar al vínculo materno-filial otorgado por el parto dando el bebé en adopción o puede ser desposeída de él si las instituciones la consideran inadecuada para la maternidad; por último, una mujer que no ha parido y sin pareja puede convertirse en madre mediante la adopción” (Imaz, 2010:175), luego, el proceso de reproducción humana en los cuerpos de las mujeres como evento biológico, se trasfigura en un orden de representaciones sociales, que son ideas fundantes y esencializantes sobre la feminidad y la maternidad.

Las representaciones sociales llenan de significados las vidas de las personas en el curso de su existencia, se integran a la vida de manera desigual, incluso con frecuencia

---

<sup>6</sup> En la Conferencia Mundial de Población realizada en Teherán en 1968 se habla por primera vez, en el contexto internacional, del derecho de toda persona a decidir libremente sobre su descendencia, es decir, el número de hijos y el espaciamiento entre ellos, además de decidir si tenerlos o no. En 1974, en Bucarest, se insiste en la incorporación de este derecho de las legislaciones internas de los países integrantes de las Naciones Unidas (Torres, 2005)

se vive en contra del deber ser que éstas demandan. Una representación social es diferente a la práctica que de ella se deriva. Las representaciones sociales del ser mujer están estrechamente ligadas con el ser madre, se ha definido a la mujer en función de la maternidad, aunque esa idea ésta siendo criticada y desmontada, aún tiene peso en las relaciones sociales de género, no es lo mismo ser mujer que ser madre y, si bien no se puede ser madre sin ser mujer, una mujer realizada puede no ser madre. Las mujeres en Colombia han sido sometidas por siglos a la ecuación mujer igual a madre y han interiorizado este modelo. Sin embargo, existen cambios, cuando una mujer gana nuevos espacios de participación en el mundo público, logra una mayor capacidad de controlar la reproducción, rompe la ecuación mujer igual a madre y comienza a proponer alternativas que le facilitan un actuar distinto en la sociedad (Puyana, 2000:99-101)

Para Bourdieu (1992) las relaciones sociales se legitiman al inscribirlas en el orden de lo biológico, aunque lo que consideramos biológico suelen ser construcciones sociales. Una construcción social biologizada que influye en la forma de relacionarse de las mujeres con los otros y las otras, es por ejemplo, la idea de que las mujeres por tener la capacidad morfo-fisiológica de gestar seres humanos, somos naturalmente dadas y aptas para cuidar y criar hijas e hijos, incluso los que no son nuestros, porque nuestra naturaleza femenina nos provee de una especie de sentimiento *per se*, que nos produce una especie de satisfacción dadivosa llamada instinto materno, que nos genera deseos de sacrificio por el bienestar de nuestra prole, aunque esta entrega y sacrificio signifique desventajas de salud, sociales y económicas para nosotras mismas.

“... la función de la madre en la crianza y el cuidado de los niños se fundamenta en el mito del instinto materno, el cual surge del hecho de que la maternidad entraña un principio biológico asentado en la reproducción humana y sus necesidades de conservación. Se cree que, por procrear, la mujer tiene una tendencia natural a ser madre, cualidad de la cual se derivan los rasgos de la feminidad, su prestigio dentro de la comunidad y su papel social, como si ser madre significara lo mismo en todas las sociedades, como si el hecho de procrear fuera suficiente para explicar la conducta femenina y estuviera sometido a leyes inevitables de la naturaleza” (Puyana, 2000:97)

De acuerdo con Florence Thomas (2006), la ideología patriarcal logró despojar a las mujeres de todo lo que rodeaba el acto de gestar y parir, se entregó el parto al saber médico, practicado exclusivamente por los hombres hasta mediados del siglo XX en Colombia, donde se alejó y castigó las prácticas de las parteras; convenciendo a las mujeres de que eran meras reproductoras de vida habitadas por un instinto materno. Esto logró callar culturalmente a las madres, identificándolas con la abnegación y una existencia enteramente articulada al servicio de los otros; y finalmente logró arrebatarles el producto de este trabajo simbólico de la maternidad, imprimiendo el nombre del padre a los hijos e hijas. Sin embargo, eventos como la píldora anticonceptiva que ha cumplido ya 40 años en el mundo, han creado otras posibilidades y nuevas dimensiones de la maternidad, donde ésta ya no es un hecho meramente biológico, ni obligatorio, sino un proyecto de vida, dentro de una ética y sentido político que incluya a las mujeres.

Elixabete Imaz (2010) define la maternidad como “una construcción cultural de la que participan representaciones fuertes y arraigadas que configuran en buena parte lo que entendemos por lo femenino”. Las mujeres que son madres no se pueden considerar como pasivas y sumisas ante los modelos de maternidad que se les impone “sino como

actores sociales que despliegan tácticas desde sus circunstancias personales y sociales”. La maternidad como objeto de investigación es posible gracias a la crítica feminista. Las mujeres, la familia, las relaciones de pareja, de familia y de género están siendo cuestionadas en Occidente. La maternidad tiene un importante elemento emocional, definida como privada y sin interés colectivo, se ha convertido en un campo de batalla de representaciones, ideologías, de redefiniciones y de prácticas; en ese sentido, el feminismo está visibilizando la naturalización y esencialización del modelo de maternidad hegemónico, de lo que significa ser madre y sus efectos en la vida de las mujeres. Las mujeres aportan, resisten y proponen sobre la maternidad, y adquieren así protagonismo con sus reflexiones y experiencias, por ello las madres son consideradas por Imaz, como actoras sociales que están en la historia y hacen historia.

La forma de problematizar la maternidad de Imaz, da cuenta de una perspectiva exhaustiva sobre las dinámicas que se generan alrededor del proceso de gestar y parir, dentro de la construcción social y cultural de la maternidad. La autora plantea que gestar y parir es un periodo en el que se “adquiere” la consideración de madre por primera vez y para siempre, donde se viven transformaciones fisiológicas llenas de sentido y significados, es un proceso físico que genera un cambio social en las mujeres. Así es, que plantea tres dimensiones de la naturalización de la maternidad: *la primera*, la naturalización de la procreación, donde se acepta acríticamente que la procreación es un proceso estrictamente biológico, puntual y mecánico, que se produce sin que exista intervención social. Imaz afirma que todas las culturas desarrollan mecanismos para favorecer, obstaculizar, obligar, limitar, periodizar, dirigir y controlar la reproducción, ésta manipulación es un elemento constitutivo de la reproducción humana. La procreación se produce en un contexto social, cultural e histórico determinado, por eso –para Imaz- no es correcto hablar de “fecundidad natural en las mujeres”. *La segunda*, la naturalización del vínculo materno-filial, donde se establece sin cuestionamientos que la relación y afecto entre madre e hijos e hijas se establece inmediatamente y sólo son derivados del parto, que las labores maternas sólo pueden ser realizadas por la madre biológica. El amamantamiento idealizado es uno de esos símbolos de la extensión del vínculo emocional y físico de dependencia mutua luego del nacimiento, pero en este también hay relaciones de poder-saber, “no quiere decirse que los sentimientos no existan sino que las relaciones y expresiones de afecto existentes entre una mujer y su hijo o hija, puede diferir de los que desde nuestro cuadro cultural se entienden por maternas”. Y *tercera*, la naturalización de las labores de crianza, donde se asume el supuesto de que la adjudicación de las labores de crianza a las mujeres, corresponde a una división sexual del trabajo “espontánea y natural”, se atribuye a todas las mujeres en general y a las madres biológicas en particular, por sus características físicas y psíquicas, lo que implicaría tener la capacidad de gestar y parir como una destreza física en el desempeño de los cuidados infantiles: más paciencia, capacidad de mediación y sedentarismo.

Sin embargo, este conocimiento o capacidad natural de las mujeres para criar es infravalorado por considerarlo “instintivo”. Es así que los dominios femeninos parecen idénticos en el tiempo y en el espacio y los hombres son considerados los auténticos agentes de cambio social. Imaz hace un llamado de atención sobre la necesidad urgente de desmontar el carácter natural de estas tres dimensiones y mostrar el carácter histórico de las mismas, ya que estos tres niveles de naturalización de la maternidad hace que las madres, sus actitudes y conductas carezcan de interés para la investigación social y se les niegue cualquier protagonismo en los estudios sociales. Un ejemplo de ello, es la pretensión natural de “la buena madre”, la cual es definida por Imaz como una “irreflexiva

definición”; pues es definida como intercultural, interclasista e interracial, pero, en esta definición se esconden no los dictados de la naturaleza, sino modelos ideológicos que buscan su hegemonía.

Así mismo, la vivencia corporal del proceso de gestar y parir, es entendida por Imaz como una construcción del cuerpo gestante. “El cuerpo es esencial para poder llegar a comprender la construcción cultural de la maternidad y la vivencia que las mujeres tienen de su tránsito de ser madres”. Es a través del cuerpo cambiante que las mujeres son “maternalizadas” y se construye lo que es una madre o lo que debe ser, el proceso corporal que acompaña al tránsito de la maternidad se construye a través de las interpretaciones y representaciones del cuerpo embarazado. Al respecto, Imaz expone tres metáforas del cuerpo materno como un conjunto de representaciones del cuerpo gestante, donde encuentra tres formas de leer el cuerpo: cuerpo fusión entre la mujer y la criatura, el cuerpo invadido por otro y cuerpo escindido, como un cuerpo que contiene otro pero ajeno a él y; tres dimensiones de la corporeidad en este estado: el cuerpo interno, el cual ha sido definido por la medicina; el cuerpo externo, la cual se refiere a la vivencia corporal en el espacio público; y el cuerpo íntimo, para referirse a la autoimagen corporal.

En la Tabla 2 se expone brevemente la propuesta de Imaz (2010) con respecto a la vivencia del cuerpo gestante.

Tabla 2

<b>La vivencia del cuerpo gestante para Imaz (2010)</b>				
<b>Metáforas del cuerpo materno</b>	<b>Cuerpo en fusión</b> entre la madre-criatura	<b>Imagen</b> <b>Fusión:</b> mujer y feto como uno solo, encantamiento a través del cordón umbilical.	<b>Feto</b> <b>Simbiosis,</b> siente lo que siente la madre.	<b>Mujer</b> Existe gracias a...
	<b>Cuerpo invadido</b> por otro	<b>Invasión:</b> enfermedad, abnegación, deber. Miedo por el propio cuerpo.	<b>Parásito,</b> crece a costa de su madre	Se pierde por culpa de...
	<b>Cuerpo escindido,</b> que contiene otro, pero diferente de él	<b>Escisión:</b> mujer invisibilizada, espectadora de su propio embarazo, en riesgo constante.	<b>Individuo,</b> la madre no lo conoce pero es responsabilidad de ella.	Se diluye detrás de otro...
<b>Dimensiones de la corporeidad durante la gestación</b>				
<b>Cuerpo Interno</b>	<b>Significados</b>			
Discurso de la corporeidad es regido por la medicina.	La medicina ejerce control social sobre las mujeres, diseñando el cuerpo femenino para la reproducción.			
	El gobierno sobre el cuerpo de las mujeres se acentúa durante el embarazo.			
	Cada examen médico prueba la calidad del cuerpo y su idoneidad reproductiva			



	Las mujeres no conocen de lo que les pasa, por lo que requieren entregarse a la medicina.
	Están desorientadas y son vulnerables por su inexperiencia.
	El modelo tecnocrático de la medicina se conjuga con la condena a los partos con dolor, lo que se asume con resignación.
	Control social sobre las mujeres: peso-figura, sexualidad, ejercicio físico, buen comportamiento.
<b>Cuerpo Externo</b>  La presencia del cuerpo gestante en los espacios públicos	La visibilidad externa del embarazo crea reacciones en el entorno, que legitima a las demás personas para hacer observaciones y amonestaciones respecto a las actitudes y conductas consideradas como inoportunas de las mujeres gestantes, dirigidas por personas no gestantes.
	El cuerpo gestante es un bien colectivo, es un cuerpo indiscreto, no escapa a miradas, es un cuerpo interpelado.
	El cuerpo es tutelado, nace un sentimiento de merma del yo, en las mujeres. Los demás se permiten tocar y hablar de él, más de lo habitual. El vientre y el pecho adquieren un carácter público.
	El cuerpo es expulsado y excluido de muchas actividades sociales; salidas nocturnas, fiestas... por incomodidad o por inseguridad. La gestación supone ese comienzo en las restricciones de la vida adulta y de responsabilidad.
	El cuerpo está fuera de control, la sensación del espacio cambia, la percepción del movimiento también. Nueva realidad corporal.
<b>Cuerpo Intimo</b>  Una conjunción de auto-percepciones contradictorias	Difícil encajamiento de la forma corporal con la vida social.
	Cuando el cuerpo está en reproducción, el deseo sexual se desvanece.
	La lactancia tiene beneficios para la madre y el bebé pero a la vez impone limitaciones.
	Miedo a que los cambios corporales influyen en lo atractivo de su propio cuerpo.
	Inquietud por como son vistas y la imagen social, como transmiten una imagen de sí mismas.
	Preocupación de como el embarazo, y más adelante la lactancia, compromete la autonomía propia.
	Se considera "tener suerte" un buen embarazo, por ser la cercanía del embarazo a lo patológico.
	Sensación de admiración y orgullo de poder alojar una persona dentro de su cuerpo.

Para reconocer la relación entre la construcción social de la maternidad, la vivencia del cuerpo gestante y la violencia contra las mujeres en el contexto médico ginecobstétrica, veamos, qué es la violencia y su relación con el tema de investigación.

#### 4. La violencia contra las mujeres en salud

La violencia para Judith Butler (2006) es una manera por la cual se expone nuestra vulnerabilidad humana hacia otros humanos, una manera por la cual somos entregados, sin control, a la voluntad del otro. La violencia es un acto intencional, consciente o inconsciente de dañar, dominar, controlar, agredir o lastimar. La violencia se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, provocan, o amenazan

con hacer daño o sometimiento grave (físico y/o psicológico) a una persona o una colectividad. Casi siempre es ejercida por las personas que tienen el poder en una relación, se manifiesta en actos que, ya sea que se den una sola vez o se repitan, pueden ocasionar daños irreversibles. Es provocada socialmente por las relaciones de dominación y subordinación entre los seres humanos, e implica un abuso del poder mediante el empleo de la fuerza, ya sea física, psicológica, económica o política. La violencia no es natural, los seres humanos no somos violentos por naturaleza, ésta es una construcción social con especificidades propias en cada contexto en que se da, por lo tanto es posible tomar acciones para eliminarla de las relaciones sociales (Red Nacional de Refugios para Mujeres de México, 2011).

En la **violencia contra las mujeres** las víctimas son escogidas a causa de su sexo, el mensaje es la dominación: *o te mantienes en tu lugar o tendrás que temer*. La violencia contra las mujeres no es sólo personal o cultural, es profundamente política, es la consecuencia de las relaciones estructurales de poder, dominación y privilegios entre varones y mujeres en la sociedad; es también la herramienta primordial para mantener esas relaciones políticas en el hogar, en el trabajo y en todas las esferas públicas (Bunch, 1991). “Ha sido el movimiento feminista en el ámbito nacional e internacional, el que se ha dado a la ardua tarea de re-conceptualizar la violencia contra las mujeres; de desarrollar modelos de atención para mujeres en crisis y metodologías de trabajo; de visibilizar lo que ha sido un “invisible social”, de romper el silencio; de lograr colocar en la agenda política de los estados la violencia contra las mujeres como un asunto político, y por ende de competencia del mismo, de visibilizar la violencia contra las mujeres como parte de sus derechos humanos; de avanzar, aún, también tímidamente, en la formulación y aplicación de leyes que sancionen y prevengan dicha violencia” (Sánchez, Olga, 2001).

De acuerdo con La Red Nacional de Refugios para Mujeres de México (2011) la violencia se ejerce de cinco maneras diferentes: verbal, económica, física, sexual y emocional. Sin embargo, considero que el aspecto emocional es transversal en todas las formas de violencia. Lo que se llama violencia emocional puede ser directa, sutil y generalizada; se puede violentar a una persona sin ocasionarle efectos visibles o detectables a corto plazo; a través de chantajes, palabras aparentemente inofensivas o argumentos sobre sí misma que denigren su autoestima y autopercepción.

En cualquier caso, sea cual sea la manera de violentar, directa o sutil, los efectos emocionales difíciles de identificar, requieren de un proceso de acompañamiento y generalmente llevan a reflexiones que solo se pueden dar a largo plazo, cuando se cuenta con redes sociales y/o herramientas terapéuticas y teóricas que den cuenta de estos efectos, que visibilicen las relaciones sociales en las que participan las personas afectadas. Toda forma de violencia es emocional, porque toda manifestación de violencia deja huellas en el interior de las personas que la sufren y porque generalmente el uso de la violencia busca denigrar, intimidar o amenazar a la persona violentada, tiene efectos sobre el amor hacia sí misma y sobre su estabilidad emocional. La violencia que sufren las mujeres gestantes en el contexto médico ginecobstétrico puede ser catalogada, según las particularidades en que se presenta, como verbal, física, sexual y económica, pero en todos los casos conlleva a daños emocionales en cuanto al amor propio, las expectativas frente al servicio de salud y autopercepción de las mujeres. Es, además, un obstáculo importante en la concreción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante el proceso de reproducción.

Se ha avanzado en aceptar socialmente que la violencia contra las mujeres no sólo atañe a las mujeres, sino que se trata de un problema político y social del conjunto de la sociedad. Para el tema de este trabajo, se debe comenzar entonces, por confrontar la realidad androcéntrica que legitima la violencia contra las mujeres gestantes, parturientas y puérperas, y hacer visible los procesos por los cuales desde distintos lugares en que se posesiona el discurso y la praxis médica ginecobstétrica, que hacen posible la violencia, convirtiéndose en un invisible social. El modelo de atención en las instituciones de salud se basa en relaciones de poder-subordinación entre los profesionales sanitarios y las personas que requieren de los servicios médicos. Es así como, se toman decisiones que fluctúan entre la autonomía médica y la autonomía del paciente, instaurándose la superioridad de los conocimientos técnicos de los y las profesionales a la subjetividad de las y los pacientes. El trabajo cotidiano en las instituciones de salud puede llegar a develar en su interior la discriminación y las brechas de género presentes en las estructuras institucionales (Fernández, 2007:59-76)

Según la antropóloga estadounidense Robbie Davis-Floyd (2001) el modelo **tecnocrático de la medicina es el modelo hegemónico en el cuidado de la salud en la atención y prestación de servicios sanitarios en el mundo occidental contemporáneo** es un “sistema de valores donde sus éxitos se basan en la ciencia, y son efectuados por la tecnología, a través de grandes instituciones regidas por ideologías patriarcales en un contexto económico con fines de lucro”, el cual está regido por doce principios filosóficos, de los cuales mencionaré nueve, por considerar que se relacionan con las situaciones de violencia y maltrato que se presentan en la praxis ginecobstétrica que se describe en esta investigación: 1) La **separación entre el cuerpo y la mente** de las pacientes, así sus situaciones patológicas se entienden mejor cuando se observan desde afuera de su cuerpo y su contexto, solo así, las mujeres pueden ser fragmentadas, estudiadas y reparadas; 2) considerar **el cuerpo humano como una máquina**. El cuerpo del hombre es visto como un prototipo funcional de una máquina, el cuerpo de la mujer es comparado desde esta visión, y al contrario del hombre, como un cuerpo defectuoso e influenciado por la naturaleza, por lo que debe ser controlado. La atención al parto y el nacimiento se rige por la siguiente metáfora: el hospital es la fábrica, el cuerpo de la mujer es la máquina y el hijo o hija recién nacida es el producto de un proceso industrial. Luego, la importancia de la obstetricia radica en desarrollar herramientas y tecnologías para la manipulación y mejora del proceso inherentemente defectuoso de nacimiento; 3) la **mujer/paciente es un objeto**. Al ser su cuerpo una máquina los profesionales sanitarios no tienen ninguna responsabilidad con su mente, ni con su espíritu. No hay compromiso emocional con las pacientes que se están interviniendo, es material de estudio, por ello se le denomina por números o calificativos diferentes a su nombre, pues la mirada que se tiene de ella debe ser objetiva y racional, para garantizar la calidad de los resultados; 4) **distanciamiento entre profesionales sanitarios y mujeres gestantes**. Los profesionales en salud tecnócratas no deben afectarse con el dolor de las mujeres/pacientes, porque así se lo han enseñado, no valoran las conversaciones con ellas y prefieren hacer breves intervenciones, sin tocar, sin abrazar, sin una palabra de aliento; 5) **diagnostican y sugieren tratamientos desde afuera de las mujeres**. Cuando el cuerpo/máquina se descompone, debe ser revisado desde afuera, lo que lleva a que necesariamente una persona experta sea quien lo haga, sin contar con las percepciones y conocimiento de las mujeres sobre sí mismas y lo que están viviendo; 6) **organización jerárquica y estandarización del cuidado**. El sistema médico es un microcosmos de la sociedad, los médicos un grupo dominante y en términos de subordinación se le aplican rutinas médicas estandarizadas, la mayoría de

veces innecesariamente a las pacientes, bajo la idea promovida desde este modelo donde el nacimiento es algo natural y caótico, incontrolable y peligroso, 7) **la autoridad y responsabilidad es del profesional sanitario, no de la paciente**. Los títulos universitarios y las batas blancas con símbolos de autoridad, lo que permite que los profesionales sanitarios controlen información de las pacientes, que hablen frente a ellas utilizando la jerga médica y que les desconozcan, oculten o nieguen otras alternativas de tratamiento; 8) **sobrevaloración de la ciencia y la tecnología**. La idea principal con la que se realiza la práctica médica, es que el progreso significa más desarrollo de la tecnología especializada, sin mirar los efectos de ésta sobre las pacientes. Cuando se usa la tecnología lo que se hace es una interpretación mecánica de los resultados, pues tienden a considerarse más fiables que las percepciones de las personas; 9) **intervenciones agresivas con énfasis en resultados a corto plazo**. La sociedad occidental está convencida que la alteración de los procesos naturales los hace mejores, más predecibles, más controlables y por tanto, más seguros.

Es así, que éste modelo tecnocrático de la medicina occidental contemporánea, se basa en una concepción empirista y reduccionista del ser humano y la salud, analizando principalmente variables cuantificables y datos observables a nivel corporal. La enfermedad es tratada en un cuerpo humano fragmentado y los factores psicosociales, económicos, políticos y de género que puedan incidir en su estado de salud no son tenidos en cuenta para darle respuesta, ni para su prevención y curación. Como respuesta principal a los problemas de salud de la población en este modelo se encuentran los protocolos médicos de concepción universalista, la absoluta objetividad y racionalidad de los y las profesionales de salud que incide en una relación jerarquizada entre médico-paciente, y medicamentos con base en investigaciones basadas en la evidencia científica, que no tienen en cuenta los determinantes sociales, económicos y políticos de la enfermedad (Cátedra Regional UNESCO Mujer, Ciencia y Tecnología en América Latina, 2010). En este modelo “jerárquico y fragmentado” de la salud en cuanto a la prestación de servicios médicos ginecobstétricos a mujeres gestantes durante toda la ruta de atención, se mantiene una connotación de subordinación de las mujeres, como objetos pasivos de su intervención, los procesos en los cuerpos de las mujeres son patologizados y por lo tanto medicalizados.

**Medicalización y patologización** son conceptos utilizados para referirse a la excesiva intervención de la ciencia médica en asuntos de la vida cotidiana y, donde eventos o fenómenos sociales son definidos como problemas médicos, enfermedades o desordenes - sin que lo sean - por lo que requieren necesariamente para su solución la intervención de la tecnología, los fármacos y una persona experta en medicina. Es la tendencia de convertir en patológico todo lo considerado anormal, el médico aprende y trabaja con la enfermedad, y no considera la salud; en esta forma se asume como patológico todo problema de la vida, y se adopta una concesión de cura a eliminar el síntoma que trae el paciente (Cannellotto, Adrián y Luchtenberg, 2008).

La tecnología tiene una fuerte influencia en el sistema de valores de la ciencia médica y estatus social, por ello la obstetricia aplica procedimientos tecnológicos a las mujeres gestantes, motivado principalmente por una lógica cultural – donde la tecnología es la respuesta más acertada a los problemas de salud, aunque no se cuente con evidencias que lo justifique- más que científica, porque la mayoría de procedimientos médicos no están fundamentados en la evidencia científica, sino que se repiten y se aplican porque

generaciones de gineobstetras lo han hecho de esa manera y así lo han transmitido a los profesionales en formación (Camacaro, 2010).

Por otro lado, Carme Valls (2010) explica tres estereotipos de género que intervienen en la asistencia en medicina, son los que han excluido a las mujeres o sesgado a la ciencia médica frente a las mujeres, dejándolas **invisibles** frente a su realidad bio-psico-social, los que han considerado a las mujeres **inferiores**, y todo lo relacionado con ella como poco importante o relevante para ser estudiado; y los que han considerado que las mujeres deben ser **controladas**, para que no se desvíen de la norma de la ciencia androcéntrica.

Así mismo, Valls-Llobet, (2009) plantea cuatro formas de violencia en el acto médico, que favorecen estos estereotipos de género: “En primer lugar, **la limitación de la comunicación** que hace más invisibles las quejas y los síntomas de las mismas mujeres. En segundo lugar, **la relación de superioridad e inferioridad** mantenida durante todo el acto médico, que no permite ninguna forma de comunicación más próxima (en cierto modo potencia la inferioridad); **el aislamiento del exterior** por el que la mujer no puede tomar decisiones autónomas, y por lo tanto, se la puede poseer y controlar de forma más directa; y por último, **la destrucción del ser humano que ha pedido ayuda**, que pasa a ser una enferma o un enfermo en lugar de tener una enfermedad”. Para lograr esto, se hace pasar por ciencia las mismas operaciones que se han aplicado sobre el cuerpo de las mujeres: *la naturalización de la diferencia sexual como inferioridad*, dejando como natural el hecho de que lo masculino unido a la agresividad, al poder y la dominancia, frente a la pasividad, sumisión y debilidad de lo femenino; *la fragmentación del cuerpo y la experiencia*: especialmente las mujeres, no pueden relatar ni la propia evolución de sus síntomas, ni las experiencias con relación a su cuerpo y sus dolencias. Adicional a esto, se encuentra la extrema especialización de la medicina y la visión tecnológica del cuerpo con exploraciones cada vez más sofisticadas y; *la objetualización de los sujetos*, las mujeres, y ya bastantes hombres, pasan a ser objetos de mercado para ser poseídas/os y manipuladas/os.

Entonces, podemos concluir que la violencia obstétrica es influenciada por los estereotipos de género que prevalecen, la concepción de la maternidad como aspecto naturalizado y biologizado en la vida de las mujeres y se reproducen en la sociedad, el modelo tecnocrático de atención de la medicina contemporánea occidental, principalmente.

## 5. ¿Violencia obstétrica, ginecológica o ginecobstétrica?

*“Para mi violencia obstétrica es también, convertir un embarazo en un campo de batalla. Conseguir que lo único que recuerdes sea las discusiones con tu ginecólogo o matrona. Llegar a las consultas con miedo, ¿cuándo respetaran nuestras opiniones?”  
Nuria (2010) – Comentarista Blog El parto es nuestro*

Durante el ciclo de vida las mujeres vivimos cambios en nuestros cuerpos, los cuales se delimitan y organizan con base en la edad cronológica principalmente, en momentos o etapas de transición. En cada una de estas etapas se deduce y ajustan formas de pensar

y comportamientos específicos. Las intervenciones de la *ciencia médica* sobre el cuerpo de las mujeres, durante toda su vida reproductiva, desde la adolescencia con la administración de la píldora anticonceptiva cuando existen trastornos hormonales sin estudiar antes su causa, hasta la medicalización del embarazo y el parto, pasando por la no-atención al posparto y por la medicalización de la menopausia, han sido repetidas y constantes en los últimos veinte años. La menarquia, la menstruación, el embarazo, el aborto, el parto, la esterilidad, la lactancia y la menopausia, son algunas de esas condiciones y eventos morfo-fisiológicos que suceden en los cuerpos de las mujeres, tienen significados sociales, han sido nombrados y son tratados con medicamentos por la ciencia médica, tanto biológica como simbólicamente. Por ejemplo, la menarquia, la esterilidad y la menopausia: *la primera*, es entendida como un evento donde la mujer pasa de la niñez a la adultez, que presume dolor cada mes por los cólicos que produce la menstruación, entonces algunas mujeres púberes inician el consumo de analgésicos para evitar esos dolores, generando una dependencia a éstos desde edades muy tempranas, lo cual se asume como “normal”, con la llegada a la vida adulta. También se encuentra la postura de “algunos especialistas en ginecología –que- proclaman que es *mejor* abolir la menstruación y que son retrogradadas las mujeres que no lo desean, sin explicar los efectos secundarios”. *En la segunda*, a las mujeres se les ofrece un arsenal de nuevas tecnologías reproductivas sin explicarles tampoco sus efectos secundarios”, señalando que la esterilidad hace parte de las deficiencias funcionales en las mujeres - que la “padecen” (Ibídem, p.325-326) y; *en la tercera*, al ser detectada, sugiere la necesidad de tratamientos hormonales para “controlar” sus efectos, sobre todo los emocionales, pues supone depresiones o fuertes descargas de energía espontánea.

Así, con la ciencia médica se define lo femenino, creando un continuo en el tiempo de dependencias y subordinación de las mujeres al sistema médico, con un proceso progresivo de interpretaciones y prácticas médicas. La ginecología y la obstetricia organizan y modifican las vidas de las mujeres de acuerdo a la lógica de la patologización donde todos estos procesos de las mujeres suponen un riesgo y peligro, que debe ser prevenido o controlado por el bien de las propias mujeres.

De acuerdo con Patricia Tovar (En Viveros, 2006), los procesos biológicos femeninos tienden a ser descritos de manera negativa o sin importancia por la medicina ginecobstétrica, donde a las mujeres se les adjudica la culpa de sus problemas de salud. A veces, la autopercepción de la salud es vista como fantasías femeninas y no como problemas orgánicos. Esto es un reflejo de la tendencia implícita de considerarnos incapaces de entender y tomar decisiones sobre nuestros cuerpos. Las múltiples interpretaciones de los procesos biológicos son sustrato de beneficios sociales y económicos para otros; no sólo para profesionales de la salud, sino para otros “expertos” que promueven el uso de productos basados en la tecnología como la mejor solución a los problemas causados por los cuerpos de las mujeres.

“Como sabemos, la menstruación ha causado asombro, miedo y angustia. Ha tenido características mágicas, ha sido objeto de prohibiciones religiosas y más recientemente, ha sido fuente de enriquecimiento para las compañías de productos sanitarios que proclaman sus ventajas para que nos sintamos “libres, limpias y seguras”, para que “la llegada no nos dañe la salida” (Tovar, 2006)

Al visitar un consultorio ginecobstétrico, existe la posibilidad de exponerse a un trato despersonalizado, a ser insultadas, humilladas con detalles o silencios arrogantes, a ser desposeídas de nuestros propios cuerpos, percepciones y conocimiento sobre nosotras

mismas, a ser diagnosticadas con base en la información de máquinas, de escuchar discursos basados en estereotipos de género que nos lleven a tratamientos médicos radicales sin necesidad, como las histerectomías hechas de manera rutinaria<sup>7</sup>. Para la ginecología, no existe un cuerpo, sino un fragmento del cuerpo de las mujeres –el sistema reproductor-, que a su vez se descompone. Al respecto Tovar afirma:

“El útero no se define, y al parecer tampoco existe en cuanto cesa la posibilidad de “alojar” un feto. En ninguna de las definiciones que encontré se incluía el hecho interesante y positivo, de que este es el órgano más fuerte del cuerpo humano, capaz de expandirse y contraerse casi a su estado original un número repetido de veces (...)

(...) Dentro de la medicina, existen varias maneras de ver la menopausia. Se destacan aquellas que las describen en términos de “falla”, “deficiencia” y “perdida”. La menopausia o climaterio, se define “*como la baja abrupta de la producción de estrógenos por el ovario con el cese de la menstruación y la pérdida de la habilidad para concebir*”... Esta definición de “pérdida de habilidad para concebir”, es la que más confunde con la parte cultural donde se refleja la ideología de los roles de la mujer determinados por su función reproductora. La menopausia nunca se muestra como algo positivo, como una liberación de los riesgos de gestaciones seguidas, de las ataduras y obligaciones domésticas y de las restricciones sociales para las mujeres que son más fuertes en edad reproductiva...”

Esta apropiación de los cuerpos y vidas de las mujeres por la ginecobstetricia favorece circunstancias y situaciones nocivas para su salud. Un ejemplo de ello son las políticas de control demográfico; la concepción de la infertilidad como enfermedad, que debe ser curada o, las representaciones sobre la edad ideal para iniciar las relaciones sexuales o tener los hijos, lo que en últimas representa una administración de la vida sexual y reproductiva de las mujeres desde fuera de nosotras mismas<sup>8</sup>.

En ese orden de ideas, sugiero que **así como se plantea la Violencia Obstétrica, también deberíamos hablar de Violencia Ginecológica**. Es decir, no solo somos vulnerables por los significados atribuidos a nuestra forma corporal y sus múltiples e históricas interpretaciones, que nos inferiorizan y exponen al maltrato y la violencia durante la gestación, el parto y el posparto, sino que, en otras etapas transitorias de nuestras vidas relacionadas con la sexualidad y la reproducción también somos vulnerables, en la medida en que dependamos de la ginecología y la obstetricia para nuestro bienestar, a no ser que tengamos acceso a información, conocimiento y reflexiones como las de algunos trabajos académicos feministas, que nos permita ser sensibles al tema y tomar acciones para resistirnos, buscar otras alternativas de cuidado y ser capaces de encontrar y colocar los límites de las intervenciones médicas. La violencia obstétrica se da en un periodo transitorio de la vida de las mujeres (gestación, parto y posparto), pero guarda una estrecha relación -o tal vez, debiera decir *hace parte de-* ya sea como continuación o tránsito con la violencia ginecológica, la cual puede tener lugar desde nuestra niñez a nuestra vejez.

---

<sup>7</sup> La histerectomía es una cirugía, donde el útero se puede extirpar de forma total o parcial o junto con las Trompas de Falopio y los Ovarios.

<sup>8</sup> Sobre otros temas relacionados con sexualidad y reproducción en América Latina ver: Scavone Lucila (Comp). Género y salud reproductiva en América Latina. Libro Universitario Regional. Costa Rica. 1999.

Por esta razón, en esta investigación, la violencia contra las mujeres en el contexto médico ginecobstétrico será llamada **Violencia Ginecobstétrica** la cual se definirá como *la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos y sexuales de las mujeres por el personal y el sistema de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en obstáculos institucionales para el acceso oportuno, suficiente y de calidad a la atención en salud, en un abuso de medicalización y patologización de procesos biopsicosociales que viven las mujeres, trayendo consigo la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres.*

Las negrillas corresponden a los cambios que sugiero a la definición que se expresa en la *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia* de Venezuela, para determinar que la violencia por parte de sistema de salud y las y los profesionales, tiene un nivel de impacto importante durante el embarazo, el parto y el posparto, pero también en otros momentos vitales en la vida sexual y reproductiva de las mujeres, además porque se justifica y es influenciada por los mismos fenómenos: los estereotipos de género que prevalecen en la medicina ginecobstétrica, la concepción de la maternidad como aspecto naturalizado y biologizada en la vida de las mujeres y, el modelo tecnocrático de atención de la medicina contemporánea occidental que promueve relaciones sociales jerarquizadas entre personal de salud y pacientes.

El enfoque feminista de salud promueve la concepción del conocimiento y reapropiación del propio cuerpo, dando lugar a las máximas feministas: *Nuestro cuerpo nos pertenece y la vivencia de la sexualidad es separada de la reproducción.* La salud de las mujeres depende de los ámbitos sociales y culturales donde estas estén adscritas y de la discriminación histórica que han sufrido las mujeres en todas las sociedades, más que por sus condiciones biológicas. Con esta puesta política, el feminismo ha luchado por la concreción y el ejercicio de la autonomía de las mujeres, como la capacidad de las mujeres de practicar una reflexión crítica frente a su relación de dominación con la medicina desde su concepción patriarcal. El conocimiento de la sexualidad, del cuerpo y de la reproducción es considerado como estratégico para la obtención de la libertad femenina en todos los niveles y de negar el carácter de fatalidad biológica de la maternidad, sino de darle una connotación de libre elección (Scavone, 1999). Por lo tanto, se es víctima de violencia ginecobstétrica cuando se afecta el estado de salud y la calidad de vida de una mujer a causa de alguna intervención médica innecesaria para tratar algún “problema” sexual y/o reproductivo, y cuando se atenta contra el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, por no ser tratadas como personas autónomas, capaces de tomar decisiones sobre sus propias vidas, aun cuando cuenten con la asesoría de los y las profesionales especialistas en el proceso de reproducción humana.

Luego, el concepto de violencia ginecobstétrica es pertinente dentro del debate que ha venido posicionando el movimiento feminista, con relación a la salud de las mujeres. La violencia ginecobstétrica es un obstáculo para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, por lo tanto requiere más esfuerzos para su visibilización y sanción social y penal. Si nuestro cuerpo es nuestro, nosotras debemos decidir si tenemos hijos/as o no, y en caso de decidir tenerlos, debemos ejercer nuestro derecho a decidir cómo, dónde, con quién gestarlos/as y parirlas/os. Nada de eso es posible, sin información médica al respecto y sin reflexiones que promuevan que las mujeres deberían tener más control sobre sus procesos sexuales y reproductivos.



# Capítulo 2

## Gestando malestares

### El proceso de gestación con los servicios de salud

*"A medida que las técnicas se perfeccionan, se torna cada vez menos necesario el diálogo entre médicos y mujeres, y pueden ser obviadas preguntas tales como cuándo fue la última menstruación." – Susana E. Sommer (1999)*

#### 1. Ambivalencia, culpa y prohibiciones

La violencia contra las mujeres gestantes no es exclusiva de los servicios de salud, es una parte del engranaje estructural de la violencia contra las mujeres en general. Y dentro de los servicios de salud, la violencia contra las mujeres gestantes no es exclusiva del día del parto, sino que se puede presentar en un continuo durante todo el proceso de gestación, parto y posparto. Al experimentar la violencia ginecobstétrica, las mujeres se enfrentan a una lógica particular de relaciones de género, se someten y/o son sometidas a un sistema de poder-conocimiento mediante la ciencia médica-ginecobstétrica y a una paradójica forma de concebir y vivir la maternidad, la gestación y el parto.

Como lo anota Elixabete Imaz (2010:18), "la vivencia del embarazo es un periodo en la mujer previo a la maternidad como realidad en prospectiva, un proceso fisiológico que compromete su corporeidad, un tránsito que implica una constante transformación física, exteriormente perceptible y socialmente significada". En correspondencia, mi experiencia profesional me llevó a considerar el proceso de gestación como un **estado ambivalente**. Por un lado, durante los programas pedagógicos que yo desarrollaba, detecté que se atribuye un mayor valor social a las mujeres gestantes en comparación con las no gestantes, a causa de una especie de fascinación (de los y las docentes, las personas acompañantes, las mismas mujeres gestantes) por la capacidad de transmitir vida a otro ser humano y; por otro lado, se les atribuye igualmente una fragilidad y vulnerabilidad *per se*, que debe ser controlada por los expertos en ginecobstetricia, soportada y reproducida por las mismas mujeres gestantes y las personas espectadoras de su proceso de gestación. Es así como las mujeres gestantes son "beneficiarias" de algunas prebendas sociales mientras estén embarazadas, lo cual supone consideración de la sociedad por

su estado corporal, pero a la vez la justificación implícita de su biológica debilidad e inferioridad.

También considero que el proceso de gestación puede llegar a ser vivido como un **estado de mutación**, en la medida en que las mujeres gestantes experimentan múltiples alteraciones corporales, no es algo que un día se lleva y al siguiente día, ya no. Fueron frecuentes los relatos de mujeres gestantes que reconocían que en algunos momentos del día olvidaban que estaban embarazadas; siempre fueron comentarios jocosos que traían implícita una frase de remordimiento: “que pecado con mi chinito”, “que mala madre”. Es así, que el cuerpo gestante resiste a una serie de alteraciones, invisibles como evidentes, en incremento progresivo e incontrolable con cierta forma de abnegación, que tiene lugar en un tránsito de un vínculo corporal-afectivo. Ese proceso de mutación es un continuo de experiencias y prácticas, de construcciones, pensamientos y realidades, ligado a una forma biológica cambiante y estructurado por lógicas sociales y culturales.

Provocar sentimientos de **culpa** en las mujeres gestantes fue una conducta frecuente durante mi participación de los cursos de preparación al parto. Se presentan en espacios de salud institucionales, con las personas cercanas a las mujeres (familia, amistades, compañeros/as de trabajo o estudio), incluso con personas con quienes se relacionan esporádicamente, quienes se adjudican el derecho de juzgar y fraguar sobre ellas sanciones por algunas de sus conductas consideradas como imprudentes, inoportunas e inconscientes. Por ejemplo, “embarazarse” a pesar de ciertas circunstancias, como ser considerada muy joven, muy vieja, no tener pareja estable, cruces con proyectos de vida aparentemente incompatibles con la maternidad; hasta en detalles mínimos como la manera de agacharse, sentarse, caminar o cuando realizan algún movimiento o esfuerzo físico.

Detecté también que las **prohibiciones en torno al cuerpo gestante** son frecuentes y cotidianas, pensando más en el feto que en la mujer, al considerar que el correcto desarrollo de éste, depende exclusivamente de su madre biológica, por lo cual recaen sobre las mujeres gestantes una serie de mensajes de lo que es propio y correcto de ese estado; se debe aumentar las precauciones y cuidados, evitar ciertos movimientos, mejorar los hábitos, no entrar a ciertos sitios, controlar sus sentimientos, lograr una apariencia física acorde a su estado, pensar en el otro primero que ella y limitar el lugar del deseo sexual.

*Las tres dimensiones de la naturalización de la maternidad: la naturalización de la procreación, del vínculo materno-filial y de las labores de crianza* propuestas por Imaz (2010), influyen en la relación de las mujeres con el personal de salud, en la medida en que ellos y ellas no tienen en cuenta las múltiples particularidades de cada mujer gestante y esperan de cada una de ellas manifestaciones de su vivencia con base en estas tres dimensiones.

Luego de la confirmación del estado de gestación por parte de la institución de salud, a la mujer gestante se le remite a la ruta de atención, sin indagar por cómo se siente, cuáles son sus condiciones y qué ha decidido; se trata a las mujeres gestantes -aunque no sea la intensión consciente del personal de salud- como cuerpos que no piensan, no sienten,

donde lo único que tiene lugar es entregar su proceso a los expertos en salud y el deber de cuidar del embrión o feto a expensas de su propia vivencia y bienestar. En ese momento tiene protagonismo la dimensión propuesta por Imaz, donde el **cuerpo interno y externo** de las mujeres gestantes, es diseñado dentro del sistema de salud, interpretado a través de protocolos médicos, diagnosticado por la subjetividad del personal de salud, significado por estereotipos de género que se evidencian en la praxis médica y expropiado de las propias mujeres de su proceso. El siguiente fragmento es un ejemplo de cómo las expectativas de una mujer gestante sobre el trabajo de parto son descalificadas: ella disminuida e infantilizada, por pretender vivir una experiencia lo menos medicalizada posible.

*"en el control con el anesthesiólogo, yo le comentaba a la doctora que yo no quería la epidural, porque ya había hecho un trabajo en el curso psicoprofilactico, muy de conciencia, de respiración, y que era saber manejar la incomodidad que me iba a causar ese momento en mí. Entonces, cuando yo le dije eso, ella comento que yo no iba a ser capaz sin epidural, que ella me veía como muy frágil para el tema, como muy consentida. Que porque ella veía que yo siempre iba acompañada, que cada comentario que yo hacía, hacía ver que yo era consentida por mi estado, que yo era una neneka, ese fue el término que utilizó, entonces ese fue el comentario: que sin epidural yo no iba a ser capaz. Pues claro, me hizo durar, me hizo sentir como que... "pero yo sí soy capaz", aunque no sabía a lo que me iba a enfrentar, porque nunca antes había estado embarazada, pero me estaba cortando la posibilidad siquiera de intentarlo" – Nicole, 2010*

Vemos como restar autonomía a las mujeres para tomar decisiones sobre sí mismas, ser subordinada a ser un útero para diagnosticar, tratar y ser sometida a los procedimientos médicos con el argumento de estar velando por su propia seguridad y bienestar, hace parte de algunas sutiles manifestaciones de la violencia ginecobstétrica. Luego es importante reconocer, que este tipo de violencia no es exclusiva de las salas de parto, aunque éste sea el momento y espacio donde más se percibe, también ocurre y se legitima en otras instancias de la ruta de atención a la mujer gestante, es decir, en el laboratorio clínico, en los controles prenatales, las ecografías y en el curso psicoprofiláctico.

## **2. Sexualidad, proceso de gestación y los y las expertas**

La sexualidad no es natural, sino que ha sido y es construida; se le otorga valor o denigra al cuerpo y el acto sexual. Lo que sí es innegable, y es sobre lo que se construyen los discursos sobre la sexualidad, es la existencia de los placeres de los intercambios corporales o lo que el psicoanálisis llama la "libido" en todos los seres humanos (Lamas, 1995). Para Foucault, la represión del deseo sexual ha sido el modo fundamental de relación entre poder, saber y sexualidad. La sexualidad se concibe como contrapuesta a la maternidad, porque se cree que el origen del deseo sexual en las mujeres está en la maternidad. Occidente ha pensado a las madres deslindadas del ámbito del deseo erótico, ya sea como sujeto, ya sea como objeto –ni desean, ni son deseables (Imaz,

2010). Por ello, se acepta sin mayores resistencias que las mujeres gestantes, parturientas y puérperas se amolden al ideal de mujer gestante pasiva sexualmente, aún, cuando en la práctica, puede que no sea de esa manera.

La forma en que la cultura instala la lógica del género en nuestra percepción y conciencia conduce a estigmatizar a las mujeres que tienen una conducta sexual activa y libre (Lamas, 1995). En mi práctica profesional identifiqué un veto social frente al tema de la sexualidad durante el proceso de gestación y el periodo posparto, lo más frecuente fue evadir, negar y ocultar la dimensión sexual en las mujeres gestantes, teniendo en cuenta que en el cuerpo de una mujer gestante, se hace evidente la práctica del coito heterosexual. Para algunas mujeres el embarazo era asumido como una forma de extensión, continuación o conclusión de su sexualidad; por ello, consultar al profesional en salud que hace el seguimiento en los controles prenatales sobre la conveniencia o no de las relaciones sexuales, pasa de ser una acción por la salud de la mujer o el feto, a una forma de solicitar consentimiento para liberarse de la responsabilidad de la conducta sexual, que sin embargo, también es promovida por la lógica de la patologización con la que se asume que las relaciones sexuales podrían llegar a ser un riesgo de enfermedad o daño para la evolución del proceso de gestación.

Cuando se llegaba al tema de la sexualidad en determinadas sesiones, los y las docentes asegurábamos que las mujeres podían seguir “normalmente” su vida sexual, presumiendo o asumiendo siempre que cuando no se está en gestación se es sexualmente activa; lo que realmente no sabíamos, pues las particularidades de cada una en ese aspecto eran difíciles de identificar, aun cuando lograba extraer algunas consideraciones al respecto de algunas personas que se “atreían” a contar algo de su experiencia. Los comentarios que tuvieron lugar en las clases de los cursos, se referían principalmente al coito heterosexual considerado sino como la única práctica sexual, al menos sí como la más frecuente y sustancial. Algunas personas hacían comentarios como “es mejor evitar, porque se puede llegar a estimular así las contracciones y provocar un parto pre-término”, “los orgasmos producen contracciones” o “¿con esa panza? así es muy difícil”, razones y argumentos suficientes para limitar, negar u ocultar el deseo y las prácticas sexuales en las mujeres gestantes. Otras reflexiones de las mujeres y las personas acompañantes, me sugiere que la práctica de la penetración durante el proceso genera dudas sobre el daño que se puede llegar a generar, al feto principalmente. Las relaciones sexuales también pueden llegar a representar una carga moral negativa bastante significativa, en el sentido de tener sexo en presencia del hijo o hija por nacer, lo cual puede llegar a resultar vergonzoso, inmoral o perjudicial para el normal desarrollo psíquico del feto, en estas ocasiones el feto es considerado como un sujeto.

Alguna vez, se me ocurrió “aconsejar” que si no era posible la penetración coital, podrían de pronto masturbarse o practicar sexo oral. Las reacciones fueron inmediatas, la risa, los gestos de asombro, los chistes, el silencio; pero curiosamente nadie me dio la razón, por lo que decidí no volver a tocar ese tema con ese grupo, o por lo menos no volver a darles “consejos”. Luego, por esa experiencia en particular y las preguntas de algunas mujeres al finalizar las sesiones donde me abordaban “a solas” pidiendo asesoría sobre la pertinencia o no de las relaciones sexuales, concluyo que prácticas diferentes a la penetración, son consideradas como inadecuadas en una mujer gestante, o por lo menos poco aceptadas públicamente, con lo cual no pretendo asegurar que todas las mujeres

gestantes piensen igual o tengan las mismas prácticas sexuales. Pero, entre las mujeres gestantes se promovía la idea de “es mejor evitar” cualquier tipo de práctica sexual, por miedo a dañar a la hija o hijo por nacer, o por la culpa de sentirse excitada y lograr placer mientras su hija o hijo repose dentro de su cuerpo, puede ser una falta de respeto, lo que acarrea una fuerte carga moral, responsabilidad y culpa por la posibilidad de un comportamiento sexual inadecuado mientras esté gestando. Así es que se da paso a la prescripción médica o a la orientación de los y las expertas sobre las relaciones sexuales durante el proceso de gestación, y por ello es aceptado que a las mujeres gestantes se les autorice y/o aconseje o no, para que lleven a cabo uno de los ejercicios más importantes de autonomía: ejercer el deseo.

### **3. La prueba para creerle, se lo digo para que escarmiente.**

La prueba de gravidez se le solicita como parte del protocolo médico a una mujer cuando el embarazo no es *evidente*. Pero, ¿evidente para quién? En esa cita donde las mujeres comunican al profesional médico que están embarazadas –si bien es cierto, que algunas lo hacen para contar que tienen solo sospechas- fue frecuente encontrar que se le solicitó *otra* prueba de embarazo, que debe ser practicada en un laboratorio de la misma entidad *para confirmar*. Si no está confirmado el embarazo, no se puede remitir a la mujer a las demás instancias de la ruta de atención, aun cuando ella esté segura de estar embarazada. De acuerdo con Carme Valls (2009) la descalificación o desvalorización de las aportaciones que la paciente realiza, es una forma de violencia que manifiesta la superioridad del personal de salud frente a las mujeres. Luego detrás de ese requisito, se puede detectar inseguridad frente a lo que las mujeres saben y sienten sobre sí mismas, a pesar de estar seguras y haberlo confirmado con anterioridad. En estos casos, la formalidad de la prueba para confirmar el estado de embarazo, es un invisible, sutil e incuestionable pormenor, donde se empieza el proceso de control sobre las mujeres gestantes. Es el sistema y el personal de salud quien confirma un proceso que viven las mujeres, desvalorizando los aportes que puedan ellas hacer sobre sí mismas.

De acuerdo con la situación de cada mujer en el momento en que se confirma el estado de gestación (el laboratorio clínico es uno de los lugares donde esto sucede), llegan imágenes y memorias de las condiciones en que se han presentado ese nuevo evento, se visibilizan decisiones en tiempo futuro, se da una preocupación por la reacción de otras personas, empieza a ser más sensible de los movimientos y cambios de su cuerpo, un fluido intenso de sentimientos y emociones afloran y se manifiestan, se acepta o se rechaza su condición corporal y se hace una valoración en prospectiva que puede llegar a significar la continuación o interrupción del estado.

*"Yo supe que estaba embarazada, porque me mande a tomar una prueba en Profamilia, una prueba de embarazo y me salió positiva, pero como yo era tan joven, pues sí, yo no lo aceptaba... y como estaba empezando la universidad, yo ¿cómo le iba a decir a mi mamá?, pero pues... pasó un mes que yo no dije... y a mí no me salió barriga, ni nada."* – **Lucy, 2010.**

Ese momento de confirmación es una experiencia de entrada, donde cada mujer inicia la construcción de lo que será su proceso de gestación y su futura maternidad, y también donde se asume una actitud específica frente a los servicios de salud. Pues en caso de continuar con el embarazo, la acción más frecuente y esperada es buscar a los servicios de salud para hacer seguimiento a su estado, donde ese primer contacto con el personal de salud puede llegar a generar sentimientos de frustración e incompreensión.

*"Cuando mi mamá se enteró dijo "bueno, pues ya tiene que ir al médico para ver que le dicen" y la primera doctora que me atendió... no, eso era muy dura y ella decía que me trataba así, para que yo supiera que es la realidad. Porque ella me atendió y me dijo "¿por qué esta aquí?" y le dije "es que estoy embarazada" y yo ese día iba con mi novio, "y pues, necesitamos saber qué es lo que hay". "Ay, pero es que usted debe decir estoy embarazada bien, porque usted tiene que aceptar, porque eso sí, quién la mando a hacer hijos y ahora si no..." Entonces, como a regañarme..."* **Lucy, 2010.**

Fueron varios los relatos donde las mujeres aclaran que personal de salud en los laboratorios manifestaron autoridad sobre ellas, basados en estereotipos de género, que influyen en el manejo de la información de los resultados, donde se ignoró o minimizó los deseos de las mujeres frente a sus propios resultados, aun cuando guardar la confidencialidad hace parte de la ética profesional médica<sup>9</sup>. Se detectaron situaciones donde se respetaron los deseos de las mujeres frente a los resultados de laboratorio, son expuestas a una violencia sutil y simbólica, silenciosa y por lo mismo difícil de detectar, que dejó en las mujeres la sensación de anulación, pérdida del poder, que sus deseos y necesidades fueron ignoradas (Vals, 2009:374).

*"me di cuenta que estaba embarazada de una forma un poco dramática... un día tuve una infección en los riñones y me llevaron de urgencias. Y me hicieron exámenes y la enfermera me dijo: "no, es que estás embarazada", entonces "por favor no le diga a mi mamá", pues yo no era menor de edad, tenía 19 años, pues mi mamá fue la que me llevó a la clínica, pero yo era mayor (risas), tenía 19 años. Y no, la enfermera, ahí empezó la primera cosa, la enfermera le dijo a mi mamá, cuando entró mi mamá histérica: "¡¡¡Comuasi!!!" y yo muriéndome del dolor... y la enfermera le dijo "es que en el examen salió positivo del embarazo" y yo "¡Cómo! ¡¿Qué?! No puede ser! ¿Por qué tenía que decirle?"... - Laura, 1998.*

Este tipo de situaciones son explicadas por las mujeres desde la falta de empatía de las y los profesionales en salud hacia ellas, lo que oscila entre la insensibilidad y la inflexibilidad, hasta la imposición de la fuerza y la manifestación de hostilidad, fue una

---

<sup>9</sup>Al revisar la Ley 23 de 19819, se deduce que dar un manejo inadecuado a la información propia de los pacientes, no solo constituye manifestaciones de maltrato, sino desacato a las normas de la ética médica. En el Capítulo III, artículo 34, se menciona el carácter confidencial de la historia clínica, como documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en algunos caso previstos por la Ley.

forma brusca y amenazante de imponer tratamientos, que incluso evocaron sensaciones de malestar y terror.

*"Me llamaron a mediados de febrero para el resultado, me dijeron "por favor pase a tal piso y reclame una autorización porque usted va para oncología, se le va a extraer el útero"... "¿perdón?!, ¡disculpe?!"... yo pasé me entregaron el resultado, me dieron la autorización para oncología, me dijeron "mire tiene que hacerse el Taus, tiene un Nic3, salió el resultado de la citología y tenemos que extraer, porque usted tiene en este momento cáncer", y yo "¿perdón?"... (risas) fue un control médico normal que pedí en la EPS. Y me dijeron "¿fecha del último periodo?" y yo dije "tal fecha" y "¿usted está segura que no está embarazada? Y pues claro, yo lo que estaba era embarazada"... - **Betina, 2011.***

La autoridad y la falta de empatía de algunos y algunas profesionales de salud se tradujo en maltrato cuando las mujeres escucharon comentarios espontáneos por parte del personal de salud sobre el resultado de sus propias pruebas, se les juzgó o se les pretendió dar escarmiento diciendo públicamente los resultados, en contar a los familiares o acompañantes el resultado, aun cuando la mujer solicitó que no se le dijera a nadie, en decir frente a otras personas qué tipo de examen requieren las mujeres, en dar a conocer el resultado primero al médico antes que a la mujer, donde se tomaron decisiones por las mujeres sin consultarles, realizando diagnósticos errados por la premura de solucionar el problema de salud detectado en los exámenes de laboratorio, sin ofrecerles asesoría sobre otros posibles tratamientos, que la manera de comunicar enfermedades o traumas se hiciera sin tener en cuenta los posibles efectos sobre la estabilidad emocional sobre las mujeres. Este tipo de situaciones se identificaron durante la realización de las entrevistas con mujeres adolescentes y jóvenes principalmente.

*"Me hice el examen para embarazo y hasta el otro día fui por el resultado... Llegué a la ventanilla, le dije a la vieja que estaba, pues que venía por los resultados "¿Nombre?" "Tales" ¿Cedula? "tal"... y saca el papel la vieja y me dice "Aj" -toda sapa- "¡le salió positivo!"... ¡y yo por poco me voy de culo! Pero por yo dentro "¿y a usted que le importa?"...**Fragmento de Diario de Campo, 2008***

#### **4. Este producto tiene fecha de vencimiento.**

En la primera cita de control prenatal se establece un indicador obstétrico importante para ejercer vigilancia del embarazo y el parto, a través de métodos estandarizados: la **Fecha Probable de Parto (FPP)** (Rivera, 2008), la cual se establece con base en la fecha del primer día del último periodo menstrual y una fórmula matemática que depende principalmente de la preferencia del o la ginecobstetra.

Debemos tener en cuenta lo siguiente: **primero**, no todas las mujeres tienen los periodos menstruales estándar de 28 días. Además, algunas mujeres sostienen que conocen su cuerpo y puede identificar cambios corporales que le dicen cuándo está ovulando o cuándo ya está en vísperas de la menstruación. Pero cuando no se sabe con exactitud la

Fecha de la Última Menstruación (FUM), la forma alternativa que tienen las y los médicos gineobstetras para detectar la FPP, es midiendo la altura uterina o con el uso de tecnología, es decir, se recurre a la ecografía para evaluar el crecimiento y desarrollo del feto y con base en esos datos calcular la edad gestacional y luego formular la FPP. Sin embargo, este dato por ecografía también tiene el sesgo de universalidad propio de la ciencia médica, se miden segmentos corporales del feto para establecer la edad gestacional (la cabeza, el fémur, el abdomen, etc) luego cabe la pena preguntarse ¿es posible que dos fetos midan exactamente lo mismo, teniendo la misma edad gestacional?, ¿cómo confiar en este criterio, si finalmente es una interpretación, cuando lo hacen diferentes profesionales? En ocasiones hay contradicciones en los criterios de dos médicos obstetras con relación a los resultados de las ecografías, lo que puede poner en riesgo la salud o la vida de la mujer y su hija o hijo el día del parto, tal como se puede ver en el siguiente relato.

*“Yo llegué ahí y pues entré... al principio pues me devolvieron, me dijeron que volviera en tres semanas y yo ya estaba pasada de tiempo, yo tenía ya 40 semanas pasadas, si me dejaban otro poquito más pues se me podía morir el bebé o algo así. Pero entonces una muchacha ahí, me mando para la casa “que no, que todavía faltan 3 semanas, que no sé qué, qué no sé cuánto” y era como con una negligencia”-Gaitana, 2011*

Quiere decir esto, que una fórmula numérica para detectar la FPP no aplica a todas las mujeres gestantes y que tener en cuenta el posible conocimiento que cada mujer tenga sobre sus ciclos corporales y las sensaciones con que los identifican, puede llegar a disminuir riesgos relacionados con respecto al término de la gestación.

**Segundo**, muchas mujeres aseguran que saben el día exacto de la concepción: ya sea porque saben en qué días estuvo ovulando, porque no uso ningún método anticonceptivo o de protección, porque estaban buscando quedar embarazadas, porque fue la única relación sexual que tuvo en ese mes, etc. En algunos casos se presenta la omisión del médico, la o él obstetra o la enfermera, en cuanto el conocimiento de día en que sucedió la concepción según la vivencia de cada mujer; la prioridad es sacar cuentas numéricas según la fórmula que cada profesional aplica. Es una cuenta mecánica, que no corresponde a la realidad de todas las mujeres. Entre las mujeres con las que tuve contacto hay incomodidad dentro de este dato, algunas veces sus propias cuentas no corresponden a las cuentas médicas. Las mujeres tendrían más participación en su propio proceso si en primera medida les preguntan “¿sabe usted cuándo quedo embarazada?” y sí la mujer lo sabe y está segura, darle prioridad a ese dato.

*“la fecha probable de parto la sacaron con las tablas que tienen ellos allá... no, nunca me preguntaron cuándo quede embarazada y...solamente la sacaron con la fecha de la última regla... pero yo estoy casi segura de cuando quede embarazada... pero nunca me preguntaron”- Andorra, 2007.*

**Tercero**, generalmente la FPP representa la semana 40 de gestación, como una especie de *fecha de vencimiento*. Cuando se acercó o ya se ha pasado por esta fecha en que vencen los términos, en algunas de ellas la sensación de ansiedad se incrementó, por no



encajar en lo que se considera normal. Ya sea por esperar preocupadamente que lleguen las contracciones, o porque aumentó el temor por lo que pudiera sentir o pasarle. Como resultado, esa fecha se convierte en un indicador para apurar el parto, “si tal día no has empezado trabajo de parto ven a las 6:00 a.m. en ayunas para la inducción de parto y recuerda que puede terminar en una cesárea, todo depende de **tu** evolución”. Esta frase con múltiples variaciones es la sentencia con la que se decide, qué día y cómo debe ocurrir la experiencia de parto y nacimiento, aun cuando algunas mujeres sienten que podrían esperar un poco más para iniciar trabajo de parto sin medicalización y/o sin necesidad de una cesárea.

*“El muchacho le dijo que se quedara para inducción porque ella ya estaba en la semana 41, que ya tenía 2 centímetros de dilatación y contracciones cada 10 minutos, ella le responde que no quería inducción, que ella quería un parto natural, pues si ya había empezado con el trabajo todavía tenía tiempo, pues según ella, no tenía 41 sino 40 semanas, entonces ella le pregunta cuál era la necesidad de oxitocina. El muchacho entra y llama a la obstetra y le explica la situación. La obstetra se ubica en frente de ella con los brazos cruzados y le dice “yo no puedo hacer caso de los instintos de una madre, porque yo soy una obstetra documentada, no tiene gracia venir a hospitalizarse si no se va a dejar hacer la inducción”. Fragmento de Diario Campo, 2011.*

En la práctica médica, esta fecha deja de ser una herramienta que permita a las mujeres tener control y sentirse seguras sobre el término de su gestación, y pasa a ser un argumento más para imposiciones como la inducción o la cesárea sin necesidad. Es también un cinturón de fuerza, cuando son los profesionales en salud quienes deciden hasta cuándo y lo que se debe hacer para que sea rápido y seguro, ignorando el posible conocimiento y deseo de las mujeres.

## 5. Des-controles y ecografías

*“El discurso médico sobre el cuerpo femenino y la práctica biomédica refleja complejas jerarquías de poder... la medicina contemporánea es simultáneamente emancipadora y controladora, necesaria para la supervivencia y a su vez esencializante de las vidas de las mujeres”*

*Patricia Tovar (2006)*

En las últimas décadas el periodo de embarazo se ha convertido en un complejo de pruebas, prácticas y órdenes, que tienen el riesgo -para el organismo materno, pero también para el feto- como justificación (Imaz, 2010:248). Según la Guía de control prenatal y factores de riesgo hecho por Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D.C. y la Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog), el Control prenatal es el

“conjunto de acciones y actividades que se realizan en la mujer embarazada con el objetivo de lograr una buena salud materna, el desarrollo normal del feto y la obtención de un recién nacido en óptimas condiciones desde el punto de vista físico, mental y emocional”<sup>10</sup>.

En los controles prenatales se establece una relación entre la mujer gestante y él o la médica general, la enfermera jefe y/o él o la médica ginecobstetra, la cual esta mediada por la posición asignada dentro del sistema de salud a cada cual. Es una relación intensa y continua, que rutiniza y organiza el proceso de gestación dentro de un calendario médico, donde los protocolos del sistema que se les imponen a las mujeres gestantes, son casi siempre nuevos y, a menudo, incomprensibles para ellas (Imaz, 2010:253).

El profesional en salud es la persona idónea, quien maneja las herramientas de control del proceso de gestación en su aspecto morfo-fisiológico, determina la tranquilidad o preocupación de la mujer gestante en cuanto al bienestar del feto y su idoneidad biológica reproductiva. Así mismo, es quien aconseja sobre los nuevos hábitos que la mujer debe adquirir, y determina la pertinencia o imprudencia de ciertas conductas o situaciones propias de las particularidades de cada una, legitimando su influencia en otros ámbitos diferentes al reproductivo.

La mujer gestante es un cuerpo fragmentado, específicamente un útero desempeñando una función biológica. Requiere orientación y asesoría médica sobre un proceso que sucede en sí misma, porque no lo conoce. Acomoda su cuerpo para ser examinado, tocado y diagnosticado una vez al mes, lo que facilita el control, no solo biológico del proceso de gestación, sino también el control social de la medicina sobre sí misma de manera frecuente. En los controles prenatales ella deja de ser protagonista, su posición es de subordinación. Cuando la mujer cumple la cita de los controles prenatales se da la vivencia con su cuerpo interno, el cual ha sido diseñado para la reproducción, y también gobernado por la misma. La mujer está controlada por fuerzas internas, los estados de ánimo se biologizan, sin tener en cuenta las circunstancias de su vida personal, la desorientación y vulnerabilidad a causa de la inexperiencia son sentimientos comunes durante el embarazo, por ello la mayoría de mujeres gestantes acatan las decisiones e indicaciones médicas (Imaz, 2010:248-274).

*"usted se entera que esta embarazado y lo que quiere... -o en mi caso- lo mejor para el bebé, entonces uno decide "tengo que ir a los controles", pues porque uno lo escucha en todo lado... si tú vas a todo, rutinariamente al médico, existen más probabilidades de que tu parto, de que tu hijo, de que tú, que todo salga bien...se supone que lo más razonable, porque quien más que un médico que te explique, que te diga "ah vea, esto va a pasar*

---

<sup>10</sup>El control prenatal tiene los siguientes componentes: El análisis temprano y continuo del riesgo; la promoción de la salud, detección temprana y protección específica y las intervenciones médicas y psicosociales. Con base en estos componentes se define una serie de objetivos generales que, a su vez, caracterizan a un buen control prenatal: Identificación de factores de riesgo, diagnóstico de la edad gestacional, identificación de la condición y crecimiento fetal, identificación de la condición materna, educación materna y a su núcleo familiar en actividades de promoción y prevención.

*durante su embarazo, estas con las cosas que van a acontecer, como las probabilidades de tales cosas” – Karina, 2010.*

En cuanto a las ecografías<sup>11</sup>, su utilización habitual ha transformado intensamente el proceso de reconocimiento del hijo o hija y, junto a ello el auto-reconocimiento de una misma como madre que, anteriormente, era más pausado y prolongado en el tiempo (Imaz, 2010:215). Las ecografías se hacen de manera rutinaria. Generalmente se realizan tres, una en cada trimestre. Entre las mujeres gestantes hay una gran aceptación de este procedimiento por considerarlo necesario para su tranquilidad, porque con ellas se ejerce control sobre el proceso, especialmente en lo que se refiere al estado del feto. A través de una ecografía se pueden tener imágenes del hijo o hija por nacer, evento que en algunas ocasiones hace a las mujeres más conscientes del estado de gestación, es un mecanismo que facilita la materialización de que el otro (hijo o hija) que viene en camino está ahí, especialmente en la primera ecografía, la cual es relatada por las mujeres gestantes como un evento lleno de emotividad y sensaciones nuevas e inexplicables, que a la vez les estabiliza en una especie de certeza sobre lo que está ocurriendo con su cuerpo y en cuanto a la presencia del otro.

*“... y en ese momento cuando me hicieron la ecografía, la verdad, fueron sentimientos encontrados, sentimiento de que por primera vez, tú ves a... pues por primera vez ves a tu hijo” – Betina, 2003.*

En los controles prenatales y en las ecografías, las situaciones de abuso y de violencia contra las mujeres gestantes, se presentaron de manera simbólica especialmente, ya que estas situaciones se arraigan en esquemas mentales que son producto de la asimilación de las relaciones de poder entre los profesionales sanitarios y las mujeres gestantes. Por la forma en que fueron tratadas y su posición frente al personal de salud, algunas llegaron a creerse la inadecuación y lo defectuoso de su cuerpo y que por ello es natural que pasen por momentos desagradables sin encontrar la responsabilidad de su inconformidad en los profesionales de salud. En palabras de Pierre Bourdieu (2000:49 – 55), es una violencia suave, una forma de poder que se ejerce directamente sobre los cuerpos, con el consentimiento de la víctima. En el siguiente relato podemos ver cómo una mujer reflexiona años después del parto, del sometimiento a tactos genitales innecesarios, en su momento para ella “normales” y “justificables” en los encuentros con el médico que le hizo los controles prenatales.

*“O sea, yo caí en cuenta de eso mucho tiempo después, que él no tenía necesidad de estarme tocando cada vez que tuviera control, que de hecho en un embarazo de alto riesgo no es recomendable que le estén haciendo a uno tactos y eso. Es delicado.*

---

<sup>11</sup> La ecografía o ultrasonografía es un procedimiento de apoyo al control prenatal, es una forma de fotografías de los órganos internos a través de ultrasonidos (ondas acústicas), sin utilizar rayos “x”, estas imágenes se ven a través de una pantalla o monitor. Para realizar este procedimiento se necesita equipos de alta tecnología y una persona que tenga conocimientos de embriología, anatomía y fisiología fetal, quien realiza la interpretación de las imágenes que se logran con el uso de esta tecnología.

*Entonces si me sentí incomoda, que este médico cada vez que iba a control, cada mes, siempre me metía la mano y me maltrataba... entonces ese embarazo de ese niño fue terrible. Pero yo digo "si este médico no es el obstetra ¿por qué me tiene que estar tocando?" – Malou, 2009.*

Durante el embarazo la intervención médica del cuerpo gestante es menor, en comparación a lo que ocurre en el trabajo de parto y parto. La violencia indirecta y simbólica es la más habitual y se manifiesta en el hecho de que las mujeres son tratadas con indiferencia, encontrarse con respuestas incomprensibles e insuficientes, así como tratos rudos e indolentes con base en estereotipos de género.

**La indiferencia**, se manifestó en el silencio como respuesta a los interrogantes o comentarios de las mujeres. Ese silencio generalmente iba acompañado de una postura corporal que denotó una actitud arrogante frente a las mujeres-pacientes, donde fueron tratadas de manera impersonal. Detrás de ignorar las preguntas o los comentarios de las mujeres gestantes, está el supuesto de superioridad del profesional en salud, quien posee el conocimiento y por ello le está permitido hacer como que no hubiera nadie más. Así, una mujer gestante deja de ser persona y se convierte en un objeto para estudiar y descifrar, al que hay que aplicarle tratamientos médicos, pero apartado de ella. La información sobre las mujeres y sus hijos por nacer le pertenece al personal médico, por lo tanto las mujeres no deberían siquiera preguntar sobre algo, que si no se les informa deben dar por sentado que no necesitan saberlo.

*"cuando me hice esa ecografía en el Seguro, nos entraban de a 5 mujeres, todas embarazadas, todas para ecografía, nos entraban y nos ponían en una fila con la cédula en la mano... íbamos pasando y pues las cuatro mujeres estábamos muy cerca de la camilla y se oía todo, lo más tenaz (risas)... y el médico estaba entrenando a alguien, a una chica, era un médico viejo y una chica joven, la estaba como entrenando en ecografía. Me acosté y me empezaron a hacer la ecografía y le dije "doctor, yo quisiera saber si se puede ver el sexo" y no me contestó, o sea, no me dijo nada, nada... y siguió mostrándolo a la chica que "ésta no sé qué, que aquí tarará, usted no sé cómo" a mí no me habló y luego le dijo "mire, parece un varón", le dijo a la chica que estaba entrenando, a mí no. Después le pregunté "doctor ¿cómo está el bebé?"... nada, no me contestó nada... nada... y hablaba en su jerga esa... que uno no entiende con la chica. "Ya se puede levantar", entonces me levanté, me arreglé" –Charlotte, 1988*

Para Carme Valls (2009: 391–363), el hecho de minimizar la escucha de los problemas que plantean las pacientes en el momento del acto médico, conducen a su victimización. La limitación de la comunicación hace invisible las quejas y síntomas que sienten las mujeres, lo cual debería ser el principal insumo para el diagnóstico y certeza en el tratamiento.

**Las respuestas incomprensibles e insuficientes** se encontraron en el uso del lenguaje médico para hablar entre profesionales frente a las mujeres o para darles información de su interés sin asegurarse que ellas lo comprendieran, fue una actitud frecuente detectada en los relatos, que las ubicó en una posición de ignorancia y

desconcierto frente a las expectativas de los servicios de salud. Valls considera que el lenguaje médico es un método de separación y control, convirtiéndolo en un elemento de interiorización e iatrogenia<sup>12</sup>. Como respuesta las mujeres se cohibieron de preguntar o hacer un comentario a causa de la actitud arrogante de algunos profesionales, por temor de sentirse ignorantes e imprudentes. Algunas no se atrevieron a pasar los límites de la sumisión que de forma silenciosa y naturalizada se les impuso.

*"entonces ya cuando me tocó el primer control con el médico que me iba a ver, era un médico mudo: "buenas tardes, siéntese, su nombre, cuánto tiene, qué siente, está perfecto, nos vemos el otro mes" – Betina, 2003*

El riesgo constante al que se supone están inmersas las mujeres gestantes, genera entre ellas la sensación corporal de enfermedad, debilidad y fragilidad. Esta situación se socava cuando manifiestan dolores o molestias al personal de salud y reciben como respuesta "eso es normal". Es decir, sentir dolor en la espalda, calambres sorpresa en las noches, hinchazón de las manos o en las piernas o dolor púbico, se consideran eventos "normales" dentro del proceso de gestación – pero incluso son enseñados por el personal de salud a las mujeres gestantes como señales de alarma-. La frase "eso es normal" inferioriza a las mujeres, contribuye a su indefensión con respecto a lo que Imaz (2010:276) llama *el cuerpo íntimo*, el cual le representa una serie de alteraciones físicas desagradables, que al ser vistas como normales, supone que sean algo con lo que se debe vivir, inherente e inevitable del cuerpo gestante, que no tiene solución. Se supone que esos eventos físicos desagradables son normales porque la mayoría de mujeres gestantes los "padecen", pero en este caso, vale la pena adherirnos a la pregunta de Carme Valls: ¿lo normal es lo frecuente?

Definir como normal esas alteraciones desagradables implica una "verdad biológica", por lo tanto algo de lo que no se puede escapar, también implica superficialidad en el diagnóstico, da cuenta de la omnipotencia con que se realiza el acto médico (Valls – Llobet, 2009:245) ¿Es normal entonces, que una mujer gestante tenga dolor de espalda porque a la mayoría de mujeres embarazadas les duele la espalda? No porque sea algo que pase de manera frecuente debe ser considerado como normal, al contrario, deberían ser estas molestias tan frecuentes de las mujeres embarazadas, la razón de ser de investigaciones al respecto que de soluciones eficaces a las mismas. Tal vez, lo que ignoran los profesionales que responden de esa manera, es sobre los posibles tratamientos para esas molestias o la manera de evitarlos desde el inicio del proceso de gestación. Volviendo al dolor de espalda, puedo decir que en mi práctica profesional he sido testigo de cómo se alivian las mujeres con ejercicios de flexibilidad, con ejercicios físicos dentro del agua o practicando técnicas corporales de relajación. Con el siguiente relato podemos ilustrar otra situación similar de normalización de un evento fisiológico que es, además, considerado una señal de alarma obstétrica: la salida de líquido amniótico antes del término del embarazo.

---

<sup>12</sup> Se refiere a las enfermedades o daños en la salud producidos por los tratamientos médicos y/o los ambientes hospitalarios.

*"Entonces... "ella está viva, lo único es que usted no tiene líquido amniótico, ya", me decían que se medía de uno a diez, una cosa así... que ellos verificaron por placenta y que no había ninguna fisura por donde se hubiera salido el líquido y me preguntaron que por qué no se habían dado cuenta más antes. Entonces yo les comentaba a ellos, yo sentía que desde los seis meses de ella, yo sentía que yo me orinaba, me sentaba y me orinaba y lo único que hizo la doctora de medicina general, fue hacerme un frotis... y me dijo que ese era un **flujo normal** que yo tenía, que **eso era muy normal** y me mando óvulos de Metronidasol... y me dijo "si le sigue saliendo agua, pues en el próximo control hablamos" y así fue... Pero eso es una señal de alarma... No le paro bolas... yo fui al siguiente control y le dije "doctora yo sigo con eso" y me dijo "no, mira **eso es normal**, ya no se puede hacer nada, toca esperar que termine el embarazo, **no se puede hacer nada, eso es normal**"*—Betina, 2003

No tener en cuenta los signos de alarma que las mujeres expresan como situaciones que atentan contra el bienestar de su hijo o hija o de ellas mismas aumenta el riesgo de enfermedad iatrogénica. El personal de salud puede, de forma inconsciente, manejar un lenguaje que cause daños o que inferiorice a las mujeres gestantes, con consecuencias sobre la vida y el bienestar de estas.

**Los tratos rudos y reprimendas con base en prejuicios de género** se encontraron cuando las mujeres fueron objeto de *regaños* y reclamos basados en el comportamiento que deben tener. "A ver mamita, pórtese bien", "como te has portado bien, te vamos a atender rápido" estas son algunas de las frases frecuentes que, además de infantilizar a las mujeres, les quita poder y las deja sin capacidad de actuar.

*"Si claro, o sea... lo primero que le decían a uno es "ehhh pero ¿Por qué no se cuidó?, pero usted tan joven y ya tirándose la vida, quien la manda abrir las piernas" y uno dice "bueno ¿a qué jugamos?, ¿ellos por qué... se ponen a decir esas cosas?"*—Betina, 2003

*"Del primer al noveno mes, para mí fue una tortura ir a visitar al ginecobstetra, una tortura... y entonces, siempre, hora, hora y media esperando, y no una mamá, un listado grande de mamás. La cosa de que el peso, la edad... entonces "¡está gorda! ¿qué está haciendo?, ¡no le creo!, usted no me está diciendo la verdad, pero se subió, ¿sí ve? Claro es que usted... y mire como tiene esa barriga, y mire como tiene" o sea, noooo... todo alrededor del embarazo era maravilloso, exceptuando el encuentro con el obstetra."*—**Helaine, 2011**

Cuando una mujer acepta que lo que debe hacer es "portarse bien", donde se logra que se sienta culpable y merecedora del escarmiento, se deja vía libre para una cadena de humillaciones futuras, las cuales se argumentan desde las representaciones que idealizan la maternidad, como un evento único y biológico, que se debe dar en unas condiciones ideales para ser considerado normal y saludable. Por ejemplo, la edad ideal para ser madre, cuestionamientos permanentes sobre la sexualidad femenina y sus hábitos cotidianos de alimentación, higiene, ejercicio físico o de trabajo. Los

profesionales en salud se posicionan de esta manera no solo como autoridad médica, sino también como una autoridad moral.

*"El primer día que yo fui, como a abrir la historia... y me regañaron que porque me había demorado mucho, que porque que el bebé, que tal el niño estuviera mal... menos mal no fue así. Me regañó la Jefe de Enfermeras, que yo estaba muy descuidada con el embarazo... yo no fui antes porque tenía que arreglar unas cosas del SISBEN, no me atendían, yo no tenía carnet (...)*

*(...) y en la ecografía yo me fui a limpiar el... esa cosa que le echan a uno en la barriga y él vio y me tiro un trapo "tenga límpiense con eso", no pues yo que le iba a decir, ¿quién sabe por qué me trato así?" – Anna, 2010*

Así mismo, se encontraron situaciones donde las mujeres fueron tratadas con poca sensibilidad a situaciones médicas especiales, a las necesidades corporales y cotidianas, como por ejemplo las largas esperas para ser atendidas, los horarios nocturnos de las citas, la indicación de tener la vejiga llena luego de una larga espera para la realización de la ecografía.

*"yo fui nuevamente al médico y me hospitalizaron, y me hicieron una ecografía... y me dijeron así "el líquido se salió, eso ya no hay nada que hacer, pero como el feto está vivo pues toca esperar a que se muera, porque no podemos hacer nada", ¡ASÍ!... uno con un bebé pues que está deseando, que... y entonces pues yo les decía "¿pero qué van a hacer conmigo?" – "jmmm, esperar, esperar a que se muera", ¡qué horror! ¡fue horrible, horrible, horrible!" – Charlotte, 1988*

## 6. Curso para aprender a obedecer

El Curso Psicoprofiláctico tiene el propósito de dar a las mujeres la información necesaria para que lleven un proceso sin riesgos y se preparen corporalmente para la experiencia de gestación, parto y posparto. Las mujeres gestantes asisten a este curso luego de ser remitidas por él o la profesional que hace el control prenatal. En las sesiones se aprende sobre cambios morfo-fisiológicos del embarazo, señales de alarma, ejercicio físico para embarazadas, puericultura, higiene postural, ejercicios de respiración y relajación, lactancia materna, trabajo de parto y parto, cuidados del posparto, nutrición y estimulación intrauterina. Este curso además de ser un espacio de aprendizaje, se convierte en un espacio de encuentro, un lugar en el que se expresan expectativas, dudas y preocupaciones, un espacio de intercambio de experiencias y la ocasión de comunicar emociones y sensaciones que no es posible comunicar en otros espacios. Es un espacio de iniciación a la maternidad, donde las mujeres gestantes se encuentran con otras mujeres que están viviendo su misma experiencia (Imaz, 2010:209).

Por mi experiencia profesional, considero que éste, puede llegar a ser un espacio, no solo de iniciación a la maternidad, sino de instrucción más que de aprendizaje, o acomodación a la praxis médica que enfrentarán las mujeres el día del parto, donde se

asegura que convertirse en madre es un proceso biológico que provee a la mujer del instinto y el deseo para adaptarse naturalmente, con gozo, donde olvidará lo malo o desagradable cuando tenga a su bebé en los brazos, donde todo lo que les suceda será por falta de preparación, porque no hizo los ejercicios, porque se descontroló, porque no supo respirar, es decir, porque no se *portó bien*.

De esta manera –tal vez de manera inconsciente, sin tener en cuenta el impacto sobre las mujeres- se oculta la responsabilidad del personal médico de las experiencias negativas que puedan llegar a vivir el día del parto. En esa instrucción que reciben las mujeres se solapan ideas de sumisión, subordinación y entrega al acto médico, a las o los profesionales de salud y las instituciones. El curso psicoprofiláctico puede llegar a ser una parte del proceso de iniciación a la escisión de las mujeres, un proceso disciplinante donde se les recuerda constantemente que el día del parto es difícil y que deben controlarse para ser bien atendidas o para no hacer sufrir a su hijo o hija.

### a) Qué se enseña y cómo se enseña

La metodología de enseñanza utilizada principalmente es magistral, en algunos lugares hacen uso de videos, o dan conferencias y charlas. El principal objetivo es transmitir información, las mujeres llegan, se sientan, escuchan, toman nota de lo que les enseñan, pero pocas veces son constructoras de saberes, pocas veces se tiene en cuenta el conocimiento previo que tienen sobre el proceso que están viviendo y cuando mencionan prácticas culturales propias de su lugar de origen o de su familia, son privilegiados los preceptos de la ciencia médica o la ciencia del cuidado, descalificando los aportes que puedan hacer a las demás mujeres, incluso a los y las docentes.

Los conceptos aprendidos, las herramientas adquiridas, los ejercicios practicados frente a la vivencia real del trabajo de parto, parto y posparto en el ámbito hospitalario, en ocasiones están llenos de contradicciones y falsas expectativas. Por esa razón entre las mujeres entrevistadas se encuentran sensaciones de frustración e inquietudes sin resolver, luego de la experiencia de parir.

*"más o menos nos explicaban una cosa así: "usted cuando ya sienta que las contracciones van un tal punto entonces tiene que dirigirse con su maleta que tiene previamente hecha a la clínica Reina Sofía, entonces allá va a estar una sala en donde va a estar su esposo compañero al lado, y van a estar midiendo la no sé qué, una ambientación no sé cómo, o sea, todo maravilloso, y luego le vamos a poner la anestesia, la inyección no sé cuál, cuando ya tenga tantos centímetros y usted ya tiene su bebé con el compañero al lado no sé cuál" y luego cuando yo me estrello con la realidad del Seguro Social, no tenía nada que ver con lo que yo me había imaginado que iba a ser mi parto (risas)" – Laura, 1998.*

*"¡mira! ¿Qué te prepara para un parto?, o sea, un parto en esas condiciones. Por mejores intenciones que tengan en el curso, tú te enfrentas a una cosa muy diferente. En el curso... tú no sabes que vas a pasar de una sala a otra, que en algún momento vas a quedar sola... eso no se lo dicen a uno... ¿cuándo se lo dicen a uno? En el curso psicoprofiláctico no hay una clase que te cuente cómo es el proceso dentro de un hospital,*



*eso es como una caja negra... porque te dicen "tu llegas al hospital y... sales con tu bebé"... pero ¿qué pasa ahí en ese espacio?, eso es una caja negra, nadie te dice "mira, tú entras, el proceso es tal... entonces tu no vas a estar preparado. Y si a ti en el curso te enseñan a respirar, te enseñan posiciones para esta mejor y llegar al hospital y te dejan paralizado en una camilla, pues el curso no te sirvió para nada..." – Beth, 2009.*

Los contenidos del curso y la metodología de enseñanza aplicada tienen gran influencia en el nivel de conciencia con respecto a la preparación de las mujeres gestantes. Cuando se tratan temas como el trabajo de parto, el parto o la lactancia únicamente de manera teórica, siendo estas dos experiencias en buena parte corporales y prácticas, se impide que las mujeres adquieran "herramientas de autoayuda" útiles para la experiencia de trabajo de parto. Por ejemplo, en caso de no contar con alguien de apoyo durante el tiempo de las contracciones, circunstancia frecuente por las dinámicas de las salas de parto en hospitales y clínicas. Una mujer sola en este momento podría llegar a tener control sobre lo que está sintiendo, realizando algunos ejercicios especiales de respiración o de visualización. Este tipo de herramientas de autoayuda, son una posibilidad que permitiría a la mujer que las ha aprendido y practicado de manera frecuente durante el embarazo, a tomar decisiones y llevar a cabo acciones que le sean favorables en situaciones difíciles del parto.

Por ello, considero que lo que se enseña y la manera en que se enseña, puede llegar a hacer que las mujeres, no tengan otra posibilidad que obedecer al personal de salud por no contar con información pertinente y prácticas corporales necesarias. Así mismo, no dar información transparente y completa sobre los efectos de los protocolos y procedimientos médicos genera desconocimiento en las mujeres y causa situaciones sorpresivas desagradables y dolorosas, que las puede hacer aceptar todo lo que les suceda sin condiciones, ni cuestionamientos. Algunas mujeres sienten que llegaron a las instituciones médicas con incertidumbre y miedo a lo desconocido, lo que es causa también de que sean víctimas de violencia ginecobstétrica. Las mujeres requieren simulaciones prácticas, lo más cercanas posible a la realidad de la salas de trabajo de parto y parto, para un aprendizaje significativo que se pueda aplicar a la cotidianidad y se evidencie el día del parto, requieren información sobre los procedimientos médicos, lo que considero, debería adquirirse en las sesiones del curso psicoprofiláctico.

## **b) Contenidos ocultos**

El trabajo de observación del curso psicoprofiláctico en una EPS de Bogotá, me permitió reconocer que las dinámicas propias del curso pueden llegar a ser parte de un continuo que, no genera acciones directas de violencia y maltrato contra las mujeres gestantes, pero si oculta un discurso que legitima e invisibiliza la violencia ginecobstétrica que sucede en otras instancias, especialmente en las que las mujeres tienen contacto directo con el personal de salud. Esto se hace a través de dos representaciones: **primera**, ser madre como un estado natural, representación fuertemente arraigada en los docentes y las mujeres gestantes; y **segunda**, las enseñanzas del curso tienen un trasfondo ideológico, con el que se ejerce control sobre el cuerpo de las mujeres gestantes, ubicando a los profesionales en salud en lugar privilegiado durante el acto médico.

- **El estado natural de la madre**

El “estado natural de la madre” como representación fuertemente arraigada entre las mujeres gestantes y, los y las docentes de los cursos, se da por la falta de información sobre la reproducción como evento socio-cultural, las actividades consideradas como femeninas y la invisibilización de las mujeres como actores sociales, lo que deriva en una conceptualización de los sexos desbordante de naturalismo, en la que las mujeres aparecen vinculadas a lo social en una relación que se entiende exclusivamente como biológica (Imaz, 2010:102–103). En el siguiente fragmento se muestra como un evento familiar que afecta el estado de ánimo de una mujer gestante, es interpretado por dos docentes desde los cambios hormonales, desconociendo los determinantes socio-culturales de esa situación.

*Ella es instructora de danzas, le manifiesta a la profesora que ya no quiere volver a ver al papá de su hijo. La profesora le dice que luego del embarazo le pasará esa sensación, pues tiene un “baile de hormonas en su cuerpo” que la hace reaccionar así. En la siguiente sesión, ella habla con otra instructora del curso psicoprofiláctico al respecto, le cuenta que su compañero luego de estar ella embarazada le ha dicho que se ha engordado mucho, que ya no es igual de atractiva pues no baila igual, además no va con ella a eventos como las citas y los cursos. Ella considera que él la ha dejado sola y está siendo muy duro con ella, pues ella pensaba que los cambios corporales no importaban, si finalmente el embarazo era un asunto de los dos. Pero recibe la misma respuesta que la primera profesora. Para dar respuesta a las sensaciones de esta mujer, las profesoras solo atinan a decir que es producto de los cambios hormonales del embarazo y para que esa sensación le pase, solo debe esperar–* **Fragmento Diario de Campo, 2007**

Esa biologización de las mujeres durante el proceso de gestación, parto y posparto, se manifiesta en los cursos con la apropiación inconsciente de las tres dimensiones de la naturalización de la maternidad propuesta por Imaz: naturalización de la procreación, del vínculo materno-filial y de las labores de crianza, reducidos en la supuesta existencia del instinto materno.

*La sesión de hoy es teórica, la profesora explica sobre los cuidados del bebé y organiza los temas en el tablero. Una mujer le pregunta que cómo hace para saber el por qué del llanto del bebé. La profesora le explica que hay múltiples razones: por hambre, frío, calor, mucha ropa, esta mojado, tiene sueño, tiene cólico. “Si –dice la mujer- pero ¿cómo sé qué es?”... La profesora termina diciendo –“el instinto materno no sé equivoca, no nos preocupemos que el instinto nos dice en ese momento por qué y qué hacer” – Otras mujeres asintieron con la cabeza. La mujer que hizo la pregunta no dijo nada más. –* **Fragmento de Campo–Bogotá, 2009.**

Cuestionar la maternidad o pensar en ella como una construcción socio-cultural, son reflexiones lejanas a los intereses de los docentes del curso donde hice trabajo de campo etnográfico; inclusive para mí misma esta reflexión empezó a ser una novedad solo dos años después de trabajar con mujeres gestantes. Se reproduce y a la vez se genera

discurso con base en estereotipos de género sobre convertirse en madre, lo que es una madre, o mejor, lo que debiera ser una madre; entre docentes, mujeres gestantes y acompañantes. Se promueve la idea, de que ser madre es la esencia femenina *per se*, cada mujer lleva consigo un instinto y un deseo materno sin cuestiones, que ser madre requiere de un sacrificio voluntario y natural (algo contradictorio), donde, supuestamente todas las mujeres gestantes desean, aceptan y se sienten realizadas con su hijo o hija por nacer.

La realización plena de una mujer como principalmente madre, es una idea transversal en las enseñanzas de este curso y se materializa cuando, por ejemplo, se hace referencia al tema de la posibilidad de sentir dolor físico y emocional durante el desarrollo del trabajo de parto. Aquí se acude a incentivar a las mujeres con base en contradicciones como argumentar que todo dolor se olvidaría cuando ellas tuvieran a sus bebés en sus brazos, como que ser madre es la mejor experiencia que pueden tener, que luego de vivir el parto van a ser más fuertes y maduras, que van a ver la vida con otros ojos, es algo que en las mujeres se logra solo después de un parto, o que por el contrario su vida va a encontrar límites que deben asumir abnegadamente.

*"No... pues en el curso, por ejemplo, cosas como regaños "no se ponga esa ropa, usted ya no puede" cuando me ponía los yines, "usted está embarazada, usted va a quedar gorda" entonces eso lo hace sentir a uno mal o cosas como "usted está embarazada, ¿qué piensa de la vida si usted ya se va a quedar ahí?" ¿sí?, son cosas que uno no..."—Lucy, 2010.*

Uno de mis compañeros más cercanos, decía a las mujeres gestantes cada vez que tenía oportunidad, que nada en la vida da más satisfacciones que ser madre y que debían sentirse afortunadas por la oportunidad que Dios les dio de dar vida. Él mismo comentaba, que ser padre para él no había sido tan trascendental como ser madre para su esposa, a ella le cambió la vida más que a él, aun cuando el hijo era de los dos. Por ello, considero que hablar de ser madre es una cuestión que los docentes asumen desde su propio orden simbólico y el contexto donde se desenvuelven, pues para algunas mujeres y sus acompañantes esta también era una afirmación que no tenía cuestionamientos. La maternidad no es un tema de consulta o investigación, aun cuando es parte indirecta de los contenidos del curso, pues como dice Imaz, convertirse en madre es un tema que se considera biológico e instintivo, donde todo se ha dicho, es un conocimiento tan obvio que no merece ser estudiado, y por lo mismo carece de valor social, incluso entre las personas que convivimos cotidianamente con la maternidad en nuestro trabajo. Esta situación particular se puede denotar en lo que narra una de las mujeres entrevistadas sobre los consejos de la instructora.

*"...pero en el curso que hice para con la niña, yo me acuerdo tanto que nos decían: "aprovechen que están embarazadas, porque eso no les dura sino 9 meses, manipulen, pidan y exijan, porque eso a uno en embarazo todo le tienen que dar". Entonces ¡a ver! Como que aprovecho mi embarazo para ponerme chocha, pa' joder, pa' dar cantaleta... pues como que no... no me parece, y pues tampoco es como... como que uno reciba de pronto beneficio, pues porque si uno está con una pareja que lo quiere, o con la mamá, o*

*con una persona que realmente le brinde apoyo a uno, pues uno no necesita ser chantajista con la barriga para revivir algo ¿no?”– Emelie, 2004*

- **Escindido tu cuerpo**

Por supuesto, el proceso de gestar y parir puede generar múltiples sentimientos, pero cuando esto se magnifica a tal punto que la vida de una mujer solo tiene significado por la presencia de otro y la vivencia de una experiencia en particular (gestar y parir), se le quita la posibilidad de verse a sí misma como una persona que vive una experiencia posiblemente de crecimiento, su maternidad como una construcción propia y solo se entiende a sí misma como el deber ser que otros le ayudan a adecuar y verificar. El cuerpo de las mujeres gestantes es manipulado desde la representación *del cuerpo escindido*, donde las mujeres son espectadoras de su proceso, donde hay un individuo dentro de ellas, alguien que no conocen, pero que además es de su total responsabilidad (Imaz, 2010:244–247).

*La docente es una Enfermera Jefe, la sesión es sobre el trabajo de parto y el parto... Estaba enseñando sobre el parto vaginal y la cesárea. Para explicarlos, mostró dos animaciones en 3D extraídas de Youtube. Una mujer le pregunto- "y bueno ¿cuál de las dos es como mejor?"- Ella le respondió –"las dos son lo mismo... No, hay una diferencia del cielo a la tierra entre un parto vaginal y la cesárea, la recuperación, el dolor, el riesgo de infección... en cualquiera de los dos hay riesgos". Y concluyó la pregunta diciendo – "al igual, lo importante es que el niño salga bien, a uno de mamá le puede pasar lo que sea, lo que sea, pero al igual cuando uno tenga el bebé en las manos, eso a uno se olvida ya del resto. Cuando vean a su bebé, lo tengan en sus brazos, todo habrá valido la pena". Me preguntaba yo en ese momento si de pronto hubiera una mujer que no lo viva así ¿Qué iba a pasar con ella?, ¿qué puede sentir una mujer que no se halle en ese ideal?, ¿se sentirá culpable o renegará de la enfermera?– Fragmento de Diario de Campo, 2009*

Si alguna mujer no siente lo que le están enseñando que debe sentir, si no se identifica con ese discurso, puede llegar a pensar que ella no es “la buena madre” que debería ser, que en palabras de Imaz es una irreflexiva definición, que se pretende natural y por ello intercultural, interclasista e interracial, donde se esconden, no dictados de la naturaleza, sino modelos ideológicos que buscan su hegemonía (Imaz, 2010:103). Puede ser entonces que una mujer gestante, en lugar de asistir al curso para prepararse para el proceso de gestación, la experiencia de parto y el periodo de puerperio, resulte con más dudas y culpas sobre sí misma, sentir que está equivocada y por ello verse en la obligación de someterse a lo que los profesionales en salud le indiquen.

Otra situación importante dentro de las dinámicas de escisión del cuerpo de las mujeres gestantes, es que todos los y las docentes se referían a las mujeres gestantes como *mamitas*: “llegó una mamita a la oficina”, “mamita, acuérdate de respirar”, “la mamita que no sabe...”, “y esa pobre mamita, está sola”, “papá, ayúdele a la mamita a levantarse”... Para muchas personas es una forma de *consentir y tener consideración con la mujer gestante*, pero dentro de este análisis es importante denotar que “mamita” es una condición biológica y naturalizada; alude al riesgo permanente, la fragilidad, delicadeza,

ternura, un poco de sumisión y obediencia, a una mujer tutelada, encasillada en una función biológica, a la que se debe esperar y tener paciencia y tolerancia, cierta consideración por la lentitud de su nueva forma corporal, la que llora en el curso por los efectos hormonales de su embarazo, donde es preferible que asista con un acompañante al curso para que la ayude y no se sienta sola. A las *mamitas*-en algunas actividades- se les dejaba a la merced de sus acompañantes –en su mayoría hombres- para que supervisaran los ejercicios y verificaran el comportamiento de sus compañeras gestantes.

- **Control social de las mujeres gestantes**

Las enseñanzas y actividades del curso tienen un trasfondo ideológico, con el que se ejerce control sobre el cuerpo de las mujeres gestantes, para ello se ubica a los profesionales en salud en lugar jerárquico sobre las mujeres. Con las enseñanzas del curso y la metodología empleada se puede llegar a legitimar el poder de estos con base en su saber y conocimiento. Veamos un ejemplo de ello para entender las dinámicas que se generan en este aspecto:

*El profesor entrega una bomba a cada pareja. La bomba es para que la inflen, las mujeres gestantes deben taparse los ojos con una venda que él les entrega. La actividad consiste en que las personas acompañantes dirijan los movimientos de la mujer gestante con quien están, les dan instrucciones sobre cómo moverse para que ellas golpeen la bomba sin dejarla caer al suelo a pesar de no poder ver. Así se hace. Se pasa hasta rico. Es un juego muy divertido y retador. Luego de terminar el juego, el profesor reúne a las personas en un círculo para hacer la retroalimentación de lo que sucedió en el juego ¿Cómo se relaciona lo que acabaron de vivir con el trabajo de parto?-pregunta el profesor. Algunas personas tanto las mujeres gestantes como sus acompañantes, dicen que el trabajo de parto es un reto, así como el reto de no dejar caer la bomba a pesar de que no se puede ver. Otras personas dicen, que al tener los ojos vendados es como enfrentarse a algo desconocido y que para las primigestantes, así puede llegar a ser. Luego de otras intervenciones con ideas similares, el profesor concluye que la verdadera intención del juego era que ellas "sobre todo ustedes, mamitas"-les recalca el profesor- fueran consientes que lo más probable es que durante todo el trabajo de parto y parto deben seguir instrucciones de los médicos, las enfermeras, los pediatras, "pues de ello depende su seguridad y la de sus bebés, ellos son los que saben que es lo mejor para ti y tu bebé. A pesar del dolor y lo mal que te sientas lo mejor que puedes hacer es ponerte en las manos y la sapiencia de nuestros profesionales de la EPS" – termina diciendo el profesor. Hay un silencio corto, sin más conclusiones..."bueno, espero que además, hayan calentado un poquito porque vamos a pasar a unos ejercicios de estiramiento".* **Fragmento Diario de Campo, 2006.**

La actividad descrita en el fragmento anterior da cuenta de la sutilidad en que se transmite un discurso que incita a la entrega y sometimiento. Es un buen ejemplo de lo que Carme Valls denomina *el proceso de victimización*, como aquel que empieza cuando las mujeres se han creído la culpa que recae sobre ellas, de cualquiera de los males que

le puedan ocurrir a ella misma o a su hijo o hija. Esta culpabilización es totalmente provocada por estereotipos culturales de género, que se introducen en su interior y acaba sintiendo la culpa que otros le han dicho que tiene como si realmente fuera suya (Valls-Llobet, 2009:302). Aunque el docente del relato no mencionó, no dijo algo como “tu culpa” o “tu responsabilidad”, hizo alusión a la sapiencia de los profesionales, donde “lo mejor” que puede hacer la mujer es colocarse en sus manos, lo cual supone que si ella no lo hace, será su responsabilidad.

Valls hace mención a tres formas de sometimiento de las mujeres -como pacientes- a la medicina, las cuales considero hacen parte también de este proceso de victimización y culpabilización que se reproduce en los cursos de preparación al parto. Es un proceso complejo, donde las mujeres terminan considerando que es “natural-normal” que las traten mal, se consideren a sí mismas como **inferiores**, que no manifiesten sus intereses y deseos sobre el resultado del proceso de gestación, la experiencia de parto y el periodo posparto, porque por lo mismo, creen que se merecen el maltrato, y por ello prefieran permanecer **invisibles** para evitar cualquier situación desagradable, que finalmente puede llegar a ser una forma de maltrato y, cuando algún profesional de la salud tenga contacto con ellas, sus cuerpos serán **controlados** sin contar con ellas, porque no conocen ni les es permitido opinar sobre lo que les pasa, además, están en riesgo permanente porque poseen un cuerpo defectuoso.

El proceso de culpabilización también se da, cuando se aborda uno de esos temas importantes, de los que se supone se debe preparar a una mujer en el curso psicoprofiláctico: el posible dolor que producen las contracciones uterinas. En algunas de las observaciones que realicé con mis compañeros de trabajo, detecté que algunos de ellos y ellas hablaban de dolor como algo implícito, inevitable e incontrolable. Expresiones como “vas a sentir ganas de llorar”, “que no seas de las mamás que grita”, “eso duele mucho”, “es tú responsabilidad, que tu bebé...” o “si gritas... no te van atender mamá”, así transmitían miedo y culpa a las mujeres gestantes. Pero además, cada mujer debe hacer un esfuerzo por no expresar ese dolor, de lo contrario se le advierte que no será atendida, o lo será de mala manera. Es un callejón sin salida, en el que la única opción pareciera ser, “portarse bien” como si fuera una infante y controlarse a sí misma a pesar de las circunstancias, no por su propio bienestar, sino por no incomodar a otras personas. Manifestar dolor, llorar o gritar es algo por lo que las mujeres deberían sentirse avergonzadas, porque además se les asegura que cuando gritan o lloran sus hijos o hijas por nacer sufren, lo que también es responsabilidad de ellas, o sea, un motivo más para entrar en el proceso de victimización. Al enseñar que el dolor es algo inherente e inevitable, que no se puede controlar, que son sensaciones que salen del cuerpo de las mujeres, queda la puerta abierta para que en la siguiente instancia (la hospitalización para el parto) los profesionales en salud, sean quienes tengan el protagonismo y las mujeres sean espectadoras de su propia experiencia.

- **Cada fragmento de tu cuerpo**

Así mismo, la fragmentación del cuerpo femenino, que tiene sus raíces en el modelo biomédico de la salud, ha sido apropiada por los docentes, donde estos la articulaban con el hecho de convertirse en madre a partir de lo que sucede con el útero, el útero es abordado como órgano esencial en las mujeres. Para Carme Valls la fragmentación de

los cuerpos en la medicina es necesaria para convertirlos en más dóciles y más fáciles de manipular.

En una actividad que yo realizaba frecuentemente, sobre la importancia de útero en la gestación utilizando unas imágenes con leyendas indígenas al respecto, concluimos que a partir de esa parte en el cuerpo de las mujeres se originaba la sensibilidad y ternura que las caracteriza. Uno de los participantes, quien era pareja de una de las mujeres gestantes, concluyó: “por eso los hombres somos así, carentes de ternura y amor”. Lo que significa también que los estereotipos de género que se reproducen en las sesiones de los cursos justifican la naturalización de los sexos, lo que facilita que la aceptación de la fragmentación del cuerpo y se desestime ver el proceso de gestación de manera integrada con los aspectos culturales y sociales. Este tipo de situaciones colocan a las mujeres en una posición de sometimiento, al verse cada una identificada con el útero como órgano esencial de su existencia y por lo mismo considere que la ternura, el amor incondicional y el sacrificio son características propias; este último, insumo importante para la victimización de las mujeres gestantes en el contexto médico ginecobstétrico, pues el sacrificio está relacionado con el dolor y lo desagradable como elementos vitales en la maternidad.

- **El papel protagónico de los y las profesionales en salud**

El protagonismo en todo el proceso reproductivo es un aspecto más del deber/saber médico sobre el cuerpo femenino. Desde su posición privilegiada, la medicina provee la mayor parte de las representaciones e interpretaciones de lo que en el cuerpo ocurre, formando un discurso de la corporeidad femenina. El ámbito reproductivo es uno de los aspectos en que el control médico ha sido más amplio y completo, lo que hace que las mujeres sean las más afectadas por la medicalización, por su mayor implicación corporal en la reproducción biológica y porque se las responsabiliza del cuidado y reproducción cotidiana, lo que las acerca de manera más constante y asidua a las diversas especialidades de la medicina. “En efecto, el control sobre los procesos reproductivos femeninos ejercido por la medicina se ha destacado como un importante medio de control social de las mujeres” (Imaz, 2010:348 – 249). En las sesiones del curso se profundiza la idea del cuerpo gestante y parturiente de las mujeres esta siempre fuera de control, razón suficiente para entregarse a sí misma y entregar el parto al personal de salud. Las siguientes son las afirmaciones que los y las docentes indicaron a las mujeres gestantes durante la realización de las observaciones, que reproducen ese lugar privilegiado de la medicina y que alejan a las mujeres de tomar decisiones sobre su proceso y experiencia: “él médico es quien decide...”, “son situaciones en las que tú no puedes decir absolutamente nada”, “a no ser que el médico diga, tú haces o no haces”, “si llegan a la fecha probable de parto deben ir al médico muy temprano, para que allá digan que hacer, ¿qué hacen en la clínica? Me miran, hacen un monitoreo, toman signos vitales, ellos definen si se da un tiempito o se inicia un proceso de inducción” o “si no es de alto riesgo, podemos negociar con el obstetra la clínica donde nos van a atender”. Así mismo, se normatiza el uso de los procedimientos médicos que en ocasiones se hacen de manera rutinaria e innecesaria y se prepara a las mujeres para que los asuman como parte del proceso que tiene que vivir. Estas rutinas médicas son abordadas desde la necesidad de realizarlas, desconociendo e invisibilizando así, el impacto de estas sobre las mujeres:

- *“La episiotomía es un corte que nos hacen para ampliar el canal del parto, entre el periné y el ano. Pero ahora se hace por prevención a todas... ¡no hagan esa cara, eso no se siente! uno lo único que ve es al doctor cosiendo algo. Lo pueden hacer a los dos lados”.*
- *“Ojo el obstetra te puede decir “mamita, para de pujar que te voy a hacer la episiotomía”.*
- *“Es mejor la anestesia que aguantarse esos dolores tan terribles, es como tener plata para un BMW y al final decidir comprarse un Renault 4”*
- *“El jadeo se hace solo cuando se le pide, mamá... no es que usted empieza a jadear cuando quiera”*
- *“En la limpieza, el médico se pone un guante y mete la mano para sacar todos estos residuos de placenta y líquido amniótico... mmm pues, pareciera desagradable !pero mamás!, eso es mejor a que te de una infección por restos de placenta en el posparto”.*

En general no hubo respuesta, ni cuestionamientos de parte de las mujeres cuando escucharon este tipo de indicaciones, sin embargo, no se puede asegurar que todas lo crean, pero seguramente debe haber un impacto importante sobre la experiencia de gestar y parir. Por ejemplo, una compañera docente que hizo el curso con nosotros en el año 2010, fue partícipe de este tipo de instrucciones; luego del parto ella consideró tomarlas como ciertas y las interiorizó, desafortunadamente el principal aprendizaje que tuvo en el curso fue la *obediencia*. Hablé con ella en su primera semana posparto y evaluó su experiencia como: “tenaz”, “muy dolorosa”, “quede muy maltratada”, “uno no se imagina todo lo que le puede pasar”, “no sé por qué todo fue así, si yo hice todo lo que me dijeron en el curso”. Ella aprendió del curso a estar dispuesta, a seguir todas las recomendaciones que le dieran, resignación con respecto al trato que le dieron durante la hospitalización y asumió que todo el proceso de medicalización por el que pasó es la manera más segura de vivir la experiencia de gestar y parir. Luego, el privilegio de los profesionales en salud se asienta durante el desarrollo de los cursos y tiene un impacto importante en la experiencia de cada mujer.

Este curso podría ser una manera de evitar que las mujeres gestantes sean víctimas de la violencia ginecobstétrica, informándolas sobre lo innecesario de las rutinas médicas, cuestionando el trato insensible con que se las trata algunas veces y propiciando que sean ellas quienes decidan cómo quiere vivir su proceso. Pero no olvidemos que son las mismas Entidades Prestadoras de Salud, las que preparan y controlan los contenidos de este curso. Algunas prácticas de enseñanza de este curso, organizado y operado en estas entidades distan de la realidad, no tienen las múltiples y variadas realidades que viven las mujeres. Lejos de promover una participación activa de las mujeres gestantes sobre su proceso, de hacerlas dueñas de su cuerpo, de generar confianza en ellas mismas y de generar procesos de empoderamiento para que tomen decisiones autónomas, las personas encargadas de dirigir este curso –de manera inconsciente, incluso con todo el propósito de orientalas- pueden llegar a promover un discurso tan directo como sutil de sometimiento y subordinación de las mujeres gestantes a la ginecobstetricia. Estos cursos requieren del enfoque de género en salud, el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y el estudio de la maternidad como construcción social para ser una herramienta de empoderamiento y resistencia a la violencia ginecobstétrica.



## Capítulo 3

### Pariendo Piñas<sup>13</sup>

## La experiencia de parto institucionalizado

*"El mensaje parecería ser, que la tecnología hace el trabajo reproductivo mucho mejor que las mujeres ya que pueden asegurar embriones, embarazos y partos perfectos".*

*Susana E. Sommer (1999)*

El día del parto puede llegar a ser el día de más trascendencia para las mujeres gestantes. Es un día al que se llega con temor, con ansiedad, con muchas expectativas de acuerdo al nivel de conciencia, confianza y preparación de cada cual; es también, una experiencia asociada al riesgo, al dolor y al sufrimiento. "El miedo al parto y al dolor del parto lo llevamos inculcado desde dentro en nuestra cultura. Ese ancestral mandato bíblico de "parirás con dolor", puede clavarse en la mujer como una sentencia fatal y generar un auténtico terror a lo que se pueda sufrir en el momento del parto" (García, 2010)

La experiencia de parto es un tema de reflexión constante, al que se invoca de múltiples maneras durante el proceso de gestación. Mientras la fecha se acerca, el nivel de ansiedad y estrés de la mujer puede llegar a aumentar. A los nueve meses de gestación el cuerpo de la mujer está en un periodo de término y, –en palabras de Imaz- es cuando su cuerpo es *más indiscreto, deforme y fuera de control* en comparación con los meses anteriores del embarazo. El cuerpo de la mujer gestante en ese término del último mes, no escapa a la mirada de las demás personas, la sensación del espacio y la forma corporal cambia, en este último periodo es cuando más dificultades de moverse se experimentan, el cuerpo gestante a término no parece adecuado a ningún espacio, ni actividad. La imagen que se reproduce es la imagen de descontrol, como si fuera eminente la salida de fluidos internos: romper aguas, llorar, orinar, producir calostro, sudar al mover un cuerpo pesado (Imaz, 2010).

---

<sup>13</sup> *Pariendo piñas* es un término que se utiliza para referirse a una situación que representa extrema dificultad y consecuencias negativas en una persona.

Durante mi experiencia laboral fui testigo de situaciones desagradables y violentas en lo simbólico contra las mujeres gestantes a término. Por ejemplo, las sutiles expresiones cotidianas de docentes o de las personas acompañantes para referirse a la próxima experiencia de parir, materializaban una forma de violencia al dirigirse a ellas: “ahora sí va saber lo que es bueno (tono sarcástico)”, “eso si ¿quién la mandó?”, “una mujer debe asumir la responsabilidad”, “a uno le toca aguantar”, “por los hijos uno pasa las duras y las maduras”. Estos comentarios, además de confirmar la dificultad que representa la experiencia de parir, se dan como sanciones o escarmientos para las mujeres gestantes, generando un continuo en el proceso de victimización y culpabilización de las mujeres, especialmente las primerizas más jóvenes, quienes son consideradas mujeres inexpertas, con menos conocimiento en comparación con las que ya han vivido partos y, sin responsabilidades reales en la vida, por lo que ésta experiencia le facilitará la transición a la vida adulta. Este tipo de representaciones crudas y agresivas sobre la dificultad que representa el parto, genera diferentes reacciones entre las mujeres gestantes.

Están quienes manifiestan miedo e inseguridad, asumen que su parto será una experiencia inevitablemente dura y desconfían de sí mismas o de la capacidad de su cuerpo para realizar trabajo de parto: “¿y si yo no dilato?”, “¿qué tal yo sea de esas mujeres estrechas?”, “yo ya le dije al médico que lo que yo quiero es cesárea”, “¿y si no me aguanto ese dolor? que dicen que es tan terrible”. Son aquellas mujeres que prefieren acudir a todas las ayudas médicas posibles, desde la anestesia hasta la operación cesárea con tal de no sentir dolor o sufrimiento, prefieren dejar la responsabilidad de su cuerpo y su experiencia de parto en manos del personal de salud, así se sienten más seguras sobre los resultados de la experiencia de parto.

Otras mujeres se resisten a ese tipo de señalamientos, acuden a la biología o su historia familiar para dar a entender que su proceso de parto será “normal-natural”, así como lo fue el de su madre o demás mujeres de su familia u otras “millones de mujeres que han parido en la historia de la humanidad”. Estas mujeres están dispuestas a prepararse física y mentalmente para dar lo mejor de sí en el momento del parto. Son mujeres que también sienten ansiedad y temor frente a la posibilidad de sufrir o perder el control, pero sin embargo, quieren intentar tener un parto vaginal, para algunas de ellas es algo así como ponerse a prueba. Entre estas mujeres se cuestiona el modelo de atención médico para el parto, han investigado sobre el tema y son críticas frente a la extrema intervención sobre el cuerpo de las mujeres parturientas y por lo mismo desean asumir la responsabilidad de su experiencia de parir como propia, aun cuando al hacerlo en el ámbito hospitalario le significará adaptarse a las dinámicas de las salas de parto y el sistema de salud.

Y otras mujeres, no tienen una postura definida al respecto, es decir, sea como sea el parto como futura vivencia, ellas asumen que ese día lo recibirán “como llegue”, se prepararán física y mentalmente para un parto vaginal, pero en caso de ser necesario, asumen los procedimientos médicos y la posibilidad de terminar en una cesárea, lo importante es que su hijo o hija estén bien, que nazca sano o sana. Entonces, para estas mujeres la forma de la experiencia no tiene relevancia, lo importante es que suceda sin consecuencias sobre ellas o sus hijos e hijas.

El reconocimiento de estas expectativas influye para la posterior reflexión y valoración de la propia vivencia, entre esas reflexiones está auto-identificarse como víctima posible de violencia ginecobstétrica. Adicional a esto, influye la información que las mujeres hayan adquirido sobre el proceso biológico de trabajo de parto, sobre las dinámicas médicas en las instituciones de salud y su postura frente a las mismas y, la vivencia real de cada una.

## 1. La mujer parturiente

Lo vivido por las mujeres durante el parto institucionalizado es un cúmulo de experiencias nutridas de significaciones del ser mujer en lo social, en el espacio médico, según el reconocimiento que cada una tiene de sí misma, del conocimiento de su cuerpo y su actitud frente a la práctica médica (Camacaro, 2000). El cuerpo de la mujer parturiente en el ámbito médico es un territorio conquistado por otros, donde las propias mujeres y los profesionales en salud se inscriben en estructuras sociales que vinculan la experiencia de parto con relaciones de poder, generalmente donde las mujeres parturientas son víctimas de situaciones de violencia, inequidad y desigualdad (Colón, 2008).

Las parturientas, sin distinguir sus particularidades, son catalogadas como “pacientes”, pasan por un peregrinaje mórbido de sensaciones sin ninguna distinción de los y las demás enfermas. Ser paciente significa esperar pasivamente para ser reconocida por otro u otra, en este caso por los profesionales en salud que laboran en las maternidades de los hospitales y clínicas, para recibir su sabiduría y experiencia. Los profesionales en salud son quienes silencian el conocimiento que las mujeres tienen sobre sí mismas y su cuerpo. “El corolario implícito es: no es posible el diálogo con ellas, son sólo receptáculos, no hay nada que aprender de las pacientes”, “La mujer debe negarse a sí misma, poner en duda lo que siente y lo que necesita”, porque su experiencia y vivencia carecen de importancia en la praxis médica. Durante el parto institucionalizado, se niega y se construye un discurso frente al aspecto sexual del proceso, lo cual representa una intrusión del acto médico-ginecobstétrico, es la cosificación del parto como una operación médica higienizada, “a través de una tecno-intervención que encarna el control más demolidor de la sexualidad e intimidad femenina” (Camacaro, 2010:153–158).

La experiencia de Emelie –sucedida en su segundo parto en el año 2004- es un buen ejemplo que da cuenta de lo que se explicó en los dos párrafos anteriores. La hija de Emelie tiene parálisis cerebral severa, lo que quiere decir que las capacidades cognitivas, físicas y sensitivas de cerebro se afectan o pierden, restando funcionalidad a la persona que la sufre. La condición de la hija de Emelie se dio por un evento hipóxico durante su nacimiento, es decir, disminución o pérdida total de la llegada de oxígeno a los tejidos nerviosos del cerebro. Tres años después de su experiencia de parto, Emelie inicia el pregrado de terapia física, circunstancia que le permite reconocer que la condición de su hija fue causada por una cadena de prescripciones médicas erradas. *En primer lugar*, porque las apreciaciones sobre la fecha probable de parto de los dos ginecobstetras que la atendieron fueron contradictorias (quien le atendió en los controles preparto y quien la recibió para la hospitalización del parto), a pesar de tener el mismo instrumento técnico para saber la fecha probable de parto (la ecografía), pues el primero consideraba que ella ya estaba al término del embarazo por lo que le dio una orden para cesárea, la cual fue desconocida por el segundo, quien consideró que a Emelie todavía le hacía falta 15 días y que por sus antecedentes obstétricos podía hacer un parto vaginal. Según Emelie, la

primera obstetra tenía la razón; *en segundo lugar*, por suministrarle dos dosis de la anestesia epidural durante el trabajo de parto, la primera por imposición y la segunda sin su consentimiento y; *en tercer lugar*, por no ser pasada a sala de parto o a cirugía cesárea cuando una de las residentes en obstetricia se da cuenta que la frecuencia cardiaca de la hija de Emelie había llegado a 60 pulsaciones por minuto, lo que es una señal fidedigna de sufrimiento fetal durante el trabajo de parto.

Durante su narración, Emelie expone varias reflexiones en torno a cómo fue inmersa en el peregrinaje mórbido de las salas de parto, porque le fueron impuestos los procedimientos médicos, más aún, cuando ella se había negado porque ya tenía información al respecto. Así fue, que su experiencia y conocimiento fueron descalificados por los profesionales en salud. Emelie considera que fue tratada de manera despersonalizada, como si hubiera sido “parte de una manada”, pues la sala de parto estaba llena de mujeres parturientas. La negaron a ella como persona al no respetar sus propias decisiones, fue cosificada cuando la ginecoba que la atendió la ignoró mientras mostraba detalles de su vagina a los residentes durante el periodo expulsivo, lo cual, para Emelie fue negligencia médica y abandono, pues ella relata que paso varias horas en trabajo de parto sola, sin hablar con nadie y sin ningún tipo de atención.

*"se dio también el cuento, que como mi embarazo de la niña fue seguido por Eco... Entonces la gineco decía que ya era tiempo, pero el médico que me recibió para la orden de la cesárea decía que no, que tenía 15 días más (...)*

*(...) con la niña me obligaron a ponerme la epi. Pues también se siente uno como vulnerado, porque yo dije "no la quiero, no la pido, no..." más sin embargo... entonces empezaron que "las consecuencias de lo que pasara que no sé qué, que eso era en la época de las abuelas que uno se aguantaba el dolor, que no sé qué, que no sé cuántas" y moleste y moleste y insista, insista, hasta que me la pusieron (...)*

*(...) y cuando yo empecé a ver que como que ya sentía las contracciones yo me di cuenta que yo ya estaba empezando a despertar, entonces yo empecé como a tratar de manejar las respiraciones, pero ellos se dieron cuenta que yo estaba sintiendo por la forma en que yo respiraba, porque entonces yo ya empecé a... como (movimientos de respiración) como le enseñan a uno que a respirar. Entonces fueron y me zamparon la otra dosis y yo quedé (señal de dormida)... me la pusieron sin preguntarme porque yo no podía estar despierta durante el parto, según ellos... entonces ellos volvieron y me sedaron".*

El relato da cuenta de la obligatoriedad en los procedimientos durante el acto médico que se enfoca más a los resultados y en el uso de la tecnología como principal medio de diagnóstico y tratamiento del parto. Las personas que atendieron a Emelie se encontraban en una dinámica constante de estrés, lo que influyó en las decisiones que se tomaron sobre ella y su hija. En el siguiente fragmento de la entrevista a Emelie se puede evidenciar, no solo la obligación de cumplir con los procedimientos, sino la poca capacidad de atender a todas las mujeres de manera eficaz y asertiva, y en el momento preciso, ya sea por falta de espacio, recursos, de ginecobstetras y/o como lo vamos a ver más adelante exceso de profesionales en formación en las salas de parto.

*"Ah... pues como el monitor tenía todo el volumen, muy alto o no sé qué tanto volumen tenga esa vaina, en todo caso los latidos de la niña se oían súper fuertes, entonces el taca - taca - taca todo el tiempo eso ahí... a la vieja le fastidió y ella fue y le quitó el volumen porque la tenía desesperada... Sí, porque no se volvió a escuchar nada, entonces la niña empezó a hacer sufrimiento fetal y nadie se dio cuenta porque no sonaba nada... igual yo había quedado de espaldas, porque me habían hecho voltear, supuestamente para oxigenarla... entonces a mí me había quedado el monitor era atrás. Pero cuando la residente le dio por ir a mirar el monitor, ella se dio cuenta que la niña está haciendo sufrimiento y llamó a la jefe y le dijo a la jefe "jefe mire", cuando ella dijo "mire" yo me volví, y yo vi que la frecuencia cardíaca, porque estaba el corazón pintadito, iba en 60... entonces la jefe le dijo "pásela ya para la sala", y ella dijo "no porque la doctora (la ginecobstetra) dijo que ella todavía no, y está atendiendo a la otra"... y ella dijo "¿y es que usted no ve lo que está pasando?... eso fue todo..."*

Los ejercicios académicos y prácticos de las y los profesionales en formación se priorizaron antes dar solución a la situación de Emelie y su hija. Veamos cómo se reproducen las representaciones y estereotipos de género y sexualidad, lo que da cuenta del discurso médico patriarcal, justificando así, que las mujeres sean expuestas al menosprecio y a la violencia, no solo en el contexto médico ginecobstétrico, sino en otros ámbitos de la vida cotidiana. Cuando finalmente Emelie es trasladada a la sala de parto, se encuentra con una especialista experta en sexología que sabe lo que necesitan las mujeres en cuanto a sexualidad luego de la experiencia de parir:

*"Cuando terminó toda la retahíla con los residentes... y todo lo que quería mirar... y todo el cuento... ah porque además de eso, durante el trabajo de parto ella hizo alarde todo el tiempo de que ella tenía especializaciones en yo no sé qué país sobre sexología y... o sea, como situaciones de pareja o algo así le entendía yo... Que porque una mamá después de dar a luz, **muchas veces se perdía el hogar porque a uno le quedaba muy dilatada la vagina, pero que eso dependía mucho del médico que lo atendía a uno durante el parto y que entonces desde que lo dejaran a uno bien cosido y bien no sé qué, que eso ella lo dejaba a uno como virgen otra vez** y que... bueno, eso se echaba unos cuentos ahí todos raros... Entonces... cuando ella estaba con los residentes ahí, ya observando... y lo que tenía del parto anterior... y lo que era de este parto y que lo que no sé qué y lo qué no sé cuántas, ella nunca se estresó ni por la niña, ni por si yo estaba cómoda o no..."*

Además de dar cuenta de la fragmentación del cuerpo en la reproducción, donde es el útero y la vagina el centro de atención durante el parto y no la mujer como persona, se nos sugiere que la sexualidad de las mujeres se reduce a la penetración coital, donde el parto vaginal les afecta la vida sexual, principalmente porque la vagina se agranda y al penetrarla el placer del hombre disminuye, por lo que el hombre pierde la motivación en esa mujer, pues ya no le satisface. La mujer tiene un valor sexual, su hogar depende en gran medida de la satisfacción que provee a su compañero. Así, una mujer no tiene valor

como ser social sino como ser sexual y si no satisface a su pareja-hombre puede ser abandonada, es el coste natural por ser mujer y tener la capacidad de gestar y parir.

Ese problema “inherente” al parto, lo puede arreglar la ciencia médica y sus conocimientos sobre la anatomía de los genitales femeninos, pues la armonía de un hogar se encuentra ahí, en el cuerpo genital, lleno de significados de subordinación, aún en un aspecto tan humano como el sexual. La vida sexual de una mujer luego de parir, depende de la especialista que la intervino y desde que la deje *bien cosida*, para que cuando su compañero la penetre la sienta *como virgen* pues ella no correrá el riesgo de ser abandonada. Esta ginecobstetra mencionada en el relato de Emelie ha reproducido en sus enseñanzas un discurso sobre la sexualidad de las mujeres, bastante nocivo y violento, donde se hace evidente que la violencia contra las mujeres se da en todos los ámbitos de la existencia, y que la construcción del cuerpo interno de las mujeres –el cual es descifrado desde la medicina- legitima la violencia y se apropia a la vez de la vida de las mujeres, haciéndolas dependientes de la ginecobstetricia.

La autonomía es la capacidad de valerse por sí misma, de decidir sobre lo más conveniente para sí, donde es posible ejercer el ejercicio del deseo y construir su propio camino en la vida sin impedimentos. El día del parto, Emelie perdió completamente su capacidad de autonomía, su corporeidad fue disminuida con la doble dosis de anestesia, por lo que en sus movimientos dependían completamente de los profesionales en salud. Emelie dice que “la dejaron como dormida” lo que hizo que perdiera sensibilidad en el útero y no sintiera las contracciones, y más adelante que no fuera capaz de reconocer cuando ya estaba lista para pujar de manera espontánea, dos situaciones que hicieron que el periodo expulsivo fuera muy demorado, y parte de la causa del evento hipóxico de su hija.

*"Ella se fue por una camilla, vino y me dijo "pásese a la camilla", yo le dije "es que si usted me ayuda, yo de pronto lo logro, pero si no me ayudan, yo no puedo porque ustedes me tienen completamente sedada y yo no siento nada". Entonces ahí como pudimos... bueno ahí me ayudaron, me pasaron a la camilla, todo el cuento, me llevaron a la sala ya de partos... "pásese a la mesa", entonces otra vez "pues si me ayudan", porque... y cuando llegó fue la doctora que porque estaban esperando que terminara de suturar el otro parto ... entonces cuando ella llegó eh entonces "que puje" y "pues ¿Cómo que cómo pujo si no siento?", "no pero es que tiene que pujar"... yo empecé a pujar, pero... ¿Cómo?... yo estaba sedada, yo sentía que los ojos se me salían cada vez que yo pujaba, porque yo estaba pujando mal ... Entonces ella mando llamar la pediatra, dijo "no, llame la pediatra" y pues ahí nos estuvimos mientras tanto. Ya llegó la pediatra, y la pediatra me empezó a decir "mamá, hay que pujar, no sé qué, tenemos que sacar el bebé, no sé cuántas, ya es tiempo, no sé qué..." entonces yo le decía "doctora es que yo no sé en qué momento pujar o cómo pujar, porque es que yo estoy sedada, yo no siento nada" entonces ya... yo le decía "si usted me ayuda y me dice cuándo puje, yo pujo" y así fue, entonces ella me decía "cuando la barriga este dura, hay contracción... entonces yo te aviso y tu pujas". Entonces ella empezó ahí a sobarme a sobarme y cuando se me ponía dura la barriga ella me decía "puje" y yo pujaba, yo no podía hacer el pujo bien... Entonces la doctora dijo*

*"traigan los forceps". Entonces cuando ella dijo eso, yo inmediatamente me dio mucho miedo y yo puje y la china salió, pero ella salió desgonzada, morada, no lloró, no respiraba, nada... ella ya nació muerta... y la vieja lo único que dijo... ella la cogió así, como de la barriguita así toda descolgada y me decía "tóquela, tóquela, pero tóquela rápido mamá, tóquela rápido, tóquela rápido"... pero jmmm... yo le hice apenas así, por la colita que fue lo que alcance como a tocar y ya, se la llevaron"*

Emelie no fue informada el día del parto de la verdadera condición de su hija. Estuvo completamente desinformada, ella misma manifiesta que era ella la más interesada en saber y ser tenida en cuenta para tomar decisiones al respecto. Los profesionales que la atendieron ejercieron control sobre la situación intentando desestimular sus inquietudes, alejándola de su hija, a través de paliativos le ocultaron la verdadera condición de su hija. La responsabilidad de todo lo que ocurrió cayó en Emelie completamente, en la medida en que nunca se le reconoció que fue a causa de la violencia ginecobstétrica a la que fue expuesta, la razón por la cual los resultados de su proceso de gestación y experiencia de parto fueron tan lamentables. No hubo un apoyo emocional o psicológico para ayudarla a enfrentar las condiciones de su hija, al contrario se le exigió cordura y eliminación de sus emociones, con la excusa de no perjudicar a su hija.

*"Entonces ella decía "¿tiene corazón, tiene corazón?"... tal vez le hicieron señas de que sí o yo no sé, porque yo no vi nada, ella me dijo "mamá tranquila, su bebé está bien, está respirando, no sé qué, todo está bien"... ¿todo está bien?... A la niña la metieron no sé a dónde, ni a qué, ni por qué y a mí me sacaron para otro lado... A todas las mamás le sacaban los bebés... pero la mía por ningún lado... y yo espere y espere... "La niña tiene una depresión chiquitica y aquí no se la podemos manejar, la niña necesita por 8 días incubadora, necesitamos remitirla" (...)*

*(...) Ajá, sí... "¿es impresionante pero todo está bien?" (sarcasmo)... y pues mi impresión fue porque... yo la vi botando babaza, entonces yo le dije "ayyy y... ¿pero la niña por qué bota babaza?", de una vez me sacaron otra vez para donde me tenían y me llevaron. Que no, que eso era normal, que todos los bebés cuando nacían botaban babaza. Entonces yo le dije: "pero es que yo ya tengo un parto vaginal y mi hijo nació bien, a él no le hicieron nada, no le metieron en ningún lado y él nunca botó babaza", "sí, sí, sí, pero es que no todos los niños son iguales"*

*(...) "tonces pues claro, el impacto mío fue tenaz, entonces yo empecé a llorar y todas las enfermeras "si va a llorar se sale, porque eso a su hija no le sirve"... pero... pues tuve que ir manejando eso, porque o sino no me dejaban entrar"*

La violencia ginecobstétrica en la atención del parto en los hospitales y clínicas se ha dado producto del largo proceso histórico de sustitución de las parteras por lo médicos, es por eso que el parto institucionalizado se da en lugares diseñados para atender la enfermedad. Esta circunstancia ha sido facilitada por la suposición de que en los hospitales y clínicas es más seguro, se corren menos riesgos, en caso de una

emergencia se cuenta con los profesionales idóneos y los equipos necesarios para atender las mujeres, lo que genera seguridad entre las mujeres gestantes, por lo que muchas prefieren el parto institucionalizado a explorar otras posibilidades como por ejemplo, el parto en casa. La vivencia de Emelie contradice esta suposición, en realidad el modelo de atención y la subordinación de Emelie a los profesionales de salud, condujo a una situación de iatrogenia, ya que la hija de Emelie ha vivido 8 años en condiciones nada funcionales por circunstancias causadas por los profesionales y la institución de salud, que ha afectado la calidad de vida de Emelie, su hija y otros miembros de su familia.

Es así, que la mujer parturiente es construida, manipulada y afectada por los profesionales de salud y las instituciones sanitarias. Este es un caso emblemático entre las situaciones de violencia ginecobs-tétrica que he podido detectar en el trascurso de mi vida laboral y la realización de esta investigación. Las mujeres parturientes de las instituciones sanitarias pasan por experiencias similares a las de Emelie, las condiciones con las que concluyen sus experiencias pueden ser menos o más impactantes, pero la condición común de todos los casos de violencia ginecobs-tétrica es que han permanecido invisibles, han sido vividas por las mujeres en silencio, por lo mismo carecen de importancia social y legal, por la falta de herramientas que permitan a la sociedad reconocer que el desconocimiento y violación de los derechos sexuales y reproductivos puede llegar a tener consecuencias mórbidas y letales de gran impacto en la vida de las mujeres, sus hijos e hijas.

## 2. Incomunicada e ignorada

Una práctica frecuente en la hospitalización para la atención del parto, es que a las mujeres parturientas no les sea permitido estar con una persona de su confianza durante el trabajo de parto y el parto. Se supone que las personas que esperan en las salas externas a las maternidades son informadas por el personal de salud, pero en ocasiones esa información solo se da en horarios establecidos. Las personas acompañantes se enteran de eventos tan importantes para ellos como el nacimiento de la hija o hijo, la condición de la mujer luego del parto, de situaciones clínicas especiales como remitir a la hija a neonatos, horas después de cada acontecimiento.

*"Y pues con la niña, pues como jarto, porque desde que entré... eh... se siente uno como sometido, porque en ese momento lo despojan a uno de todo, o sea, teléfono, maletas, cosas personales, documentos... todo! A mí me quitaron absolutamente todo, todo quedó afuera... yo no tenía cómo comunicarme con nadie adentro... de que me ayudaran, de que le den moral a uno (risas) porque hay momentos en que se le baja a uno todo..."* **Emelie, 2004**

La incomunicación genera en las mujeres sentimientos de inseguridad, desasosiego y soledad. Lo cual -según manifestaron la gran mayoría de las entrevistadas- sería más llevadero si tuvieran la posibilidad de expresarlos con alguien de su confianza y afecto. Cuando las cosas se complican, cuando sucede algo dentro de la sala que las pone en riesgo a ellas o su hija o hijo por nacer, donde sienten miedo y angustia por el desenlace de la complicación, y que no pueden informar a nadie sobre el tema, se sienten en un



callejón sin salida, porque no pueden pedir ayuda, les puede ocurrir cualquier cosa y sus familiares, amistades o su pareja no lo van a saber a tiempo, ni van a tener posibilidad de auxiliarlas.

Otro caso, que considero emblemático dentro de las entrevistas y que dan cuenta de este aspecto, es el caso de Analí, quien fue incomunicada cuando ingresó a la institución sanitaria. La entraron a un cuarto oscuro, desnuda y sin recibir ningún tipo de atención médica, luego de saber de la muerte de su hijo aún dentro de su vientre. Mientras sus familiares suponían en las salas de espera que ella había entrado en el proceso de inducción de parto, pero en realidad esto sucedió horas después de ser ingresada a la clínica. Primaron las rutinas médicas y los procedimientos de la clínica, antes de procurarle una atención acorde a las necesidades emocionales que ella y su familia requerían en ese momento.

*"Llegamos a urgencias, me dicen que porqué voy y les digo que no siento el bebé y todo el mundo empieza a correr, para un lado para el otro, pero nadie me dice nada. Me entraron rápido, para el monitoreo y me decían "vaya rápido, vaya rápido" y yo pues juepucha ahí me asusté más. Y en la ecografías lo primero que busca el ecógrafo es el corazón, y se ve claramente que el corazón está quieto, y pues el man me dice que el bebé está muerto. Y empieza el proceso de asimilar el asunto, pero pues no le dan a uno asistencia de nada, simplemente me dijeron que no podían hacer cesárea porque el útero se podía salir junto con el bebé, entonces que me iban a entubar para inducir el parto. Entonces como que no hubo así como el apoyo, yo digo que fue culpa de la doctora que me dijo que si no se movía en tres horas que fuera al médico, fue una mala prescripción...en medio de mi tragedia me metieron en una sala oscura empelota y me dejaron ahí como 4 horas... yo chillando por todo lo que me había pasado... y nadie me paraba bolas y fue una enfermera, que no sé por qué putas me metió allá. Me metió allí y pasaron como cuatro horas, yo sentí que el tiempo pasó cortico, pues porque obviamente yo estaba en mi rollo. Pero yo estaba apagada, estaba sin luz y toda empelota, y no sé qué pasó, alguien como que sintió que yo estaba ahí llorando y entraron y "¿usted que hace aquí, usted quién es?" – Analí - 2006*

En las reflexiones que Analí hace en la entrevista cuestiona constantemente el trato que recibió. Tres años después de lo que le sucedió es ella quien concluye que no merecía ser tratada de esa manera y propone algunos interrogantes -desde su posición de mujer víctima de violencia ginecobstétrica y profesional de la salud, ya que es fisioterapeuta- que no es posible responder en esta investigación, pero su importancia radica en que esos interrogantes sin respuesta hacen parte de la vivencia de ella y otras mujeres que son víctimas de este tipo de violencia: ¿por qué suceden ese tipo de tratos?, ¿será posible que los profesionales pierdan el sentido de compasión o bondad frente a las desgracias ajenas?, ¿es cierto que se acostumbran a enfrentar el dolor y la muerte, hasta tal punto de ignorar la humanidad de las demás personas?, ¿será esta actitud una forma de defenderse emocionalmente a sí mismos?, ¿esa manifestación de insensibilidad será producto también de las condiciones laborales?, ¿o la explicación que debemos dar obedece únicamente a la supuesta objetividad de la ciencia médica, que no les permite

involucrarse emocionalmente con las pacientes? Analí manifiesta que la situación para ella en ese momento fue dolorosa, pero además, por la imposibilidad de estar con alguien de su confianza y en situación de abandono, “con quien pudiera llorar” y que “la entendiera y compartiera su dolor”, más el trato cruel de parte de los profesionales de salud, ella sintiera en ese momento que las circunstancias acabarían con ella y que no iba a sobrevivir a tanto dolor, se sentía incapaz de aguantar y sobrevivir a la pérdida de su hijo.

### **3. La sexualidad de la mujer parturiente**

Durante el trabajo de parto y parto institucionalizado en el ámbito hospitalario la palabra placer o libido, pareciera inexistente, son otras las prioridades, pues la representación más habitual sobre este proceso es relacionarlo con dolor, ya que la posibilidad de tener en cuenta otros saberes y prácticas sobre el parto no tiene espacio para el conocimiento médico ginecobs-tétrico occidental. Una mujer quien me compartió su experiencia de parto en casa, afirma que para ella, el acto de parir fue un acto espiritual, afirma que sintió la presencia de su madre (ya fallecida) y de Dios durante su experiencia, lo que se lo atribuye a la posibilidad que tuvo de danzar, cantar, dibujar, hacer mantras y moverse mientras estaba en trabajo de parto en compañía de su compañero y dos parteras. Otra mujer me contaba que su parto fue “muy sexual”, antes de tomar la decisión de ir a la clínica, hizo trabajo de parto en su casa, donde sostuvieron relaciones sexuales con penetración coital con su compañero. Lo hicieron porque sabían que las prostaglandinas del semen estimulan las contracciones uterinas, pero aparte de la funcionalidad del acto, ella afirma que fue bastante placentero y que las contracciones en esas condiciones, no fueron dolorosas. Luego, el trabajo de parto y el parto pudieran ser eventos con un significado sexual placentero y/o espiritual, o por lo menos tratando de no generar sufrimiento en la mujer, si se cuenta con ciertas condiciones de respeto, espacio, conocimiento propio, acompañamiento afectivo e intimidad.

Si bien, para ser mujer gestante, se tuvo que haber participado en un acto sexual de penetración ¿en qué condiciones? solo cada mujer lo sabe, mientras que al modelo de atención médico no le interesa. Pero la respuesta a esta pregunta es un elemento fundamental para explorar la vivencia de cada mujer sobre su propio proceso de gestación. Porque no es lo mismo haber sido obligada, desde una violación, hasta el consentimiento forzado y sutil a las que están sometidas algunas mujeres con sus parejas hombres, a planear y desear el embarazo, y tener relaciones sexuales con fines reproductivos. No es lo mismo quedar embarazada en un proyecto de pareja a largo plazo, a quedar en embarazo con una persona con la cual solo se tuvo una relación pasajera. No es lo mismo quedar embarazada en la primera relación sexual, a quedar embarazada luego de un largo trayecto de actividad sexual frecuente. Y así sucesivamente se pueden nombrar una lista larga de particularidades.

Existen otros saberes y prácticas con respecto a la experiencia de parto que pueden llegar a generar apropiación del cuerpo y las sensaciones del mismo, lo cual requiere intimidad, respeto hacia las manifestaciones, deseos y emociones de las mujeres en trabajo de parto y parto, un acompañamiento afectivo sin intervenciones médicas innecesarias, pero sobre todo, se necesita entender que la experiencia de parir y nacer es irreplicable, requiere del máximo respeto por el cuerpo y las mujeres como personas,

es fundante de la manera de relacionarse de cada mujer con su hija o hijo y su pareja (en caso de tenerla), que podría ser una experiencia de crecimiento personal y autoconocimiento, no solo para las mujeres que paren, sino para las personas profesionales en salud -si fuera este su interés- que las atienden, pues con su labor pudieran generar una gran posibilidad de significar la vida, al tener que orientar a las mujeres en un proceso único y ser testigos de tantos nacimientos en las salas de parto.

La conducta sexual parece de lo más sensible a la cultura, a las transformaciones sociales, a los discursos, a las modas. Por eso, solo podemos comprender las conductas sexuales en un contexto específico, cultural e histórico. De ahí que, más que una historia de la sexualidad, existan historias locales, con significados contextualizados. Aunque la libido sexual es universal no se puede pensar en una experiencia común de todos los seres humanos, a través del tiempo y el espacio, sino en cambio hay que indagar cuales son las historias concretas y cuáles son las lógicas sociales que le dan forma y contenido a la sexualidad (Lamas, 1995). Pero, por las situaciones de dominación que se viven en el ámbito hospitalario, se desconoce la posibilidad de controlar y vivir un suceso sexual positivo. *Primero*, porque no se tienen en cuenta las particularidades, las condiciones sociales de la mujer, que hayan podido influir en la concepción y desarrollo de la gestación y; *segundo*, la forma de atención a las mujeres supone que no hay sexualidad en el acto. Pero sí la hay, el deseo sexual, el placer, la libido parecen inexistentes, pero es precisamente una ausencia presente de la sexualidad de las mujeres en el discurso y la práctica médica, lo que me sugiere su negada existencia en forma de mutación.

En el espacio médico hay una constante de desexualización de todos los cuerpos de los y las pacientes. Puede ser, que el profesional no lo divise, pero para muchas mujeres las experiencias vividas son percibidas como eventos sexuales desagradables. Así entre los médicos ginecobstetras se afirma que no hay un acto sexual, las mujeres sí lo sienten como tal, por la desnudez y la manipulación de sus genitales. Pero, no porque el discurso médico no lo diga, no quiere decir que el parto en el ámbito hospitalario no sea una experiencia sexual; en la medida en que las mujeres sienten que permanecen desnudas, son expuestas, tocados y manipulados sus senos y genitales por el personal médico; por las experiencias que van viviendo en el parto tienen sentimientos y emociones, que son recordados posteriormente como eventos significativos desagradables en torno a sus genitales, al permanecer en cama, desnudas, con las piernas separadas, como enfermas y a la disposición de otras personas.

*"venía el médico, además venían 20 personas diferentes a mirarme, **me abrían las piernas me metían la mano** y decían "todavía no, todavía sí y ahora ya está, y ahora la fuente y hay que romperla"...Laura, 1998*

Reconocer como se construye el discurso de la sexualidad "es un elemento básico para explorar las pautas de dominación, subordinación y resistencia que moldean lo sexual, y para analizar los discursos que organizan los significados de las diferencias sexuales" (Lamas, 1995). Es así que, por la manera en que son manipuladas y la penetración constante a la que son sometidas, a las mujeres gestantes y parturientas, se les genera una cantidad de sensaciones desagradables en torno a sus genitales. El acercamiento de una persona que ya se sabe que va a explorar, hurgar y decidir, produce estrés y ansiedad, y cuando *le meten la mano*, tienen sus dedos dentro de la vagina genera una

sensación de dolor y sometimiento corporal y emocional, percibido entre las mujeres como inicuo y malintencionado, lo peor es que al parecer no se pueden oponer. Por eso, sugiero que de acuerdo a las reflexiones en común de las mujeres con las que he tenido la oportunidad de compartir sobre este tema, no solo las mujeres entrevistadas para esta investigación, la sexualidad en este contexto se encuentra alterada y trasformada en un *invisible presente*, es una situación sexual pública, dolorosa y de sometimiento, porque puede llegar a tener efectos sobre la manera de abordar más adelante la genitalidad y vivencia del deseo sexual.

Pero además, irónica y contradictoriamente, en los tratos que reciben las mujeres gestantes se evidencia un castigo merecido por el *innegable* placer que sintieron cuando concibieron su embarazo. Y digo innegable en tono sarcástico, pues como ya lo expuse anteriormente las condiciones en que se concibe y desarrolla la concepción y el proceso de gestación son particulares de cada mujer. Por lo tanto, es un error asumir que en general, todas las mujeres disfrutaron durante el acto sexual; es más inadecuado todavía, pensar que sí lo disfrutaron, merezcan ser castigadas y recibir entonces lecciones de moral por el uso de su derecho a la libre disposición de su propio cuerpo; y es un desmán, además, pretender dar lecciones de cordura y buen comportamiento y moral, mientras se está pasando por un proceso crítico y de mayor vulnerabilidad, como lo es el trabajo de parto y el parto.

*"...éramos una cantidad de mujeres en un cuarto, todas pujando, gritando... una enfermera pasaba y nos regañaba... mmmm (silencio)... "le apuesto que así no gritaba cuando se lo hicieron" por ejemplo..."* - **Charlotte, 1988**

*"le dicen a uno "así cómo metió las patas"... "así como se puso a tirar con ese tipo, pues hágale" Por eso, mira... a mí en el parto como 20 me metieron la mano, y yo... Horrible..."* - **Anais, 2002**

*"y el médico "y grite y verá"... y "téngalo ahí mamá, eso sí, quién la mando"..."* - **Karina, 2010**

*"Ese doctor tenía como una pelada de esas que estudian y le dijo a ella que me hiciera el tacto. Ella me lo hizo, pero me lo hizo suave, yo no sé qué es lo que tienen que tocar. Ella dijo "yo no lo siento", entonces él le dijo "pues hágale duro", y cogió los dedos así y ¡uich! me los mando el tipo, eso fue como... yo digo que eso le duele a uno, pero no, así no, tampoco, abusó...yo sentí que fue a propósito, yo dije "ay" y él "eso sí, quien la mando"..."* - **Anna, 2010**

*"en este momento usted no puede pensar en usted, tiene que pensar en ese bebé, o sino ¿quién la mando?"...* - **Betina, 2011**

Entonces la sexualidad femenina en el ámbito ginecobstétrico durante la experiencia de parto no solo se oculta y se niega, sino que, contradictoriamente se condena. El posible sufrimiento de las mujeres parturientas en las salas de parto no es responsabilidad de las

y los profesionales que las atienden, ni del modelo de atención tecnocrático, sino una consecuencia bien merecida por *lo que hizo, de su comportamiento sexual*. Especialmente las mujeres jóvenes son las más castigadas y puestas en escarnio.

## 4. A las mujeres les pasa cosas

*"...o sea, yo era un sujeto al que le pasaban cosas (risas)... Yo no sabía nada..." – Laura, 2011*

Las mujeres entrevistadas percibieron que sobre ellas se dieron situaciones que parecieran alejadas de sí mismas, sin conocimiento exacto de la causa de las mismas y con pocas posibilidades de cambiarlas. Fueron situaciones que las afectaron y transformaron profundamente, que llegaron incluso a cambiarles la manera de vivir su cotidianidad. Todas las mujeres entrevistadas afirmaron que no tuvieron la posibilidad de tomar decisiones de manera autónoma, sino que, por el contrario les fue negada esta posibilidad. Quienes lograron tomar algunas decisiones lo hicieron imponiéndose, aunque no se sintieran seguras de hacerlo.

*"creo que está completamente negada la posibilidad de decidir..." - Laura, 1998*

*"la única vez que tomé una decisión y eso, porque me impuse, pero si te soy sincera lo hice con miedo, porque yo estaba en un estado de vulnerabilidad en ese momento" – Malou, 2000*

*"Creo que la única decisión que pude tomar autónomamente fue decidir si lo tenía o no lo tenía" – Betina, 2003*

*"...a uno le imponen muchas cosas." – Iris, 2005*

*"Yo tuve que imponer mis decisiones, de hecho tuve un agarrón en los dos embarazos" – Analí, 2008*

*"...es como "usted está aquí sola, la vida de su hijo y su vida, pero no puede actuar como su instinto se lo indique" – Beth, 2009*

En muchos de sus relatos hablan en tercera persona: "me hicieron", "me dijeron", "me pasaron", "me pusieron", "me colocaron", etc. por esa baja posibilidad de decidir de manera autónoma, más la jerarquía legitimada inherente al modelo de atención. Se sintieron abandonadas, tratadas con negligencia, insensibilidad, dominación e intolerancia. Por eso temieron preguntar pues se les infantilizó y descalificó, se sorprendieron de manera no grata, al escuchar un lenguaje técnico e incomprensible, en ocasiones con un lenguaje ofensivo, altivo y amenazador, con un lenguaje corporal mudo y arrogante, con una condena sobre su sexualidad, en un ambiente frío y sin intimidad. Les pasó que fueron objeto de estudio y de intervención, en la más profunda soledad por ser unas desconocidas tratadas de manera impersonal.

El **abandono, la negligencia e insensibilidad**, sucedieron en las salas de parto, cuando las mujeres entrevistadas pasaron horas acostadas sobre una camilla sin tener atención, fueron reprendidas o puestas en escarnio público cuando manifestaron dolor o incomodidad, en momentos tan críticos y de máxima agitación como las contracciones del final del trabajo de parto y el periodo expulsivo, se encontraron con la indiferencia, y en ocasiones sobraron las excusas, como la seguridad de los y las obstetras para no dar atención a las mujeres.

*"No, yo lo único que me acuerdo... es estábamos solas, pasábamos solas la mayor parte del tiempo... pasaba a veces alguien, una mujer, una enfermera y nos regañaba, o sea no... esa era la atención, ¿me entiendes?..." – Charlotte, 1986*

*"te dejan ahí, ni siquiera dicen, "¿está bien?, ¿está mal?" y como a la media hora vuelven "muévase mamá, haga no sé qué", pero no te están... no están contigo" –Karina, 2010*

*"... a mí no me colocaban atención, me dejaron sola en la sala, como una hora y media y yo llamaba y les decía como para que me dejaran entrar a alguien o para que me dieran la mano mientras tanto, pues porque me estaba doliendo y no me dejaban... "ya, ya quédese ahí que ya la vamos a atender, quédese ahí" y... pues nada... duré como una hora así, revolcándome y siempre me mandaban así... "ahhh que no sé qué, que sí sé cuánto, quédese ahí quietica", y me dejaron sola... me dejaron a mí sola y a la otra niña también solas, solas ¿por ahí qué? unas cuatro o cinco horas..." – Gaitana, 2011*

Pasó que las inquietudes que expresaron fueron el detonante para encontrarse con reacciones de **intolerancia y dominación**. La forma en que fueron abordadas algunas de ellas fue ruda, se les anunció desde la entrada cuál sería su posición en un lugar de jerarquías y el comportamiento que se esperaba de ellas. De esta manera las mujeres parturientas iban entendiendo que las decisiones sobre sí mismas eran responsabilidad de otros, para algunas los y las profesionales en salud se hicieron intocables, reposaban en una posición lejana y más arriba que ellas.

*"... desde que ingresé al hospital... y desde que entras "¿usted es madre?" empiezan a hacerte preguntas "¿madre primeriza? Ahh, no, entonces no le bajen silla de ruedas porque es que ella tiene que caminar, iy llore, y verá que es que no la atendemos!"... desde la entrada la recepcionista y ¿bueno que va a pasar de aquí arriba? y empieza ella "y llore, llore que de una vez no la atienden y la dejan de últimas, así que no se ponga"... pero como tú ya vas con el sirilí de la chica "llore y verá y iqué camilla!, camine que eso le sirve" y yo la miraba... ¿pero cómo así? (risas) (...)*

*(...) Él se la pasa dando vueltas, pero "a ver ¿cuál?, puje mamá, puje" se la pasan diciendo es eso... lo gritan a uno ahí y "no me toque, no me mire", o sea, si tu llamas al médico es que me duele no sé qué... "ay no, no, mamá, no sea cansona" entonces el trato es así... pues no tiene ni siquiera don de gente para atender al personal que está ahí... las enfermeras también son toscas -no todas- pero sí son toscas para atenderlo a uno... ellos*

*deciden por uno y punto "esto se va a hacer, esto es así y ya" y no hay di'otra... "usted cálese, reprímase y ya"... - Karina, 2010*

Por el **temor a preguntar o solicitar atención**, tomaron decisiones sin consultar, con base en sus propias creencias y conclusiones, algunas de ellas se causaron daño. En esas ocasiones el trato fue vejatorio, el escarmiento fue una reacción inmediata buscando se sintieran culpables, y de esta manera justificar la obediencia que se les había impuesto desde la entrada a la sala de parto.

*"Yo me acuerdo que yo dije "si yo empiezo a pujar desde ahora voy a tener esto más rápido y yo empecé a pujar antes de que debiera pujar y me hice un hematoma, entonces eso fue tenaz, porque la vaciada fue mayor ¿no?... eso "icómo se le ocurre!, iahora se hizo un hematoma!, iahora se va a demorar más! y iah ¿a usted quién la mando que hiciera eso?!, ¿cómo va a pujar?!, ¿ah cómo se le ocurre?! Ah ise hizo un hematoma!"... entonces "doctor, que venga que esta señora se hizo un hematoma" (risas) me acuerdo y jueputa, pero uno no sabe nada..." - Charlotte, 1986*

*"No, las embarazadas las tratan como si no... ¿sabes cómo me sentí yo? Como si hubiera hecho algo malo. Asustada y con miedo... a mí me daba miedo decirle a la enfermera "mira"... Si, a mí me dio un miedo, no más de llamar la enfermera... porque de pronto me iba a regañar... le dije a una enfermera que si me ayudaba a poner el pato y se puso furiosísima "¡ay espérese!" - Anais, 2002*

Las mujeres entrevistadas tenían falsas expectativas sobre la experiencia de parto en un ambiente hospitalario. Por ingenuidad, algunas solicitaron ayuda, con la intención fidedigna de recibirla, pero la respuesta que encontraron fue que les **infantilización y descalificación**. Para ello el **lenguaje**, el tono y los significados de las palabras son percibidos por las mujeres como humillaciones y amenazas. La infantilización y descalificación se evidenció especialmente con las mujeres entrevistadas más jóvenes.

*"... porque en un momento cuando ya empezó a dolerme mucho yo llamé a la enfermera y le dije "es que yo creo que ya es hora de que me pongan la anestesia" y la vieja soltó la carcajada "Ay, no mijita, aquí no es así, olvídense, no sé qué" y yo "bueno, pues si no es así pues ¿qué puedo hacer?", como que nadie me decía algo como "bueno, tenga..." No, la enfermera me dijo "pero ¿qué quiere que haga?" - Laura, 1998*

*"lo primero que me dicen es "vamos a canalizarla, no vaya a empezar a gritar, porque ustedes las primerizas son muy escandalosas y más, culicagadas como usted"... me dijo "y deje tanta alharaca, vaya y se cambia y espero que adentro no me haga alharaca, porque aquí ya quedamos usted y yo solas"... "le vamos a poner líquidos para que le paren las contracciones y verá que eso son solo ganas de joder suyas", ¡así me habló ¿sí?!" - Betina, 2003*

"Me dice "usted es una primigestante añosa y..." pero así de un genio espantoso, ese señor... "usted es una primigestante añosa ¿qué le pasa? No sé cuánto" (...)

(...) El día de la cesárea, de repente entra una tromba marina "¿usted por qué llegó tarde?... isi ve!, isi ve! ¿y ahora que vamos a hacer?"... el ginecobstetra me estaba... ese fue el saludo "¿Y a usted que le pasa? ¿Usted por qué llegó tarde?" (...)

(...) el doctor era "rápido, rápido" como que "me tengo que ir a dictar una clase... o me tengo que ir a abrir otra panza" ¿sí? como que "quiubo, a ver, yo no sé cuántas, muévase, eso, eso". **–Helaine, 2011**

"Y después la médica "ay, si no se queda quieta, entonces toca ponerle general y usted así no puede ver a su bebé"– **Lucy, 2010**

Pasó que algunas mujeres se volvieron a enfrentan a la **ausencia de lenguaje hablado**, pues manifestaron que ya lo habían vivido durante algún evento del proceso de gestación, como los silencios frecuentemente arrogantes, donde se les negó la información sobre los procedimientos médicos propios de la atención al parto.

"yo nunca supe qué me pasó, ni qué fue, ni nada... porque a mí nunca me dijeron que me había pasado, ni porqué fue la hemorragia, ni porqué yo me sentía eso grande, ni porque me ponían el hielo... yo no supe nada"– **Emelie, 2004**

"Entonces me empezaron a coser. Entonces yo le decía a ella "oye ¿cuántos puntos cogiste?", "yo nunca cuento eso", "no, pero yo quiero saber", "no, yo nunca cuento eso" entonces yo le dije "me está doliendo mucho" y entonces me pusieron anestesia y ya me pasó el dolor"–**Anais, 2002**

"Con mi primera hija fuimos al primero (un obstetra), que ni siquiera nos miró a los ojos"– **Helaine, 2008**

Las mujeres manifiestan que el **lenguaje técnico en ocasiones resulta escueto y agresivo**. Ellas se convirtieron en productos y resultados de la aplicación de la ciencia y tecnología médica, que generalmente iba acompañado de una postura corporal fría y desinteresada. También un lenguaje cargado de prejuicios y estereotipos, donde algunas mujeres se les continuó acusando y culpabilizando por malo que podía pasarles.

"Me pareció algo muy agresivo, la historia clínica decía que era "producto no vivo", me chocó muchísimo porque, o sea, ¿yo tengo un producto?, yo no soy un ser vivo sino un producto, eso a mí me chocó muchísimo"–**Anali, 2006**

"ingreso yo sola y el médico me dijo "!mire! la verdad le voy a ser muy sincero, lo que sucede es que tiene que quedarse hospitalizada" y yo "¿por qué?", "no, lo que pasa es que



*el producto está muerto”, así esas palabras textuales “el producto”... Yo decía “¿es que es multiplicando, dividiendo, son productos matemáticos? ¡a ver!”... “el producto está muerto y tenemos que sacarlo, con un legrado”... entonces yo salí llorando y mi mamá me dijo “¿qué paso?”—Betina, 2003*

*“¡ay pero eso fue traumático!... pues imagínese usted que le digan que su hija está deprimida y que llegue usted y le encuentre con mangueras por todo lado, conectada a 50 mil aparatos, metida dentro de una caja donde usted ni la puede tocar y le están diciendo que está en las peores condiciones, que la tienen sedada, porque si se despierta se aloca a convulsionar, que pues por eso era la babaza...yo creía como una idiota que depresión era depresión de tristeza (risas y lágrimas)... Entonces yo dije “ayy juemadre, eso debe ser porque yo lloraba, porque... ¿sí?”... yo pensaba eso, tonces pues claro, el impacto mío fue tenaz, entonces yo empecé a llorar y todas las enfermeras “si va a llorar se sale, porque eso a su hija no le sirve” y yo “pero ¡a ver!...o sea, yo no puedo entrar cagada de la risa”... tonces... fue un choque... feo... de muchos días de yo aprender y asimilar que yo no podía llorar porque a ella le afectaba ¿sí?...—Emelie, 2004*

*“... o sea, a uno le hablan en esos términos, “vamos a desembarazarla hoy” y uno dice como que “no me quite eso”... fue muy desagradable, fue muy desagradable... “no, es que... ilos años, los años, un útero viejo es un útero viejo!...” esas eran las frases del médico... “es que un útero viejo, es un útero viejo, una placenta ya a esa edad...” por eso me hicieron cesárea, por primigestante añosa “por favor...Usted está muy vieja para esas cosas, usted para pujar huyyy no, no, no”. No “yo pa’ que le voy a poner a usted Pitocín”...—Helaine, 2008*

A las mujeres también les pasó que tuvieron que contar con la **presencia de profesionales en formación**. Entre las mujeres entrevistadas y las que asistieron a los cursos hay un consenso en que deben haber espacios de práctica en medicina para las personas en formación, sean pasantes, residentes, estudiantes o internos, pero es importante que este tipo de prácticas se realicen en un ambiente de respeto por las mujeres que están en trabajo de parto y parto. Las palabras más pronunciadas para describir lo que se siente en estas situaciones es *incomodidad, vergüenza y rabia*, al no ser tenidas en cuenta como personas, pues fue usual que a estos médicos, médicas y estudiantes no les interesará el nombre de la mujer que están interviniendo, ni cómo se sentía en ese momento, tampoco les pidieron consentimiento para realizar los procedimientos o para poder dar explicaciones a los estudiantes.

*“pero, lo jarto es que esto era también como con estudiantes, entonces me rompieron fuente enseñándole a otros como se hacía... Había un grupo de cinco y el médico que me lo estaba haciendo, les explicaba cómo se hacía...”—Laura, 1998*

*“Mientras que aquí entonces, está la enfermera, el médico, la cantidad de residentes y todo el que quiera entrar... entonces es otro punto de vista que pues ¿jm? Así cómo, hay*

*tanto personal médico solo mirado, jm, es ¿por qué a uno no le permiten una persona de confianza?, que este pendiente de uno en ese momento y se dé cuenta cómo son las cosas... porque entonces empiezan a mostrarle los detalles de su vagina, de su placenta, a todo a los residentes, a todo el mundo”– Emelie, 2004*

Los y las estudiantes aparecieron en grupos de personas, con cantidad de conocimiento aprendido qué era necesario hacer práctico, personas quienes tienen curiosidad por el cuerpo de las mujeres, especialmente por la parte genital, sin tener en cuenta que es un gran tabú en nuestra cultura, que contiene tantos significados y símbolos, entre ellos el pudor. La sensación de invasión de sus propios con el poder que les adjudica su calidad de estudiantes de una facultad, su profesor de práctica, sus batas blancas y verdes, los gorros y tapabocas desechables y el ambiente blanco y frío donde las jerarquías son tácitas y donde las personas en formación están más arriba de las mujeres y más abajo que las y los médicos obstetras profesionales. Especialmente en instituciones médicas públicas o universitarias se hizo a las mujeres presas de toda una serie de situaciones que atentaron contra su dignidad, intimidad y autonomía.

*"Allá es práctica de los estudiantes... pero el tema ahí es que uno está en su trabajo de parto y pasan 5, 8... no sé cuántos practicantes y todos te hacen tacto ¿cierto? A mí eso me parece que es violento. Es como que si hay 8 chicos en práctica, cada uno pasa cada media hora, no se cada cuanto, pero para uno es a cada rato: un tacto, un tacto... y para ese proceso que uno está viviendo, eso es... Nada del nombre, nada de "permiso". Eso es: "abra las piernas y déjese hacer un tacto"– Ludmila, 2003*

En uno de los relatos se evidencia, cómo en ocasiones las personas en formación no cuentan con el acompañamiento de los profesionales o profesores de práctica para examinar a las mujeres gestantes, y atienden a las mujeres en grupos, por lo que pueden llegar a presentar contradicciones entre ellos, lo que sugirió a una de estas mujeres que sus diagnósticos no son confiables, tampoco los tratamientos, les produjo la sensación de incoherencia en la atención que recibieron, pues sienten que no hay alguien realmente con el conocimiento y la experiencia que las pueda orientar. Repitieron procedimientos en la misma mujer, pues todos deben hacer la práctica, las mismas experiencias desagradables debieron vivir algunas de ellas, colocándose en riesgo iatrogénico.

*"entré y allá no atienden doctores, doctores especialistas no, allá como hay varios practicantes de la Javeriana a mí me atendieron 3 muchachos, dos muchachas y un muchacho, eran médicos generales. Me pasaron, que me desvistiera, me pusieron la bata, me tomaron la tensión, los tres. Primero uno, luego el otro, me miraron los ojos y en general. Uno dijo "tiene tanta tensión" y la otra dijo "no, tiene tanto" entonces ¿sí?... Y los tres me hicieron el tacto y eso a mí me hizo sentir muy incómoda, porque si uno va con un doctor y los tres... entonces... ahí si llegó un doctor, que era el profesor... Y ya después, cuando llegó el doctor, dijo "¿qué pasa con esta muchacha?" y le dijeron "es que yo le tengo la tensión alta" y él dijo "tan raro, venga yo se la tomo" él me la tomó y me dijo que estaba normal y me la tomó otra vez la misma muchacha y que "no, que mire"... entonces*

*ahí me dijo que tenía Hipertensión Arterial y de una vez me dijeron "vaya y cámbiese" cuando yo estaba cambiándome, yo escuché que le decían... es que ni siquiera me dijeron a mí. A mi tía "no, a ella hay que hacerle cesárea, a ella ya no se le puede hacer nada más, porque tiene la pelvis muy chiquita y el bebé ya está que se sale". – Lucy, 2010*

## 5. De otras mujeres, compañeras de parto

"Podemos re-significar la maternidad y reconocer en ella el privilegio de una relación entre dos mujeres de generaciones distintas, compartiendo un mismo espacio, interactuando consciente e inconscientemente todo el tiempo; privilegiado porque la relación se puede convertir en un espacio de aprendizaje mutuo de sororidad (solidaridad entre mujeres)"

Clave Feministas

Para Luisa Posada Kubisa (1995) la conciencia femenina de su sometimiento dentro de la estructura patriarcal y la revuelta ante el mismo recibe un nombre inicial: sororidad. Las manifestaciones de violencia ginecobstétrica no se presentan en casos aislados, sino que se trata de toda una estructura de pensamiento y prácticas donde las mujeres que entran a vivir su experiencia de gestar y parir en el ámbito médico occidental son vulnerables de vivirla. Las mujeres entrevistadas, fueron testigas de situaciones similares con otras mujeres con las que compartieron en las salas de parto, específicamente. Lo cual, nos sugiere la conciencia de manera individual del sometimiento colectivo de las mujeres, con unas pocas acciones individuales de resistencia y protección entre "compañeras" que han sido maltratadas también.

*"Y vi a muchas de mis compañeras gestantes que las trataban re-mal, re-mal... casi que a mí me provocaba meterme: "¡No se queje!", "¡ya va pujar!", "ay no, no, no esa lloradera" –Anali, 2008*

*"...ella de lo que vio estaba asustadísima terriblemente... también era primeriza, también siente una contracción súper fuerte como a las tres de la mañana y "ayyy mamá es una contracción ¿qué espera?"... no haga escándalo por eso", entonces uno...o sea, todo va a esa manera fuerte de hablarle a uno..." – Karina, 2010*

*"Como para abrir las piernas no le dolió". Yo lo escuché con la señora que estaba al lado mío. Yo le dije a la enfermera "no le diga así" y ya la vieja como que se tranco" – Anali, 2008*

Los relatos también dan cuenta de solidaridad y apoyo emocional entre las mujeres, sintiendo que estaban realizando la labor de acompañamiento que para muchas es labor de los profesionales de salud principalmente. Estos momentos de apoyo mutuo solo se presentaban cuando los y las profesionales de salud no se encontraban en el lugar, pues por el aspecto disciplinante del modelo de atención, muchas mujeres que hablaban entre ellas fueron cohibidas o separadas para evitar la comunicación.

*"No quisiera volver a estar allá... tal vez a las compañeras que tuve no las cambiaría, porque fueron unas buenas compañeras para la situación... pero si cambiaría la clínica, cambiaría el médico y a las enfermeras, todo eso lo cambiaría, por ejemplo, yo sentí más apoyo de otra madre que estaba ahí lista para (...)*

*(...) todas calladas, en medio de que... dos a punto de tener bebé, dos en inducción de parto y ellas, o sea, "vamos a hacer las veces de médica"... "mamita tranquilízate, vas a respirar..." (risas)...o sea, eso espera uno del médico "vas a respirar..." pero es la otra chica la que te está diciendo todo(risas)... "no, trate de cogerse las piernas, tal ejercicio es bueno mamá, recuerda, recuerda... porque yo sé que es estar en esta situación", pero no te lo está diciendo el médico te lo está diciendo es una compañera que tienes ahí para parto... pero pues en algo, lo que te digo: la chica que me estaba ayudando se acordaba de todo... yo no me acordaba de nada por los nervios, ella si se estaba acordando de todo, y funciona... funciona mientras...o sea, es gratificante..." – Karina, 2010*

*"Había una sardina que lloraba mucho... y yo le decía "no llore, no ve que si usted llora, el chino le sale chillón" (risas) y se dieron cuenta y lo primero que hicieron fue cerrar la cortina... y empezaron a dividir... entonces uno quedaba otra vez tururú tururú" – Betina, 2011*

La falta de intimidad fue otra característica detectada del modelo de atención en las salas de parto a las que asistieron las mujeres entrevistadas, la que hace que las mujeres sean testigas de eventos significativamente violentos con otras mujeres, lo que aumenta el nivel de estrés de aquellas quienes acaban de llegar o están aún en las primeras fases de trabajo de parto. Pensar que eso desagradable que está sucediendo públicamente con otras mujeres se convierta en un elemento de temor y vergüenza, ninguna mujer quiso pasar el descontrol, el dolor y sufrimiento, y menos en frente de personas desconocidas. El ambiente en una sala de partos es para muchas mujeres *terrorífico*, no quieren volver a parir en esas condiciones (Ver anexo dos).

*"Pues porque vi sangre, y gritaban y escuchaba lo que gritaban y yo: "ya voy para allá" ...Entonces yo miraba aquí las camas y si volteaba aquí había señoras con las piernas abiertas, pariendo (risas) y gritando, o sea, era... yo vi parir a muchas y eso me asusto mucho" – Laura, 1998*

*"La señora estaba en frente mío, eso nunca se me va a olvidar, y a ella ya se le vino el bebé, ella grito, al bebé ya se le veía esta parte de aquí del pelito, llegaron los residentes y le dijeron "no mamá, siga pujando porque todavía le falta, así no sale"... ya cuando salió la cabeza y parte de los hombros entonces ahí sí "no, vamos para sala de parto"... " – Betina, 2003*

*"Huy no, eso me pareció una carnicería, era horrible, era horrible... Yo lo único que hacía era pedirle a Dios que saliera de allá lo más rápido posible. O sea, yo cuando ingresé a la*

*sala de parto y vi que era un reguero de camillas llenas de señoras con barriga, trabajando y todo... cuando yo entré, yo sentí que yo entraba como a un matadero, esa fue la sensación que yo tuve. O sea, para mí no fue nada agradable el primer parto, el de mi primer hijo, no para nada, fue horrible, fue traumático. Yo sentía que entraba al matadero, literalmente” –Malou, 2000*

## 6. Las rutinas médicas en la experiencia de parir

“La medicina nos reduce al silencio”: Jean Clavreul (1983)

Las rutinas médicas actúan como dispositivos/mecanismos de la violencia gineobstétrica, son procedimientos estandarizados a los que las mujeres son sometidas cuando usan los servicios de salud. Ocurren en todas las instancias de la ruta de atención, pero en las salas de parto se hace más evidente. Se manifiestan en una lista ordenada de procedimientos que deben ser aplicados a las mujeres, en ocasiones sin excepción, así se convierten en un deber ser. Cuando una mujer se niega o cuestiona el uso de estos procedimientos, transgrede la lógica médica, es una posibilidad bastante osada, por lo cual se le llama la atención por *no dejarse atender*.

“Estos procedimientos de rutina corresponden a conductas aprendidas, repetidas, las cuales no llegan a explicarse, sino que se asumen como correctas porque así se ha venido haciendo por muchos años, y es la única forma de prestar atención obstétrica que conocen los profesionales en salud. Están tan arraigadas en el cuerpo médico, debido a la constante repetición, que se convierten casi en actos inconscientes. Se mantienen estas prácticas como rutina de atención, por encima de las consecuencias que puedan tener en la vida y la salud sexual y reproductiva de las mujeres, son conductas significantes que expresan en superlativo, que el modelo tecnocrático y medicalizado se ha impuesto en la disciplina médico-obstétrica”. Algunas de estas se realizan con base a la patologización permanente al que se exponen las mujeres parturientas, lo que significa que algo malo puede llegar a pasar y hay que estar preparados. “En las salas obstétricas prevalece el desconcierto y la incertidumbre, bajo estos signos labora el personal de dichas áreas, por ello, la rutina de trabajo les da la sensación de seguridad frente al acecho de la emergencia y la patología” (Camacaro, 2010:141).

La manera indiscriminada con que se practican los procedimientos médicos, obedece a la concepción universal y objetiva de la ciencia médica. Así, todos los cuerpos de las mujeres son iguales y requieren el mismo tipo de tratamiento y todas pasan por un proceso, que ni siquiera es similar, sino que es exacto. En esta concepción del cuerpo universal, al que hay que intervenir de manera homogénea y objetiva, se busca además, la facilidad en el trabajo del personal en salud. Los procedimientos médicos -aplicados como rutinas- más usados son: el uso de oxitócicos para inducir el trabajo de parto, ruptura artificial de membranas, episiotomía en el momento del parto (incisión quirúrgica para ampliar la abertura de la vagina), rasurado púbico, tacto vaginal, parto en posición obstétrica (acostada de espalda sobre la mesa de parto con las piernas separadas, flexionadas y apoyadas en piñeras), práctica de una segunda cesárea después de un parto previo por cesárea, uso de Forceps y la realización de enemas. Esta cadena de

procedimientos se desarrolla en un continuo de maltrato y violencia, porque la mayoría se imponen, sin explicaciones a las mujeres y sin contar con sus deseos o posibles conocimientos. Esta medicalización de la embarazada y del proceso de parto exige a su vez, el cumplimiento de ciertas normas, tales como: aislamiento de la embarazada una vez que es ingresada al área de trabajo de parto, desnudarla para usar batas desechables, prohibir el deambular, comer, beber, bañarse, separación del/la niño/a al nacer, el personal de salud vestido con monos quirúrgicos, botas, gorras, tapa bocas, y un ambiente hospitalario frío para mantener la asepsia hospitalaria, entre algunas de las normas establecidas (Camacaro, 2010:136-137).

El día del parto, las mujeres son acostadas con sueros intravenosos para garantizar una forma rápida de actuar, por si acaso ellas presentan una emergencia; pero entonces, la vía en vena no las deja deambular, lo que trae como consecuencia que las contracciones y la dilatación son más lentas, entonces le pasan por la vía intravenosa un oxitócico para aumentar las contracciones, al aumentarlas son más dolorosas lo que aumenta el estrés de la mujer, y de quienes la atienden, y por lo tanto se hace necesario aplicar un analgésico pues las contracciones en esas condiciones se hacen insoportables. Por otra parte al acostarlas en posición de litotomía disminuye la fuerza del encajamiento del feto y la fuerza de la mujer para pujar, lo cual conduce a la episiotomía para mayor abertura vaginal; eso trae más sangrado y vías de infecciones, además, como a ella le están saturando la herida de la episiotomía, no le dan inmediatamente su hijo o hija, generando una situación de angustia para la madre, además de inhibir el bajado de la leche por falta de estimulación inmediata del pezón. Al o la recién nacida hay que hacerle una serie de auxilios médicos porque como las contracciones fueron muy rápidas por los oxitócicos, las gleras no fluyen espontáneamente y hay que extraerlas con sondas, el frío del ambiente le puede producir hipotermia. Todo eso sin hacer mención de las circunstancias afectivas, emocionales, psicológicas que sufre una parturienta mientras su cuerpo es objeto de esta serie infernal de procedimientos médicos (Camacaro, 2010:157).

Así se presenta, durante el parto, un continuo de violencia ginecobstétrica, que finalmente es una extensión del continuo de violencia durante el proceso de gestación, el cual también tendrá lugar durante el periodo posparto. El siguiente paso, es entonces la hospitalización por parto, donde se imponen procedimientos médicos de manera rutinaria, es decir, se aplican a todas las mujeres por igual, sin discriminar por edad, número de embarazos y partos anteriores, actividades de preparación para el parto durante el proceso de gestación, los antecedentes de morbilidad, eventos de salud relacionados con el proceso de gestación, progreso del trabajo de parto cuando llegan al hospital o cuando imponen los procedimientos a las mujeres que se niegan o cuestionan la aplicación de los mismos.

En el continuo de violencia ginecobstétrica se les resta valor a las mujeres gestantes, así que cuando pasen en las salas de parto, cada parturienta ha interiorizado para sí misma los estereotipos de género propios del acto médico, lo que para Valls – Llobet (2009) es definida como inferior, invisible y con un cuerpo que necesita ser controlado, disminuyendo así su autonomía y capacidad de decisión, es un proceso que *hace víctimas a las mujeres de su propio cuerpo*, sustentado en las tres reglas del patriarcado: naturalización de la diferencia sexual como inferioridad, fragmentación de los cuerpos y la experiencia y, la objetualización de los sujetos.

De consecuencia y teniendo en cuenta la definición de Imaz (2010), durante el parto *el cuerpo interno* no solo es construido por el acto médico, sino manipulado en toda la extensión de la palabra. Ya no se trata de definirlo como lo que es o lo que debe ser, sino se trata de tocarlo, moldearlo, deformarlo con las destrezas manuales que han adquirido los profesionales sanitarios. *El cuerpo externo*, cobra sentido cuando la mujer con su cuerpo parturiente llega a una sala de trabajo de parto, donde hace una lectura (consciente o inconsciente) de la dinámica y funcionamiento de la sala a la que acaba de ingresar. La mujer identifica cada “personaje” (obstetra, enfermera, residente, anestesiólogo, las parturientas) por la postura corporal, la forma de hablar, lo que dice, a quienes se dirige, la manera como les habla, los espacios por donde se desplaza y los movimientos que ejecuta. Además, el atuendo que identifica la posición y condición de cada persona en este contexto determinado. Es así, que al llegar una mujer a la sala de trabajo de parto y ver que las demás mujeres están sobre sus camas, en silencio o quejándose y que además nadie les habla o cuando les hablan, lo hacen para llamarles la atención, no resulta difícil asumir cual es el personaje propio en ese espacio social. Y, *el cuerpo íntimo* es expuesto al público. Los senos, el ano y la vagina, son partes del cuerpo que no se muestran constantemente, hay un veto cultural sobre su exhibición, son partes del cuerpo profundamente sexualizadas. Según sus creencias y experiencias previas con la desnudez, el significado de ser desnuda puede llegar a tener una influencia muy traumática como indiferente, pero siempre violenta, porque pocas veces se da en un contexto de comprensión que indague por el orden simbólico de cada mujer, y se le ofrezca de acuerdo a las creencias de cada una, un trato que respete sus ideas sobre la desnudez y la forma en que cada una desea vivir su experiencia. Además, se les prohíbe que ellas mismas se toquen o manipulen sus propias partes, con el argumento que ella misma se pudiera contaminar.

Esa escena donde se vive el cuerpo en un contexto legítimamente violento, repetida en rostros y cuerpos diferentes, donde los rostros de las mujeres son tristes y desolados, donde su cuerpo es lastimado, invadido, poseído y expuesto, y a pesar de todo ello no son escuchadas, su voz tiene un eco vacío que carece de importancia, con graves consecuencias para su autoestima y ejercicio de la autonomía, pues algunas luego de que ya nace su hija o hijo, luego de ser pasada a recuperación, piden disculpas, se adjudican la culpa de lo malo que les haya pasado, se sienten avergonzadas de haber perdido el control y dan muestras de arrepentimiento por su “mal comportamiento, por haberse portado mal”.

Si bien es cierto que los cuerpos gestantes y parturientes pasan por ser construcciones sociales, pero también son organismos vivos con una fisiología específica, y en la cual justifica la realización de 16 procedimientos médicos utilizados en el parto institucionalizado, los cuales fueron identificados en los relatos de las mujeres que participaron en esta investigación. Al exponerlos en este trabajo busco profundizar sobre los efectos en el bienestar y la salud de las mujeres y sus hijos o hijas, con el fin de darle luces a la lectora o lector del porqué se considera que la aplicación de esta lista de procedimientos hacen parte de las manifestaciones de la violencia ginecobstétrica durante la atención del parto en ambientes de hospitalización. “Cualquier intervención obstétrica, a menos que sea moderada, tiende a producir una situación en que se requiera otra intervención posterior” (Zolla y Carrillo, en Figueroa, 1998), por eso, la necesidad de llamar la atención sobre limitarlas a las estrictamente necesarias. Se debe

problematizar sobre la necesidad de aplicarlos a todas las mujeres de manera rutinaria, explorando las posibles causas de su aplicación, así como las consecuencias en la salud de cada mujer, hijos e hijas.

### a) Prohibido comer y beber

Esta prohibición es el resultado de la medicalización del parto con la anestesia general, que empezó a usarse desde los años 40. Por ello se considera la aplicación de esta rutina como un retraso cultural dentro la misma obstetricia, pues las tecnologías en anestesia han cambiado y ahora es posible la anestesia regional, en caso de ser necesaria (Urrutia y cols, 2005).

En muchos lugares se prohíbe la ingesta de alimentos y se limita la administración de líquidos durante todo el trabajo de parto, debido al temor de que, si se utiliza anestesia general, se produzca una aspiración de contenido gástrico. Sin embargo, la morbimortalidad materna por aspiración de contenido gástrico es de 7/10.000.000 casos; además, una restricción en la ingesta no garantiza una reducción del contenido gástrico. En general, la suspensión de la ingesta de alimentos no molesta a las mujeres en trabajo de parto, ya que la mayoría no experimenta deseos de comer durante el mismo, pero si necesitan tomar líquidos, estos no deben ser restringidos. Por otra parte, el parto requiere una gran cantidad de energía, como la duración del mismo no puede predecirse, no debería restringirse en forma absoluta la ingesta de alimentos. En un parto prolongado esta restricción puede conducir a deshidratación y cetosis<sup>14</sup>. Estas complicaciones pueden evitarse permitiendo una alimentación ligera y líquida por boca. La imposición de restricciones favorece la idea de que el parto es un evento médico y no una experiencia de las mujeres (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2004).

*"y a cada ratito pasaban las enfermeras... y uno les decía "tengo hambre" y ellas todas "no, no puede comer, pero después de la cirugía sí, se lo juro que come" y uno "ya, bueno" y todas estábamos con esa mentalidad que después de la cirugía ya comíamos" –*

**Lucy, 2010**

Las mujeres se enfrentan a un incremento en la necesidad de energía similar al de una persona atleta en competencia. Por lo tanto, las calorías consumidas antes del ingreso a la sala de parto se deben tener en cuenta como un parámetro basal. Las mujeres con ingesta calórica baja, sumado a la restricción oral en preparto, no suplen las necesidades energéticas propias de este periodo. La mayoría de mujeres no requiere anestesia general, lo que hace que esta restricción de ingesta de comida y líquidos por la boca sea innecesaria y arbitraria con las mujeres parturientas, es otra rutina médica que se aplica por prevención, por si se presenta un evento fuera de lo esperado y sea necesario colocar anestesia general. Sin embargo, la intención es mantener el estómago vacío, pero el ayuno no asegura un vaciamiento gástrico ni una acidez baja, incluso podría aumentarla (Urrutia y cols, 2005).

---

<sup>14</sup> Situación metabólica del organismo originada por un déficit en el aporte de [carbohidratos](#), lo que induce el catabolismo de las [grasas](#) a fin de obtener [energía](#).



Al ser negada la posibilidad de comer o tomar agua, siempre con razones que la justifican, las mujeres parturientas deben pasar horas, que en situaciones extremas son días con la sensación de sed, hambre y debilidad. “Al respecto, cabe señalar que si el riesgo de aspiración es el motivo por el cual los profesionales prohíben la alimentación oral, las políticas de las salas de parto debieran estar orientadas a identificar el grupo de mujeres en riesgo, las cuales, probablemente, serían aquellas con alguna patología o riesgo mayor de parto quirúrgico” (Urrutia y cols, 2005).

### **b) “Ya no se puede mover, mamá”**

A pesar de que documentos de tanta incidencia a nivel nacional como Las Guías del Ministerio de Protección Social de Colombia sugieren que se debe dar la oportunidad a la mujer para que adopte la posición en la que se sienta más cómoda, ya sea en la cama o fuera de ella, que debe poder caminar, permanecer sentada o acostarse según ella lo desee y que la única posición que debe desaconsejarse es el decúbito dorsal (acostada boca arriba) durante el primer estadio del trabajo de parto. Sin embargo, esta es, una práctica frecuente: aún las mujeres son sometidas a la inmovilización, a permanecer acostadas y quietas. En el mejor de los casos, se pueden sentar o estar en pie, pero cerca de la cama o camilla, no se puede deambular libremente por la sala de parto. Basta con escucharlas en sus relatos, sobre lo que el cuerpo les dice y les pide, y podría asegurar que pocas mujeres quisieran estar acostadas boca arriba.

*“Ni siquiera intenté pararme, no sé, creo que no se podía, para hacer chichi era en el pato, ni siquiera sabía dónde había un baño”* **Karina, 2010**

Negar o prohibir la deambulación y libertad de movimientos durante el trabajo de parto atenta contra los derechos humanos, la autonomía y la libertad de las mujeres.

*“Si, pues me colocaron la anestesia y ya... que no me podía parar, que de pronto el bebé se sale, que no sé qué. Y yo “no, pero es que estoy desesperada” y no me dejaron levantar”* – **Iris, 2005**

Permanecer acostada durante el trabajo de parto tiene varias consecuencias negativas para el bienestar y comodidad de las mujeres parturientas. Las contracciones en esa posición son más dolorosas que cuando se está una posición vertical o se está en movimiento. Muchas mujeres expresan que su cuerpo *les dice* que se deben parar, que deben caminar, que deben estar en cuclillas, y cuando tienen la posibilidad de hacerlo o lo hacen sin importar lo que les digan, tienen una sensación de relajación, sienten las contracciones más suaves y más comodidad en cuanto a la posición de su cuerpo. Las contracciones uterinas se sienten especialmente en el abdomen y en la parte baja de la espalda, es así que si se está acostada boca arriba la presión del propio peso incrementa la sensación de dolor. A través del movimiento se estimulan de manera espontánea las contracciones, realizando ejercicios de movilidad articular con las caderas, de relajación y respiración, sentarse y moverse sobre un balón terapéutico, caminar o realizar posturas donde el cuerpo este vertical y las piernas separadas para que descienda y se encaje el feto con la ayuda de la fuerza de la gravedad y el proceso de dilatación se facilite y sea más rápido. En realidad son formas de inducir los procesos de trabajo de parto y parto,

pero a diferencia de las rutinas médicas, estos no son invasivos, permiten una participación activa de las mujeres y respetan sus deseos. Pero las ventajas de mantenerse en movimiento son desconocidas o negadas por el personal de salud, quienes imponen la inmovilización de las mujeres parturientas.

*"yo le dije que me gustaría moverme para caminar un poquito y hacer los ejercicios que me habían enseñado... y llegó y me dijo "no, no, no usted ya no se puede mover, eso ya no se usa mamá, acuéstese" – Beth, 2009*

*"con el niño yo me paré y caminé, entonces las contracciones eran más manejables. Pero con la niña no me dejaban parar, cuando apenas me canalizaron y yo no pude ir al baño. Yo tenía como tres centímetros de dilatación, yo alcanzaba a ir al baño. No me dejaron ir al baño y me acostaron en la cama... ¿sabes que es uno con un dolor más chucho, fuera de eso con ganas de ir al baño y que no lo dejen a uno levantar?..."-Iris, 2005.*

Otra de las razones para prohibir la deambulación es el orden que debe haber en la sala de parto. Algunas salas son muy pequeñas para la cantidad de mujeres y camas dispuestas. El espacio libre es para que los profesionales en salud se desplacen para hacer su trabajo. Si todos y todas estuvieran desplazándose por el mismo lugar, se limitaría el espacio del personal médico.

*"Si yo me levantaba -una si me dijo- "si usted se me levanta se me van a levantar todas", o sea, como que yo armaba el bollo y pues que se paren" –Analí, 2008*

### **c) "Déjese revisar, que le vamos a hacer un tacto"**

El **tacto vaginal** consiste en la introducción de los dedos índice y corazón de la mano en la vagina de la mujer para obtener información mediante el sentido del tacto, el resultado es subjetivo y su exactitud queda limitada si no es llevada a cabo *siempre* por el mismo profesional y estando la mujer en la misma posición en todos los tactos. Se hace para evaluar y controlar el progreso del trabajo de parto: la dilatación de la vagina, el borramiento del cuello del útero, para evaluar el descenso del feto por el canal de parto y rotación de la cabeza fetal. Teóricamente es recomendada con fines diagnósticos tres veces: iniciando el trabajo de parto, cuando se rompen membranas y cuando las contracciones son más intensas. La información que se busca con este examen es el conocimiento de la dilatación, altura de la presentación, estado de las membranas y variedad de la posición del feto. Deben realizarse únicamente cuando sea estrictamente necesario. Si el trabajo de parto va bien no hay necesidad de realizarlos (Romaní, Quispe, Rodríguez, 2007:11).

Todas las rutinas médicas son invasivas al cuerpo de las mujeres. Pero en especial los tactos vaginales, no solo invaden el cuerpo morfo fisiológico, sino que fue descrito por las mujeres como un acto que no respeta los límites del cuerpo como territorio propio e íntimo, convirtiéndose así en un acto simbólico que expresa dominio sobre la mujer-paciente, refuerza y materializa la subordinación de ella a la medicina ginecobstétrica.

*"Si, demasiados y mucha gente distinta que fue lo más molesto, al menos hubiera sido la misma persona, pero mucha gente distinta"* – **Laura, 1998**

*"Muchos tactos vaginales cada media hora, muchas personas, muchas veces. El tema de los tactos también es muy fastidioso, una mamera, es una vaina muy fastidiosa, me hacían tacto cada 20 minutos y diferentes personas"* – **Analí, 2008**

La OMS aconseja realizarlos cada 4 horas o antes si la gestante tiene sensación de pujo. **El tacto vaginal se desaconseja** a menos que la mujer presente contracciones regulares, intensas y se encuentre en fase activa de parto, no tiene sentido realizar una maniobra invasiva como es el tacto vaginal cuando se sabe que una mujer puede estar varios días con 1 cm. de dilatación y otra puede no haber comenzado a dilatar y parir 24 horas después. También lo desaconseja cuando se produce la rotura de bolsa es precoz, pues los dedos pueden arrastrar microorganismos de la vagina hacia el cuello del útero y provocar infección.

*"entonces el médico de esto, me pareció de las cosas más horribles, me dijo "vamos a hacerle un masaje para ver si se empiezan las contracciones" ipero un masaje! Fue que me tuvo con las piernas abiertas metiéndome mano como una hora, imasajeándome, así!"* – **Laura, 1998**

¿Habría otra manera de saber el progreso de la dilatación sin introducir los dedos o la mano dentro de la vagina de las mujeres? Merece la pena buscar en otros saberes una forma diferente de hacer ese seguimiento. Necesariamente para hacer este procedimiento las mujeres deben estar acostadas de cúbito dorsal, una postura que les niega la posibilidad de ver lo que pasa con ellas mismas, que las mantiene en una actitud de sumisión, donde entregan su dignidad a una persona experta, de quien está esperando un dictamen del progreso de su propio cuerpo, pero, algunas de las mujeres entrevistadas manifestaron que ni siquiera les dijeron en qué iba el proceso.

Es un acto mecánico, pocas veces se les preparó, o se les pidió su consentimiento, ni se les dio respuesta sobre el progreso de la dilatación. Fue más violento aún, cuando llegaron grupos de estudiantes a practicar y las mujeres debieron aguantar el mismo dolor, vergüenza e incomodidad las veces que ellos y ellas requieran, además en la más profunda soledad, por ser ignoradas, sin saber exactamente quiénes son las personas que la están tocando.

*"entraron dos, eran residentes, eran una muchacha y un muchacho, tenían unos 35 años el muchacho y la muchacha unos 28 años... los dos me hicieron tacto..."* – **Betina, 2003**

*"hicieron varios, no me acuerdo ni cuantos de tantos que me hicieron y eran doctores distintos... eran como tres cuatro doctoras y el resto eran doctores"* – **Gaitana, 2011**

*"si había un practicante, entonces llegaba y decía "acá tiene tanto de dilatación" y entonces él hacía lo mismo, metía los dedos para saber cuánto de dilatación tenía... No, él*

*estaba ahí, pues uno se da cuenta que es practicante porque el médico le estaba explicando. Si hubiera sido un médico, no hubiera necesitaba explicación. No me dijeron nada, y fue incómodo, fue incómodo, porque en ese momento me hice del cuerpo y todo... y iqué pena!...” - Iris, 2005*

Para que este procedimiento no sea violento, se debe pedir el consentimiento de la mujer para llevarlo a cabo, hacerlo de manera respetuosa, empática y sensible, evitando que las mujeres lo sientan como inevitablemente doloroso, explicando a la mujer la intensidad de esta intervención, dándole pautas y herramientas como la respiración consciente para que llegue preparada con anterioridad, adecuando un lugar digno e íntimo donde la mujer se sienta segura y tranquila e informar a la mujer sobre los hallazgos hechos con el procedimiento. Además, debe haber la posibilidad de que las mujeres lo rechacen y se les de otra alternativa de atención y que puedan escoger el sexo de la persona que les va a realizar los tactos.

*“Pero eso sí me molestó mucho del Hospital San Ignacio, que los médicos pasan a los estudiantes y cuando menos todos se van enguantando y van metiendo la mano, imagínate que uno aguantándose esos dolores tan horribles, para que más encima lo terminen a uno maltratando con esos tactos que son tan dolorosos” – Malou, 2000*

#### **d) “Me hicieron una limpieza”**

El enema es la administración de una solución líquida por la vía rectal en el interior del intestino grueso. A las mujeres parturientas se les administra el enema para favorecer las contracciones musculares del tubo digestivo y evacuar las heces fecales y/o por la uretra se introduce una sonda con el fin de desocupar la vejiga antes del parto.

Frecuentemente las mujeres defecan durante el parto, lo que para muchas es vergonzoso y para el personal de salud es indeseable, pues especialmente las enfermeras deben limpiar en caso de que esta situación se presente. Se consideraba que un enema en el trabajo de parto inicial reduce esta encopresis<sup>15</sup> y las consiguientes molestias para las mujeres. Los enemas se utilizan debido a la creencia que estimulan las contracciones uterinas, que la evacuación intestinal proporcionaría más espacio para el nacimiento del feto, reduciría la duración de trabajo de parto y disminuiría las probabilidades de infección para la mujer y el recién nacido. También se ha indicado que reduciría las evacuaciones intestinales después del nacimiento, pues algunas mujeres deben pasar hasta 4 días sin poder hacer deposición luego del parto, y por supuesto esto provoca preocupación y molestia en las mujeres (Revez L, Gaitán HG, Cuervo LG, 2008).

En la Guía N° 8 sobre la Atención del Parto de Ministerio de Protección Social de Colombia y en la Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en

---

<sup>15</sup> Es la evacuación de las heces, de forma repetida, en lugares inadecuados, puede ser de forma voluntaria como involuntaria.

la Familia del Ministerio de Salud de Argentina se indica que se debe suspender la aplicación de enema rutinario a las gestantes en trabajo de parto en los sitios donde aún se haga esta intervención y que sólo podría ser aplicada por solicitud de la mujer, ya que los enemas llevan implícito un riesgo potencial de lesión intestinal.

Las mujeres lo describieron como un procedimiento doloroso, no solo durante la realización del mismo, sino días después del parto, sintieron resentimiento al interior del recto o la uretra, por lo que ir a orinar y defecar luego de un enema o la introducción de la sonda, les produce molestias. El uso del enema depende en la preferencia y los recursos disponibles de la persona que asiste el parto, lo que nos hace concluir que es el personal médico quienes toman la decisión por las mujeres, cuando es aplicado sin informarlas y sin su consentimiento (Reveiz L, Gaitán HG, Cuervo LG, 2008).

*"Estaba sola con él... Entonces vinieron a hacer un lavado, entonces vino un enfermero, que eso me pareció también muy incómodo que fuera un enfermero, yo no quería que fuera un enfermero, entonces por el ano, la manguerita..." – Laura, 1998*

### **e) "Más fácil si se quita esos pelos"**

El rasurado pubiano o perineal se realiza antes del parto con la creencia de que puede reducir el riesgo de infección en caso de ocurrir un desgarro perineal espontáneo y/o si se le realiza una episiotomía y así facilitar la sutura. *Reducir el riesgo* nos sugiere que no es necesario, ni se debe realizar de manera sistemática a todas las mujeres.

*"¿Rasurado de genitales? Si y no me explicaron para qué... solamente supe yo, por mí misma, porque él le dijo a la enfermera... que yo estaba poniendo cuidado, pero no a mí no me dijeron..." – Gaitana, 2011*

No hay pruebas suficientes del beneficio para las mujeres de este procedimiento, por el contrario el rasurado puede generar micro-desgarros cutáneos, infección, incomodidad y malestar posteriormente cuando empieza a crecer el vello nuevamente y no disminuye la morbilidad materna o neonatal. Los efectos secundarios en las mujeres de este procedimiento son: irritación, enrojecimiento, rasguños superficiales múltiples y ardor y prurito vulvar (Basevi V, Lavender T. Basevi V, Lavender T, 2008).

*"Si, no sé... Entonces me depilaron, con una cuchilla de afeitar me quitaron los pelos..." – Laura, 1998*

La Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia del Ministerio de Salud de Argentina dice que esta no es una práctica beneficiosa, su uso rutinario puede aumentar el riesgo de infección por VIH y por el virus de la Hepatitis B. Este procedimiento se realiza principalmente por razones prácticas, para facilitar los partos instrumentales o reparaciones perineales. En algunos relatos se evidencian casos de mujeres que fueron rasuradas solo aplicando "Isodine".

"... llegó una mamita, que pobrecita, ella gritaba mucho "me duele, ahhh" y las enfermeras "bueno, si no se caya no le vamos a poner anestesia..." Mira, así... "¿viene afeitada?", "no"... mira, oye les dio una rabia. Cogieron una taza, un pato, le pusieron el pato, le echaron Isodine y la afeitaron así... con esos dolores oye... que tú no quieres... ni que te hagan así, porque eso es un dolor muy fuerte. Y bueno, esa pobre mamá, después se la llevaron... imagínate que cuando llegaron las enfermeras en el cambio de turno, y vieron el pato ahí, lleno de pelos y todo eso, "ahhh quien dejó esto aquí, ¿por qué son tan cochinas?" y claro uno se siente... ¿por qué son así con uno?..." **Anais, 2002**

## f) "Me rompieron la fuente"

La ruptura de membranas es utilizada en el ámbito hospitalario para apurar el trabajo de parto. Consiste en hacer un orificio por la bolsa que sostiene el líquido amniótico para que salga el fluido, esto hace que el cuello del útero libere prostaglandina, una hormona que se encarga de estimular las contracciones uterinas. Se realiza durante el trabajo de parto con el fin de acelerar este proceso, el riesgo más mencionado de esta rutina médica es que coloca al feto en riesgo de compresión del cordón umbilical y amnionitis. En condiciones normales las membranas permanecen intactas hasta que la dilatación es completa, lo que ocurre en el 75% de los casos (Schwarcz, 1995).

"Además me rompieron la fuente también con las tijeras esas y también fue en el pato..."  
 – **Laura, 1998**

Según el Ministerio de Protección Social, existen algunos estudios donde se ha demostrado que la ruptura artificial de membranas tiene una incidencia muy alta en las tasas de cesáreas, al afectar el bienestar del feto y provocar sufrimiento fetal y otros indicadores de morbilidad materna y fetal, como un bajo puntaje en el test de Apgar que se hace a los recién nacidos. Dentro de las ventajas que se le adjudican a esta rutina es que disminuye el trabajo de parto, sin embargo, esto solo corresponde a la visión de control e intervención de la ciencia médica sobre el proceso de trabajo de parto

"Entonces me abrieron las piernas, me pidieron que me estuviera quieta, y con unas pinzas me rompieron membranas, sentí como salía todo el fluido y ya me llevaron para la sala de cirugía... y... ahora por ejemplo, la niña nació, yo apenas vi como se la llevaron, se la llevaron bien, sostenida bajo los bracitos, pero no me la acercaron, no me la acercaron y ya..." – **Beth, 2009**

¿A quién beneficia que el trabajo de parto sea más corto? ¿A las mujeres? se cree que un parto menos prolongando es lo que una mujer parturienta prefiere, pero ¿en qué condiciones?, si se aumenta el riesgo de una cesárea, de sufrimiento fetal y de adquirir una infección, pues en algunas situaciones rompen las membranas mucho antes de que ocurra el parto.

*"...es cuando el tipo dice "ella ya está para tenerlo" me rompe membranas, pero de ahí transcurren como dos horas para que él me atienda..." – Karina, 2010*

### **g) "Me pusieron a volar con ese Pitocín"**

La aplicación de una infusión intravenosa de oxitocina sintética se hace para empezar el trabajo de parto o para acelerarlo. El Pitocín es la forma más usada de oxitocina sintética. Se realiza generalmente luego de haber hecho la amniotomía, si éste procedimiento no hizo que las contracciones fueran fuertes y regulares, se inicia con una dosis pequeña y se va aumentando hasta que se den 3 contracciones en 10 minutos. Luego de intentar la inducción del trabajo de parto por este medio, se debe hacer un seguimiento con monitor fetal, para asegurarse de que no haya sufrimiento fetal, a razón de la hiperestimulación que se produce y las consecuencias para el feto de un mal uso y seguimiento de este procedimiento: disminución en el flujo de sangre uterino, que podría reducir el oxígeno al feto, daño cerebral o parálisis cerebral. Las amenazas para el bebé incluyen la asfixia fetal y el hipóxico neonatal por contracciones uterinas demasiado frecuentes y prolongadas. Para la mujer, los peligros incluyen parto tumultuoso y contracciones que pueden causar la separación prematura de la placenta, la ruptura del útero, la laceración del cuello del útero o la hemorragia de pos-nacimiento. Este es el método más utilizado a nivel mundial para inducir el parto, se debe utilizar cuando existe algún riesgo para la mujer o el feto, lo más común es el embarazo prolongado y la rotura temprana de membranas, donde pocas veces se informa a las mujeres de sus propósitos y los efectos sobre ellas.

*"en el primer parto si me aplicaron el Pitocín, entonces los dolores son muy fuertes, y tampoco nadie te explica "mira, te vamos a poner esto, pero esto te va a hacer doler más..." no explican nada..." – Ludmila, 1993*

La OMS sostiene que "ninguna región geográfica debe tener un índice de partos inducidos mayor al 10%". Pero, entre las mujeres existe la falsa creencia de que no supone riesgos, que es una ayuda que se presta a la mujer parturienta y que de este modo la situación evolucionará en dirección de un parto vaginal normal, con lo cual se reduce la necesidad de una cesárea. Sin embargo, hay quienes temen que no posea efecto alguno en el tipo de parto al que se someterá la paciente y podría tener más efectos perjudiciales que favorables. La utilización de oxitocina no reduce la necesidad de cesáreas, ni la utilización de fórceps, ni aumenta la cantidad de partos normales; la aplicación de oxitocina sintética está más asociada al supuesto beneficio de trabajos de parto más cortos (Bugg, Siddiqui y Thornton, 2011), lo cual debe ser decisión únicamente de la mujer parturienta, es ella quien debe decidir si quiere un trabajo de parto más corto o no y si está dispuesta a soportar las contracciones uterinas al ritmo e intensidad tan fuerte como sucede con la oxitocina sintética.

*"yo estaba desesperadísima, porque cuando es inducido eso duele más" – Anais, 2003*

*"me puso goteo, me dijo "no, pues esperemos que de aquí a cuando yo termine turno, usted tenga el niño", yo le dije "listo doctor" – Betina, 2011*

Las implicaciones fisiológicas y los riesgos para las mujeres lo explica de una manera muy clara el ginecobstetra español Emilio Santos: “Existen varios métodos utilizados para provocar el parto, unos más efectivos que otros, pero en general se usan hormonas sintéticas. La más utilizada de estas hormonas es la oxitocina. Sobre el útero, esta hormona sintética produce el mismo efecto que la del propio organismo: provoca contracciones de parto. Sin embargo, existe un órgano en el cual el efecto de la oxitocina sintética es diametralmente opuesto al del propio cuerpo. Este órgano está involucrado en el proceso del parto con funciones igual o más importantes que las del útero. Este órgano es el cerebro. La oxitocina producida por el cuerpo de la parturienta se fabrica precisamente en el cerebro; por tanto cuando se produce, el lugar donde más concentración hay, es el cerebro y no el útero. La oxitocina administrada desde fuera no es capaz de atravesar la barrera química entre sangre y cerebro (llamada barrera hematoencefálica). No es sólo que al cerebro de la mujer, prácticamente no llegue la oxitocina administrada, sino que además la mujer deja de producir su propia oxitocina. Ésto es porque cuando hay suficiente oxitocina en sangre, hay mecanismos de compensación por los que se anula que se siga produciendo en el cerebro. Esto es lo que explica por qué la sensación de las contracciones del parto se torna insoportable en cuanto comienza la infusión de oxitocina: se incrementa la acción en el útero pero se aniquila la acción en el cerebro que compensaba el dolor con la segregación de endorfinas. La consecuencia es la necesidad imperiosa de analgesia epidural o similar. Este tipo de partos desemboca en una cascada de intervenciones obstétricas (epidural, monitorización continua y a veces interna, restricción de movimientos, situaciones de sospecha de sufrimiento fetal, exploraciones vaginales, partos más lentos, etc) que incrementan las posibilidades de tener un parto mediante cesárea o con necesidad de fórceps o de ventosa”<sup>16</sup>

Luego de aplicar la oxitocina intravenosa la única manera de relajar a la mujer es a través de la anestesia. Esto se logra mientras el efecto de la anestesia se mantenga, mientras se acabe, la mujer necesita otra dosis, y así será el parto medicalizado repetidas veces. Por supuesto con la sensación de repente de las contracciones intensas, que no dan espera para recuperarse entre una y otra, y a la que es imposible adaptarse pues no se dan de manera progresiva como las producidas por el propio cuerpo, no se tiene ni calma ni control, sino desespero, angustia y desconfianza, sobre todo cuando no se ha recibido información (García, 2010).

*"me canalizaron, me pusieron el suero, me pusieron en una camilla, y sin preguntarme ni nada, me pusieron el Pitocín... nada, no me preguntaron nada, ni me informaron absolutamente de nada. Cuando yo me di cuenta, fue que llegó una enfermera y empezó a meter líquidos por el suero y cuando yo le pregunté a ella que qué era eso, pues ya no, demasiado tarde porque yo ya estaba allá volando con ese Pitocín" – Malou, 2000*

La aplicación de oxitocina sintética se hace necesaria por los trabajos de partos tan largos en las salas de los hospitales y clínicas, y se dan así como resultado de la inmovilización de la mujer durante el proceso de dilatación. La inducción intravenosa

---

<sup>16</sup><http://porunpartorespetado.espacioblog.com/post/2009/04/30/es-malo-provocar-parto>



genera la utilización de la anestesia epidural, pues las contracciones por oxitocina sintética solo son soportables con esta “ayuda médica”.

### h) “Yo estaba completamente sedada”

La concepción del dolor como algo inevitable que genera sufrimiento durante el proceso de trabajo de parto y parto es lo que conlleva a pensar sobre *El manejo del dolor* en la Obstetricia. Este se considera un aspecto fundamental dentro del tratamiento al trabajo de parto y el parto. Sobre este enunciado, se encuentran diferentes posturas, algunas en polos opuestos. Se considera que el proceso de parto es algo natural, donde el uso de la epidural (técnica más usada para anestesiar un parto) interfiere completamente en él, el dolor que pueda sentir la mujer hace parte del proceso y así se debe respetar. También hay quienes solo ven la solución al posible dolor que se pueda sentir en el uso de medicamento, o hasta preferir una cesárea con el fin de evitarse cualquier situación que genere dolor o traumatismos. Sobre esta última postura es que la ciencia médica se posiciona como beneficiosa y hasta emancipatoria para las mujeres, con el argumento de que era en los tiempos de antaño que las mujeres se “aguantaban el dolor”, ahora con los avances de la ciencia médica ya no hay esta necesidad. Algunas mujeres sienten que la anestesia no tiene ningún efecto y siguen sintiendo la sensación que se quiere evitar, por lo que son anestesiadas nuevamente, aumentando los efectos de adormecimiento sobre ellas.

*"y ya en sala de parto, a uno le ponen la inyección de la espalda, y a mí me la pusieron 3 veces, porque dicen que cuando uno se mueve a uno se le sale el líquido, y a mí las enfermeras me cogían... o sea, uno se tiene que acurrucar y con esa barriga, pues... es incómodo, y el bebé se movía y yo me movía y otra vez... uichsss ieso fue terrible!" -*

**Lucy, 2010**

Es frecuente la sensación entre las mujeres de que el control sobre todo el cuerpo se pierde, dependiendo de la dosis del fármaco aplicado. La capacidad de pujar de manera eficaz disminuye, pues las contracciones se dejan de sentir y el impulso previo al pujo tampoco se siente, por lo que es más difícil entender el momento preciso en que hay que hacerlo, a no ser que alguna persona le diga en qué momento debe pujar, cuando el monitor señale que hay una contracción o colocando la mano encima del abdomen, cuando este se sienta endurecido, entonces hay una contracción. Esta falta de sensibilidad en el momento de pujar puede llegar a generar periodos expulsivos prolongados, y por ende, fatiga y traumatismos en la zona genital y la cabeza del feto.

El **miedo al dolor del parto** es la principal razón por la que se usa y se promueve este procedimiento médico. El miedo guarda estrecha relación con los distintos elementos de la cultura. Biológicamente, el miedo se encuentra en el sistema límbico, que es el encargado de regular las emociones. Para el caso del trabajo de parto, sentir miedo produce adrenalina y por lo mismo estrés, y ese estrés de la mujer inhibe la secreción de oxitocina de manera natural, la cual es indispensable para el buen ritmo y fuerza de las contracciones (García, 2010). Entonces, el miedo es algo que se aprende, se inculca de acuerdo a los significados culturales de cada evento que nos haga sentir en peligro, pero

el peligro también es una construcción social, de acuerdo a lo que la sociedad considera bueno o malo, correcto o incorrecto.

¿Por qué el parto duele? ¿Qué tiene que ver el miedo en la percepción del dolor? Principalmente -dice- es por falta de información, por no saber a qué se enfrenta una mujer en el momento del parto, en caso de las mujeres que van a tener parto por primera vez, y en caso de mujeres que ya hayan tenido parto, sienten temor si vivieron las experiencias anteriores de manera traumática. Pero también, es por la posición histórica de las mujeres, y la falta de autoestima y confianza en sí mismas. La desconfianza permea toda la vida de una mujer, se evidencia en momentos específicos como el día del parto, día lleno de tantos significantes. Las mujeres se preguntan si serán capaces, todo producto de la pésima información que tiene al respecto y del secuestro histórico del cuerpo de las mujeres, que ha hecho la ciencia médica con tanto éxito. No se consideran capaces porque resulta que otras personas son las que saben que es lo que ellas deben hacer y sentir. Las mujeres no están aptas para saberlo, no en el orden jerárquico de la ciencia médica, a no ser que sea una mujer enfermera, médica u obstetra, pero en últimas terminará repitiendo y aceptando los preceptos médicos sobre sí mismas. Para no tener miedo, se necesita de confianza y tranquilidad, es necesario tener el control y no depender de otras personas, porque depender de otras personas en un ambiente de desconfianza, genera miedo inevitablemente (García, 2010).

Es por eso que el uso de la anestesia finalmente es un resultado del miedo aprendido con respecto al parto. Las mujeres que lo piden tienen miedo, los y las profesionales que la imponen también. Finalmente, debe ser una decisión informada y personal, pues las mujeres no son iguales, y cada una habrá tenido una preparación diferente para la experiencia de parto, que le haga decir según sus expectativas, si quiere o no anestesia. Y habrán mujeres que no se prepararon con nada durante el embarazo, y la requieran, se debe respetar sus decisiones y no negársela a una mujer que la requiere, por las razones que sean, todas muy respetables.

### i) “A él me lo sacaron con fórceps”

El uso de algún instrumento como la ventosa y el forceps es lo que llaman **parto instrumentado, asistido o intervenido**. Se asocia con complicaciones de la mujer o de el o la recién nacida durante el parto. Las circunstancias clínicas, la elección del profesional y la disponibilidad de instrumentos específicos influyen en la elección del instrumento. Esa elección generalmente está a cargo de los profesionales en salud. Las mujeres no participan de la decisión del tipo de instrumento, ni de la pertinencia de este procedimiento, a pesar de que son varios los riesgos que se corren. No participan de la decisión porque generalmente se toma en un momento de urgencia obstétrica, que amerite tomar este riesgo, esa responsabilidad es exclusiva del obstetra. El uso de algún instrumento para asistir el parto, hace que se requiera de la episiotomía necesariamente, sobre todo en el caso del uso de fórceps. Los y las recién nacidas con uso de instrumentos generalmente tienen marcas de estos en su cabeza luego del parto. En caso de la ventosa siempre se produce una inflamación de cuero cabelludo donde se produjo la succión, lo que puede causar fuertes hematomas, incluso puede llegar a provocar ictericia (Regan, 2005). El uso de fórceps tiene una tendencia a generar efectos de corto plazo como cesáreas, episiotomías, traumatismo vaginal, uso de anestesia

general, hemorragias e incontinencia; y a largo plazo a causa de la probabilidad de más desgarros de grado tres o cuatro (con o sin episiotomía), continencia fecal y urinaria y la dispareunia (O'Mahony F, Hofmeyr G, Menon V, 2010). A pesar de los efectos de este procedimiento sobre la mujer y su hija, se suele justificar su uso con argumentos como que,

"el cráneo del bebé, está diseñado para soportar presión o quedar comprimido de alguna manera durante el parto, por lo que es muy improbable que estos instrumentos supongan una seria amenaza para el futuro bienestar de tu bebé" (Regan, 2005:351),

o que las mujeres van a contar con la asistencia médica en caso de desgarros para una buena recuperación, que pasara poco tiempo después del parto. Pero la verdad es que la decisión de elegir un instrumento, siempre significa un riesgo, el fórceps se asocia a más traumatismos en las mujeres y la ventosa a más traumatismos para la hija o hijo.

*"Pero al niño me lo sacaron... con fórceps, para completar... Mira, cuándo me pasaron al niño... yo me asusté. Y yo dije "mi hijo es así de feo"... Porque tenía la cabecita y tenía un hueco acá... del fórceps. "Mamá póngale el gorro, mamá póngale el gorro, rápido" y pues para eso es el gorro. La cabecita de un bebé, como es tan delicado y no tiene lo huesitos tan formados todavía, la cabecita se puede moldear, y para eso es el gorro" –Anais, 2002.*

El uso de cualquier posición lateral o vertical en comparación con la posición supina o de litotomía y el apoyo materno disminuye la probabilidad de un parto asistido. Un parto asistido es necesario en caso de agotamiento después de un trabajo de parto prolongado, el fracaso en el progreso en la segunda etapa del trabajo de parto y las enfermedades como la pre-eclampsia, el desprendimiento placentario, o una cardiopatía adquirida o congénita, en caso de la mujer y en caso de sufrimiento fetal en la segunda etapa del trabajo en caso de los fetos. Otros factores que deben tenerse en cuenta son la posición de la cabeza del feto, el moldeo de la cabeza fetal, el bienestar, el estado de ánimo y la cooperación de la madre (la definición de esta condición depende de la subjetividad de los profesionales de la salud), así como la experiencia del profesional y la disponibilidad del instrumental necesario (O'Mahony F, Hofmeyr G, Menon V, 2010).

*"Entonces ya la doctora dijo "traigan los fórceps", cuando ella los pidió a mí me dio miedo"*  
– **Emelie**

Posiblemente la frecuencia y necesidad del parto asistido sea resultado de las condiciones hospitalarias creadas en que se desarrollan los partos. El continuo en esta etapa del parto se ha dado de la siguiente manera: *primero*, posición de acostada para la dilatación, lo que genera que el feto no se encaje de manera eficaz en el canal del parto y la dilatación sea más lenta; *segundo*, posición de litotomía para pujar, lo que hace que la anatomía de los genitales femeninos no estén lo suficientemente amplia para el paso del feto por el canal de parto, que el periné se coloque en riesgo de desgarro y que el feto deba ser pujado en oposición a la fuerza de gravedad; *tercero*, episiotomía, para ampliar el espacio, pues el desgarro es inminente; y si así el parto es prolongado, por la fatiga de

la mujer o por la presentación del feto, porque no hace el pujo bien a causa de la anestesia, pues se utilizan instrumentos para intervenir el parto y termina siendo **un parto asistido**.

### **j) Parirás acostada**

La posición de *litotomía* es una definición de carácter asistencial: una mujer acostada sobre su espalda, con las caderas y rodillas flexionadas, sostenidas por unos soportes metálicos, asumiendo una actitud de inmovilidad y obediencia. “Esa posición corporal y psíquica, esa sensación de estar en manos de los otros, tiene un enorme significado simbólico. Ellas acostadas, están imposibilitadas de movimiento, no se pueden incorporar a ver sus genitales, y mucho menos regocijarse con la escena del nacimiento de su hijo, porque la rendición impuesta por la norma médica inhibe la conexión física y emocional con su proceso de parir” (Camacaro 2010:165).

Ángela Cuerva y Soledad Márquez aseguran que ancestralmente las mujeres parían - algunas aún lo hacen- favoreciendo la movilidad y la verticalidad de su cuerpo, pues así es más cómodo y sano para las mujeres, que la posición de litotomía. Estas posturas son de pié, sentadas con apoyo, en cuclillas, de rodillas, en cuatro apoyos, etc, incluso mencionan que durante la Edad Media se hicieron varios diseños de sillas obstétricas. Pero desde el siglo XVII la Obstetricia Occidental inicio un cambio en la postura de parir, ubicando a las mujeres en una posición semi-sentada sobre una cama en el momento de pujar. Esto con el fin de facilitar la vigilancia y ejecución de maniobras de parte de los expertos en la ciencia obstétrica. Esta propuesta se impuso de forma lenta pero progresiva en todo el mundo occidental. Se generalizó con la atención de los partos en medio hospitalario y la casi desaparición de los partos a domicilio. “Acostada no tiene más perspectiva que el techo de la sala de partos; lo que conduce a la vivencia de que su hijo fue “sacado” del interior de su cuerpo sin que ella pudiese participar. La ausencia de mirada sobre lo que sucede con su cuerpo y con el bebé la conduce a suponer que es el médico quien “hace el parto” y sentir gratitud hacia él, cuando en realidad se trata exactamente de lo contrario”. Eva Gilberti (1999:12) citada por Camacaro (2010)

Marbella Camacaro, luego de indagar a obstetras, residentes y pasantes en Obstetricia en Maracay - Venezuela sobre la posibilidad del parto vertical, concluye que ellos y ellas mismas aceptan no conocer e ignorar como asistir un parto en una postura diferente a la de litotomía, porque se enseña y repite de la misma manera por tradición, de una generación de profesionales a otra. Así lo aprenden las personas que están en formación, aun cuando no se cuenta con evidencias científicas que aseguren que esta posición horizontal es más beneficiosa para la mujer y su hija o hijo. Durante años se ha hecho así y entre las salas de parto de Bogotá se repite el mismo patrón.

### **k) “Te voy a hacer una pequeña incisión, mamita”**

La episiotomía es la realización de una incisión en el perineo y la vagina, que aumenta su amplitud para hacer que el parto sea más rápido, evitar el prolapso vaginal y/o un desgarramiento incontrolado de los tejidos genitales de la mujer a medida que la cabeza del feto pasa por el canal de parto. Si se hace de manera rutinaria aumenta el riesgo de traumatismo perineal, el riesgo de sutura y más complicaciones por la cicatrización.

Evitar los desgarros es la causa más utilizada para hacer de este procedimiento una rutina y que no se discrimine a ninguna mujer para su realización. Las ventajas atribuidas a la episiotomía de rutina son: prevención de daños serios en el suelo pélvico, prevención de traumas en la cabeza fetal y prevención del daño cerebral, reducción de la probabilidad de aparición de desgarros de tercer y cuarto grado y una mejor reparación y curación de la incisión quirúrgica que de los desgarros perineales irregulares producidos de forma espontánea. Sin embargo, no hay evidencias que justifiquen y apoyen los beneficios tradicionalmente atribuidos a la episiotomía, incluso el resultado puede considerarse como peor, la episiotomía rutinaria no beneficia a las mujeres de manera inmediata, es decir, sobre la prevención de desgarros, molestias o consumo de analgésicos. **La episiotomía** es como un elemento ritual médico en torno al parto que no consigue aval científico, su práctica corresponde más al sistema de creencias entre médicos obstetras que afectan el juicio clínico<sup>17</sup>.

La mujer está desnuda sobre la mesa de parto, la Residente le indica que puje cuando sienta una contracción. Ella lo hace, se queja, dice que le duele. Lo intenta nuevamente y dice que no puede. La Residente con su acento paisa, es muy motivadora “vamos mamá, ya está saliendo, ponga un poco más de esfuerquito, ya se le ve la cabecita”, ella vuelve a pujar después de esperar que llegue la siguiente contracción. Al asomar la cabeza del bebé, la Residente le indica que no puje más, le explica que debe hacer un corte pequeño en los genitales para protegerla de un desgarro y para que él bebé salga más rápido. La mujer dice “ok”. La Residente pide unas tijeras, una enfermera le pasa unas tijeras como curvas. La Residente hace el corte, deja las tijeras sobre la mesa. Y yo lo único que puedo hacer es cerrar los ojos, no lo soporto, no soy capaz de ver como con unas tijeras cortan algo tan delicado, íntimo y algo que le pertenece y es de cada mujer. Me produjo mucha impresión ese corte. Por el corte sale sangre, mientras la Residente le indica a la mujer que vuelva a pujar. La mujer puja, y él bebé sale. Y yo con esas ganas de llorar. Era la primera vez que veía un parto en persona, ¡qué cosa! Yo ponía mis manos entre mis piernas como protegiéndome yo misma de esa episiotomía que hicieron a la mujer. Eso debe ser dolor y angustia ajena. – **Fragmento Diario de Campo – Maternidad Hospital Público de Bogotá, 2011**

Se supone que la pertinencia del procedimiento es *a criterio del médico* que ésta recibiendo el parto y que luego debe informar y pedir el consentimiento de la mujer para que se le realice esta operación. En los relatos de las entrevistas y la observación de la maternidad en un Hospital Público de Bogotá, encontré que esto no se cumplió, y no solo se cortaron, cosieron y -para algunas mujeres- desfiguraron sus genitales

---

17

<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%202618457&DocumentID=GCS24-8>

innecesariamente sino que ellas no contaron con la posibilidad de negarse o siquiera preguntar para qué o por qué.

*"sin decirme nada de nada, él de una vez fue poniendo, cortando... o sea abrió, cosió y ya..." – Karina, 2010*

El protocolo médico dice que se debe colocar anestesia local para la realización y posterior sutura de los puntos, así se haya colocado la anestesia epidural, durante el trabajo de parto. Suturar la episiotomía o un desgarró del grado que sea sin anestesia, y a pesar de ello, obligar a las mujeres a obedecer y no moverse, es un trato cruel. En algunas ocasiones el dolor de la sutura lo sienten las mujeres, lo manifiestan y como respuesta encuentran el silencio o una respuesta rápida de "aguante, ya voy a acabar mamá".

*"yo sentí cuando me cortaron y luego sentí todos los puntos, que yo me acuerdo que yo le dije al doctor... "bueno, será decirle que gracias" le dije yo (risas)" – Charlotte, 1988*

*"me llevan a la sala y también viene lo otro, empiezo a pujar, la enfermera se tiene que montar encima mío para empujar el bebé, el tipo de una manera muy esto, me hacen la episiotomía, no me ponen anestesia, de igual manera me ponen los puntos así. Pero entonces a ti... me cogen los puntos sin anestesia. Pues no, en medio de todo ese dolor, "quédese quieta" todo es así, de la manera más..." – Karina, 2010*

Las mujeres manifestaron que la episiotomía es dolorosa, física y emocionalmente. Los mecanismos de curación natural del cuerpo hace que los tejidos traumatizados se hinchen, los puntos luego se sienten y resultan molestos al sentarse, orinar y defecar, en ocasiones se infectan y las mujeres deben sacar tiempo y energía valiosa de su recuperación y atención de sí misma y su hijo o hija recién nacida en una cita médica para que le ayuden con la infección de la episiotomía. Además, dependiendo del tipo de desgarró o de la profundidad de la episiotomía y de la adecuada cicatrización, algunas mujeres siguen sintiendo una molestia en el perineo a largo plazo, lo sienten muy frágil y delgado, aún meses después del parto. En ocasiones muchas se atreven a confesar que su vida sexual se ha visto afectada, ya sea por el dolor o por el aspecto de sus genitales, pues su vagina ahora está *desfigurada* y sienten pena de mostrarla.

*"... ella me dijo "te voy a coger unos punticos" jmmm ¿unos punticos? Fue que se demoró como una hora cosiéndome. Y yo decía "¿pero por qué se demoran tanto?..." – Ludmila, 2003*

Luego de la episiotomía quedó la sensación consciente o inconsciente, de que "me hicieron algo, por mi propio bien, es molesto y doloroso, pero ya pasará, esto hace parte de..." Al respecto, en el curso de preparación al parto donde yo laboraba, se aplacaba el impacto de este procedimiento. Se afirmaba, que las mujeres ni siquiera se iban a dar cuenta, que no dolería, que solo sentirían una pequeña molestia los primeros ocho días, que hoy en día los puntos se colocan con material sintético absorbible y que por eso ya

no se infecta, que la cirugía estética ha avanzado mucho, lo cual beneficia a las mujeres cuando se les hace la episiotomía y que es preferible un corte ordenado y controlado y no un desgarró difícil de reparar.

*"bueno no y en el parto rompen, porque eso también me lo enseñaron en el curso psicoprofiláctico, que ahora para que... que normalmente los partos la gente se desgarró y es muy difícil coser, entonces que lo que se hacía era que siempre te hacen una incisión de una vez, para que sea una herida limpia y sea más fácil coser y si me cortaron y me pusieron puntos, que de hecho se me infectaron después los puntos y bueno..."* **-Laura, 1998**

La realización de la episiotomía sin contar con las propias mujeres, es una manifestación de la fragmentación del cuerpo en el acto médico. Las mujeres parturientas, en ese momento se reducen a ser vaginas, pero además, vaginas y vulvas que son incapaces de dilatarse, agrandarse y extenderse para permitir el nacimiento de un ser humano que fue creado dentro de ese mismo cuerpo. La mujer se convierte en el órgano a cortar, a pesar de lo invasivo y cruel que es en sí misma esa práctica. ¿No bastan los aproximados diez centímetros de dilatación?, ¿se necesita un *ajuste*?, ¿se necesitan realmente once o doce centímetros?, ¿por qué? y aunque el personal médico debe pedir consentimiento informado, pues es finalmente una cirugía, la realidad es que cuando se cuenta con suerte, le informan a la mujer que le van a hacer un pequeño corte y que además debe colaborar.

Algunas mujeres manifestaron que cuando "se tienen muchas ganas de pujar", y en medio de ese momento donde todo es rápido y muy intenso, les ordenaron hacer la respiración artificial (jadeo) que les enseñaron en el curso psicoprofiláctico, mientras ellos o ellas con sus conocimientos y destrezas manuales, ayudan y hacen que la vagina sea más grande, lo cual es descrito por algunas de ellas como uno de los momentos más difíciles de toda su vivencia, además porque se les repetía constantemente la necesidad de ser muy obediente e inmóvil, lo cual era extremadamente difícil por toda la cantidad de sensaciones que sentían corporalmente.

### **I) "Yo apenas la toque, y vi como se la llevaba"**

La Residente lo coge de la cabeza, lo toma del resto de cuerpo, luego lo pone sobre el abdomen de la mujer. Ese parece ser el turno de los pediatras. Le dicen a la mujer que ese es su bebé, ella lo mira, lo toca, lo consiente. La residente en pediatría cubre al bebé con uno de los tantos paños verdes de la sala de parto. Ella lo toca, lo mira, parece que lo examina. Hay como un tiempo de espera, todos están quietos y callados esperando algo. De pronto el pediatra le dice a la Residente "cuando quiera doctora, que quede lo más largo que se pueda". La residente pinza y corta el cordón umbilical, la residente en pediatría le dice a la mujer que se van a llevar el bebé para revisarlo, la mujer le dice "bueno". Cuando se llevan el bebé empieza a llorar, la mujer sigue a su hijo con la mirada y se escucha el llanto del bebé desde otra habitación como 5 minutos después –

**Fragmento Diario de Campo – Hospital Público en Bogotá**

Tanto en un parto vaginal, como en una cesárea, es usual que los y las recién nacidas queden a cargo del pediatra, para hacerle una revisión que parece, debe ser inmediata y porque la madre generalmente esta sobre la mesa de parto, aun con él o la obstetra, por la sutura de la episiotomía o de algún posible desgarro.

*"Y cuando ya me cosieron, entonces me llevaron como a una salita de observación, ahí me tuvieron como dos horas, y luego a mí no me dieron la bebé"* – **Laura**

Algunas mujeres sintieron miedo e inseguridad cuando se llevan a sus hijos o hijas recién nacidas, por múltiples razones. Por ejemplo, si se ha tenido una experiencia previa de malos tratos durante el trabajo de parto, no se cuenta con la confianza suficiente en el personal médico y se creen que pueden hacer daño al bebé. Muchas mujeres pensaban en el frío que sienten lejos de ellas y sentían angustia por no tener el control de la situación y poder decidir sobre su hija o hijo. El temor de muchas fue que su hija o hijo sean cambiados o raptados, pues en ocasiones son las historias que escuchan de las Maternidades de los Hospitales, y como a muchas ni siquiera se los muestran, especialmente cuando se trata de una cesárea, temen no reconocerlos. Ese temor produjo además sensación de impotencia, preocupación y sufrimiento a las mujeres por lo que pueda pasar con sus hijos o hijas, sin que ellas –muchas veces- puedan hacer nada al respecto.

*"(Silencio) ¡y el susto juemadre! ¡¿qué tal me la cambien?! Y como casi no la pude ver de comienzo, ni siquiera el sexo pude confirmar... ¡qué tal me entreguen otra china! (risas)... pero es que a uno se le pasa cualquier cosa por la cabeza, es que eso produce ansiedad... es que en 10 minutos tú piensas cuantas cosas..."* – **Beth, 2009**

*"Cuando a mí me dijeron eso, y "¿cómo así que la van a remitir?, yo no la he visto, yo no la conozco..." y yo... el pánico mío acá es que como cambian los niños, se roban los niños, yo decía "a qué horas me cambian la china y yo como ni la conozco, ¿cómo sé si es o no es?"* – **Emelie, 2004**

*"Me lo mostraron... y me pasaron a recuperación, cuando yo estaba en recuperación habían dos camas, yo era la primera que pasaba a recuperación y una enfermera estaba con un bebé sentada en una camilla y lo estaba vistiendo y yo estaba adentro... la enfermera dijo "ah, ese es el bebé de la mamá que está en parto" yo estaba mirando para otro lado y la verdad yo me pregunto porque me dio por mirar al otro lado y cuando veo que era mi hijo. Entonces la enfermera le dijo a la otra enfermera que estaba ahí en recuperación "hágame un favor, lléneme una manilla para ponerle al bebé, porque ese es el hijo de no sé quién y él no tiene manilla" y me miro yo mi manilla y la manilla de mi bebé estaba pegada con mi manilla. Le dije "no, ese es mi hijo" y me dijo "¿y usted cómo sabe?", "porque esa es la ropa que yo traje, ese es mi hijo, muéstrame" ella me lo mostró, me lo mostró de lejos, le digo "no, ese es mi hijo"... En ese momento llegó, ehh a mí me operó un médico muy viejo, como un profesor y otra doctora, entonces la muchacha llegó con papeles míos y "¿qué pasa acá?", le dije "doctora, que ella le va a*



*entregar mi bebé a otra señora, ese es mi hijo” entonces dijo “no, ese bebé lo acabe yo de recibir, esa es la ropa de esa señora, ese hijo es de ella” le dijo yo “pero es que a mí la manilla no me la quitaron, mi manilla la tengo acá”. -Betina, 2011*

Sobre las desventajas de esta separación se presentan argumentos principalmente fisiológicos y de los efectos de estos en el aspecto emocional. Los y las recién nacidas debe realizar numerosas respuestas adaptativas a un medio más complejo que el del útero, el ser humano necesita en el momento del nacimiento una serie de estímulos cutáneos para desarrollarse sanamente. El objetivo de esa estimulación cutánea es estimular los sistemas básicos del cuerpo: gastrointestinal, genitourinario, respiratorio, circulatorio, digestivo, reproductor, neuroendocrino e inmunológico. Esa estimulación se recibe durante el embarazo, las contracciones del trabajo de parto, el parto y el periodo de lactancia. Así mismo, las mujeres que desean lactar a sus hijos requieren de una importante estimulación cutánea en la zona de los pezones para estimular la glándula pituitaria y se segregue prolactina y oxitocina, la primera produce la leche materna y la segunda la expulsa (Montagu, 2004).

Fisiológicamente, las contracciones uterinas no solo permiten la dilación del cérvix, el borramiento del cuello del útero y el descenso del feto por el canal del parto, sino también una respuesta adaptativa del o la recién nacida, pues los cambios fuera del cuerpo de la mujer son fuertes: debe empezar a respirar por la nariz, en lugar de hacerlo por el cordón umbilical; para alimentarse debe empezar a succionar, pues en el vientre lo hacía también a través del cordón; cuando nace siente una temperatura más fría, especialmente por las condiciones climáticas y de asepsia de la sala de parto; debe adaptar su sentido de la vista, pues sale de un medio oscuro a uno con mucha luz, y sobre todo si se tiene una lámpara apuntando los genitales de la mujer; debe hacer deposición por primera vez y orinar con más frecuencia y además es manipulado por personas ajenas. Todas estas situaciones hacen que él o la recién nacida viva una experiencia de verdadero estrés, especialmente en los nacimientos por cesárea.

“... pidió que a su bebé no se lo llevaran... pero ella seguía muy alterada y preguntaba por su bebé. Preguntaba que donde estaba, que por qué se demoraban. Hasta que llegó la Residente en pediatría y le dijo que su bebé estaba bien, que solo era esperar que el Residente en obstetricia terminara la sutura para que ella pudiera verlo” -**Diario de Campo - Hospital Público en Bogotá, 2011**

La mujer que acaba de parir, debiera tener a su hija o hijo inmediatamente, luego del parto, si así lo desea. Esto puede permitir que tenga la satisfacción del proceso que de alguna manera termina, y tal vez sentir que fue suyo y continúa perteneciéndole.

### **m) “Se me tuvo que montar encima”**

Presión Fúndica o Maniobra de Kristeller, se trata de empujar con los puños o con el antebrazo la parte superior del útero en dirección al canal de parto, mientras hay una contracción y la mujer está pujando. Se utiliza esta maniobra cuando el parto se ha prolongado, por un feto grande o cuando la mujer esta fatigada. El fin es lograr que la

cabeza del feto asome por la vagina, utilizando la fuerza, lograr un parto vaginal y evitar la cesárea. Hace parte de las “ayudas médicas” que se perciben como normales e incuestionables.

*"Sí, ayudó porque salió la bebé de una vez... no dolió... bueno la verdad es que yo ya perdí el sentido del dolor, porque "si me aguaté todo esto... si me estoy aguantando que me cosa así, sin anestesia"... pues que se me monte yo creo que es lo de menos" –Karina, 2010*

Este procedimiento también se realiza para el alumbramiento de la placenta y la salida de los loquios en el posparto inmediato, es decir, en las primeras 24 horas luego del parto. Como parte del tratamiento activo de la etapa expulsiva del parto existen dos intervenciones básicas para ayudar a la expulsión de la placenta: la presión del fondo uterino o la tracción controlada del cordón. La presión del fondo uterino para este fin, incluye colocar una mano en la parte superior del útero (fondo uterino) y apretar éste entre el pulgar y los otros dedos para ayudar a la separación y la expulsión de la placenta. La tracción controlada del cordón umbilical incluye la tracción del cordón umbilical mientras se presiona hacia arriba para lo cual se coloca una mano en el abdomen inferior. Además, la tracción controlada del cordón sólo se debe realizar después que aparezcan los signos de la separación de la placenta. Ambas intervenciones, si no se realizan correctamente, pueden provocar resultados adversos que incluyen dolor, hemorragia e inversión del útero (Peña-Martí G, Comunián-Carrasco G, 2008).

*"Si, yo recuerdo que era una enfermera... bastante gorda (risas) y ella se montaba en las escaleritas de los consultorios, se cruzaba de brazos y se votaba con presión en el estómago mío." - Betina, 2003*

*"Si, hubo limpieza... más o menos sentí una mano dentro y él al igual se puso encima y comprimió el abdomen para que saliera todo eso..." – Laura, 1998*

*"Yo estaba recostada y me hizo presión, ella era como pequeñita entonces se me hizo encima, hizo una pequeña presión hacia abajo y..." – Ludmila, 2003*

Hay pocas pruebas para demostrar que la presión del fondo uterino es efectiva para mejorar los resultados maternos y neonatales. La presión del fondo uterino se asocia con complicaciones maternas y neonatales: por ejemplo, rotura uterina, fracturas neonatales y daño cerebral (Verheijen, Raven, Hofmeyr, 2009). Para que el feto descienda por el canal de parto, consiste en hacer que la mujer permanezca de pie durante una hora aproximadamente una vez ha alcanzado la dilatación completa, y así esperar a que el reflejo del pujo aparezca en ella espontáneamente.

## n) “Yo estaba tan mamada<sup>18</sup>, me hizo pujar como dos horas”

En este procedimiento a las mujeres se les indicó pujar cuando el médico obstetra lo considerará necesario, generalmente antes de que ellas sientan el deseo de hacerlo espontáneamente, con el propósito de hacer que el feto descienda más rápido por el canal de parto.

Existen dos formas de realizar el pujo. Pujos con **maniobra de Vasalva**. La mujer toma sus rodillas y las acerca al pecho. Debe inhalar profundo, mantener el aire con la boca cerrada, así la glotis cerrada y empujar. Así se repite por tres o cuatro veces con cada contracción. Esta forma de pujar se empezó a utilizar en obstetricia con el uso de la anestesia, pues las mujeres están sedadas y no sienten el impulso de pujar. Pujar con el efecto Vasalva produce una serie de alteraciones fisiológicas que pueden producir un efecto negativo progresivo en el bienestar fetal. Los **pujos espontáneos** se realizan cuando la mujer siente la sensación y necesidad de hacerlo. Pujar espontáneamente desencadena de 3 a 5 pujos espiratorios cortos, de 4 a 6 segundos con cada contracción, generalmente con la boca abierta, la glotis abierta.

Otra mujer estaba en la puerta, las que están cerca de la puerta están esperando para ser pasadas a sala de parto. Esta mujer estaba muy dolorida, era una de las que se retorció en la cama y se tapaba con las cobijas, antes de verla ahí hable con ella y le explique cómo respirar, cuando le hablé podía controlar un poco, pero en ese momento que ya estaba para entrar a sala de parto, no tenía control sobre nada. Como la Residente estaba en la Cesárea con el obstetra, la atendió otro estudiante, creo que era un compañero de ella. Él le decía que pujara para que el bebé descendiera, ella debía pujar cuando tuviera una contracción. Lo hacía, pujaba con todas sus fuerzas pero según el estudiante el bebé no bajaba. Ella decía que no podía, que no era capaz, que estaba pujando con todas sus fuerzas y que no iba a poder. “Me duele, ya no puedo más” ante eso él muy serio le decía que a todas les pasaba lo mismo, que todas tenían los mismos dolores. Mientras ella pujaba él metía sus dedos dentro de su vagina. Eso le dolía, en un momento ella decidió coger la mano del estudiante y sacarla. Él le llamo la atención, la regaño, que las manos de ella debían estar fuera del área de sus genitales, que las colocara siempre hacia los lados pues ella con sus manos podía contaminar, pero claro, él si tenía sus dedos dentro de ella. Ella insistía que le dolía mucho, “pero no importa, debes tener las manos lejos para no contaminar”. Cuando ella pujaba, él le decía que pujara bien. Ella preguntó que si faltaba mucho, él le dijo que como ella no respiraba bien, no pujaba bien, pues él bebé no bajaba. Ahí tomé parte yo. Le dije que luego de cada pujo, inhalara por la nariz, porque ella estaba inhalando por la boca y por reflejo y eso hacía que él bebé se devolviera aún

---

<sup>18</sup> El término mamada o mamado, se utiliza cotidianamente para hacer referencia a una sensación de cansancio extremo.

más. Cuando ella pujaba empecé a darle ánimo porque el estudiante se quedaba cayado. Yo le decía “vamos, puja, en la vagina, no en la cara” y eso al él le molesto, me miraba y cuando le hablaba yo a ella, él también empezó a decirle algo. Él estaba realmente estresado por la situación – **Fragmento Diario de Campo Hospital Público en Bogotá, 2011**

Desafortunadamente en el ámbito hospitalario la forma de pujar de la mujer depende en gran medida de la actitud del personal médico. Generalmente, llega a diez centímetros de dilatación cervical y empieza la cadena de intervenciones: tactos, pujos dirigidos, presión en el abdomen y presión psicológica a la mujer para que realice *buenos pujos*. Es posible, menos riesgoso y más armónico si se espera que el feto descienda, permitiendo a la mujer ubicarse en una posición vertical. Cuando esto sucede, es posible que la sensación, el impulso de pujar, es espontáneo, es un reflejo involuntario, resultado de la presión que ejerce la cabeza del feto en los músculos del suelo pélvico.

Mientras tanto, llegó una contracción, ella gritó del dolor, me estiró los brazos y la sostuve. Ahí me di cuenta que aunque no fuera médica, ni enfermera, yo podía ayudar con un poco de apoyo emocional (hablar, tranquilizar, coger la mano). Decía que ya lo tenía ahí, que se le iba a salir, de pronto gritó “auxilio, ya no puedo más, ya tengo ganas de hacer popo”. La Residente dijo la seña “parto” y nuevamente empezó el corre-corre, la mujer se desesperó más y nos dijo “no me dejen sola, no me dejen sola”. La llevamos a otra sala de parto. Cuando la iban a pasar a la mesa de parto, ella puso resistencia. Decía que no se podía pasar, que el bebé ya venía. La Residente y las otras personas le insistían que tenía que pasarse y ella gritaba “no, no quiero, ya está saliendo”, y mientras decía eso, ella abrió más sus piernas y con grito desesperado, ella retorciéndose encima de la camilla, salió su bebé, mientras La Residente casi que actuaba por reflejo, llegó desde la mesa de parto donde la mujer y sostuvo él bebe de la cabeza y a colocarlo en el abdomen de la mujer. Finalmente el bebé nació en una cama y no en la mesa metálica de trabajo de parto como se supone debe ser. La Residente dijo que ella hubiera alcanzado a pasarse, pero que no quiso. La mujer solo atinaba a disculparse con cada sutil reclamo que le hacían, por gritar, por quejarse, por no pasar a la mesa. – **Fragmento de diario de campo Hospital Público en Bogotá, 2011**

El pujo dirigido hace que la segunda fase del expulsivo sea más rápida en comparación con el pujo espontáneo, pero en el pujo espontáneo los puntajes de Apgar aumentan, así como la presión parcial arterial de oxígeno fetal y la satisfacción de la mujer. La práctica rutinaria de pujo dirigido puede tener efectos perjudiciales sobre la integridad del suelo pélvico, lo que se relaciona con la aparición de incontinencia urinaria y fecal a los tres meses de parto con tendencia a persistir por años. El pujo dirigido conlleva a más riesgos de partos instrumentales y cesáreas, sobre todo por malas rotaciones o descenso del feto. Además, los índices de saturación de oxígeno fetal son inferiores y son más las desaceleraciones de frecuencia cardíaca fetal. Es decir, que el parto sea más rápido, solo

beneficia al ambiente laboral médico, pero no a las mujeres pues así se compromete el intercambio de gas materno-fetal y la integridad del piso pélvico<sup>19</sup>.

### **o) "Ahí fue que yo escuché: cesárea"**

"Si lo pensamos bien, la cesárea empieza cuando una mujer va al ginecólogo al primer control prenatal y pone el proceso de su maternidad bajo dirección médica. En el momento en que se traslada la confianza en el propio cuerpo a la medicina, ahí es cuando comienza la cesárea" - Casilda Rodrigañez (2008)

Tendida sobre una mesa de quirófano, completamente desnuda, las manos atadas, un tubo por la nariz, otro por la boca, el cuerpo fragmentado por los paños verdes. Una parte del cuerpo – del cuello hasta los pies – está a cargo de la instrumentadora y los obstetras encargados, y la otra parte -la cabeza- le pertenece al anesthesiólogo. En el quirófano las mujeres están solas, hay otras personas a cargo que en el parto vaginal, pero pocas veces le hablan, le van sucediendo cosas, nadie le explica, nadie pregunta cómo está.

...cuando yo entré estaba tendida sobre la mesa completamente desnuda, luego le pusieron como una especie de paños verdes sobre todo el cuerpo, dejando el lugar donde harían la incisión descubierta, uno de esos paños le tapaba la cara, es decir, no estaba encima de su cara, pero si era como una cortina donde perdía contacto visual con la Residente y el obstetra. Sus brazos estaban extendidos, era la posición de crucifixión en la que estaba, brazos extendidos perpendiculares a su tronco y las manos atadas. Desde el lugar que yo estaba podía ver su mano derecha y todo el tiempo temblaba (...)

Son más las personas que deben estar para hacer este procedimiento si lo comparo con el parto vaginal: La residente, el obstetra, los pediatras, la instrumentadora, el anesthesiólogo y las enfermeras que entraban y salían de la sala. El obstetra le guiaba a La Residente como debía hacer la cesárea "no, por aquí, eso, así... ahora coge este, mira bien, eso un poquito más..." (...)

(...)En un momento de esos, la mujer empezó a vomitar, el anesthesiólogo le giró la cabeza y ya (...)

(...) la residente mete sus manos dentro de la abertura que ella misma hizo, parece que escarbara dentro de una maleta, coge al bebé y lo saca (...)

(...)Parece que al coser una parte interna, tal vez el útero, hay que acomodar otros órganos que se desajustan. Es impresionante ver cómo levantaba la piel y el tejido graso

---

<sup>19</sup><http://www.federacion-matronas.org/rs/683/.../1/.../vol11n2pag64-8.pdf>

de esta mujer y metía la mano, vuelvo a la comparación de la maleta, como si estuviera organizando una (...)

(...) solo puedo decir que unas partes se ponían sobre otra y que a esta mujer en ocasiones le dolía, yo me levanté finalmente y me puse en el lugar del anesthesiólogo y le pregunté que si le dolía mucho, yo quería saber si ella estaba sintiendo, no pudo hablar pues el tubo del oxígeno, el anesthesiólogo se lo había puesto en la boca (...)

(...) Vino la residente en pediatría, se acercó a la mujer, le tocó la cabeza y le habló en voz baja y consentidora "tu bebé está bien, ya lo revisamos y está muy bien de salud, listo, entonces para que estés tranquila". Cuando terminó todo pasaron a la mujer a una cama, ella temblaba muchísimo, tenía frío y seguía con ese tubo de oxígeno en su boca. La Residente dijo que todas las mujeres terminaban así, temblando de frío – **Fragmentos Diario de Campo - Hospital Público en Bogotá, 2011**

La cesárea puede ser programada o de urgencia. **La primera** la prescribe él o la obstetra desde los controles prenatales, en embarazos de alto riesgo obstétrico, en ocasiones con argumentos poco fehacientes o sin el suficiente estudio médico o exámenes especiales, como que las caderas son *muy estrechas*, que el feto a los ocho meses está en *mala posición*, que la mujer es muy *joven*, o *muy vieja*, que es un embarazo gemelar y/o que *el/la ginecobstetra no va a tomar riesgos*, que *ella no es capaz porque es consentida*, etc. Cuando la cesárea es programada, usualmente se define la hora y fecha según intereses de las mujeres o sus ginecobstetras, pero a decir verdad, más por la conveniencia de las y los ginecobstetras: horarios de trabajo, conveniencia económica, para que no coincida con las vacaciones, etc. **La segunda** se decide el día del trabajo de parto, generalmente por complicaciones durante el mismo y de acuerdo a la emergencia y factores como el estado de salud de la mujer o del feto. Sin embargo, *por tiempo, como no dilató, no bajó el feto*, pero todo esto, de acuerdo al reloj y los tiempos ginecobstétricos. En la mayoría de los casos, esas situaciones son provocadas por la forma de experimentar el trabajo de parto, el ambiente hospitalario, el trato descortés, el trabajo de parto inducido, los tactos vaginales, la inmovilidad, los enemas, etc. Hacen que las mujeres se bloqueen mentalmente, ya que el trabajo de parto y el parto depende en gran medida de un proceso hormonal, que fluirá o no, de acuerdo con el estado emocional de cada mujer, el cual es influido por el modelo médico con que se enfrenta.

*"y llegó y me dijo "no, no, no usted ya no se puede mover, eso ya no se usa mamá, acuéstese porque vamos a tener que hacer Cesárea", "pero, ¿por qué si me acaban de decir que estaba dilatando muy bien?", "no, es que se está empezando a demorar y parece que algo no está dejando bajar al bebé"...- Beth, 2009*

La cesárea se debe realizar sólo para salvar la vida o la integridad de la mujer o el feto. Pero, "en menos de 150 años, la sociedad occidental ha pasado de celebrar el uso de una técnica médico quirúrgica, que puede salvar la vida de algunos niños con dificultades en su nacimiento, a convertir la cesárea en otra forma de nacer" (Olza, 2005).

El poder de decisión, es de quienes valoran el riesgo de cada una, son las y los ginecobstetras los que saben. Tienen a favor que el significado de esta cirugía ha cambiado a tal punto de considerarse hoy en día un derecho para las mujeres. El derecho a no sentir dolor y no sufrir innecesariamente durante el trabajo de parto, gracias a los avances de la ciencia médica. Derecho que ronda alrededor de la maternidad, basados en tres ideas que justifican el uso indiscriminado de las cesáreas: *primera*, por la relación inevitable e incuestionable que se supone hay entre sufrir y parir; *segunda*, el hecho de parecer que todo alrededor del proceso de gestar, parir y lactar representa un riesgo; y *tercera*, por el desconocimiento de las mujeres sobre la cesárea, sobre las causas verdaderas y las implicaciones para sí misma y su hija o hijo.

*"Y entonces, le dije que por qué me hacían cesárea, y él me dijo que en la historia que le habían dado que decía que por Hipertensión Arterial y que era por eso. Entonces yo le dije "y pues ¿cómo así?, pues explíqueme porque Hipertensión Arterial... pues yo no soy médico y yo no entiendo" me dijo "no, pues que se le sube y se le baja la tensión y puede que el bebé se le muera por dentro" y yo creo que ese fue mi miedo"*— **Lucy, 2010**

Un millón de mujeres tienen cesárea cada año en el mundo, de 400.000 a 500.000 fueron innecesarias. La cesárea no es más segura que el parto vaginal, por el contrario, aumentan los riesgos de 5 a 7 veces más para la mujer y su hijo o hija, pero más aún, cuando la cesárea es electiva e innecesaria. Se pueden presentar eventos inesperados, lo que incrementa las cirugías acumulativas, como por ejemplo, otra cesárea en caso de otro embarazo. **Las posibles complicaciones durante y después de la cirugía incluyen:** lesión a la vejiga, útero y vasos sanguíneos, hemorragia (de una a seis mujeres requieren transfusión sanguínea), accidentes anestésicos, coágulos en miembros inferiores, embolismo pulmonar, intestino paralizado, e infecciones (arriba de 50 veces más común). Una de diez mujeres reportan dificultades con actividades normales dos meses después del nacimiento, y una de cuatro reportan dolor en el sitio de la incisión como un problema mayor. Una de cada catorce aun reportan dolor en la incisión seis meses o más después de nacimiento de sus bebés. Hay el doble de posibilidad de ser re-hospitalizada después de una cesárea que de un parto vaginal. Especialmente con cesáreas no planeadas, es más fácil que las mujeres experimenten emociones negativas. Incluyendo baja de autoestima, sensación de haber fallado, pérdida de control y desconcierto. Pueden desarrollar depresión posparto o síndrome de estrés postraumático. Algunas madres expresan sentimientos dominantes de temor o ansiedad acerca de su cesárea hasta durante los cinco años posteriores. Las mujeres con cesáreas están menos dispuestas para tomar la decisión de un nuevo embarazo. Como es de esperarse en todas las cirugías abdominales, las zonas de cicatrización interna pueden causar dolor pélvico, dolor a las relaciones sexuales y problemas intestinales<sup>20 - 21</sup>.

---

<sup>20</sup>[http://translate.googleusercontent.com/translate\\_c?hl=es&langpair=en%7Ces&rurl=translate.google.com.co&u=http://www.motherfriendly.org/&usg=ALkJrhik16LuYy1DO-s\\_4edYZesDG2Bk2w](http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=es&langpair=en%7Ces&rurl=translate.google.com.co&u=http://www.motherfriendly.org/&usg=ALkJrhik16LuYy1DO-s_4edYZesDG2Bk2w)

<sup>21</sup>[http://elpartoesnuestro.es/index.php?option=com\\_content&task=view&id=140&Itemid=54](http://elpartoesnuestro.es/index.php?option=com_content&task=view&id=140&Itemid=54)

*"De pronto esa fue la excusa que me dieron en el médico "si a su bebé le pasa algo o se le muere, nosotros no respondemos, porque nosotros le dijimos qué era lo que íbamos a hacer y usted no dejó" ese era mi miedo "me toca que me hagan la cesárea, porque qué tal que mi bebé se me muera" o no sé cómo una amenaza, yo no sé si ellos estaban en lo correcto" – Lucy, 2010*

Las consecuencias reproductivas comparadas con el nacimiento vaginal incluyen incremento de la infertilidad, pérdidas fetales en próximos embarazos, placenta previa (placenta que cubre el orificio interno del cérvix) desprendimiento de placenta y partos prematuros. Aún en mujeres que planean una segunda cesárea, la ruptura uterina ocurre con una frecuencia de 1 por 500 a razón de 1 por 10,000 en mujeres sin cicatriz previa.

**Las consecuencias para el hijo o la hija recién nacida** especialmente con las cesáreas programadas, cuando son extraídas inadvertidamente en forma prematura, nacen impropriamente antes del momento de estar listos y pueden presentar problemas respiratorios o alimenticios. Uno o dos fetos por cien podrán ser lesionados por el bisturí durante la cirugía. Estudios comparativos entre cesáreas programadas y cesáreas por motivos no inherentes al feto con nacimientos por vía vaginal han encontrado que un 50% de los valores de Apgar<sup>22</sup> son más bajos, requieren cinco veces más frecuentemente asistencia respiratoria, y cinco veces más frecuente son admitidos a cuidados intermedios o intensivos. Los niños y niñas que han nacido de una cesárea programada pueden desarrollar cuatro veces más hipertensión pulmonar persistente, comparados con bebés nacidos vaginalmente. La hipertensión pulmonar persistente es una amenaza para la vida. Es más difícil para las mujeres formar vínculo con su hija, puede ser que las mujeres sean menos propensas de abrazar o amamantar al bebé o de tener habitación compartida debido a las dificultades del cuidado para el infante por el proceso de recuperación de una cirugía mayor. Los y las bebés tienen menos probabilidades de ser amamantados. Las consecuencias adversas para la salud por la alimentación con fórmula son numerosas y pueden ser severas.

\* \* \*

La aplicación de estos procedimientos médicos de manera rutinaria, se hace con base en un discurso donde los argumentos para oponerse a la razón médica son invisibilizados o negados, y este es un requisito indispensable para poder atender técnicamente el proceso y no la persona (Camacaro, 2010). Se supone que a las mujeres se les debe informar y explicar sobre cómo se hace cada procedimiento y las posibles consecuencias, pero en ocasiones, la realidad es que no se les explica el propósito de los procedimientos, o se les explica de manera superficial e incomprensible para ellas, así es que firman varios consentimientos informados, en medio del apuro que requieren las dinámicas de la sala de trabajo de parto. En ocasiones, no se hace con la intención de informar a las mujeres, sino por salvaguardar responsabilidades haciendo énfasis en los beneficios que cada mujer va a recibir, invisibilizando sus efectos secundarios.

---

<sup>22</sup>El test de Apgar se trata de una puntuación que se realiza al minuto, a los cinco minutos, y a veces, a los 10 minutos del nacimiento, que permite valorar el estado general del recién nacido.



En abril de 1995, la oficina regional europea de la OMS<sup>23</sup>, la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto, en Fortaleza – Brasil, donde se llegó a una posición unánime luego de revisar los conocimientos sobre tecnología para el parto, dejando como resultado una declaración, donde se manifiesta una serie de recomendaciones aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo, el cual, hoy en día, sigue vigente. (Ver anexo tres) En esta lista de recomendaciones se demuestra la importancia de reconocer algunas necesidades emocionales de las mujeres parturientas, como el acompañamiento de una persona de su confianza, decidir sobre la ropa que debe vestir, se mencionan la mayoría de procedimientos médicos anteriormente descritos, haciendo un llamado de atención sobre su uso rutinario e innecesario, se estipula que las tasas de cesáreas por país no deben pasar el 10% de los partos y otros asuntos específicos del parto como no dejar a la mujer embarazada acostada de espaldas para pujar.

Desde septiembre de 2001 la organización WORLD ASSOCIATION OF PERINATAL MEDICINE (WAPM), conjuntamente con otras Sociedades nacionales e internacionales de Medicina Perinatal, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, y la colaboración de Academias, Asociaciones, Fundaciones, Institutos, Centros Organizaciones humanitarias de todo el mundo, entre cuyos objetivos está la defensa y promoción de los derechos de la mujer de la infancia, decidieron, con motivo de la celebración en Barcelona (23-27 Septiembre 2001) del 5th WORLD CONGRESS OF PERINATAL MEDICINE, hacer una DECLARACIÓN INSTITUCIONAL denominada "**DECLARACIÓN DE BARCELONA sobre los DERECHOS DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO**" (Ver anexo cuatro). El objetivo de esta declaración es lograr que en el siglo XXI el proceso reproductivo humano tenga lugar en cualquier parte del mundo, en condiciones de bienestar físico, mental, social tanto para la madre como para su hijo o hija. Los miembros de la World Association of Perinatal Medicine, conjuntamente con las instituciones citadas exhortaron a las organizaciones políticas y sanitarias supranacionales, a los gobiernos de todos los países del mundo, a los legisladores de los Parlamentos democráticos, y a las organizaciones no gubernamentales (ONGs), así como a todas las instituciones públicas o privadas cuya razón de ser sea el cuidado de la salud reproductiva de la Humanidad, a que tengan en cuenta, respeten, fomenten y hagan realidad los siguientes Derechos de la Madre y del Recién Nacido.

Así mismo, algunas Guías de entidades oficiales, tienen una postura definida sobre el uso de los procedimientos médicos y su aplicación rutinaria durante el trabajo de parto y el parto.

- Guía 8. Atención al parto. **Ministerio de Protección Social de Colombia** (Vigente aun en marzo de 2012).

---

<sup>23</sup>La **Organización Mundial de la Salud (OMS)** es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Asume una posición de liderazgo en asuntos sanitarios mundiales, configura la agenda de las investigaciones en salud, establece normas, articula opciones de política basadas en la evidencia, presta apoyo técnico a los países y vigila las tendencias sanitarias mundiales.

- Guía de control prenatal y factores de riesgo. **Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.** Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog) (Vigente aún en marzo de 2012).
- Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia del **Ministerio de Salud de la Nación de Argentina** (2004)
- La Guía para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido del **Centro Latinoamericano de Perinatología<sup>24</sup> - CLAP de Uruguay** (2010)

En algunos apartados de estas guías dan pautas para que en los servicios de salud de la región a la que están dirigidos tengan en cuenta las expectativas de las mujeres gestantes, parturientas y púerperas, recomiendan se les dé un trato digno y personal. Tienen en común que desaconsejan el uso de varios procedimientos médicos de forma rutinaria e indiscriminada, para los casos de embarazos de bajo riesgo obstétrico, los argumentos se hacen mencionando evidencias científicas de la medicina occidental. No apoyan completamente la medicalización y patologización del embarazo, el parto y el posparto. Pero, contradictoriamente la práctica médica-obstétrica que describen las mujeres entrevistadas para esta investigación, no es acorde con las recomendaciones que se dan desde estas entidades de salud, y a pesar de que se posicionan desde el discurso médico occidental y desde el poder que implica ser entidades reguladoras de la práctica médica oficial. Luego, lo relacionado con la experiencia de parto de las mujeres y su victimización con la violencia ginecobs-tétrica, es necesario también visibilizar el desconocimiento en el acto médico de recomendaciones de estas entidades, que de ser tenidas en cuenta, podría llegar a cambiar la experiencia de parir a un acto más digno de las mujeres, donde los conceptos de autonomía y decisiones informadas sean valorados en todo el proceso médico. Todas las mujeres entrevistas manifestaron que pasaron por varias de estas rutinas médicas. Luego, nos queda una tarea pendiente por solucionar **¿por qué no se siguieron estas pautas recomendadas en las salas de trabajo de parto y parto?**

---

<sup>24</sup>El **Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP)** es una organización con liderazgo regional en los países de la Región de las Américas, que con un enfoque multidisciplinar, genera y difunde conocimientos, políticas y tecnologías sobre problemas prioritarios en el área de la salud perinatal, salud de la mujer y salud sexual y reproductiva, enfocada a los derechos de las personas<sup>24</sup>. La Guía para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido del CLAP (2010:173), resalta que no se debe utilizar los procedimientos médicos de manera rutinaria, señala que dar información a la mujer gestante se debe dar en cada contacto que ella tenga con el personal de salud. Cada mujer debe recibir una atención tranquilizadora, sin discordancia y sin transmitirle ansiedad. Se debe promover la participación de la pareja u otro miembro del grupo familiar en el parto, haciéndola consciente de las modificaciones que va teniendo, brindándole el adecuado apoyo psico-físico que la situación requiere. Cuando el trabajo de parto ha iniciado, se debe informar a la mujer gestante de manera veraz, usando un lenguaje ajustado a su cultura. La información que se debe dar es sobre el trabajo de parto, recomendaciones para que tenga una participación activa, informarla sobre la importancia de la posición vertical y deambulación para el periodo de dilatación y de hidratarse constantemente.

## Capítulo 4

### Recién Parida

### El periodo posparto y el desasosiego

“Una vez que nace el niño ya no es problema del obstetra, el niño es como propiedad del pediatra y la madre es del obstetra”  
Obstetra venezolano – Tomado de Camacaro (2010:195)

Luego del nacimiento del bebé, cuando ya se han terminado las intervenciones médicas con la mujer, cuando ya el bebé ha sido revisado por los y las médicos pediatras, las mujeres deben quitarse la bata de maternidad y durante las siguientes horas deben vestir una pijama y en algunos lugares un pañal desechable. Para el caso del Hospital Público donde hice observación, las mujeres luego de parir pasaron a una sala diferente donde están con sus bebés en el proceso de iniciación a la lactancia, solo ahí a las mujeres se les ofrece de comer y beber. A este nuevo espacio entran los ginecobstetras para revisar a las mujeres, pero su presencia es rápida y esporádica. El protagonismo lo tienen esta vez las enfermeras, las jefes y las auxiliares. Ellas son quienes, en esta nueva fase, controlan a las mujeres y las orientan en la práctica de la lactancia y los cuidados del o la bebé. En algunas instituciones, luego de pasar por esta sala colectiva, las mujeres son trasladadas a las habitaciones o pisos, donde pueden recibir visitas. Según el estado de salud de la madre y/o su bebé, se decide dar de alta o dejar en observación a los dos o alguno de los dos. Cuando se cuenta con medicina prepagada o planes complementarios, es posible que los dos permanezcan en la institución en caso de ser necesario más tiempo de hospitalización. En otros casos, generalmente del plan obligatorio o Sisben a la madre se le da de alta, aún cuando su bebé deba permanecer en hospitalización. Al ser dadas de alta las mujeres recién paridas, van a sus hogares con la información que recibieron del curso psicoprofiláctico y las indicaciones de las enfermeras para su cuidado y el de su bebé. Y generalmente, a los ocho días, según la modalidad de parto y la institución de salud, las mujeres gestantes tienen un control posparto con ginecobstetricia y, de crecimiento y desarrollo para su bebé en pediatría. En

algunas EPS de Bogotá durante el primer mes después del parto, las mujeres reciben la visita a su domicilio de una enfermera jefe, como parte del control posparto.

De acuerdo a lo expuesto en los capítulos anteriores, considero que el continuo de violencia se da en la medida en que las mujeres que entran en el proceso de convertirse en madres, tienen contacto con el discurso y la praxis ginecobstétrica; desde que salen del laboratorio con la prueba positiva de embarazo, hasta el control posparto. En el periodo del puerperio, las mujeres ya se han sumergido con anterioridad en el sistema de salud, con su lógica implícita de control social y escisión de su cuerpo. Ya han pasado por varias instancias –de legitimación o de materialización de la violencia ginecobstétrica- en un engranaje que se resguarda y da significado a la vez, a la vivencia corporal de cada mujer en el proceso de convertirse en madre. Es decir, en la medida en que la vivencia del cuerpo interno, externo e íntimo del que nos sugiere Imaz (2010), cobra importancia cuando la mujer va pasando por esa cadena secuencial de intervenciones médicas, que por sus características afecta su autonomía y autoestima. El contacto con el personal de salud en el periodo puerperio es menor en comparación con el proceso de gestación y la experiencia de parto, sin embargo, durante este periodo la relación de poder entre mujeres y profesionales de salud sigue mediada por estereotipos de género que naturalizan y legitiman el uso de la violencia –simbólica especialmente- para el control de las mujeres y ahora, también sus bebés. Si durante el proceso de gestación la relación estaba mediada por la naturalización de la procreación, en el nuevo rol –en palabras de Imaz- a la mujer se le *maternaliza* a través de la naturalización del vínculo materno-filial y las labores de crianza.

La naturalización del vínculo materno-filial es aquella donde se considera la existencia de un estrecho vínculo emocional de origen instintivo con él o la hija biológica, donde entre los dos hay una continuidad fuerte de dependencia física y afectiva: “si el bebé necesita el seno materno para alimentarse y su cuerpo para ser protegido y abrigado, la madre igualmente necesita de su bebé para aliviar el amor que junto con el parto se desencadena”. Este es un concepto de la maternidad individualizado, exclusivo y selectivo, donde no es adecuado ni propio la delegación a otra persona de las labores maternas, donde se presume, además, que se trata de una relación basada en sentimientos de intimidad, ternura, altruismo y que la ausencia o carencia de estos, solo puede significar desordenes patológicos de orden psíquico (Imaz, 2010:109). Al respecto, veamos parte de los relatos de Analí y Anaís, quienes tuvieron en común que vivieron una experiencia de gestación no deseada, situación que nos sugiere la importancia de cuestionar el instinto materno.

**Analí** tenía 28 años, vivía en unión libre, era profesional, pero se encontraba en un proceso de terminar la relación con su compañero sentimental, por lo que su embarazo lo considero inoportuno e indeseado. Su proceso de gestación termina con la muerte del

feto faltando una semana para la fecha probable de parto, según ella por una mala prescripción médica. **Anaís** queda embarazada a los 17 años y vive su embarazo a través del señalamiento familiar y social por ser gestante adolescente, adicional a la falta de apoyo de su compañero sentimental. Nueve años después del parto, la calidad de vida de Anaís se ve afectada por un desgarró vagino-rectal durante el parto que no fue diagnosticado, ni tratado a tiempo.

*"Y tras del hecho no fue deseado, entonces se muere, "¿cómo así? yo no sirvo para esta vaina!" Y nadie explica nada y cuando explican, explican mal"* -**Anaís, 2006**

*"... esto es un castigo" porque yo cuando quedé embarazada, yo no quería ¿sí me entiendes?, fue un accidente y de cierta manera los primeros años de mi hijo hubo un tiempo que yo no viví con él, yo no estaba en el papel de madre, yo era más como la hermana. Mi mamá era la mamá. Yo no lo había cogido como "es mi responsabilidad", ni económicamente, y pues ni como mamá. Esto es un castigo que Dios me puso... mira, yo soy una persona, que de por sí tiene un carácter muy fuerte, después de eso... me la paso mal, llorando todo el tiempo, tirada a la pena y diciendo "no, jueputa, ¡qué desgracia! O sea, ¿yo qué hice?"* - **Anaís, 2011**

La naturalización del vínculo materno-filial puede llegar a ser un dispositivo de legitimación de las situaciones de violencia ginecobstétrica. Ya que como lo hemos visto, cuando cada una de estas mujeres reflexiona, después de los acontecimientos, se adjudica la responsabilidad de lo que le sucedió, juzgándose a sí mismas por la carencia de ese sentimiento materno-filial que se supone debieron sentir durante el proceso de gestación, aun cuando, contradictoriamente, durante el transcurso de toda la entrevista, han afirmado que la responsabilidad de la victimización a la que fueron expuestas, es de los profesionales en salud. Lo que denota sensaciones ambivalentes luego del maltrato y la violencia, que si no se explican desde la naturalización de la maternidad como dispositivo que legitima la violencia, pueden quedarse en un estado de letargo y obstaculizar así la visibilización y problematización la violencia ginecobstétrica.

La naturalización de las labores de crianza, es la atribución de estas labores a las mujeres en general y a las madres biológicas en particular; proviene de considerar que las mujeres por sus características psíquicas y físicas son más idóneas que los varones para realizarlas. Para Imaz, esta dimensión de la naturalización de la maternidad supone una serie de destrezas en el desempeño de determinados cuidados infantiles, es una capacidad especial para responder a los requerimientos de cuidado de otros. En consecuencia, todo este conocimiento de las mujeres, tiene menor valor social por considerarlo instintivo. Es común, que durante la estancia de las mujeres en el hospital las primeras 24 horas luego del parto, se les exija lactar, colocar pañales, cargar sus bebés y sacarles los gases, aun cuando ellas manifiestan que no han adquirido la experiencia y los conocimientos para hacerlo. Cuando las mujeres manifestaron temor o desconocimiento, fueron puestas en escarnio público, infantilizadas y descalificadas.

*"Entonces me dejaron sola con el niño. Y yo en mi vida había cambiado un pañal, un tetero... yo no sabía nada de eso. Y él se hizo popó. Y yo "ay Dios mío, ¿y ésto como se cambia?" y le pité a la enfermera para que viniera... Se puso... me regañó. Yo "oye, mira es que se hizo, en el pañal y ¿cómo hago?" Bien ingenua yo. " ¿Cómo así mamá?! Cámbiele el pañal, es su hijo". Gasté 20 pañitos. Porque ese popó es negro y es horrible, porque eso es pegachento. O sea, yo era... la cola... ay Dios Mío." - Anaís, 2002*

*"Ella (la enfermera) dijo "¿ya comió?" y yo no "pues, eso le intentamos y le intentamos y nada", y ella "¡aj cómo así?!, ese niño tiene hambre, tiene que comer" y ahí mismo... las batas que uno se pone como con botones acá, me la abrió y me cogió el seno y se lo puso al niño. Y me dice "¡ay! ¿Cómo así? Usted sí es descarada mamá" y yo pues ahí toda achantada, pues yo que le decía, a mí nadie me había enseñado, esa estaba ahí toda grosera". -Anna, 2010*

Se presume que el instinto materno provee a la mujer de las destrezas necesarias para las labores de crianza, o por lo menos de la motivación necesaria para que aquella que acaba de parir, entienda y atienda las necesidades de su hijo o hija recién nacida. Por otro lado, ese conocimiento sobre su hijo, el cual cada una debe hacer práctico, se direcciona con base en los postulados de la ciencia del cuidado: la enfermería<sup>25</sup>. Esta situación se basa en una contradicción, puesto que lo que se espera poner en práctica en el periodo posparto con respecto a los cuidados propios y de su hijo o hija, es lo que la mujer aprendió en el curso psicoprofiláctico y lo que le deben enseñar algunas enfermeras el día del parto. Algunas mujeres no asistieron a curso psicoprofiláctico o no tienen otras posibilidades de formarse en los cuidados posparto, tanto de ellas como de su bebé, pero sin embargo, deben ser capaces de atender las necesidades de su hijo con destreza y prontitud, aún más, sin tener en cuenta las condiciones físicas y emocionales con la que ha terminado el proceso de gestar y parir.

Gaitana y Lucy, dos mujeres adolescentes en el momento de convertirse en madres, manifiestan que no sabían atender a un bebé recién nacido, pero que además sus condiciones físicas luego del parto, eran obstáculo para por lo menos intentar cuidarlos. Según el análisis que cada una hace de su experiencia, las malas condiciones físicas fueron causadas por los mismos profesionales en salud. Gaitana sostiene que a ella se le debió practicar una cesárea a causa del tamaño de su hijo, mientras que Lucy considera que a ella le impusieron la cesárea y por lo mismo estaba muy adolorida, las dos consideran que les hicieron un mal diagnóstico para decidir su forma de parir. Cuando se les exige, además, que atiendan a sus bebés a pesar de sentirse impedidas físicamente -

---

<sup>25</sup>La enfermería es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano. Es una disciplina con funciones importantes dentro de las ciencias de la salud. Según la definición de la Universidad de Moscú, en Rusia, es la "ciencia o disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual". La enfermería se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Tomado de: <http://es.scribd.com/doc/10280257/La-Enfermeria-Es-La-Ciencia-Del-Cuidado-de-La-Salud-Del-Ser-Humano>

y en efecto lo hacen-es una situación que las victimiza en doble sentido, primero por el control invasivo que cada una considera que hicieron sobre su cuerpo y la decisión que otros tomaron por ellas; segundo, por considerar que las labores de maternidad propias del puerperio inmediato son su responsabilidad exclusiva, para luego exigirles que lo realicen a pesar del dolor físico que esto les ocasiona.

*"Y por fuera también me rasgaron, entonces les tocó que me unieran por dentro y por fuera. Y pues siempre quedé delicada, porque el niño era muy grande, tenía 4000 gramos para el cuerpo de 16 años que yo tenía, pues era muy... una adolescente para tener un niño tan grande, era para cesárea... yo quedías que fui a control, me dijeron que eso era para cesárea. Y ya después... esto, siempre pues... a mi me, me, me... me tuvieron duro y... y siempre me desgarraron por dentro, lo que fue el cuello uterino me lo rajaron en dos partes... Ese día en el hospital, había una enfermera que me puso a hacer todo a mí y yo no podía... o sea, yo no me podía parar, ni darle pecho al niño, ni nada... pero la enfermera era "no, hágale"... me tocó pararme y eso me dolió mucho. Habían unas enfermeras que lo que hacían era mandarlo a uno, sabiendo que uno no se podía ni mover..." – Gaitana, 2011*

*"Y habían enfermeras que a uno no "cambié su niño, usted verá cómo hace" y uno con ese dolor, uno después de la cesárea casi no se puede parar, ni nada. Y uno timbraba y la enfermera "¿qué?, pero es que usted, venga párese, vaya rápido, acuéstese" – Lucy, 2010*

Otra situación frecuente que hizo parte del continuo de malestares, donde las mujeres siguen siendo anuladas, siguen siendo tratadas como objeto de estudio, de nuevo sin siquiera preguntarle el nombre, ni su consentimiento para mirar y tocar su cuerpo. "Una vez transformado en objeto médico, el cuerpo femenino puede convertirse en el lugar en donde el sadismo y el voyerismo se ejercen libremente al amparo de un método clínico. El médico busca, mira, recoge y solicita las zonas eróticas de la paciente para luego describir y controlar minuciosamente sus reacciones" (Buzzatti y Salvo, 2001:91). El siguiente relato de Analí sobre la cita del control posparto, muestra lo que Carme Valls dice sobre las sensaciones que se repiten en diferentes pacientes cuando son violentadas en su dignidad durante el acto médico: la sensación de pérdida del poder, la sensación de ser ignorada, la sensación de haber experimentado falta de atención o cuidado y la falta de empatía.

*"en la cita de los ocho días posparto, me hicieron pasar a mi sola a un consultorio para que la Ginecóloga me revisara... entro yo a un consultorio pequeño y yo sola, y me dijeron ponte esta bata y alístate que te van a revisar los puntos... yo estaba lista cuando llegó una señora, me pide que me suba un poquito más y que abra más las piernas. Entonces quedo completamente abierta frente a la cara de ella. Y bueno yo estaba ahí. Entonces la nena se puso el tapabocas, me toca con un guante, y me dijo que "están perfectos los puntos, muy bien, lo has hecho muy bien", yo "ah bueno, listo". Entonces de repente veo yo que la nena abre la puerta y entran cinco hombres al consultorio, y pues por lo que yo*

*intuyo eran estudiantes de práctica, y pues los hombres empiezan a mirarme... y ella empieza "miren, esta es una episiotomía bien hecha, eh eh éstos puntos están completamente curados" y la nena entonces me mete casi el dedo y empieza "mire, aquí está no sé qué" y empieza a explicarle a los señores y todos me miran, me miran y me miran y ni siquiera "buenos días, buenas tardes" y la nena ni siquiera me dice "mire, oiga, tengo 5 estudiantes afuera ¿puedo hacerlos seguir, usted me da autorización para que miren los puntos, no sé qué?", nooo, simplemente los hizo entrar, fueron los 10 minutos más bochornosos de toda mi vida (risas), porque pues sí, uno ya no tiene pena, pero pues no era para que los otros 5 fueran a meterse... y ellos si miran, observan, opinan y listo se va y ni un "hasta luego", nada. O sea, entraron, miraron y se fueron. Entonces la nena me dice "bueno te voy a dejar solita para que puedas cambiarte como con intimidad" (risas) así me dijo, o sea, ¡ya qué!... ¡ya me vio medio mundo y ella cuidándome la intimidad después de que... ¿sí?...". –Análí, 2008*

La última parte del relato de Analí nos sugiere que no hay intención de generar un proceso de comunicación donde se hable con unos códigos compartidos para que haya entendimiento real e incluyente entre las dos partes de esta relación. En este caso, el concepto de intimidad es antagónico a la realidad de una mujer. Mostrar los genitales a personas extrañas sin el consentimiento de la mujer a *explorar*, por más que se digan expertos y expertas en el tema, es percibido por muchas mujeres como un acto de violencia sexual, que puede ser ejercida sin intención de causar daño físico en la mujer, pero si con la intención de someterla a una exploración de su cuerpo sin contar con ella, con el fin de aportar al proceso de formación de personas desconocidas. Es un propósito desigual, puede parecer muy sano, formativo y necesario, pero en realidad se saca provecho de una mujer a quien se le ha desnudado, acostado y quien tiene que esperar pacientemente un diagnóstico. Esta situación produce que las mujeres sean **cosificadas**, son entendidas como un cuerpo que alguien necesita y quiere explorar, pero es un cuerpo que no piensa, que no siente, que no protesta, que no pregunta, que se deja explorar, es una cosa u objeto porque no se saluda, no se llama por su nombre, no se le pide su consentimiento para examinar sus genitales y lo que ha pasado con ellos después del parto.

Es necesario tener en cuenta, que las condiciones físicas como emocionales de las mujeres durante el periodo posparto son, en gran parte, resultado de lo transcurrido durante el embarazo y el parto. Darse cuenta de que fue tratada con violencia mientras fue parte de este contexto es, para algunas mujeres, como toparse con la conciencia de lo perjudicial del asunto, muchas veces es una cuestión esporádica. Los procedimientos médicos durante el posparto cambiaron, pero no por eso dejaron de ser rutinarios, irrespetuosos e invasivos, tampoco cambió la actitud del personal de salud y el trato que recibieron las mujeres sigue por la misma tendencia de despersonalización, culpabilización y dominación.

*"Cuando me quitaron los puntos, me agarré con la vieja que me quitó los puntos... porque, claro como estaban irritados pues claro el dolor era... y llegó y me dijo "como para tener dos chinos y abrir las patas no le dolió, deje de ser tan gritona", mi esposo estaba, y él me miró..." – Betina, 2011*



*"Y a mí por ejemplo, cuando me quitaron el espaldarapo, el doctor llegó y me lo rasgó así, durísimo y me abrió un punto, y me dijo "no, no, no, eso no es nada" y yo "aj" pues del dolor dejé así"* – **Lucy, 2010**

De acuerdo con Imaz, las mujeres con el nacimiento de su bebé descubren la responsabilidad, que va ligada a la aparición de la culpa con cinco rasgos fundamentales: la centralidad total en su bebé, es emocionalmente absorbente, guiada por expertos, costosa económicamente y donde la madre es la principal responsable del bienestar del bebé. En ese orden de ideas, Analí luego del nacimiento de su segundo hijo, al que considera fue deseado, con quien tuvo la experiencia de las labores de crianza (pues su primer embarazo terminó con la muerte del feto), reconoce la complejidad del proceso de convertirse en madre, valorando sus circunstancias y dando cuenta del reconocimiento imbricado que tiene su hijo sobre ella durante todo el proceso, donde las mujeres convertidas en madres y sus situaciones particulares producto de la experiencia de gestar y parir son ignoradas durante la atención de salud del periodo posparto.

*"Me parece que la atención en el posparto no es la adecuada, porque todo gira alrededor del bebé. Todo es con el bebé y a nosotras las mujeres posparto es como "bueno listo, ya parió, chao, adiós, póngale la teta, y listo, nos vemos", pero el tema de la depresión posparto y ese tipo de temas no se le presta atención. Uno tiene que estriársele la panza, quedarse gorda, las puchecas estriadas y caídas y nadie se preocupa por eso... No le paran bolas a la mamá que esta depresiva. No, simplemente nos tienen cuidado porque el bebé está dentro, pero cuando sale el bebé como que pues adiós mujer. Uno se obliga a estar con el bebé y nadie piensa en uno, ni uno mismo, muchas veces ¿no?"* – **Analí, 2008**

Una situación compleja para las mujeres en periodo posparto inmediato, causada por el sistema de salud, es cuando las mujeres o sus bebés recién nacidas y nacidos fueron separados por cuestiones médicas. En el siguiente relato de Anaís, por su situación particular por el desgarro que sufrió durante el parto, nos sugiere que esa responsabilidad exclusiva de la madre biológica frente al bienestar del bebé, implica en muchas ocasiones desventajas para la salud y bienestar de las mujeres. Al respecto Imaz habla de la "libertad de elegir" que impregna los discursos de la maternidad, muy ligada a la palabra "responsabilidad", estrechando la maternidad en una sola posibilidad: preferir el bienestar del hijo o hija antes que el propio, por la imposibilidad naturalizada de delegar a otra persona las labores de crianza.

*"Claro, y como me pasó lo de mi hijo, **yo estaba más pendiente de él, que de mí...** yo medio caminaba, para caminar una cuadra me demoraba... para salir de la casa era a las 6:30 o 7:00 para poder llegar a las 9:00, porque mi casa es cerca del Bosque. Yo caminaba pasito por pasito, y yo sentía una cosa tan horrible ahí, como un ardor... como cuando entraba al baño a orinar ¡Dios Mío! Yo ni quería entrar al baño... me dio estreñimiento... o sea, ese miedo de entrar al baño...yo no pude estar quieta. A mí me toco muy tenaz. La ida al hospital 8 días... o sea, mi hijo nació, un miércoles y el sábado lo*

*hospitalizaron. A mí me tocaba entrar a la clínica a las 9, lo veía de 9:00 a 10:00 y lo veía de 3:00 a 4:00. Entonces yo no me podía devolver, yo lo veía por una ventana, sentada, esperando que sean las tres... cuatro... me venía para la casa... Siempre estuve muy adolorida, pero pues, yo decía "yo tengo que poder caminar, no es posible que yo sea tan floja" -Anaís, 2002*

En estos casos, a las mujeres se les condiciona el acompañamiento y lactancia solo en ciertas horas. Esta situación se puede catalogar como violencia institucional, ya corresponde a las dinámicas que cada una de las instituciones médicas disponen, generalmente por cuestiones económicas, que afecta negativamente el proceso de recuperación de las mujeres que la sufren, por los largos recorridos que deben hacer, desde su residencia hasta la institución médica, lo que hace que tengan que esforzarse de más durante el posparto inmediato.

*"No me pude quedar, me tocó salir, volver a neonatos, volver a irme, volver a salir, volver a entrar... porque eran tres veces al día que nos dejaban entrar... y pues a mí todo el mundo me decía que eso era malísimo, porque el frío, que porque no sé qué... y yo "pues, a mí me importa un carajo el frío..." mire yo me acostaba y a mí la noche se me hacía eterna... yo no hallaba la hora que saliera el sol y yo "ayyy si me voy". -Betina, 2011*

Entre las mujeres se considera que para una adecuada recuperación durante el periodo puerperio, se debe guardar reposo y no exponerse a cambios fuertes de temperatura, así que además de la situación de desplazamientos en condiciones físicas difíciles, cada una se enfrenta a los comentarios de personas a su alrededor sobre las consecuencias de ese "desmán", generando una verdadera angustia por la propia salud, una angustia sin salida aparente, pues no es posible, o tal vez no es correcto quedarse en casa mientras su hijo o hija este en neonatos, especialmente porque el bebé requiere de la leche materna para su bienestar y crecimiento y esta solo es posible que sea suministrada por su madre biológica.

*"Entonces las visitas son a tal tales horas. Llegamos y también nos encontramos con eso, o sea, es difícil si uno no vive cerca y mucho menos que los horarios de atención... bueno yo no me imaginaba eso, pues ellos necesitan ver a los bebés y eso, pero es difícil para uno que los horarios de atención sean tan corridos, uno es a las once de la mañana, otro es a las cinco de la tarde... Pues al otro día la bebé había evolucionado mucho más, entonces ya le podía dar, pero entonces ahí también te regañan por todo "mamá se está ubicando mal, siéntese bien, usted si no sé qué, usted si se más...". Las enfermeras, los médicos no... Si, entonces pues imagínate: quieren que uno no se quede en el hospital dentro, que tiene que salir, eso es una. Dos, que uno no puede comer nada allá, pero tampoco... o sea, la clínica no tiene tampoco adentro una cafetería para que uno pueda ir y comer, es afuera... Y luego de que tú sales, no te van a dejar entrar, "mamá las nuevas visitas son a tal hora, entonces hasta esa hora puede volver a entrar", y uno qué hace todo el tiempo, afuera lloviendo, porque estaba en invierno, tú enfermo, porque tú, o sea,*

*acabas de tener un bebé, estas en la dieta, a mi los pies se me inflamaban y aparte se supone que el frío...” – Karina, 2010*

El régimen de salud al que se pertenezca, influye en aspectos como separar o no a la mujer de su hijo, en caso de una eventualidad médica de uno de los dos, como lo vimos en los párrafos anteriores. Pero esta situación no se presentó en una de las mujeres que fueron atendidas por los Planes Complementarios, a ella sí se le permitió permanecer en la clínica, mientras a su hijo no se le diera de alta. La forma de acceder a los servicios de salud y el régimen de salud influye en el riesgo e impacto de la violencia ginecobstétrica en las mujeres.

*“El niño le detectaron un soplo, entonces... A mí me dieron de alta, pero el niño no podía salir hasta que no le revisaran su corazón, pero eso indicaba que yo tampoco podía salir de la clínica, entonces nos dejaron hospitalizados como dos días más” – Andorra, 2008*

## 1. Reflexiones posparto

“Se observa que las técnicas de procreación refuerzan que el rol primario de las mujeres es tener niños(as)... cabría preguntarse por el impacto sobre la vida de las mujeres y sobre su salud, la seguridad y las posibilidades de elección. Muchas mujeres, no solo las feministas, sienten que las nuevas tecnologías reproductivas son un intento de apropiación de sus capacidades reproductivas”

Susana E. Sommer (1999)

Hasta este momento solo me he referido a la forma de vivir la violencia ginecobstétrica, ocho días después del parto. Aseguré en el inicio de este apartado que el continuo de violencia ginecobstétrica durante el proceso de gestación, la experiencia de parto y el periodo puerperio, empieza en el laboratorio clínico y termina con el control posparto.

Sin embargo, vivencias como la de Anaís, nos muestra que la violencia ginecobstétrica se presenta en la medida en que las mujeres dependamos exclusivamente de la ciencia médica y su especialidad ginecobstétrica para manejar y controlar nuestras vidas en lo referente al ámbito sexual y reproductivo y en ese sentido las condiciones físicas, resultado de la atención sanitaria durante el proceso de gestación y la experiencia posparto, pueden llegar a significar una fuerte dependencia de la mujer a la ginecobstetricia. Recordemos primero que Anaís tuvo un desgarro en grado cuatro<sup>26</sup>, que

---

<sup>26</sup>Los desgarros pueden ser en cuatro grados: **Primer grado**: son desgarros menores en la piel vaginal que rodea la entrada de la vagina. La mayoría se curan bien sin ninguna sutura. **Segundo grado**: la pared vaginal posterior y los músculos perineales, se desgarran, pero los músculos del esfínter anal permanecen intactos. La mayoría requieren varios puntos para restaurar la anatomía de los músculos y de los tejidos más superficiales. **Tercer grado**: los músculos del esfínter anal se desgarran pero el revestimiento mucoso del recto permanece intacto. Estos desgarros deben ser reparados cuidadosamente para asegurar la realineación de las capas del músculo. **Cuatro grado**: los músculos del esfínter anal se desgarran al punto

se dio en el periodo expulsivo del parto, del cual no se le dio aviso y por lo mismo no se le trato. Ella se dio cuenta de lo que le había pasado, dos años después en una citología y luego, fue consciente del impacto de este evento en su calidad de vida seis años después, cuando su vida cotidiana se vio afectada en aspectos familiares, sentimentales, sexuales y laborales, por las consecuencias del desgarro y la falta de tratamiento. Anaís ha buscado ayuda médica para corregir la fístula que le generó el desgarro, lo cual la ha llevado por una serie frecuente y dolorosa de procedimientos médicos –entre exámenes, cirugías, consultas con diferentes especialistas- entre éstos a una intervención quirúrgica para corregir la fístula, en la que a la vez se le practicó una esfinteroplastia anal. Anaís considera que estas dos intervenciones médicas empeoraron su situación, pues como consecuencia de ello, ahora tiene incontinencia fecal severa. El siguiente fragmento de la narración de Anaís revela cómo ella se ha reconocido víctima de maltrato y violencia en la larga relación que ha tenido con el contexto médico ginecobs-tétrico.

*"el señor muy bravo, muy duro con uno, él me revisó y allá en el San José tienen una cosa muy fea, que como es universitario, tú entras a la consulta y él está con cuatro estudiantes, entonces los cuatro estudiantes te tienen que ver a ti toda... ¡horrible! Eso me parece lo más horrible del mundo, porque ir y contar tu historia y contar "yo tengo incontinencia fecal"... o sea, no es cómodo... y todos son hombres, ¿bueno? (...)*

*(...) y él dijo "te voy a revisar". Me revisó, con los cuatro estudiantes mirándome todo a ti no te preguntan si permites que ellos te miren, sino que los meten ¿no?, incluso uno de ellos me tocó, porque el doctor le dijo "hágale el tacto y se da cuenta..." y yo...*

*(...) Mira, yo le preguntaba a él y él como que me evadía, o sea, a él no le importaba. No me explicó qué era, y tampoco me permitía, porque me hablaba muy duro... El esfínter. Es como cuando... más o menos, me explicaban... es como cuando, esto está así ¿no? y sacan y se rompe esto y se lleva todo, y se lleva el músculo. No estaba tan dañado, pero después de la cirugía me dejó vuelta nada... con esa mano de estudiantes, que tengo que decir mi caso y en especial las mujeres me miran como... ¿sí?... les da curiosidad y quieres saber "a ver ¿cómo la tiene?" y eso a mí me da rabia".*

Cuando Anaís ha enfrentado varias veces a los ginecobs-tétricos, ha sentido que lo que debiera ser una sugerencia de un profesional sobre su situación en particular, se convierte en una cadena de imposiciones a una persona que es necesario tutelar, pues no sabe lo que le pasa. Uno de los médicos ginecobs-tétricos que atendió a Anaís se adjudicó la razón en todo. Él era la autoridad que se debe respetar, aunque

---

que la mucosa rectal se abre. En estos casos, es preciso recurrir a un especialista altamente calificado pues es esencial que el vértice del desgarro quede muy bien sujetado, para evitar que se produzca una fistula recto-vaginal. Estos desgarros no son habituales y sólo aparece en el 1% de los nacimientos, generalmente tras el uso de fórceps o ventosa durante el primer parto, la posición occipital posterior y el parto de un bebé mayor de 4 kg.

evidentemente no tenía la razón. Anaís se enfrentó a un hombre médico que actúa bajo un discurso donde circula un sistema simbólico rígido, donde no hay la posibilidad de cuestionarse a sí mismo, e inclusive produce una negación de la propia sensibilidad.

*"Mira, cuando yo me miré, yo decía "jueputa ¿qué me hizo ese tipo?"... haz de cuenta que la parte del periné es como llena de huequitos, tú no le vez forma a eso, yo me sentía muy mal. Peor que sin la operación. Entonces a ti en la EPS, solo te dan solo un control con el cirujano. Y yo llegué así como toda "buenas doctor, es que me estoy sintiendo muy mal". Entonces esta vez yo fui con mi hermana y ella empezó a hablar por mi "es que mi hermana se siente muy mal, es que yo le mire y ella tiene una bolita, a ella por uno de los huequitos del periné le salía materia fecal, mucha material fecal"... y entonces él gritó a mi hermana y le dijo "¿!y usted quién es!?" dijo "pues la hermana", "¿y quién es el doctor acá?", "pues usted" le dijo mi hermana, "entonces yo hablé y yo digo si está bien o está mal la cirugía"... ¡así nos gritó!... como estaba con estudiantes, a él le dio mucha piedra que mi hermana le dijo "usted la dejó mal a ella, ella está peor" y al tipo le dio mucha rabia y dijo "la voy a revisar" y me hizo el tacto, me metió el dedo por la cola, el dedo por la vagina, mejor dicho de todo me hizo. Y cogió y me dijo "pues, usted quedó muy bien" y entonces me mandó una cremita y que con la cremita yo me iba a sentir mejor. Yo le decía a él "cuando yo entro al baño, yo quedé muy mal, yo siento que me sale materia fecal sin que yo la pueda controlar", "no, no, no, eso es normal" y me mandó una crema "y listo, acá ya acabamos, nada más le puedo hacer".*

Las razones y explicaciones dadas a Anaís desde el saber médico, dentro del limitado espacio de un consultorio que no tomó en cuenta su subjetividad, ni indagó por su vida cotidiana, no fue suficiente para comprender por completo los efectos sobre la vida afectiva, emocional, sexual y para el siguiente ejemplo, económica.

*"A mí me tocó salirme de trabajar porque solo me dio diez días de incapacidad y cuando yo tuve el control yo le dije "necesito que me haga el favor y me dé más incapacidad, porque yo no me siento capaz de trabajar" y él me gritó "pero váyase a trabajar así, si yo la veo muy bien"... Imagínate, no me quiso dar la incapacidad, pero yo renuncié, porque yo me sentí muy mal. Entonces me quedé sin trabajo, peor todavía..."*

## **2. Percepción común de sometimiento indeseado**

"Cuando una no sabe que toma decisiones observando el entorno con el lente del miedo, construye realidades sobre bases inseguras e inestables. Luego, cuando una ya sabe, debe verse desde afuera de su cuerpo, como quien mira a otra persona, otra persona suspendida en el silencio... Solo así se piensa bonito, solo así se teje conocimiento, aflora la sabiduría, sale la fuerza en forma de colores, se encuentra el sentido de aquello que una no entendía... Solo así sale del corazón la bondad, para que una guerrera pueda perdonarse"

Policarpa Prieto (2010)

Luego de pasar por el proceso de atención sanitaria a la gestación, el parto y el posparto, y luego de cierto tiempo donde se ha podido hacer *catarsis*, sucedió que las mujeres iniciaron un proceso propio de análisis de las experiencias vividas. Investigaron en internet, buscaron información médica certera sobre lo que les pasó, consultaron con otros especialistas o buscaron hablar con otras mujeres que han vivido experiencias parecidas, y así, tener la posibilidad de hacer comparaciones y encontrar respuestas a preguntas que no fueron solucionadas en su momento.

*"eso hay que preguntar y preguntar y hacerlos... Porque a veces ellos se quedan con... ellos creen que porque son médicos y la demás gente... ahora pregunto todo "¿por qué?, ¿esto de qué fue?, ¿cómo fue?, ¿por qué me dice esto?, ¿pero si tal médico me dijo tal cosa?". Me la paso poniendo quejas, porque de alguna manera esto se modifique, tendrán que escuchar así sea de mala gana, pero la gente se tiene que unir para esa situación..."*

**Karina, 2010**

El miedo como sensación común en todos los relatos, denota la dificultad que significó para todas las mujeres el paso por la atención de salud. Manifiestan que el temor se daba por el bienestar propio y del hijo o la hija, miedo al dolor físico, miedo por ser sometida y por los malos tratos, miedo por no saber qué hacer. El miedo, puede llegar a ser un dispositivo para aceptar la autoridad de los profesionales; de hecho, cuando se imponen procedimientos médicos, se hace principalmente transmitiendo miedo a las mujeres. Pero a la vez, la sensación de miedo puede ser causada por la desconfianza en los profesionales en salud, lo que hace que las mujeres no se sientan seguras dentro del contexto médico ginecobstétrico, y así reaccionen y resistan a las circunstancias.

*"ya en medio de esta situación, susto... "¿qué está pasando y por qué están pasando las cosas que pasan?", una incertidumbre "¿esto por qué es así?"* - **Karina, 2010**

*"No pido que le digan a uno "mamita" no... pero "hágale mamá, a ver puje, más fuerte" y le dicen a uno así fuerte... y uno como... "aj tengo miedo". Mi sensación todo el tiempo fue "tengo miedo". Yo hacía lo que me decían, porque tenía miedo que pasara algo. Pero uno a veces, debería decir "no, no... explíqueme"* - **Anaís, 2004**

*"Yo me sentía con mucho miedo, tal vez porque nunca había entrado a una sala de parto ¿sí? No sé... y a mí me atendió... no es por desconfiar de un muchacho, pero es que era un niño. Y yo decía "ay Dios mío, que tal me haga algo mal".* **Lucy, 2010**

Al hablar sobre sí mismas, varias se encontraron con una mujer ajena, una mujer que no pudo actuar, que fue negada e invisibilizada, una mujer que perdió el poder sobre sí misma, o tal vez, que lo entregó sin darse cuenta. Todas manifiestan que ahora, luego de reflexionar sobre su vivencia, han llegado a transformar su manera de pensar, además existe una común y firme convicción de que no volverán a pasar por algo similar. Esa mujer que se encontraron, era una mujer escindida de su cuerpo, una mujer

convertida en instrumento, que no podía hacer lo que su cuerpo le decía, con poca experiencia y conocimiento, sola, temerosa, llena de culpas e ingenua.

*"Yo siento que no había necesidad de que tanta gente viniera a mirarme, que tanta gente viniera a meterme mano, porque era mucha gente, muy seguido y mucha gente distinta, yo creo que eso era más una cosa que ellos necesitaban atender gente para sus prácticas y eso y no era algo que yo necesitara, era más una necesidad del cuerpo médico y del hospital, que mía. Yo no lo necesitaba, más bien yo era como un instrumento para cumplir con sus cosas. Porque yo siento que vinieron pero tantas personas distintas, no, yo siento que eso fue innecesario"* – **Anali, 2008**

*"y en ese momento es una desprotección, o sea, tu cuerpo no es tuyo... ese día mi cuerpo no fue mío, todo el mundo le hizo lo que quiso, pero yo no me podía salir... porque yo lo pensaba en ese momento y si... ¿para dónde?... o sea, ¿qué hago?... me sentí muy escindida de mi cuerpo, aquí toca hacer lo que otras personas digan con mi cuerpo porque en muchos sentidos, no me pertenece... Pero yo, todo me dejé hacer, creo que había personas, yo hubiera podido ser más propositiva y decir "no, pero explíquenme o algo", pero no, yo me dejé hacer todo, yo era muy boba, creo que tiene que ver con la edad también... un poco me compadecí de mi misma, me sentí como triste de mí, pobre de mí..."* – **Laura, 1998**

*"... y esta soledad, no... es "estoy sola pero no puedo hacer lo que mi cuerpo y mi instinto me dicen"...o sea, tengo que lucharlo, pero como ellos lo ven no como mi cuerpo lo siente, como yo creo que debe ser lo mejor; es como luchar con los brazos atados, esa es la sensación...Entonces, y quieren salir de ti como si fueras un problema... es salir del problema, no dejar que una mujer viva su experiencia ¿cierto?... sentí que "salgamos de esta mujer rápido"...* – **Beth, 2009**

*"y yo lloraba y le decía "porque yo no sabía, o sea, porque si yo hubiera sabido todo esto, yo no me hubiera dejado hacer nada, desde el principio yo hubiera dicho no"* – **Anaís, 2002**

*"Cuando yo le dije eso "¿pero usted se está quejando? Eso pida incapacidad cuando esto, esto y esto"... y yo decía... aun yo misma me estaba comiendo el cuento "¿será que me estoy quejando mucho?" y no, eso no es normal, ahorita que uno sabe, después de haber estudiado salvamento y primeros auxilios y todo eso, se da uno cuenta de que eso no era normal, o sea, está uno en un alto riesgo, tanto el bebé como yo... eso es un maltrato"* – **Iris, 2005**

*"O sea, yo caí en cuenta de eso mucho tiempo después, que él no tenía necesidad de estarme tocando cada vez que tuviera control"* – **Malou, 2000**

Son comunes las expresiones "si yo hubiera sabido...", "Yo hubiera podido...", "la próxima vez no voy a dejar que..." Es decir, aunque las particularidades de cada una corresponden a su posición social, condición económica, situación sentimental, nivel

educativo, edad, planeación, aceptación y deseo del proceso que vivió, todas fueron tratadas bajo el principio de universalidad, lo que les generó la sensación de sometimiento indeseado en un contexto áspero, rígido, disciplinante, donde se aceptan las normas a través del silencio, principalmente.

*"El hecho que no lo dejen hablar a uno, que no se pueda expresar, que no lo dejen parar..."* – **Analí, 2006**

*"No vaya a hacer nada porque no nos atienden, aquí el que moleste o diga algo... no"... entonces uno como que no..."* – **Karina, 2010**

*"desde que entré, se siente uno como sometido ..."* – **Emelie, 2004**

*"el error médico no hay quien lo corrija, si se compete una arbitrariedad, simplemente aguánteselo y ya"* – **Ludmila, 2003**

*"que por qué me habían cortado tanto, y yo le dije "pues la verdad, no sé" Porque como uno no puede preguntar...Yo creo que ese fue el pedazo que no me gustó, que yo lo hubiera podido tener normal. Porque yo hubiera podido, pero ellos decían que supuestamente mi pelvis era muy pequeña, como que eso fue lo que no entendí, pero a mí los médicos no me explicaron bien por qué."* – **Lucy, 2010**

No poder manifestar lo que anhelaban durante su proceso, sentir que hicieron una buena preparación durante el embarazo y por decisiones de terceros ellas han perdido tiempo y energía, sus expectativas eran contrarias a lo que sucedió realmente. Todo ello generó en las mujeres entrevistadas **desconcierto y frustración**, pues se suponía que al dejar que el sistema de salud sea quien le atendiera y orientara su proceso, confiaron y tomaron una decisión segura. Pero todo lo contrario, la sensación de inseguridad fue surgiendo en la medida en que ellas estaban más controladas y coaccionadas por el modelo de atención. Al final, para muchas, a pesar del tiempo y que las experiencias que vivieron son situaciones del pasado, tienen interrogantes todavía sin responder

*"¿Por qué éste resultado? ¿Por qué resulto yo con un bebé muerto y en esas condiciones tan lamentables?"* – **Analí, 2006**

*"yo me pregunto -¿lo deja morir? ¿por hijueputa? perdón la palabra... ¿por qué le caí como un culo...?"* – **Betina, 2011**

*"Me duele que un profesional de medicina, con una posibilidad tan grande como la de traer bebés, con esa cantidad de conocimientos, saque a relucir tanta ignorancia, tanta pobreza de espíritu."* – **Helaine, 2010**

*"Entonces eso fue un error médico que casi le causa la muerte a mi hijo, o sea, fue realmente una negligencia de él"* – **Malou, 2000**



*"Malísimo, malísimo... no le desearía eso a una mujer embarazada. Porque uno a ellos les entrega pues toda la confianza, porque ellos son los que saben"*-Iris, 2005

Es así, que la **huella emocional** de la experiencia vivida es tan fuerte que las mujeres describen el día del parto, como un día que las puso a prueba, como el día más difícil en su vida. Para quienes sufrieron maltrato o violencia durante la gestación también manifiestan que su experiencia de gestación fue difícil y complicada en lo referente a la atención en salud.

*"yo no recuerdo mi parto como un día grato. No, en absoluto, lo recuerdo como tal vez el día más difícil de mi vida y la experiencia más difícil... a mí me costó mucho trabajo parir, me sentí súper mal"* -Laura, 1998

*"Pues al principio como que me dolía, pero pues ya ha pasado tiempo... ahora me siento fuerte... pues ya pasé por esto, pero iya no más!..."* - Karina, 2010

*"Pues no... tenaz, siempre que cuento mi experiencia, como que se me hace un nudo en la garganta, porque realmente fue un momento muy angustiante, fue muy traumático, fue... como que me causa una sensación de angustia terrible"* - Malou, 2000

Desde las reflexiones de las mujeres, todas las situaciones de violencia ginecobstétrica son evitables. Las mujeres consideran que la experiencia de parir hubiera sido acorde a sus expectativas si:

*Primero*, hubieran tenido apoyo afectivo, les hizo falta empatía de los profesionales de salud frente a su situación, reconocen la importancia de tener a alguien a su lado, una persona que las tome de la mano, que demuestre sensibilidad hacia su llanto, sus quejas, que respondan sus preguntas. La presencia de una persona de sus afectos que hubiera estado pendiente de ellas, alguien quien pudiera reaccionar frente a las situaciones difíciles que ellas tuvieron que pasar, esos "detalles" hubieran hecho que la experiencia fuera más llevadera y los resultados diferentes. En los casos de experiencias trágicas, como la muerte del neonato o secuelas importantes para la calidad de vida, las mujeres sugieren que debería haber orientación psicológica.

*"Sí, no sé, aunque sea alguien que le tome a uno la mano y llore con uno, una vaina de esas, ahh no dejaron entrar a nadie... ¡que burrada! O sea, tenga o no un hijo bien uno necesita un apoyo de la familia, del marido, no sé, de alguien, pero no..."* - Analí, 2006

*"Claro, por ejemplo una mejor atención en la parte sentimental"*- Lucy, 2011

*"Aunque sea calmarlas un poquito, cogerles la mano... es como un acto de humanidad"* - Malou, 2000

*"debieron montarme una psicóloga a los dos minutos que a mí me pasó eso, pero nadie le pregunta a usted "oiga ¿emocionalmente cómo está?, ¿cómo está con su pareja?, ¿se siente bien?"-Analí, 2006*

Segundo, si hubieran contado con un acompañamiento personalizado y no en el sentido de exclusividad que ofrecen los planes complementarios o de medicina prepagada, sino que, en el momento de entrar a la clínica u hospital cada mujer hubiera sido importante, no hubieran sido un número en la historia clínica o un *chulito*, la hubieran tratado por su nombre y hubieran tenido un diálogo abierto y permanente, si las hubieran tratado dignamente contándoles los detalles de las situaciones médicas presentadas, donde se les explicara las razones, beneficios y efectos secundarios de los procedimientos a los que fueron sometidas.

*"yo lo que yo mínimo exijo es que el médico me esté poniendo cuidado, pero eso no pasó con mi parto" -Karina, 2010*

*"hubiera sido más fácil que una persona con autoridad, no, ni siquiera con autoridad, sino con consideración te explica el por qué "mira, tu situación es esta y por eso no te muevas" -Beth, 2009*

*"Yo creo que los médicos, por ejemplo en el caso mío, deberían ser más flexibles... el médico que me vio que yo digo que es médico mudo" - Betina, 2011*

*"Sí, claro. "Es que él es malgeniado, es que no sé cuánto". Entonces, uno entiende que ¿cierto? profesionales, pasan por momentos de tensión... pero yo creo que hay que mejorar el trato, ni siquiera por consideración, sino por simple respeto, tan sencillo como eso"-Helaine, 2011*

*"Ellos deberían tener una materia especial como de... cómo ser más humanos... que no sean tan duros... A una deberían informarlo más, porque uno llega muy ingenuo... ¿y a mí, quién me responde?"- Anaís, 2002*

Tercero, si no se hubiera descalificado las dudas, comentarios, sugerencias, deseos, expectativas y pensamientos de las mujeres, hubieran sentido seguridad con el acompañamiento de los profesionales, hubieran confiado en los tratamientos médicos que hubieran sido sugeridos, porque hubieran encontrado eco de sus intereses en las personas que se supone tienen un conocimiento que las puede llegar a favorecer.

*"esa vaina de la asepsia, además de la asepsia sin sentido, porque es una asepsia que de qué me vale estar desinfectada cuando estoy completamente destrozada china... además en caso de asepsia pues póngale al visitante un traje de cirugía y haga todos los procesos de desinfección y listo"- Analí, 2006*

*"pero uno confía en las personas que nos están atendiendo y no es porque ellos sean malos, sino porque es lo que saben hacer, ellos no saben hacer otra cosa. No tienen como*

*esa formación, como eso de... como que todo se ha vuelto muy despersonalizado y muy desconectado del proceso natural como debe ser ¿no?... Sino que la mesa es de esta altura para que sea cómoda para el ginecólogo ¿cierto?"-Ludmila, 2003*

Cuarto, si hubieran tenido conocimiento sobre el posible trato en los hospitales, si hubieran hecho conciencia de que son personas que podían exigir, quejarse o reclamar un trato adecuado en el momento oportuno, no hubieran permitido el maltrato. Si hubieran tenido información antes sobre los procedimientos invasivos e innecesarios, hubieran buscado otras alternativas de atención y cuidados, o hubieran buscado los medios legales o normativos para evitarlos. Aún, hay mujeres que no saben las verdaderas causas de procedimiento que les fueron aplicados, como la cesárea.

*"Eso lo cambiaría yo, no a la invasión del cuerpo y uno queda mal, uno hace mala cara, sería bueno quitar ese tipo de prácticas"-Análí, 2008*

*"mmm a mí me hubiese gustado saber a ciencia cierta si podía o no parir normalmente y si hubiese podido, haberlo hecho... si me hubiesen confirmado que no existía un riesgo, lo hubiera intentado por lo menos..." -Beth, 2009*

*"y por ignorancia pues uno peca... y pues si no le van a explicar a uno, pues por lo menos denle a uno una hojita para que uno la lea con más calma, pero no... una cartillita, una hojita... ya que la persona la lea o no... pues una información..." -Ludmila, 2003*

### **3. Efectos en las mujeres de la violencia ginecobstétrica**

"Después del cataclismo, sólo habrá cucarachas. Y antes de que eso suceda porque no aprender de ellas: a limpiar las basuras, a no matar a nadie, a adaptarse a este mundo... A no sentirnos feas, ni aún con el desprecio, a parir sin dolor, a atrevernos al vuelo, a escarbar las raíces."

Norma Lucia Bermúdez - Colombia

La exposición a cualquier tipo de violencia siempre deja efectos en las personas que la sufren. Todas las mujeres entrevistadas reconocieron que lo vivido las afectó, sus experiencias han sido definidas por ellas mismas como trágicas, dolorosas, traumáticas, incómodas e indignas. Sea como sea, todas estas experiencias han dejado huellas profundas con la que ellas deben convivir cotidianamente de acuerdo al nivel de impacto provocado.

Se puede identificar que **dudar o negarse a vivir otro embarazo y/o otro parto** es un efecto emocional. No quiere decir esto, que ser víctima de violencia ginecobstétrica es la única razón por la que una mujer no quisiera ser madre nuevamente. Sin embargo, cuando a Karina y Anaís se les preguntó por los efectos de la vivencia en ellas responden principalmente evaluando la pertinencia de un segundo embarazo.

*"Sí... emocional. Físico hasta el momento nada, pero emocional sí... yo la verdad creería que no quisiera tener más hijos. No. Yo tengo planeado otro hijo (risas), pero uno lo duda mucho, tú lo dudas muchísimo, y por ejemplo, para esa situación yo tengo ya unos parámetros establecidos con mi esposo (risas) que si no los cumple, pues no va haber hijo..." – Karina, 2010*

*... "¿usted, quiere tener otro hijo?" o sea, yo como digo que quiero tener otro hijo ¿sí?... yo no quiero saber nada de eso... de partos normales, no quiero saber...- Anaís, 2011*

Para Imaz, cuando una mujer desea ser madre asume una actitud positiva frente al embarazo y se sumerge en un proceso de adaptación y adopción de ese hijo o hija. El deseo de ser madre, es un proceso derivado del reconocimiento de una misma como tal, donde un niño o una niña es reconocida como hijo o hija propia. Luego, la experiencia de maltrato ocurrida en un solo día durante un proceso que dura meses, tuvo un impacto importante en Karina y Anaís, que no quieren tener más hijos, solo por no volver a repetir la experiencia. Lo anterior me sugiere que ser víctima de violencia ginecobs-tétrica influye en el posterior y posible deseo de ser madre nuevamente.

En algunos casos se evidencian **conflictos emocionales con él o la hija**. Luego de gestar y parir se piensa en el hijo o la hija desde el cuerpo y su condición de madre. En algunas mujeres es manifiesto un sentimiento ambiguo, piensan en proteger, amar y cuidar del hijo o hija que concibieron y parieron, pero al sumar la experiencia de maltrato y violencia que vivieron, que tiene relación directa con su hijo o hija, en algún momento del pensamiento y las reflexiones les sugiere un alto costo, sacrificio corporal y emocional, que ya no es tan natural e inevitable como lo sugiere la representación más influyente en nuestra cultura sobre la maternidad, sino que encuentran este alto costo y sacrificio, como inadecuado e innecesario.

*"entonces digamos que de una u otra forma, a pesar de que tú con el tiempo lo vas superando, al principio tú miras ese niño como un enemigo" – Betina, 2003*

*"que el dolor sigue ahí isí!, que el daño sigue ahí itambién!, que los problemas se siguen itambién!, que me ha complicado la vida isí!, que se me la ha tirado itambién!... o sea, son muchas cosas... pero es un pedacito mío, que yo lo cuido como un tesoro, que entre más me dure, mijita, pues mucho mejor... porque yo no me hallo sin ella, pero también tengo claro que ella se va a ir y que... yo no la voy a detener tampoco... que voy a hacer todo lo que esté en mis manos y un poco más porque esté bien... pero que yo no puedo hacer milagros y que va a llegar el día que ella va a necesitar de cosas extraordinarias que yo no le voy a hacer... y es por ejemplo, la entubación y la reanimación... yo ya firme para que no se lo vuelvan a hacer... Entonces, ahora el temor de todos los días de si éva a ser hoy, va a ser mañana, va a ser mientras estoy en parcial, va a ser mientras estoy en clase, va a ser cuando vaya a ver a mi hijo o cuándo va a ser?... tonces es eso..." – Emelie, 2004*

*"Pero es difícil, es difícil porque si tú lo miras, todo está relacionado con el niño y yo nunca he dicho "él tiene la culpa de todo esto", nunca lo he dicho y nunca lo he pensado... Pero si me parece muy tenaz que de una cosa tan bonita, yo esté pasando por todo esto, y que son tantas cosas..." - Anaís, 2002*

La apariencia física es uno de los matices turbios de las mujeres dentro de proceso de gestar y parir. La estética corporal cambia de una manera substancial, cada mujer gestante va asumiendo una apariencia corporal más *maternal*, por no decir *asexual*, que la aleja de la imagen de mujer con deseo sexual, para muchas personas, incluso para ella misma, ella deja de ser atractiva sexualmente o pierde un poco sus *facultades* para atraer sexualmente. Para Bourdieu (2000:84) la experiencia femenina del "cuerpo es para-el-otro, incesantemente expuesta a la objetividad operada por la mirada y el discurso de los otros". La forma corporal de cada persona suscita reacciones e imágenes sobre los demás, organizando de esta manera la percepción de su propio cuerpo.

*"Yo tengo la herida muy larga, yo tengo compañeras que les han hecho las cesárea y más o menos es de un dedo. Y yo la tengo de acá a acá. O sea, como de 18 a 20 centímetros. ¿Cómo me vas a decir que puedo ver 10 mujeres que tienen una cesárea normal o yo que la tengo de esquina a esquina? ¿sí? que tú ya no te puedes vestir normal, porque se te va a ver eso" - Lucy, 2010*

**Los efectos en la apariencia** corporal de la violencia ginecobstétrica detectados en las entrevistas se materializan en cicatrices y deformaciones, especialmente en el abdomen y los órganos genitales. Por supuesto, ser atractiva sexualmente o no, también corresponde a los cánones y estereotipos de belleza más influyentes en la cultura donde se habita. Los efectos sobre partes del cuerpo más relacionados con la sexualidad como el abdomen y los órganos genitales, influye en la forma de asumir el deseo sexual propio y de la pareja (en caso de tenerla). Genera, además, una sensación de incomodidad con el propio cuerpo, frente a sí misma y frente a los otros.

*"Pero si le crea a uno el este de "se me ve feo ayyy se me nota"... incluso con mi propio esposo, mi esposo ya me conocía la cicatriz, la otra, pero es que ésta me está quedando muy fea, la veo muy ancha, la veo roja, la veo morada, la veo verde... entonces no, que me vea así, no eso no, que pena... y te lo digo porque me pasa, yo no permito que él se me... si él entra yo le digo "me haces un favor, te sales que es que me estoy cambiando" y él "pero..." y yo "te sales"... entonces si le queda a uno como "qué pena"... inclusive antes de estar con mi esposo, yo para estar con un novio eso era el acabose, yo decía "no, que pena, porque la cesárea, porque se ve muy feo..." -Betina, 2011*

Así es que, en palabras de Bourdieu, la mujer se auto-percibe desde la experiencia de un *cuerpo alineado*, porque el malestar, la timidez y la vergüenza son más fuertes en la medida en que la desproporción de las cicatrices producto del maltrato y la violencia gineobstétrica alejan a la mujer del cuerpo socialmente exigido. Situación que significa una re-victimización permanente, en la medida en que; *primero*, se ha sido maltratada y violentada; *segundo*, producto de ese maltrato se sufren transformaciones corporales en

forma de cicatrices y deformaciones; *tercero*, la nueva y desagradable apariencia corporal influye en la cotidianidad de la vida íntima de las mujeres, que además esta mediada por estereotipos de estética que si no se cumplen, pueden llegar generar inseguridad y una autoestima deficiente, por no poder cumplir con algunos roles asignados a las mujeres que están orientados en buena medida por su apariencia corporal, lo cual ya es una situación de desventaja sin ser víctima de violencia, pero que se acrecienta en casos como el de Anaís:

*"...Por eso es que mi perineo es como lleno de... es como tocar cositas con bolitas, como montañitas... es... feo, a mí no me gusta que... eso también afecta mi relación con mi novio, porque yo soy muy "no me mires, no, no me gusta, no, no me toques, no. Si, y es que yo le decía "mi vagina está muy fea". Aunque mi novio, él no me presiona así como "tenemos que estar ya" y que me diga "tú no sirves como mujer" y lo peor de todo es que yo me castigo con eso... yo le dije a él "es que tú puedes estar con una mujer que te sirva para todo" yo no puedo..." – Anaís, 2011*

**Los conflictos familiares** hacen parte de los efectos que identifican las mujeres sobre sí mismas. La violencia ginecobs-tétrica puede llegar a afectar la vida de la mujer, su hijo o hija y otras personas alrededor, especialmente en los casos emblemáticos, donde los efectos sobre la salud son evidentes en la cotidianidad. Las personas que están alrededor de las mujeres también son influenciadas, especialmente en el aspecto emocional y económico, pues es inevitable no afectarse o no tomar parte cuando una persona con la que se tiene un vínculo afectivo fuerte está sufriendo o pasando por un mal momento, o tener que disponer de un monto económico y disponer de tiempo todos los meses para poder aliviar situaciones cotidianas provocadas por la violencia ginecobs-tétrica.

*"No y que no solo es la vida de ella, es la vida de todos, porque es mi otro hijo, es la situación de todo lo que ella tolera, a ella nadie le pregunta ¿usted quiere que yo le haga terapia hoy?, sino que llegan y tome... ¿sí?, es el hecho de que usted tenga gente extraña en su casa todo el tiempo, es el hecho de manejar gente que no conoce, es someterse a muchas cosas porque la situación con el papá no es buena todos los días ¿sí?" –Emelie, 2011*

*"y mi hermana ya estaba mamada "bueno iya no más! ¿qué es su bobada?" y yo "es que no sé qué tengo" me desahogo con el primero que me saque la piedra... mi hermana me dijo "usted se está desquitando con las personas que la están ayudando, y va a llegar un punto en que la gente se va a mamar y usted que va a quedar sola"... y yo "está bien, me calmo"... - Anaís, 2011*

Algunas situaciones generaron **gastos económicos no previstos**, lo cual genera angustia y zozobra, cuando no se cuenta con la solvencia económica suficiente y de esto depende la solución al problema ocasionado. Por ejemplo, en el caso de las hospitalizaciones a los bebés sin la presencia de la madre, donde la madre debe irse de

la clínica y volver todos los días de la semana inmediatamente después del parto, lo que representa gastos no contemplados en transporte y comida.

*"si te sales no te dejan volver a entrar más y eso significa también plata porque para estarnos trasladando en taxi constantemente, para los almuerzos y luego... el hecho más importante, era que yo no podía estar ni caminando, o sea, no me sentía capacitada para estar caminando, ni pa' estar aguantando frio, ni pa' estarme mojando, ni mucho menos eso... pero pues en la clínica no piensan nada de esas cosas... La semana que yo estuve así, se me hincharon los pies, me dolía todo el cuerpo, la cabeza, tonces los puntos no sanaban y se estaba infectando la herida. Porque el hecho de estar sentada tú no te hallas ya, y aparte que allá, ni siquiera te están preguntando... "pasa mamá que te revisen", nada..." – Karina, 2010*

*"Entonces a él lo hospitalizaron, como estaba tan grande no tuvo incubadora, sino que le tocó en cuna. Entonces duró 8 días hospitalizado. Mira, 8 días que no le pude dar... solamente lo tenían a punta de suero y antibiótico... yo nunca le pude dar seno en esos 8 días. Me tocaba... solo me lo dejaban ver una vez en la mañana y una en la tarde. Todos los días tenía que trasladarme, porque si yo me quedaba era más plata, como no teníamos Seguro, la cuenta de Tomas fue como 5 millones. Mi mamá como trabaja allá, le hicieron un descuento grandísimo, nos tocó pagar como 2 millones 800, algo así por los ocho días... y mira, yo sufría porque yo no podía caminar" – Anaís, 2002*

**El rechazo a los ginecobstetras**, es otra de los efectos que las mujeres concluyen que suceden luego de ser víctima de violencia ginecobstétrica. Lo que da cuenta de la manera en que es vivida la relación con entre mujeres y ginecobstetras.

*"No, yo creo que yo le cogí más fastidio a la ginecología que antes. Yo siento que antes era más tranquila en las citologías, ahora, pues si, hago todo ajjj me da como un fastidio, como que me metan mano, ajjj me parece jartísimo" – Laura, 2011*

*"y fuera de eso, mi marido le cogió rabia al ginecobstetra" – Helaine, 2008*

*"La próxima vez... buscaría otro medio que no fuera el hospitalario" – Analí, 2011*

#### **4. ¿Cómo se resiste a la violencia ginecobstétrica?**

"A las mujeres se nos califica de egoístas cuando ejercemos nuestra autonomía, y se nos controla a través de la culpa. En realidad nos estamos centrando en nuestras propias vidas, lo que no implica la dominación, ni la invasión de nadie"

Marcela Lagarte

Hasta aquí, he dado cuenta de situaciones de maltrato y violencia contra las mujeres, interpretando las relaciones de poder durante la ruta de atención a la gestación, el parto y el periodo posparto en el contexto que delimita el modelo tecnocrático de la medicina occidental. El poder en este trabajo ha sido expuesto de manera lineal y jerárquica: los profesionales sanitarios, son influenciados por el Sistema de Salud y el dominio hegemónico de la cultura occidental, ejerciendo poder sobre de las mujeres gestantes, parturientas y puérperas que deciden (consciente o inconscientemente) atender su proceso con este modelo.

El poder tiene un carácter estrictamente relacional, según Foucault, tiene una condición de *posibilidad*. El poder está en todas partes, viene de todas partes, es decir, no es una estructura que delimita la dominación de un grupo sobre otro de manera inmóvil. El poder se ejerce en un juego de relaciones móviles y no igualitarias, produce relaciones sociales, viene desde abajo y no hay una posición binaria y global entre dominantes y dominados. Ejercer un poder siempre tiene una intención. **Donde hay poder hay resistencia**, los puntos de resistencia están dentro de todas las partes de la red de poder. Hay varias resistencias que constituyen excepciones, casos especiales, que constituyen el otro término en las relaciones de poder, son un inevitable elemento enfrentador, están distribuidas de manera irregular, los modos de resistencia están diseminados en el tiempo y el espacio (Foucault, 1977:113 – 117).

Varias mujeres entrevistadas resistieron al maltrato, a la imposición y el sometimiento, lo hicieron de manera individual. El principal motor o motivador de resistencias a la violencia ginecobstétrica, es esta en sí misma y los ideales o sueños frustrados sobre la experiencia que vivieron, el factor común para que este tipo de resistencias se dieran fue la experiencia previa de victimización, propia o ajena, donde las mujeres entrevistadas relatan escenas de resistencia con enojo, humor, desobediencia, exigencias, enfrentamientos e irreverencia. Otras que no lo hicieron en su momento, planean su próxima forma de resistir, proponen organizar cursos psicoprofilácticos donde se explique a otras mujeres herramientas que les evite lo que a ellas les sucedió, planean no volver a utilizar el sistema de salud para sus próximos embarazos o han tomado decisiones como no volver a tener hijos solo por no volver a vivir una experiencia similar.

Analí, es fisioterapeuta y trabajó en cursos de preparación para mujeres gestantes, lo que le sirvió de herramienta para enfrentarse a los profesionales en salud cuando intentaron imponerle procedimientos médicos. Al ser ella profesional de la salud, conocía cada procedimiento, pero también, tenía claro cuáles eran sus expectativas frente a la experiencia de parir, lo que le permitió también identificar malos tratos para resistir también a ellos. La vivencia de Analí da cuenta de la importancia de conocer sobre los procedimientos médicos, los motivos para aplicarlos y las consecuencias de cada uno. A estas formas directas de resistencia es común ver la reacción de los profesionales en salud, tratando de convencer de manera sutil o a través del miedo, pero también profesionales de la salud que entienden y sobre todo respetan las decisiones de las mujeres.

*"... en los dos partos yo pedí que no me colocaran epidural, o sea, yo no quería ser anestesiada y... me vaciaron, se vinieron en gavilla, cuando le dije que no, se vino la enfermera, la anestesióloga, se vino el médico... Me dicen que qué me pasa, -usted sabe*



*que eso duele mucho- o sea, donde yo no conociera del tema pues me paniqueo, porque ni siquiera fue "oye mira, tal cosa"... sino que "¿qué le pasa?!", "¡va tocar que me firme, yo no sé, yo no sé!". No fue así que "los beneficios son éstos, los riesgos aquellos, ¿tú que decides?". Hasta sentarme en la cama fue un problema, porque yo me senté en la cama porque yo sabía que acostada no iba a dilatar tan rápido como yo quería o como yo pretendía. Hasta eso me tocó pelear porque la vieja a acostarme y que "acuéstese, y acuéstese" y yo "no me voy a acostar" y me tocó agarrarme de las mechas casi con la vieja. También al baño, o sea, cuando yo me paraba pues para mejorar la dilatación, ella era "no, acuéstese, acuéstese". Si yo me levantaba -una si me dijo- si usted se me levanta se me van a levantar todas-, o sea, como que yo armaba el bollo y pues ¡que se paren! Sí, como un pecado, como quien dice, todas van a pedir sus derechos. Como quien dice, no se pare para que no pidan sus derechos. Entonces yo en los dos partos me agarré, me agarré Me agarré total cuando la epidural "pero me tiene que firmar este papel" y yo "ah! sí, ese es el consentimiento informado, yo sé que es eso", "usted asumirá los riesgos de su no sé qué" cuando son ellos los que tienen que decirle a uno por qué sí o por qué no. Nunca me dijeron... Entonces yo les decía "pero si él bebé está muerto, como me va a anestesiar, ¿a qué horas vamos a sacar a ese bebé?". Que no, que no sé qué, pero de buenas llegó un médico obstetra más consciente del asunto y me apoyó en la decisión (...)*

*(...)...y yo "¡ya no más!, ¡ya no más!, estoy mamada que vengan aquí a meterme los dedos" y dicen "no, es que hay que hacerlo" y yo "síiiii, pero es que para dilatar requiero de un tiempo prudencial no cada cinco minutos, o sea, en cinco minutos no voy a dilatar"*

**– Analí**

En ocasiones Analí tuvo que cambiar de estrategia para lograr vivir su segundo parto como ella lo esperaba, pues no quería volver a pasar por la misma situación trágica de su primer parto. Su estrategia en algunos momentos fue el silencio o simular que no se oponía ni cuestionaba los procedimientos o el trato recibido. Lo que no significa necesariamente la aceptación plena de las decisiones de los profesionales sanitarios sobre sí misma, sino que tenía otras opciones paralelas, para finalmente lograr que la experiencia sea según las propias expectativas.

*"ya cuando me dijeron que estaba en 8 de dilatación, yo manejé el dolor, yo no hice escándalo ni nada, porque yo sabía que si hacía escándalo me iban a "cesarear" (risas)... cuándo se iba la enfermera, yo me paraba y hacia la cuclilla" –Analí*

Emelie reconoció las consecuencias de lo que vivió sobre su salud en la experiencia de parir, el mismo día del parto. Ella hizo uso, con el apoyo de su madre, de manera sutil, de otro tipo de saberes, otra manera de cuidados y curación, tomando una decisión sin consultar con los profesionales en salud, pues lo reconoció para ella misma como beneficiosa. Esta forma de actuar de manera autónoma fue un momento de apropiarse de sí misma y alejarse del modelo de mujer/paciente, en medio de todo lo desagradable

que le sucedió, en lugar de esperar que los profesionales sanitarios le solucionaran los problemas de salud, que posiblemente ellos mismos le generaron.

*"Efectivamente, a mí me sacaron hasta un pasillo y a mi mamá la entraron hasta ese pasillo, mi mamá estuvo ahí un ratito conmigo y pa'entro otra vez... pues yo no sé si usted o el que escuche lo que se está grabando o lo que sea, crean en cosas, pero... mi mamá, en el hospital de Acacias, tenía una compañera, que cuando las maternas hacían hemorragias, ella les hacía una oración y con esa oración paraba el sangrado... es cuestión de fe y el que quiera creer que crea... Mi mamá al fin un día, se aprendió esa oración y se salvaron muchas maternas así. Cuando yo estaba con ella, yo a ella le dije "mami, yo no sé qué pasa, pero me sacan mucha sangre y ya no tengo toallas y la ropa y eso...o sea, me sacan eso encharcado, estoy botando mucha sangre", pues mi mamá se dio cuenta y todo, me destapó, me dijo que estaba en hemorragia, que estaba verde, azul, amarilla... creo que yo ya no tenía más que botar. Mi mamá empezó a llorar atacada, pues ella yo creo que en medio de todo empezó a entender que no estaban bien las cosas ¿sí?... pues porque trabajó toda la vida en eso y ella aprendió muchas cosas y entonces ella me hizo su tal oración y cuando yo entré otra vez, yo ya no tenía hemorragia... - Emelie*

No son las y los profesionales sanitarios quienes viven el proceso, son las mujeres quienes lo hacen, los profesionales de salud no son los que gestan, ni son los que abortan, ni los que paren. Por lo mismo, cada mujer es una persona, que debe ser tratada como tal, se debe contar con que ella, debe autorizar o no, si la miran, la tocan, la exploran. Los y las profesionales y su conocimiento, deberían ser un medio para garantizar que la experiencia propia de cada mujer sea en las mejores condiciones de salud. Esta fue una reflexión que Charlotte, Betina y Malou lograron hacer, por lo que en algún momento de su experiencia, decidieron poner límites a la intervención de su propio cuerpo y supieron aclarar a los profesionales que fueron ellas quienes lo hicieron y que por lo mismo, deberían ser ellas quienes decidan hasta donde llegan las intervenciones médicas.

*"... y pasó una mujer y me dijo "¿a usted qué le hicieron?, ¿un parto o un aborto?"... yo le contesté "un parto, pero lo hice yo", me acuerdo de eso (risas)" – Charlotte, 1986*

*"...y efectivamente cuando llegó la ronda de los estudiantes, el médico que estaba de residente... o sea, lo usan a uno como si uno fuera un animal ¿sí? ya cuando vi, fue que un estudiante se estaba enguantando y el médico diciéndole "sí, tóquela, tóquela" y yo le dije "no, un momentico, que pena pero a mí solo me toca el médico, y punto, a mí no me van a meter la mano los estudiantes" – Malou, 2000*

*"... y empezaron a entrar una mano de estudiantes "que mamá y él bebé, no sé qué... que vamos a revisarlo" y yo "no, que pena, yo les respeto que ustedes estén estudiando medicina, y yo sé que si ustedes no lo cogen a uno como conejillo de indias no aprenden, pero conmigo se equivocaron, conmigo no" así pasó... fue cuando entraron con los doctores... "no ella no se quiere dejar revisar"... le dije "no doctor, a mí no, no me*

*imponga que... si no son ustedes, no me revisen”, “bueno mamá, está bien”... - Betina, 2011*

Otras mujeres que se fueron maltratadas abiertamente, se enfrentaron a los profesionales de la misma manera que fueron tratadas, en los casos en que se presentaron estas situaciones, las reacciones de los profesionales se da en dos vías: una donde paran sus actitudes y comentarios y; la otra donde responden nuevamente a las mujeres, justificando sus comentarios y juicios, en el último caso generalmente resulta en altercados visibles para otras mujeres u otros profesionales, generando un ambiente tenso y desagradable.

*“y yo le decía “claro, como no es su piel, ¿cierto? yo creo que el día que a usted le duela, usted entenderá que es tener un chino, que es que uno grite de dolor, es que no ve que se me enconaron lo puntos...” ... “ay mamá, es que la verdad es que ustedes son flojas y más culicagadas como usted” y yo lo dije “más culicagada es usted que yo” porque la verdad era una muchacha jovencita, de unos 22 años y le dije “no se preocupe igual yo voy a pasar la queja”. Entonces, me salí y me dijo “mamá entonces no sé qué, para la...” le dije “hasta luego, muchísimas gracias, que este muy bien” y me salí... pero casi me...” – Betina, 2010*

*“...mi novio le dijo que me tratara bien, que nosotros solo íbamos por una ayuda, a ver que se tenía que hacer con el niño” – Lucy, 2009*

No encontrar respuestas a las preguntas o necesidades, o sentirse ignorada sin razón, hace que las mujeres insistan a pesar de las prohibiciones, como en un deseo fundamental como saber qué ha sucedido con la hija recién nacida, también que llamen la atención de los profesionales y les reclamen a partir de reflexiones al sistema de valores que perciben se aplica hacia ellas.

*“le dije al tipo “usted debería trabajar en el ejército o en otra parte, porque usted está trabajando aquí con seres humanos” – le dije – “a usted parece que lo parió una computadora porque se me hace el colmo que no nos hable, nosotras somos personas” –le dije- “somos seres humanos y estamos interesadas en nuestro bebés, a usted debía haberlo parido una computadora, debería irse para el ejército” le dije yo... y me salí atacada llorando (risas)” –Charlotte, 1984*

*“Entonces yo empecé a dar lora de que yo quería ver la niña, de que me mostraran la niña, de que me trajeran la niña, que por qué todos tenían los niños y yo no ¿sí?... Entonces se empezaron a desesperar porque yo empecé a ponerme mamona... y yo joda que joda, joda que joda, joda que joda... por la niña” – Emelie, 2004*

*"entonces me tocó ponerme brava para que me atendieran... estuve un rato ahí, brava, brava, brava... Que "cómua si que me iban a dejar morir en niño, que no sé qué" –*  
**Gaitana, 2011**

Algunas personas allegadas a las mujeres entrevistadas, también hicieron uso del ejercicio de resistencia, principalmente para estar más cerca de ellas y para indicar las acciones de cuidado luego del parto. Existe una serie de normas y reglas propias de las instituciones de salud, como la restricción horaria para las visitas, las prohibiciones sobre la comida, no pasar por algunas zonas, no quedarse en la institución para acompañar a la mujer en horario nocturno o dar información a las personas acompañantes solo en horarios específicos. Esas normas o reglas limitan el acceso de las personas allegadas a las mujeres, pero sobre todo la información sobre lo que está pasando con ellas dentro de las salas de parto, además de sentir impotencia por no poder ayudar a la mujer. La desobediencia fue la manera en que algunos de ellos y ellas lograron tener un contacto más cercano con la mujer a la que estaban acompañando:

*"... y luego al rato llegó mi mamá, y ella hizo algo que no sé podía hacer que era colarse un caldo por debajo de cuerda que me supo a gloria, luego habían dado un desayuno pero muy simple..."***Laura, 1998**

*"Entonces a uno le tocaba era dentro de la clínica esconderse prácticamente (risas)"***...Karina, 2010**

*"yo la verdad no esperaba a nadie y él ingresó, y eso a mí me dio una alegría total... y me dijo "no, lo que pasó fue que una enfermera me dijo que me subiera por el ascensor, que diera la vuelta y que aquí me dejaban dormir" pasó los dos días durmiendo en el piso..."*  
**Betina, 2011**

*"Afuera, estaba mi mamá, y mi mamá se alocó por allá a gritar por allá, eso le iba a pegar a la vigilante porque no la dejaba entrar, ella decía "pero cuánto tiempo ha pasado y ya nació ¿qué pasa, por qué no salen, por qué nadie dice nada, por qué nadie da razón?" –*  
**Emelie, 2004**

*"no, yo solo tengo tiempo para operarla a usted a las 6:00 de la mañana", "y... ¿por qué no me opera... otra persona?". Yo ya había pasado por eso, no me operó mi primer ginecobs-tetra, me operó otro, con toda y su maravillosa frase... "no, yo tengo que operarla a esa hora" y... le dije a mi marido "vamos a llegar tarde, porque yo no voy a dejar que mi hija no vaya al colegio". Le explicamos, fuimos todos, le mostramos la panza "hija, hoy nos vamos a recibir a la hermanita, entonces cuándo tú salgas del colegio, la abuelita viene por ti, se van para la clínica y allá va a estar la bebé" y ella estaba feliz de la pelota, ella llegó a su colegio a contarle a todo el mundo... a nosotros eso nos parecía sano. Así que mi hija entra al colegio a las 7:30 y a las 7:30 cogimos para la Clínica Country" –*  
**Helaine, 2011**

No todas las acciones emprendidas para que sean respetadas las decisiones propias tienen el efecto esperado. La autoridad del personal de salud y las instituciones médicas, la mayoría de las veces, es más fuerte que la voluntad de las mujeres para hacer respetar sus deseos y manifestaciones. La modalidad de quejas y reclamos de las instituciones de salud, para escuchar las inconformidades de sus clientes/pacientes es inútil, cuando las mismas instituciones tienen herramientas que aplican a las mujeres, sin que ellas conozcan las consecuencias a largo plazo de firmar un consentimiento o una declaratoria de buen estado de salud luego de la aplicación de procedimientos clínicos, como una cirugía.

*"Si claro, antes que lo sacarán a él, cuándo me dijeron que eso no servía que eso no se usaba, que eso me quedara quieta y yo "no, pero y entonces, yo me quiero mover, yo quiero un parto normal", yo lo dije, yo expresé mi deseo de tener un parto normal y me dijeron, que eso no se usaba, pero que no estaba en condiciones de tenerlo, pero hasta ahí... sin un "venga mamá, pasa esto y esto, venga le explico... ¿entendió?, ¿lo hacemos juntos?" no nada de eso..." – Beth, 2009*

*"...recién yo fui donde mi cirujano y me dijo todas esas cosas, que me había dejado bien y todo, yo decidí pasar una carta, entonces me senté con mi hermana y contamos toda la historia, todo... y lo pasé a Compensar como quejándome... ¿por qué ese doctor dice que me dejó bien? cuando no es verdad; y como a los veinte días me respondieron ¿sabes qué me respondieron? Que yo había firmado un papel diciendo que él me había dejado bien, y es verdad..." – Anais, 2008*

*"yo les hice a ellos es "si yo estoy pidiendo desde hacer rato la valoración por obstetricia ¿por qué me la dan tan lejos?" porque se demoraron casi dos meses para darme la cita... y entonces yo les decía "¿pero cómo voy a entrar a parto sin que me revisara el médico obstetra?" – Malou, 2000*

Helaine nos muestra otra forma de resistencia, quien constantemente fue desalentada por el ginecobstetra en los controles prenatales por considerarla *añosa* para vivir un embarazo y hacer un parto natural. Ella considera que fue capaz de enfrentarse a su ginecobstetra porque no tenía miedo de enfrentarse a otro profesional.

*"...y este ginecólogo me dice todo agresivo "¡usted es una primigestante añosa...!" le dije "dígame por lo menos añeja, pero... ¿por qué me dice así?" – Helaine, 2008*

*"Con el tema de mi segunda hija. Si peleé con mi ginecobstetra. La cosa de que el peso, la edad... entonces -¡está gorda! ¿qué está haciendo? ¡no le creo!, ¡usted no me está diciendo la verdad!" y yo -créame hermano, yo tengo un... yo soy gorda desde chiquita ¿sí?... ahora, nunca me he visto como una sílfide ¿sí?, ¡lo siento!-...Y estuve a punto de cambiar, pero uno cambiar de ginecobstetra a la mitad del paseo... yo dije "confió en que algún día cambie" (risas)... – Helaine, 2011*

*"...yo le dije "hola, quíai, pero ¿usted por qué llega a vaciarme hermano, usted lleva nueve meses vaciándome... ¿usted por qué viene de mal genio?, usted me cae bien... y yo es que qué o qué..." El médico ese de "usted es primigestante añosa" (risas) parecía un General ese señor. No, yo le dije "decime añeja por lo menos, decime añeja, no seas tan grosero, no seas tan duro" Así me tocó acudir al buen humor, sino, me hubiera dado un yeyo...-*

**Helaine, 2008**

No se trata de afirmar que solo las mujeres que son profesionales se enfrentan a las humillaciones o cualquier otra forma de violencia, ni que para resistir se deba necesariamente estudiar una carrera universitaria. La reflexión que nos motiva Helaine es sobre la necesidad de crear espacios de reflexión donde las mujeres se reconozcan como sujetas de derechos, sean dueñas de sí mismas y sepan identificar entre una prescripción médica a un prejuicio del profesional que la está atendiendo.

## Conclusiones

La ginecología hace parte de la vida de las mujeres en las sociedades occidentales, dependemos de ella para asumir nuestra vida sexual y reproductiva, en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, la utilización de métodos anticonceptivos, el tratamiento a la esterilidad, la interrupción de embarazos no deseados o de alto riesgo, la atención al parto, entre otros<sup>27</sup>. Pero, entre las mujeres hay malestar e inconformidad frente a la ginecología. El contacto con las personas que están a cargo del cuidado de la vida y la salud puede llegar a ser desagradable, puede llegar a ser una relación que gira en torno a pugnas, contradicciones y ambivalencias. Esa dependencia de las mujeres con la medicina en el tema sexual y reproductivo, nos sitúa en un sistema de valores, donde gozamos de beneficios pero también vivimos conflictos. Claro está que, entre las mujeres se asume una postura de resistencia al maltrato que en ocasiones se manifiesta como implícito. En otros casos, las mujeres han sido conscientes del maltrato cuando ya todo había pasado, cuando notaron los resultados de esas experiencias en su propio cuerpo y en su propia vida; reflexionaron sobre el trato que recibieron y de la postura corporal que asumen cuando están frente a ellas. La medicina es un ámbito en la vida social muy importante, es fundamental, pero muchas de nosotras no estamos dispuestas a tolerar y callar frente al maltrato, aunque el lugar social de la medicina ginecológica sea privilegiado.

Debe haber un llamado de atención, las situaciones de violencia contra las mujeres en los servicios sanitarios deben ser conocidas y problematizadas, las mujeres que han sido maltratadas necesitan salir del silencio y del estado de letargo que genera esta violencia invisible. El abordaje de género en salud es necesario para facilitar el debate público sobre este tema y en el futuro lograr mecanismos legales, sociales y culturales, con los cuales las mujeres puedan exigir ser tratadas como seres humanos que están atravesando por un proceso crítico en sus vidas, que con su experiencia hacen un aporte a la sociedad importante, donde lo que pase en ese corto tiempo de tránsito es decisivo para el resto de sus vidas y de sus hijas e hijos. Este es un llamado, una petición común de todas las mujeres entrevistadas.

---

<sup>27</sup> Scavone, Lucila (Comp). Género y salud reproductiva en América Latina. Libro Universitario Regional. Costa Rica. 1999

*“yo sí creo que se debe hacer un llamado de atención muy grande, porque no es posible que un especialista o un médico especializado en el tema de la “maternidad”, obvie una cantidad de conocimientos, de saberes, de procedimientos, que al final, traumatizan a la mamá y puede que le causen algún daño al bebé... Entonces me parece importante que los médicos especialistas en el tema de la obstetricia, se les exija ciertas condiciones, se les exija respeto y dignidad. Una mamá o muy sardina o muy mayor o como lo quieran llamar, merece todo el respeto, la atención... merece un lenguaje decente, óptimo... un trato profesional...” – Helaine, 2011*

El estudio social de la maternidad como construcción, también es un elemento faltante en la comprensión del proceso de gestación, parto y posparto en el modelo de atención de salud; así mismo, son carentes los espacios académicos donde el personal de la salud reflexione sobre la cotidianidad de su labor y los efectos a corto y largo plazo de sus prácticas durante el acto médico en las mujeres, que como lo vimos en el análisis de las entrevistas, pueden llegar a cambiar drásticamente la cotidianidad y calidad de vida de una mujer de manera negativa.

En ese orden de ideas, vale la pena explorar sobre la razón de ser de la ginecobs-tétrica. Aceptar que la razón de ser de la ginecobs-tétrica se limita a la esfera genital femenina<sup>28</sup>, niega la orientación holística y la ayuda a las mujeres como personas. Las mujeres deberían ser la razón por la cual estos y estas profesionales estudian, se preparan profesionalmente, dedican tiempo de práctica médica y llevan a cabo una vida de disciplina académica bastante exigente. La empatía, sería un elemento importante para aplicar a la labor profesional, desde que los profesionales están en proceso de formación. Ya que la realidad es que las mujeres se entregan, así parezca rudo el ambiente, así no haya respuestas adecuadas o de buena manera y aunque parezca que haya sometimiento, las mujeres están “obligadas” a buscar la ginecobs-tétrica. Pero la desconfianza sin solución aparente, hace que el trato que se recibe sea inadecuado, porque las sensaciones de las mujeres luego de las experiencias de maltrato son de irrespeto y sometimiento. Por ello, algunas se consideran personas que no merecen un trato digno y aceptan ese trato con sumisión, pero en el caso de otras mujeres, como las que nos compartieron sus relatos, no quieren que esas situaciones sean repetitivas, recordemos que cuando muchas de ellas ofrecieron sus relatos manifestaron que lo hacían en parte para ayudar a hacer ese llamado de atención tan necesario.

\* \* \*

Las investigaciones sobre la Violencia Ginecobs-tétrica en Colombia son una tarea pendiente, necesaria para optimar herramientas legales y culturales para cambiar la lógica médica y de género con que se aborda a las mujeres gestantes. Así como en la Ley 1257 de 2008 por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción

---

<sup>28</sup>Burbano Ñanez Heliodoro y Colaboradores. Texto de Obstetricia y Perinatología. Universidad Nacional de Colombia. 1999



de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, no se hace mención a la Violencia Ginecobstétrica en Colombia, la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) (2003), tampoco se refiere a esta. Si bien, la Política afirma que un buen estado de SSR implica, **el derecho a obtener información que posibilite la toma de decisiones libres e informadas y sin sufrir discriminación, coerción ni violencia, el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos, y el acceso a servicios y programas de calidad para la promoción, detección, prevención y atención de todos los eventos relacionados con la sexualidad y la reproducción;** sin embargo, aquí la relación violencia y servicios de salud permanece oculta, por lo cual se requiere de una mayor comprensión y extensión de los derechos sexuales y reproductivos, y de una profundización de todas las aristas que influyen en la concreción de estos derechos. En esta política se afirma que es necesario promover la investigación en materia de SSR, pero en las metas que se plantea sigue invisible la violencia perpetrada por el sistema y los profesionales de salud.

Para el tema de esta investigación, se requiere cuestionar y replantear la atención en salud sexual y reproductiva en tres aspectos, los cuales son los vértices con los que se articula este tipo de violencia en los servicios de salud: las relaciones de género entre personal de salud y mujeres gestantes, el sistema jerárquico de poder-conocimiento en el que están inmersas las mujeres como pacientes y reconocer la importancia de desligar la maternidad, la gestación, el parto y el posparto del carácter meramente biológico al que se tiene aislado y reconocer sus aspectos sociales y culturales, para de esta manera influir en el trato que el sistema de salud da a las mujeres gestantes a través de los profesionales en salud y la aplicación de los protocolos médicos.

\* \* \*

Durante el embarazo se cohabita con una serie de discursos y de prácticas que no solo violentan, sino que disponen a las mujeres gestantes para acepten naturalmente lo malo que les pueda pasar durante el parto y el posparto, especialmente concepciones rígidas de lo que debe ser el embarazo y la maternidad. Si las mujeres supiéramos esto desde antes de llegar a los servicios de salud, tendríamos más posibilidades de resistencia a ese continuo. Por eso, es importante mencionar que en el laboratorio y en las consultas de los controles, se dan situaciones donde no se respetan las decisiones de las mujeres, que no se pregunta a las mujeres sobre lo que ellas mismas conocen y que en ocasiones no se tiene una charla amable y digna con los y las profesionales de salud. Escribir sobre esos detalles del embarazo, es abrir un abanico de eventos, que a simple vista se ven inofensivos, pero en realidad son detalles que tienen una razón de ser y que están diciendo que los conocimientos previos y sentimientos de las mujeres sobre su propio proceso no son valorados para la atención hacia ellas mismas. Así, empieza el continuo ginecobs-tétrico, con pequeños detalles, como el fenómeno de bola de nieve, una bola pequeña inofensiva, que si no se desbarata en ese momento en que inicia, sigue rodando llenándose de otras experiencias similares, hasta que se vuelve más grande, y entre más grande menos control se tiene, entonces más nocivos serán sus efectos. Son imposiciones sutiles que suceden durante el embarazo, que si se dejan pasar, con el tiempo se tornan menos sutiles y más directos y cuando se llegue a la experiencia de parto, se corren más riesgos de vivir experiencias como las que nos contaron las 17 mujeres entrevistadas.

Hay un aspecto muy importante en los capítulos de la gestación, que tiene que ver con el contexto donde yo conocí de esta práctica: el curso psicoprofiláctico. El cual tiene una gran posibilidad de actuación en la prevención de este tipo de violencia. Podría ser un espacio para facilitar procesos de empoderamiento en las mujeres gestantes. Al estar en grupos, compartiendo y viviendo experiencias similares, con la posibilidad de acceder a información sobre este tipo de violencia, se puede ser consciente de la subordinación y el sometimiento a la ginecobs-tetricia, dando lugar acciones individuales como colectivas para tener el control sobre sí mismas. Esto se puede lograr, en la medida en que se deje de enseñar o transmitir la idea de que la maternidad solo se puede vivir de una única manera, la cual no puede desligarse del sacrificio y la sumisión, cuando se faciliten espacios donde las mujeres encuentren valor en sí mismas, donde sea importante el bienestar del hijo o hija, pero que también sea importante el bienestar de las mujeres.

En el curso psicoprofiláctico se debe explicar la realidad de las salas de parto, la información debe ser transparente sobre las dinámicas que se viven dentro de esta, si esto no se les explica, las mujeres gestantes no va a recibir una preparación adecuada para la experiencia que vivirán en un hospital. Se les debe brindar información transparente sobre las rutinas médicas, se les debe informar que algunos procedimientos médicos se hacen de manera rutinaria, obedeciendo principalmente a las necesidades de la institución médica, antes que la comodidad y bienestar de las mujeres. La oxitocina, la anestesia, los instrumentos para el parto, generalmente se utilizan para hacer los partos más rápidos, creyendo que haciendo las cosas más rápido será mejor para la mujer, pero la verdad, es que ese debe ser más rápido, es respaldado y solo beneficia al modelo de atención del sistema de salud. Si las mujeres tienen información veraz y transparente de las situaciones que tendrán que vivir en una sala de parto, podrán exigir explicaciones o negarse a algunas rutinas. Así mismo, se reflexiona sobre la necesidad de los procedimientos en caso de mujeres con bajo riesgo obstétrico, pero en caso de alto riesgo obstétrico también. Ese sería un tema para otra propuesta de investigación, la pertinencia de las rutinas médicas a razón de la definición el bajo y alto riesgo obstétrico.

Algunos de los procedimientos médicos que se describen en el Capítulo Seis son necesarios, pero el mensaje de varias organizaciones sociales, incluso profesionales investigadores de medicina obstétrica, es que no se deben realizar de manera rutinaria. Existen unos protocolos que reglamentan su utilización, no sabemos hasta qué punto y en qué porcentaje, los profesionales de salud, están aplicando estos protocolos. Los procedimientos médicos rutinarios –según las revisiones médicas consultadas y los relatos de las mujeres entrevistadas- tienen efectos físicos y emocionales sobre las mujeres. Frecuentemente no se explica las razones y consecuencias de estos procedimientos a las mujeres, ni antes, ni durante, ni después del parto, no se les explica por muchos factores, entre estos, que son las mismas entidades de salud las que organizan y operan estos cursos, y lo hacen por supuesto sobre la lógica del modelo tecnocrático de la medicina con la que atienden a las mujeres gestantes y a otros pacientes de otras especialidades.

El curso también debería mostrar elementos más prácticos de lo que es la experiencia de gestar y parir, donde su preparación se debe abordar con base en experiencias corporales. La enseñanza que se debe dar en los cursos debe concebir el cuerpo como el territorio propio donde se vive el proceso de gestar, parir y nacer. Con actividades de

simulación y ejercicios corpóreos, como herramienta para que las mujeres sepan que hacer y no lleguen a las salas de parto a entregar esta experiencia única y puedan tener una participación activa, con el acompañamiento de los profesionales en salud y sentir así, que la experiencia de parir es propia y no un acto de las y los profesionales de salud. Son muchos los otros saberes y conocimientos que se ocultan, los cuales serían muy útiles para que las mujeres realicen acciones de autoayuda. Las personas que están dirigiendo los Cursos Psicoprofiláctico, sean fisioterapeutas, enfermeras, médicas, psicólogos y educadores físicos necesitan tener formación en temas de género, la maternidad y sobre la intensión de humanización de la práctica médica. Cuando esto suceda se va a dejar de idealizar la maternidad, vamos a permitir que una mujer construya su propia forma de ser madre, se va a dar importancia a palabras claves para las mujeres gestantes: autonomía, empoderamiento, toma de decisiones informadas.

En esta investigación se presentaron algunos procedimientos médicos que se pueden llegar a presentar durante el parto, mostrando como cada uno se va relacionado con el anterior y con el que le sigue. Si se hace un procedimiento médico, necesariamente se va a necesitar otro y otro, porque cada procedimiento genera efectos en el cuerpo y esos efectos van a generar la necesidad de otros medicamentos. Y ese continuo de medicalización también es una manifestación de violencia contra las mujeres, no solo por interferir en el ritmo propio del trabajo de parto, sino porque en ocasiones se les aplica sin informarlas de su propósito y de sus efectos. Este aspecto, más el trato denigrante al que se deben enfrentar algunas mujeres en las salas de parto, hace que las describan como lugares “terroríficos”, “carnicerías”, “mataderos” y donde el “ambiente es pesado”. Siendo insistente: si las salas de parto son diseñadas para atender a las mujeres gestantes y sus hijos e hijas, ¿por qué no se ha construido aún espacios más armoniosos para que las mujeres vivan su experiencia de manera segura, grata, tranquila y sin sometimientos?, ¿se puede vivir la experiencia de parto en un lugar que no sea el ámbito hospitalario en caso de ser bajo riesgo obstétrico?

También se mostró como la violencia continua después del parto, con características diferentes a la gestación y el parto. Un elemento muy importante de este momento, es que las mujeres pierden protagonismo que tenían en el embarazo, eso no significa que son más valoradas, en realidad es una manifestación del menosprecio de la sociedad hacia las mujeres, porque en la medida en que está embarazada es significada por otro cuerpo, solo por ello es *beneficiaría* de algunas prebendas sociales. Cuando el niño nace ella pierde protagonismo, lo que puede ser causa de lo que llaman depresión posparto, a lo que solo se le atribuye a los cambios hormonales, pero que en realidad tiene mucho que ver con el nuevo rol social como madre y la percepción de las mujeres luego del parto, ligado también al tema de la estética, este tema que sostiene tantas industrias.

## Epilogo

Existen iniciativas por parte de profesionales en salud para cambiar estas situaciones y generar un cambio entre ellos mismos, un ejemplo de ello es el concepto de Humanización de la Práctica Médica: “es hacer uso de las fuerzas creativas de la comunidad, para lograr una medicina participativa. Es informar, motivar, comunicar, para un proceso continuo de educación para la salud”<sup>29</sup>. Para el caso de la atención a la gestación, el parto y el periodo posparto se utiliza el termino Humanización de la Atención Perinatal como una práctica humanizada, qué debe adaptarnos para seguir estando dentro el área materno infantil, con lucidez y sensibilidad”<sup>30</sup>. También se trata de complementar la formación de las personas que están ejerciendo la medicina, con herramientas de las ciencias sociales, que tengan en cuenta los sentimientos, las emociones, aspectos familiares, económicos y sociales que influyen en la enfermedad y que deberían influir también en el tratamiento de la misma. Este problema del maltrato a las mujeres cuando van a consulta médica, o cuando se les coloca en tratamientos innecesariamente, es un problema de todas las especialidades, con hombres y mujeres. Pero como se mostró en esta investigación, ser mujer indica un tratamiento con base en la concepción de las mujeres desde su biología y forma corporal de manera esencialista.

Para abordar el concepto de humanización en el trato a las mujeres en la ginec obstetricia, se debe abordar el concepto de persona y género que tiene la medicina, no es un mero cuerpo lo que se interviene, es una persona, una ser humana, que es cuerpo, pero a la vez es el entorno, es una economía, es una historia, son personas a su alrededor, son las culturas, las sociedades, los pensamientos, el carácter y personalidad, los estereotipos, su subjetividad. Las mujeres gestantes sienten, piensan, imaginan, tienen miedo y esto está relacionado con la manera de auto-percibirse y enfermar. “La ginecobstétrica no es un ente solitario, es influenciada por las dinámicas de la sociedad donde actúa, está profundamente arraigada en el paradigma de la ciencia objetiva, universal, racional y verdadera, en contraposición de tener en cuenta la subjetividad, los factores sociales y las emociones de las personas a las que interviene”.

\* \* \*

---

<sup>29</sup> [Baranchuk, Norberto. Humanización de la atención perinatal. Revista de Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, año/vol.19, número 004. Asociación de Profesionales del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Buenos Aires, Argentina. 2000. p 148 – 151.](#)

<sup>30</sup> Ibidem

Hay un elemento adicional a las situaciones de maltrato y violencia ginecobstétrica, que hace que los efectos sobre las mujeres sean más devastadores. No solo es la ideología que lo soporta, sino la economía a nivel macro con la que se relaciona. El régimen de salud, influye en el nivel de impacto de la violencia ginecobstétrica y de la percepción de la misma. El concepto de salud que promueve la Ley 100 de 1993 hace que la sociedad colombiana se relacione en términos de salud con la lógica de las sociedades industrializadas, con la lógica del mercado, donde la salud es un servicio, una mercancía que se compra y se vende. En la medida en que una persona tenga más o menos poder adquisitivo, el acceso a la salud es directamente proporcional al acceso de los recursos materiales, así se garantizan beneficios, más no derechos. Cuando las mujeres gestantes compran un Plan Complementario están aceptando ese modelo de clasificación de clases sociales en el Sistema de Salud, están aceptando el sistema de valores implícito, tal vez inconforme con lo que ello representa, pero no por ello deja de ser un acto de aceptación. No es lo mismo atender a una mujer que llega al consultorio con un carnet de Plan Complementario, a otra con un carnet del SISBEN. Ese documento es una manera de identificar la posición social de las mujeres gestantes y deducir el trato que debe recibir y los tratamientos a los que pueden acceder. El carnet anuncia al profesional en salud en qué nivel social del sistema se encuentra la mujer que busca ayuda médica.

Pretender humanizar una práctica en esas condiciones ideológicas y materiales, es algo incongruente ¿cómo humanizar una práctica donde a los seres humanos se les adjudica valor por lo que tienen?, ¿cómo humanizar algo tan fundamental en la vida de las personas como es la salud, si ésta es vista como una mercancía? Es incompatible asumir la humanización de una práctica humana desde esa perspectiva. Por lo que debe haber cambios en las prácticas médicas y en el Sistema de Salud paralelamente. La formación en perspectiva humanista de la práctica médica solo es posible cuando la salud sea reconocida en su carácter fundamental y sea un derecho como ciudadanas. Las personas que trabajan para el Sistema de Salud están permeadas por esa lógica. Los discursos generan prácticas y las prácticas discursos, en la medida en que el discurso diga que una mujer tiene tantos derechos por su capacidad de pago, en la práctica se va a manifestar esas diferencias y en la medida en que esa práctica se automatice, se siga repitiendo, las personas se van adaptando a esa lógica, hasta que sea lo normal, lo natural y hasta se le puede adjudicar un carácter biológico. Sin embargo, es una tarea pendiente dentro del abordaje de la salud de las mujeres gestantes, parturientas y puérperas.

\* \* \*

La lectora o lector de este trabajo ha explorado una parte de la vida de una mujer que ha querido ser soñadora, feminista, docente e investigadora. Estas últimas palabras para cerrar, se enmarcan en un momento de un proceso pensamiento colectivo. Este trabajo que se presenta a mi nombre, pero en realidad se ha escrito a través de mí, principalmente ha expuesto mis reflexiones y propuestas, pero estas no hubieran sido posibles sin las experiencias y conocimiento de cientos de mujeres gestantes, mis compañeras y compañeros docentes y los aprendizajes en cada una de las clases con las profesoras y compañeras de la Maestría.

Este trabajo está profundamente ligado a cientos de mujeres gestantes anónimas que también han hablado en frente de otras mujeres, con las que hemos tejido conocimiento, compartido experiencias, sentido alegrías y desasosiegos. Espero que el propósito de evidenciar y problematizar de este trabajo se haya expuesto con la claridad y pertinencia que este momento histórico requiere, donde el lector o lectora haya podido sentir empatía por las situaciones de maltrato y violencia que se expusieron desde aquellas mujeres que la han vivido sobre sus propios cuerpos. Con el deseo y la esperanza de encontrar eco en las mujeres que desean vivir un proyecto de la vida que marca un antes y un después en la existencia, al gestar y parir un hijo o una hija, espero haber aportado al camino de resistencia y construcción, donde logremos ejercer el poder sobre nosotras mismas.

## A. Anexo 1: Guía de entrevista

**Objetivo:** facilitar encuentros para que las mujeres que deciden participar de esta investigación, relaten y narren sus experiencias y situaciones en el contexto médico ginecobstétrico.

### 1° Preguntas de orden personal:

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Profesión: \_\_\_\_\_ EPS: \_\_\_\_\_ Número de hijxs: \_\_\_\_\_  
Número de embarazos que ha tenido: \_\_\_\_\_ Usuaría de Medicina Prepagada: \_\_\_\_\_  
e-mail: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Ocupación \_\_\_\_\_  
Nivel Académico \_\_\_\_\_ Estrato de la residencia \_\_\_\_\_  
Lugar y fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

### Metodología

Se trata de lograr una narración de la experiencia vivida durante todo el proceso a través de preguntas guiadas. Esta lista solo se utilizará con en caso de no haber referencias de estas durante la narración.

### 1° Sobre el servicio médico

Régimen de salud que utiliza o utilizó.

Fue atendida como beneficiaria o como cotizante.

Clínica u hospital la atendieron o la están atendiendo

Razón por la cual utilizó el servicio médico para la atención del embarazo, parto y posparto.

### 2° Sobre el proceso de gestación

¿Cómo confirmo que estaba embarazada? ¿Qué paso ese día? ¿Con quién estaba? ¿El embarazo fue planeado, deseado y/o aceptado? ¿Cuántos años tenía? Situación personal cuando supo del embarazo.

¿Hubo comentarios o situaciones en el laboratorio, los controles prenatales, las ecografías por parte de los profesionales en salud, dónde se haya sentido incomoda, avergonzada o maltratada? Tal vez por el impacto que tuvo en usted, porque le produjo algún tipo de sentimiento, etc.

De lo que aprendió en el curso psicoprofilactico¿Cuáles fueron los temas y el orden de las sesiones? ¿Qué fue lo más importante que usted aprendió allí? ¿Sus dudas fueron

resueltas? ¿En alguna sesión sintió miedo o vergüenza? ¿Considera usted que el curso es suficiente para sentirse preparada para el experiencia de gestación, parto y posparto?, ¿Considera usted que por alguna característica suya recibió un trato diferenciado o especial? ¿Hubo alguna situación que le resultara incomoda durante todo el proceso?

### **3° Sobre la experiencia de parto**

¿Considera que durante la atención de parto y/o puerperio fue sometida a rutinas médicas sin explicación o sin su consentimiento? ¿Por qué y a cuáles?

¿Le realizaron algunos de estos procedimientos durante el parto?: rasurado de genitales, enema, rotura artificial de bolsa, administración de medicación o goteo para "apurar" el parto, tactos vaginales reiterados y realizados por diferentes personas, compresión del abdomen en el momento de los pujos, episiotomía, cesárea, raspaje de útero sin anestesia, pinzamiento precoz del cordón umbilical a su hija/o. Si la respuesta es sí, ¿le dieron explicación de porqué estos procedimientos?

¿Alguna vez le pidieron que se controlara, por ejemplo: que no llorara, que no gritara? ¿Le impidieron caminar o moverse?, ¿Se le permitió el acompañamiento por alguien de su confianza?, ¿Pudo tener contacto inmediato con tu hijo/a recién nacido/a antes de que es lo llevara al neonatólogo para control?

¿Cómo describiría la atención que recibió?

### **4° Sobre el periodo posparto**

¿Hubo comentarios o situaciones en los controles puerperio, dónde se haya sentido incomoda, avergonzada o maltratada? Tal vez por el impacto que tuvo en usted, porque le produjo algún tipo de sentimiento, etc.

### **5° Sobre la vivencia**

¿Cuáles serían los sentimientos los más predominantes durante todo el proceso (embarazo, parto y posparto)?

¿Cree usted que la experiencia dejó huella en usted o de algún miembro de la familia?

¿Cambiaría algo de lo que sucedió mientras fue atendida en el proceso de gestación, parto y posparto?

¿Cómo le hubiera gustado terminar su experiencia? o ¿La repetiría?

¿Considera usted que tuvo la posibilidad de tomar decisiones propias y autónomas durante el proceso? ¿Por qué?



¿Qué aprendió de todo lo que le paso, frente el servicio de salud y su proceso de gestación, parto y posparto?

## B. Anexo 2: Relatos efectos sobre otras mujeres en las salas de parto

*"No, las enfermeras ya cuando ellas gritaban y prácticamente que se estaban matando, ellas llegaban pero llegaban en el tono de "ay para que grita ¿qué le pasó?" y más de una... y tres de las muchachas con las que yo estaba que gritaron... y las enfermeras llegaban a regañarlas, y ya prácticamente el niño estaba con la cabeza por fuera..." – Laura*

*"y la señora se fue y cuando volvió fue cuando gritó... ella seguía caminado pero con la mano en la vagina, no sé, sosteniéndole la cabeza al niño seguramente... pero no tuvieron la precaución de sentarla en una silla de ruedas y "vámonos"... se la llevaron caminando..." – Betina*

*"llegó una mamita, que pobrecita, ella gritaba mucho "me duele, ahhh" y las enfermeras "bueno, si no se caya no le vamos a poner anestesia..." Mira, así... "¿viene afeitada?", "no"... mira, oye les dio una rabia. Cogieron una taza, un pato, le pusieron el pato, le echaron Isodine y la afeitaron así... con esos dolores oye... que tu no quieres, ni que te hagan así, porque eso es un dolor muy fuerte. Y bueno, esa pobre mamá, después se la llevaron..." – Anais*

*"Yo si estaba muy asustada, pero a una muchacha le fue peor... cuando yo llegué ella estaba acostada... y vino una doctora, eso fue una doctora a revisarla y la niña no se había quitado los calzones, la vieja le dijo "¡ah! ¿usted por dónde cree que va a nacer el bebé? ¿Usted es boba? ¡Quíteselos, no sé qué!" pero a la niña le daba como pena... pero le dijo así... " ¿y usted por dónde cree que? Y se rió... y era una doctora... fue muy violento porque le dijo así como: "Jaja y usted por dónde cree, ahora si le da pena quitárselos..." – Laura*

*"y ahí, pues no fue el caso mío pero yo observé que había otras muchachas que gritaban mucho y todo eso, entonces los doctores le empezaron a decir que "ay como cuando lo hizo no le dolió, que se pusiera sería, que no sé qué, que no sé cuántas..." siempre las empezaban a regañar y pues yo estaba toda calmadita, pero pues no me dijeron nada y pues las otras muchachas que si se retorcían del dolor, pues si las regañaban mucho..." – Gaitana*

*"a las otras niñas si les pedían que se calmaran y que no gritaran... "ay que pa'qué lo había hecho, que pa'qué había metido las patas y que ahora pues aguántese el dolor"... así le decían a las otras niñas..." – Gaitana*

"y yo me acuerdo que yo trataba de decirle "venga, no, trate de respirar... cuando le duela respire harto y trate de relajarse"- **Charlotte**

"No sé, maldecían...!hijueputa no... me estoy cagando! Gritaban así...." – **Laura**

"No, todo el mundo callado... sinceramente las mamás están tan preparadas para "usted no debe gritar, acuérdesse que usted no debe gritar, cállese sino no nos atienden"... a uno lo atienden como... yo creo que si llego a quedar otra vez embarazada creo que también les diría lo mismo "no nos atienden si llora" porque ya nos tienen en ese punto de... (risas)" – **Karina**

"mejor dicho cogió ese San José a gritos y le sacaba la piedra a los médicos más pacientes que llegaron... porque al médico la paciente le saca la piedra, la enfermera la grita... pues ¿la pelada que va a hacer?... pues gritar más y descontrolarse más, y no dejarse tocar..." – **Betina**

"entonces había una chiquita al lado mío, una chiquita como de 17 años... yo tuve mi hijo a los 26 y ella gritaba mucho y decía "mamá, mamá, mamá" ... pero ella lloraba, ella lloraba y todo el tiempo era "mamá, mamá, mamá", eso era lo que decía "mamá, mamá, mamá" (risas) pobrecita... – **Charlotte**

"éramos como en cuarticos, como de a seis mujeres, pero todas seguidas y uno oía todo y pues era impresionante la gritadera y la regañadera de las enfermeras..." **Charlotte**

"porque ella a veces se ponía a gritar mucho y era como maluco ver que ella se estaba revolcando así tanto" – **Gaitana**

"Había mujeres sangrando, el cuadro es complejo" – **Helaine**

"Mientras esperaba el turno, pues en la sala de espera todas las mamás... gritaban... madiaban... y yo "no, esto no, esto es como de locos, esto no es...¿Si? yo de ver ese entorno... oír las señoras madiando que "este hijo de no sé qué...", "yo no vuelvo a tener más hijos..." – **Ludmila**

"Huy terrible... el ambiente es terrible, es estresante. Hay unas mamás que gritan, hay unas que... estaban gritando que "que el señor que le hizo el hijo era un no sé qué, que si se más, que le sacaran ese hijo rápido, que ellas ya no lo querían más por dentro" ¿si? es un ambiente es estresante. Si uno dice algo, de pronto... y esas viejas decían "no, yo quiero que me pongan ya esa inyección, yo quiero tener ya el bebé, no quiero tenerlo más acá adentro, me duele" y las

*enfermeras iban a poner el catéter y más mamás no se dejaban... y no, pues... a la fuerza tocaba.”* – **Lucy**

*“pero si vi el caso de una niña que estaba al lado mío y la niña del desespero se empezó a dar puños en la barriga y la enfermera la amarró... le amarró las manos a la camilla. Entonces me pareció muy violento eso... entonces, yo creo que del mismo susto, del mismo miedo, yo no fui capaz ni de gritar ni nada. Las enfermeras fueron y amarraron a esa muchacha y a mí eso me pareció terrible.”* –

**Malou**

*“lo que pasa es que en San Ignacio lo ponen uno como en una habitación donde hay varias mamás, o sea, tu vez a las demás mamás sufriendo y eso causa, ahí mismo un efecto de nervios, de angustia, como de impotencia... Y ellas empezaban a gritar, pedían ayuda y las enfermeras ahí paradas, muertas de la risa y no les ponían cuidado a las señoras”* – **Malou**

*“y eso me parece mal, porque entonces uno empieza a ver la angustia de las demás mamás y también hay mujeres que gritan, que si... obviamente había un momento de dolor tan fuerte, que ellas perdían el control sobre el cuerpo”* –

**Malou**

## C. Anexo 3: Relatos efectos sobre otras mujeres en las salas de parto

- a) Durante el trabajo de parto, el parto y el puerperio, se debe asegurar el bienestar de la madre por medio del libre acceso de una/un miembro familiar (acompañante). Además, el equipo de salud está en la obligación de suministrarle apoyo emocional.
- b) Las mujeres que paren en instituciones (hospitales y clínicas) deben conservar su derecho a decidir sobre la ropa a usar (la de ella y su bebé), comida, disposición de la placenta, y otras prácticas culturalmente significantes.
- c) La/el recién nacido sana/o debe quedarse con la madre siempre y cuando esto sea factible. La observación médica de la/él bebé no justifica su separación.
- d) Se debe promover la lactancia materna inmediatamente después del parto, antes de salir de la sala de partos (cuando esta exista).
- e) Los países con las tasas anuales más bajas de mortalidad también registran partos por cesárea en menos de 10% de todos los partos por año. No hay justificación alguna, en ninguna región del mundo, que la cesárea exceda el 10 al 15% de los partos por año (la cesárea es una cirugía mayor).
- f) No existe evidencia que se requiera una segunda cesárea después de un parto previo por cesárea. Se deben fomentar partos vaginales después de una cesárea cuando se disponga de un servicio de cirugía de urgencia.
- g) La ligadura de trompas de Falopio (para la esterilización de la mujer) no es una indicación médica para cesárea, ya que hoy día existen métodos más fáciles y seguros que la cesárea para este mismo propósito.
- h) Falta evidencia que apoya la hipótesis que el monitoreo electrónico fetal (mef) de rutina proporcione mejores resultados del parto. El uso de mef está indicado únicamente en casos cuidadosamente seleccionados por su relación estrecha con altas tasas de mortalidad, y cuando se induzca el trabajo de parto. Es preciso investigar la manera de seleccionar a las mujeres que podrán beneficiarse de esta tecnología. Mientras tanto, los servicios nacionales de salud no deben invertir fondos en este equipo.
- i) Se recomienda el monitor (vigilancia y reconocimiento) de la frecuencia cardíaca fetal por medio de la auscultación (con el estetoscopio obstétrico) durante la primera etapa del parto y más a menudo durante la etapa expulsiva.

- j) No existen indicaciones para el rasurado púbico o el enema antes del parto.
- k) No se recomienda que la mujer embarazada sea colocada en posición cúbito dorsal (acostada de espaldas) durante el trabajo de parto; ni en la posición obstétrica (acostada de espaldas sobre la mesa de parto con las piernas separadas, flexionadas y apoyadas en piñeras o ganchos) para el parto en sí. Más bien se le debe alentar a caminar durante el trabajo. Para parir cada mujer debe tener la libertad de decidir la posición a adoptar.
- l) Se debe proteger el periné cuando sea posible. La episiotomía (incisión quirúrgica para ampliar la abertura de la vagina) de rutina no tiene ninguna justificación.
- m) Se debe restringir la inducción del parto (iniciarlo con medidas artificiales) alas que sean indicadas por razones médicas específicas, ninguna región geográfica debe sobrepasar el 10% del total de partos por inducción.
- n) Durante el parto, se debe evitar la administración rutinaria de analgésicos y anestésicos (que no sean requeridos específicamente para corregir o prevenir una complicación)
- o) No hay justificación para la rutina de romper membranas (bolsa de agua) artificialmente al inicio del proceso de parto.
- p) Investigaciones adicionales deberían determinar el mínimo de ropa especial (batas, máscaras, monos, etc., esterilizados) requerido para las personas que asisten al parto.

Estas recomendaciones son para aplicarlas a nivel mundial, pero por la realidad detectada en los relatos y el trabajo de campo etnográfico, es que frecuentemente las entidades e instituciones de servicios de salud que atienden mujeres gestantes, parturientas o puérperas no tienen en cuenta estas recomendaciones.

## D. Anexo 4: Declaración de Barcelona sobre los derechos de la madre y el recién nacido<sup>31</sup>

### PREÁMBULO

La WORLD ASSOCIATION OF PERINATAL MEDICINE (WAPM), *conjuntamente con otras Sociedades nacionales e internacionales de Medicina Perinatal, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, y la colaboración de Academias, Asociaciones, Fundaciones, Institutos, Centros Organizaciones humanitarias de todo el mundo, entre cuyos objetivos está la defensa y promoción de los derechos de la mujer de la infancia, han decidido, con motivo de la celebración en Barcelona (23-27 Septiembre 2001) del 5th WORLD CONGRESS OF PERINATAL MEDICINE, hacer una DECLARACIÓN INSTITUCIONAL, que a partir de ahora se denominará "DECLARACIÓN DE BARCELONA sobre los DERECHOS DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO".*

*El objetivo de esta declaración es lograr que en el siglo XXI el proceso reproductivo humano tenga lugar, en cualquier parte del mundo, en condiciones de bienestar físico mental social tanto para la madre como para su hijo, superando los brutales desequilibrios actuales. En consecuencia, los miembros de la World Association of Perinatal Medicine, conjuntamente con las instituciones citadas exhortamos a las organizaciones políticas y sanitarias supranacionales, a los gobiernos de todos los países del mundo, a los legisladores de los Parlamentos democráticos, y a las organizaciones no gubernamentales (ONGs), así como a todas las instituciones públicas o privadas cuya razón de ser sea el cuidado de la salud reproductiva de la Humanidad, a que tengan en cuenta, respeten, fomenten y hagan realidad los siguientes **Derechos de la Madre y del Recién Nacido***

#### DECLARACIÓN DE BARCELONA SOBRE LOS DERECHOS DE LA MADRE

1. La maternidad debe ser de libre elección. Toda mujer tiene el derecho a decidir libremente sobre el momento más adecuado para tener sus hijos, el espacio intergenésico y cuántos hijos quiere tener. El uso de métodos anticonceptivos eficaces debe ser accesible a todas las mujeres.
2. Toda mujer tiene derecho a recibir educación e información sobre salud reproductiva, embarazo, parto, lactancia materna y cuidados neonatales. En consecuencia, los

---

<sup>31</sup><http://dulceleche.files.wordpress.com/2010/04/derechos-madre-y-recien-nacido.pdf>

profesionales y los Servicios de Salud deben promover estos aspectos, tanto en la mujer como en su pareja, y, al mismo tiempo, asegurar la asistencia de ambos a cursos de preparación, como una parte integrante de la atención prenatal.

3. Todas las mujeres tienen el derecho a que, en cualquier país del mundo, los gobiernos les garanticen una asistencia sanitaria correcta, que evite riesgos innecesarios. Toda mujer tiene derecho a un Sistema de Salud adecuado y a medidas de protección durante su embarazo. Los servicios sanitarios de atención al embarazo deben ser de calidad y tener los recursos suficientes. El cuidado obstétrico debe tener en cuenta el respeto a la diversidad de culturas y creencias, ya que la atención obstétrica no tiene fronteras.

4. Toda mujer tiene derecho a recibir información adecuada sobre los procedimientos y avances tecnológicos, tanto diagnósticos como terapéuticos, aplicables durante el embarazo y el parto. Y en todo momento debe tener acceso a los procedimientos disponibles que se consideren más seguros. Las mujeres embarazadas tienen derecho a recibir información sobre los procedimientos de diagnóstico prenatal disponibles en cada medio, y su decisión respecto a los mismos debe ser libre e informada.

5. Toda mujer tiene derecho a una nutrición adecuada durante el embarazo. La alimentación de la mujer debe permitir recibir todos los nutrientes necesarios tanto para un correcto crecimiento del niño como para su propia salud.

6. Toda mujer asalariada tiene derecho a no ser marginada a causa de un embarazo. El acceso y la continuidad al mundo laboral deben estar garantizados. Una adecuada legislación laboral debe asegurar durante la gestación la efectiva igualdad de oportunidades, los preceptivos permisos laborales y la adaptación de horarios, sin menoscabo de su salario ni riesgo de perder el empleo. La madre Lactante tiene derecho a amamantar a su hijo durante la jornada laboral.

7. Ninguna mujer sufrirá discriminación, ni penalización, ni marginación social, a causa de una interrupción voluntaria de su embarazo.

8. El derecho a la maternidad no puede ser limitado por los poderes públicos en base a criterios demográficos o sociales. Tanto las familias monoparentales como las biparentales tienen los mismos derechos frente a una maternidad.

9. Toda madre tiene el derecho y el deber de compartir las decisiones del proceso reproductivo con el padre, el cual deberá respetarlas. Toda mujer tiene derecho a no ser violentada ni coaccionada por su pareja en función de su maternidad. Los derechos de ambos deben ser ejercidos con equidad y corresponsabilidad.

10. Toda mujer tiene el derecho a ser informada de los beneficios de la lactancia materna y animada a iniciarla inmediatamente después del parto. Sin embargo, la mujer escogerá libremente la forma de lactancia, sin prejuicios sociales o culturales.

11. Toda mujer tiene derecho a participar en los procesos de decisión (diagnósticos y/o terapéuticos) que le afecten, tanto a ella como a su hijo. Toda decisión debe ser libre e informada.

12. Las mujeres que dan a luz en una determinada institución tienen derecho a decidir sobre la vestimenta (propia y del recién nacido), destino de la placenta y otras prácticas culturalmente importantes para cada persona. Toda mujer tiene derecho a un acceso ilimitado a su hijo mientras se encuentre en el centro hospitalario y su estado se lo permita.

13. Las mujeres embarazadas con drogadicciones, SIDA u otros problemas médicos o sociales que auspicien marginación, tienen derecho a ayuda y a programas específicos.



Las embarazadas inmigrantes tienen derecho a ser atendidas en igualdad de condiciones que las del país de recepción o asilo.

14. Toda mujer tiene derecho a su intimidad, y los profesionales tienen el deber de respetarla.

*Los profesionales de la salud no debemos aceptar la falta de recursos como una excusa para no avanzar en el cumplimiento de los derechos de salud reproductiva de las mujeres y, en general, de las sociedades*

#### DECLARACIÓN DE BARCELONA SOBRE LOS DERECHOS DEL RECIÉN NACIDO

1. La declaración universal de los derechos humanos se refiere a todas las etapas de la vida. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.

2. La dignidad del recién nacido, como persona humana que es, un valor trascendente. Los neonatos deben ser protegidos de acuerdo con la Convención de Derechos del Niño.

3. Todo recién nacido tiene derecho a la vida. Este derecho debe ser respetado por todas las personas y gobiernos sin discriminación por razones de raza, sexo, economía, lugar geográfico de nacimiento, religión u otras. Los Estados deberán tomar las medidas adecuadas para proteger a los niños frente a cualquier discriminación.

4. Todo recién nacido tiene derecho a que su vida no se ponga en peligro por razones culturales, políticas o religiosas. Nadie tiene derecho a realizar acciones que pongan en riesgo la salud del recién nacido o que vulneren su integridad física, sea a corto o largo plazo. Bajo ningún pretexto están justificadas las mutilaciones.

5. Todo recién nacido tiene derecho a una correcta identificación y filiación, así como a una nacionalidad. El Estado debe garantizar este derecho igual que a cualquier otra persona en otras edades de la vida.

6. Todo recién nacido tiene derecho a recibir los cuidados sanitarios, afectivos y sociales que le permitan un óptimo desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social en edades posteriores de la vida. La Sociedad es responsable de que se cumplan todos los requisitos para que este derecho sea respetado. Ningún acto médico debe realizarse sin el consentimiento informado de los padres, dada la carencia de autonomía del recién nacido, quedando únicamente excluidas las situaciones de emergencia, en las cuales el médico está obligado a actuar en defensa del mejor interés del niño. Debe existir equidad en la atención y el rechazo absoluto de toda discriminación, independientemente de la capacidad económica o del nivel social.

7. Todo recién nacido tiene derecho a una correcta nutrición que garantice su crecimiento. La lactancia materna debe ser promocionada y facilitada. Cuando no sea posible que la madre lacte, va sea por razones personales, físicas o psíquicas, debe posibilitarse una correcta lactancia artificial.

8. Todo recién nacido tiene derecho a una correcta asistencia médica. Los neonatos tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud y a tener acceso a los servicios médicos, de rehabilitación y de prevención. Los poderes públicos han de tomar las medidas que sean necesarias orientadas a abolir las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de los niños. Los gobiernos deben velar para que exista una adecuada atención sanitaria tanto prenatal como postnatal.

9. La mujer embarazada, portadora de un feto con malformaciones incompatibles con la vida, tiene el derecho a seguir su embarazo o bien optar por una interrupción, dentro del marco legal de cada país. En el caso de que el feto llegue a término no deben aplicarse al recién nacido medidas terapéuticas fútiles tras el nacimiento.
10. No debe intentarse hacer sobrevivir a un recién nacido cuando su inmadurez es superior al límite inferior de viabilidad. En estos casos los padres deberán ser informados adecuadamente y participar en las decisiones prenatalmente, siempre que ello sea posible. Se tendrá en cuenta el ámbito geográfico, social y sanitario del lugar del nacimiento.
11. Todo recién nacido tiene derecho a beneficiarse de las medidas de seguridad y protección social existentes en cada país. Este derecho hace referencia tanto a las medidas de protección y cuidado de salud como a los ámbitos legales.
12. El recién nacido no podrá ser separado de sus padres contra la voluntad de éstos. Sin embargo, en los casos en que exista evidencia de maltrato, y las circunstancias indiquen un riesgo para la vida del recién nacido, se tomarán las medidas legales y administrativas pertinentes para garantizar su protección, aún a costa de la separación del niño de los padres. Esta norma será aplicable durante su permanencia en el hospital.
13. Todo recién nacido tiene derecho a que, si es sujeto de adopción, esta se realice con las máximas garantías posibles. En los países en los que se reconoce la adopción deberán exigirse las garantías legales necesarias para asegurar que la misma es admisible, y en todo caso deberá prevalecer el interés del niño, En ningún caso existe justificación para la venta de órganos.
14. Todo recién nacido y toda mujer embarazada tienen derecho a ser protegidos en los países en los que existan conflictos armados. La lactancia materna debe ser promovida y protegida en estas situaciones.

*El recién nacido es una persona con sus derechos específicos, que no puede reclamar ni exigir por razones de inmadurez física y mental. Estos derechos imponen a la Sociedad un conjunto de obligaciones y responsabilidades que los poderes públicos de todos los países deben hacer cumplir*

## Bibliografía

- [1] **Amorós, Celia** (Directora). 10 palabras clave sobre mujer. Editorial Verbo Divino. Pamplona.1995
- [2] **Arango, Luz Gabriela; León, Magdalena; Viveros, Mara**. Compiladoras. Ediciones UNIANDES. UN Facultad de Ciencias Humanas. 1995.
- [3] **Baranchuk, Norberto**. Humanización de la atención perinatal. Revista de Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, año/vol.19, número 004. Asociación de Profesionales del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Buenos Aires, Argentina. 2000. p 148 – 151.
- [4] **Basevi V, Lavender T**. Rasurado perineal sistemático en el ingreso a la sala de partos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.). Fecha de la modificación más reciente: 17 de noviembre de 2003
- [5] **Beverley, Lawrence Beech**. Ecografías: Ponderando la propaganda frente a los hechos.1999. Traducido por Marina Romanos para el blog bebé a go-go. En: *Midwifery Today* Issue 51. Disponible en <http://bebeagogo.wordpress.com/2011/04/28/ecografias-ponderando-la-propaganda-frente-a-los-hechos/>
- [6] **Biblioteca Cochrane Plus**. ¿Mutilación ritual? El Uso electiva o rutinario de la episiotomía en el Sistema nacional de Salud. 2011. Número 1 ISSN 1745-9990. Disponible en <http://www.update-software.com/>
- [7] **Bourdieu, Pierre**. La dominación masculina. Editorial Anagrama. Barcelona. 2000.
- [6] **Bonilla, Elsy y Rodríguez, Penélope**. Más allá del dilema de los métodos. Universidad de los Andes, CEDE. Bogotá. 1995.
- [9] **Bocchetti, Alessandra**. Lo que quiere una mujer. 1995.
- [10] **Bunster, Ximena; Enloe, Cynthia; Rodriguez Regina (Editoras)**. La mujer ausente. Derechos Humanos. En Isis Internacional.1991. Ediciones de la mujeres N°15.

- [11] **Butler, Judith.** Deshacer el género. Barcelona. Paidós Ibérica. 2006
- [12] **Burbano Ñanez Heliodoro y Colaboradores.** Texto de Obstetricia y Perinatología. Universidad Nacional de Colombia. 1999.
- [13] **Bugg G, Siddiqui F, Thornton J.** Oxitocina versus ningún tratamiento o tratamiento tardío para la evolución lenta durante el período de dilatación del trabajo de parto espontáneo. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011 Issue 7. Art. No.: CD007123. DOI: 10.1002/14651858.CD007123  
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%202618457&DocumentID=CD007123>
- [14] **Buzzatti, Gabriella y Salvo, Anna.** El cuerpo-habla de las mujeres. Los vínculos ocultos entre el cuerpo y los afectos. Madrid, Cátedra col. Feminismos. 2001. Pág, 91.
- [15] **Cannellotto, Adrián y Luchtenberg, Erwin** (coordinadores). Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión. Observatorio Argentino de Drogas (SEDRONAR) y la Universidad Nacional de General San Martín. Programa Mundos Contemporáneos. 2008.
- [16] **Camacaro, Marbella.** La experiencia de parto. Proceso de la mujer o acto médico. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Salud. Unidad de Investigación y Estudios de Género “BellacarlaJiron Camacaro”. Nucleo Aragua. Maracay – Venezuela. Enero 2000.
- [15] **Camacaro, Marbella.** “La Obstetricia Develada. Otra mirada desde el género”. Universidad de Carabobo. Dirección de Medios y Publicaciones. Valencia, Venezuela. 2010.
- [17] **Cátedra Regional UNESCO Mujer, Ciencia y Tecnología en América Latina:** “La integración del enfoque de género en el abordaje de la salud. Aportes conceptuales y metodológicos para fortalecer la calidad y la equidad”. FLACSO, Buenos Aires. 2010
- [18] **Colón Iriarte, Candelaria.** Sentimientos, memorias y experiencia de las mujeres en trabajo de parto. El caso de centros hospitalarios en Cartagena. Tesis de Maestría. Universidad Nacional de Colombia y Universidad de Cartagena. Convenio de Cooperación. Escuela de Estudios de Género. Cartagena de Indias. 2008.
- [19] **Congreso de la República de Colombia.** Ley 1257 de 2008. Diario Oficial No. 47.193 de 4 de diciembre de 2008.  
[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2008/ley\\_1257\\_2008.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2008/ley_1257_2008.html)
- [20] **Congreso de la República de Colombia.** Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.  
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
- [21] **Congreso de la República.** Ley 23 de 1981. Por la cual se dictan normas en materia de ética médica. Diario Oficial No. 35.711, del 27 de febrero de

1981. <http://www.orasconhu.org/documentos/Anexo%2014o%20%20COL%20M&E%202009.pdf>

[22] **Consejería de Salud.** Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Informe 13: Fase expulsiva del parto: comparación entre la posición de la mujer, vertical frente a horizontal, a través de los resultados maternos y fetales. Sevilla, junio 2006. <http://www.bibliotecacochrane.com/AEA000046.pdf>

[23] **Davis-Floyd, Robbie Ph-D.** The Technocratic, Humanistic, and Holistic Paradigms of Childbirth. Artículo publicado en International Journal of Gynecology and Obstetrics. Vol 75, N° 1, pp S5-S23. Noviembre 2001. <http://davis-floyd.com/the-technocratic-humanistic-and-holistic-paradigms-of-childbirth/>

[24] **Evelyn C Verheijen, Joanna H Raven, G Justus Hofmeyr.** Presión del fondo uterino durante el período expulsivo del trabajo de parto (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane* 2009 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2009 Issue 4 Art no. CD006067. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.).

[25] **Imaz, Elixabete.** Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación. Fuenlabrada, Madrid. Ediciones Cátedra. 2010.

[26] **FERNANDEZ, Moreno, Sara Yaneth.** La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. Gerencia y Políticas de Salud, enero/junio, año/vol 6, número 012. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. 2007.

[27] **Figueroa Perea, Juan Guillermo.** La condición de la mujer en el espacio de la salud, El colegio de México. México D.F. 1999

[28] **Foucault, Michel.** La historia de la sexualidad. Volumen 1 – La voluntad del saber. Siglo veintiuno editores Argentina. 1977.

[29] **García Carrasquilla, Laura.** El miedo al dolor en el parto y como afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural. Séptima Edición. Octubre 2010. [http://www.sarajort.es/imagenes/upload/File/el\\_miedo\\_y\\_dolor\\_en\\_el\\_parto.pdf](http://www.sarajort.es/imagenes/upload/File/el_miedo_y_dolor_en_el_parto.pdf)

[30] **Guber, Rosana.** La Etnografía. Método, campo y reflexividad. Enciclopedia Latinoamericana de Sociocultura y Comunicación. Grupo Editorial Norma. Bogotá. 2001. p. 55-65

[31] **Jakobi, Peter.** ¿Eres feliz con tu episiotomía? Departamento de Obstetricia y Ginecología del Rambam Medical Center, Haifa, Israel 2003. Disponible en <http://www.episiotomia.info/>

[32] **Jones, Daniel; Manzelli, Hernan y Pecheny, Mario.** Grounded Theory. Una aplicación de la Teoría Fundamentada a la Salud. Cinta de Moebio, marzo, número 019. Universidad de Chile. Santiago. 2004.

- [33] **Kaiser Permanente**. Educación de la salud. Ecografía durante el embarazo. Disponible en <http://www.permanente.net/homepage/kaiser/pdf/7242.pdf>
- [34] **Kohly, Martin**. Biografía: relato, texto, método. En: Marinas, José Miguel y Santamarina, Cristina (Editores). La Historia Oral: Métodos y Experiencias. Editorial Debate. Madrid. Octubre 1993.
- [35] **Ministerio de Protección Social**. Guía 8. Atención al Parto. República de Colombia. 2006
- [36] **Ministerio de Salud de la Nación**. Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia. Argentina. 2004.
- [37] **Montagu, Ashley**. El tacto. La importancia de la piel en las relaciones humanas. Editorial Paidós. Barcelona - 2004.
- [38] **Michel, Odent**. La hora siguiente al nacimiento: no "despierten" a la madre. En línea, disponible en <http://www.quenoosseparen.info/documentos/>
- [39] **O'Mahony F, Hofmeyr G, Menon V**. Elección de instrumentos para el parto vaginal asistido (RevisionCochrane traducida). Cochrane Database of Systematic Reviews 2010.Issue 11. Art. No.: CD005455. DOI: 10.1002/14651858.CD005455 Disponible en <http://www.update-software.com/PDF-ES/CD005455.pdf>
- [40] **Olza, Ibone**. Lebrero Martínez, Enrique. ¿Nacer por cesárea? Evitar cesáreas innecesarias. Vivir cesáreas respetuosas. Grupo Editorial Normal. Barcelona. 2005
- [41] **Organización Mundial de la Salud**. Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. Declaración de Fortaleza. 1985.Tecnología apropiada para el parto Publicada en Lancet 1985; 2:436-437. Traducción ACPAM. Disponible en [http://www.unizar.es/med\\_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf](http://www.unizar.es/med_naturista/Tratamientos/Recomendaciones%20de%20la%20OMS%20sobre%20el%20Nacimiento.pdf)
- [42] **Peña-Martí G, Comunián-Carrasco G**. Presión del fondo uterino versus tracción controlada del cordón como parte del tratamiento activo de la etapa expulsiva del parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Disponible en <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD005462>
- [43] **Red Nacional de Refugios para Mujeres en México**. Disponible en [http://www.rednacionalderefugios.org.mx/index.php?option=com\\_content&view=article&id=66&Itemid=77](http://www.rednacionalderefugios.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=66&Itemid=77)
- [44] **Regan, Lesley**. El embarazo. Semana a semana. Grupo Editorial Norma. 2005. Londres.

[45] **República Bolivariana de Venezuela, Instituto Nacional de la Mujer y Fondo de Población de las Naciones Unidas.** Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. La Castellana, Caracas. Marzo, 2007. Disponible en [http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Ley\\_mujer.pdf](http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Ley_mujer.pdf)

[46] **Robledo, Ángela y Puyana Yolanda.** Ética: masculinidades y feminidades. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Humanas. Centro de Estudios Sociales. Bogotá. 2000.

[47] **Rivera Montiel, Angelina.** Fecha Probable de Parto (FPP). Universidad Nacional Autónoma de México. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Obstetricia 1. Material de Apoyo para el Aprendizaje. 2008. <http://www.eneo.unam.mx/servicioseducativos/materialesdeapoyo/obstetricia1/TEMAS/FPARTO.pdf>

[48] **Revez L, Gaitán HG, Cuervo LG.** Enemas durante el trabajo de parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley&Sons, Ltd.). Fecha de la modificación significativa más reciente: 30 de julio de 2007. Disponible en <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%202618354&DocumentID=CD000330>

[49] **Romani-Romani, Franco; Quispe-Huayta, Javier; Rodriguez Briceño, Patricia.** Percepción sobre la experiencia del tacto vaginal durante el trabajo de parto. Sociedad Científica del San Fernando. Lima-Perú. Artículo publicado en Felsocem. Cimel 2007 Vol. 12 N° 1. Pp. 11. [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cimel/v12\\_n1/pdf/a03v12n1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cimel/v12_n1/pdf/a03v12n1.pdf)

[50] **Santos Leal, Emilio.** ¿Es malo provocar el parto? Para la Revista Tu Bebé, Noviembre 2008. En línea, disponible en <http://porunpartorespetado.espacioblog.com/post/2009/04/30/es-malo-provocar-parto>

[51] **Sánchez, Olga Amparo.** Violencia patriarcal contra las mujeres. Una mirada retrospectiva. En: Revista En Otras Palabras. Grupo Mujer y Sociedad. Número 8. Página 93 – 103. Ene- Jul, 2001. Bogotá D.C.

[52] **Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C.** Asociación Bogotana de Obstetricia y Ginecología (Asbog). Guía de control prenatal y factores de riesgo. En línea, disponible en [http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Desarrollo%20de%20Servicios/Gu%C3%A Das%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20Materno%20Perinatal/GU%C3%8DA%20CONTROL%20PRENATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf](http://www.saludcapital.gov.co/Publicaciones/Desarrollo%20de%20Servicios/Gu%C3%A1%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20Materno%20Perinatal/GU%C3%8DA%20CONTROL%20PRENATAL%20Y%20FACTORES%20DE%20RIESGO.pdf)

[53] **Scavone, Lucila (Comp).** Género y salud reproductiva en América Latina. Libro Universitario Regional. Costa Rica. 1999.

[54] **Scott, Joan W.** “El género: una categoría útil para el análisis histórico”. 1986.

[55] **Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso.** Ley 26.485. Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos donde se desarrollen sus relaciones interpersonales. Marzo 11 de 2009. [http://www.oas.org/dil/esp/Ley\\_de\\_Proteccion\\_Integral\\_de\\_Mujeres\\_Argentina.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/Ley_de_Proteccion_Integral_de_Mujeres_Argentina.pdf)

[56] **Taylor S.J y Bogdan R.** Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados. Traducción de Jorge Piatigorski. Ediciones Paidós. Barcelona. 1987.

[57] **Tejera, Candy.** Lo que sabemos las mujeres. 2001. Disponible en <http://www.elpartoesnuestro.es/blog/2011/05/23/lo-que-sabemos-las-mujeres/>

[58] **Torres, Marta (Comp).** Nuevas maternidad y derechos reproductivos. El Colegio de México. México D.F. 2005.

[59] **Tribunal Supremo de Justicia. República Bolivariana de Venezuela y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).** Ley Orgánica Sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. [http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Ley\\_mujer.pdf](http://venezuela.unfpa.org/doumentos/Ley_mujer.pdf)

[60] **Viveros Vigoya, Mara (Editora).** Saberes, Culturas y Derechos Sexuales en Colombia. Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos – CLAP, Centro de Estudios Sociales – CES, Instituto de Medicina Legal. Tercer Mundo Editores. Abril de 2006. Bogotá D.C.

[61] **Urrutia, María Teresa y cols.** Alimentación durante el trabajo de parto: ¿es necesario el ayuno? Revista Chile Obstetricia Ginecología. 2005; 70(5): 296-302. <http://www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n5/art04.pdf>

[62] **Valls-Llobet, Carme.** Mujeres, Género y Poder. En Feminismos. Ediciones Cátedra. Madrid. 2009.

[63] **MEDICINE WORLD ASSOCIATION OF PERINATAL MEDICINE (WAPM).** En 5th WORLD CONGRESS OF PERINATAL "DECLARACIÓN DE BARCELONA sobre los DERECHOS DE LA MADRE Y EL RECIÉN NACIDO". 23 al 27 de Septiembre. 2001. Disponible en <http://dulceleche.files.wordpress.com/2010/04/derechos-madre-y-recien-nacido.pdf>

#### Revisión en Internet sobre Violencia Obstétrica

[www.rednacionalderefugios.org.mx](http://www.rednacionalderefugios.org.mx)

[www.porunpartorespetado.com](http://www.porunpartorespetado.com)

[www.elpartoesnuestro.com](http://www.elpartoesnuestro.com)

[www.partohumanizado.com.ar](http://www.partohumanizado.com.ar)



<http://www.matronas.objectis.net>

<http://www.federacion-matronas.org>

<http://www.motherfriendly.org>

<http://www.shamandala.es/expulsivo.pdf>

<http://www.orgasmicbirth.com>

### **Videos en línea**

<http://www.caracol.com.co/noticias/entretenimiento/partos-orgasmicos/20090320/nota/781461.aspx>

<http://www.youtube.com/watch?v=GPv6dgJI6eo&feature=related>

<http://www.youtube.com/watch?v=GSZBAAskiBY&feature=related>

<http://www.institut-gouvernance.org/en/analyse/fiche-analyse-283.html>