



Aproximaciones al femicidio gineco-obstétrico

Abordagens para o feminicídio ginecológico-obstétrico

Approaches to gynecological-obstetric femicide

Esther Pineda G.

Doctora en Ciencias Sociales
Universidad Central de Venezuela
Venezuela
estherpinedag@gmail.com

Resumen: La muerte de una mujer como consecuencia de las acciones u omisiones del Estado, instituciones o personas, debido al menosprecio de su condición de mujer y a las concepciones, tradiciones y formas organizativas de una sociedad desigual, entre las que se pueden mencionar las muertes maternas atribuibles a partos en condiciones higiénicas inaceptables, la falta de asistencia médica o la violencia obstétrica es posible considerarla como femicidio indirecto. A razón de ello, el referido artículo apunta a visibilizar, problematizar y denunciar desde una perspectiva feminista e interseccional los femicidios como consecuencia de las prácticas ginecológicas y obstétricas violentas realizadas sobre los cuerpos de las mujeres por motivos culturales, religiosos, económicos, políticos o médicos; las cuales se profundizan en el caso de las mujeres racializadas, las mujeres económicamente precarizadas, y por tanto, con menor influencia o posibilidad de visibilizar y denunciar con éxito las formas de violencia y vulneración contra ellas perpetradas.

Palabras claves: mujer; sexismo; violencia contra la mujer; violencia obstétrica; femicidio.

Resumo: A morte de uma mulher em consequência de ações ou omissões do Estado, de instituições ou de pessoas, por desconsideração da sua condição de mulher e das concepções, tradições e formas de organização de uma sociedade desigual, entre as quais se podem citar atribuíveis mortes maternas, partos em condições de higiene inaceitáveis, falta de assistência médica ou violência obstétrica podem ser considerados feminicídio indireto. Por esse motivo, o referido artigo visa tornar visível, problematizar e denunciar, em uma perspectiva feminista e interseccional, o feminicídio em decorrência de violentas práticas ginecológicas e obstétricas praticadas no corpo das mulheres por motivos culturais, religiosos, econômicos, políticos ou médicos; que se aprofundam no caso das mulheres racializadas, mulheres economicamente precárias e, portanto, com menor influência ou possibilidade de se tornarem visíveis e denunciarem com sucesso as formas de violência e violação perpetradas contra elas.

Palavras-chave: mulheres; sexismo; violência contra a mulher; violência obstétrica; femicidio.

Abstract: The death of a woman as a consequence of the actions or omissions of the State, institutions or people, due to the disregard of her condition as a woman and the conceptions, traditions and organizational forms of an unequal society, among which can be mentioned attributable maternal deaths deliveries in unacceptable hygienic conditions, lack of medical assistance or obstetric violence can be considered indirect femicide. For this reason, the aforementioned article aims to make visible, problematize and denounce, from a feminist and intersectional perspective, femicides as a consequence of violent gynecological and obstetric practices carried out on women's bodies for cultural, religious, economic, political or medical reasons; which are deepened in the case of racialized women, economically precarious women, and therefore, with less influence or possibility of making visible and successfully denouncing the forms of violence and violation perpetrated against them.

Key words: woman; sexism; violence against women; obstetric violence; femicide.

Fecha de recepción: 10 de noviembre de 2021.

Fecha de aceptación: 14 de enero de 2022.

Fecha de publicación: 8 de marzo de 2022.



Introducción

Desde tiempos inmemorables las vidas de las mujeres han sido valoradas de forma distinta a la vida de los hombres, por lo cual su muerte directa o indirecta, por acción u omisión masculina, aparece como una constante en las diferentes etapas del proceso histórico social. Las vidas de las mujeres han sido sistemática y repetidamente infravaloradas, lo cual se convierte en un permiso social para que los hombres puedan disponer de sus vidas cuando desafían el mandato patriarcal, cuando no responden a sus expectativas, cuando intentan acceder a los espacios y posiciones que les han sido negados, cuando intentan cambiar su situación social, cuando buscan autonomía e independencia, o cuando intentan abandonar relaciones desiguales o violentas; asesinatos sexistas y misóginos que han sido definidos como femicidios¹.

No obstante, las mujeres también han perdido la vida por motivos sexistas y misóginos a manos de los hombres de forma indirecta, esto es como consecuencia de los prejuicios y estereotipos que persisten contra ellas y que derivan en su muerte; por ejemplo, como consecuencia de las prohibiciones y restricciones para decidir sobre sus cuerpos, pero también como consecuencia de la negligencia e indiferencia ante sus intereses y necesidades.

Estas muertes de mujeres ocurridas como consecuencia de actitudes misóginas o de prácticas sociales patriarcales, aunque no sean perpetradas por un sujeto en particular, también fueron consideradas por Diana Russell como femicidios; entre estas es posible mencionar las muertes de mujeres por abortos mal practicados en un contexto de irreconocimiento del derecho de las mujeres a controlar su fertilidad. Esta perspectiva de Russell fue retomada en un ensayo en coautoría con Jane Caputi titulado *Femicidio: sexismo terrorista contra las mujeres*, en el cual afirmaron que también era posible considerar femicidios la muerte de mujeres resultantes de la mutilación genital (clitoridectomía, escisión, infabulación), operaciones ginecológicas innecesarias (histerectomías gratuitas), esterilización forzada (mediante la criminalización de los anticonceptivos y el aborto).

Sobre esta problemática también me referí brevemente en el libro *Cultura femicida. El riesgo de ser mujer en América Latina* (2019), donde he afirmado que es posible considerar como femicidio indirecto la muerte de una mujer como consecuencia de las acciones u omisiones del Estado, instituciones o personas, debido al menosprecio de su condición de mujer y a las concepciones, tradiciones y formas organizativas de una sociedad desigual; entre las que se pueden mencionar las muertes maternas atribuibles a partos en condiciones higiénicas inaceptables, la falta de asistencia médica o la violencia obstétrica.

No obstante, los femicidios como consecuencia de las prácticas ginecológicas y obstétricas violentas realizadas sobre los cuerpos de las mujeres por motivos culturales, religiosos, económicos, políticos o médicos, han tenido lugar desde los inicios de la disciplina gineco-obstétrica. Estas muertes de mujeres pese a que son las menos abordadas y problematizadas continúan ocurriendo aun en la actualidad, profundizándose en el caso de las mujeres racializadas, las mujeres migrantes, las mujeres económicamente precarizadas; es decir, de aquellas con menor influencia o posibilidad de visibilizar y denunciar con éxito las formas de violencia y vulneración contra ellas perpetradas.

¹ En 1976 Diana Russell acuñó el término femicidio, categoría que desarrolló y profundizó durante la década de los 90 para definirla finalmente como el asesinato misógino de mujeres por hombres porque son mujeres. En la actualidad, según el *Modelo de Protocolo Latinoamericano de Investigación de las Muertes Violentas de Mujeres por Razones de Género (Femicidio/Feminicidio)*, se define el femicidio/feminicidio como: "la muerte violenta de mujeres por razones de género, ya sea que tenga lugar dentro de la familia, unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, en la comunidad, por parte de cualquier persona, o que sea perpetrada o tolerada por el Estado y sus agentes, por acción u omisión; y el uso del concepto de femicidio/feminicidio y su diferencia con el homicidio permite visibilizar la expresión extrema de violencia resultante de la posición de subordinación, marginalidad y riesgo en el cual se encuentran las mujeres".

Los orígenes del femicidio gineco-obstétrico

Durante siglos los asuntos relacionados con la salud ginecológica y el parto estuvieron en manos de mujeres, curanderas y matronas quienes hacían uso de su conocimiento experiencial y de los recursos naturales para atender las afecciones y necesidades que se les presentaran a sí mismas y a otras mujeres, fuesen niñas, adultas o ancianas². La gineco-obstetricia fue un ámbito de predominio femenino pues, en una etapa pre médica y pre quirúrgica eran las mujeres quienes realizaban tratamientos naturales para las dolencias e irregularidades de la menstruación, los problemas de fertilidad, las enfermedades vaginales, las infecciones de transmisión sexual, las dolencias ováricas, las afecciones uterinas o fibromálgicas; al mismo tiempo que elaboraban métodos anticonceptivos, y atendían partos intentando garantizar la salud de la madre y del recién nacido.

Pero en el momento en que la ginecología y la obstetricia comenzaron a medicalizarse fueron totalmente monopolizadas por los hombres y se desarrollaron en torno a una estructura y practicas significativa y notoriamente sexistas. Este predominio masculino se explica en primer lugar porque las mujeres tenían negado el acceso a la educación formal, universitaria y principalmente médica; y en segundo lugar porque producto de esa exclusión de las mujeres del ámbito médico, los hombres - principalmente europeos y norteamericanos- erigieron las bases teórico-prácticas de la gineco-obstetricia que persiste aun hasta la actualidad.

Entre los pioneros de la gineco-obstetricia y de prácticas como la inspección vaginal, la cirugía obstétrica, la cirugía ginecológica, la cesárea, la histerectomía, la ovariectomía, y la cirugía de reparación de la fistula vesicovaginal, como muy bien ha reseñado Alejandro Graña en su ensayo *Consideraciones históricas sobre la evolución de la ginecología* (2001) se destacan Galeno, Carpi, Della Croce y Soranus de Efeso durante el siglo II, Ambroise Paré y Francois Rousset en el siglo XVI, Jacob Nufer, Johann Scultetus y Regner de Graaf durante el siglo XVII, Robert Houston en el siglo XVIII, Baudelocque, Langenbeck, Sauter, Epharaim McDowell, José Récamier, John Lambert, Marion Sims y Robert Ferguson a lo largo del siglo XIX, Gerhard Domagk en el siglo XX, entre otros.

No obstante, pese a que la mayoría de estos médicos y cirujanos se hicieron acreedores de notoriedad y reconocimiento por el diseño, desarrollo e implementación de estos innovadores procedimientos, la realidad es que la mayoría de los instrumentos, técnicas y cirugías que permitieron el desarrollo de la gineco-obstetricia se diseñaron y realizaron a partir del sufrimiento de cientos de mujeres y en muchos casos de su muerte. Al respecto Graña (2001) rescata las denuncias existentes en torno a la primera ovariectomía llevada a cabo por Epharaim McDowell, sobre la cual se ha afirmado se realizó en condiciones totalmente primitivas y sin el uso de ningún tipo de anestesia. Pero este no fue el único caso pues, este mismo autor señala que:

La operación cesárea entra en total controversia durante el siglo XIX y los primeros años del XX, debido a la alta mortalidad que empezó a relacionarse con la misma. Tanto los peligros de la hemorragia como el gran problema de la infección puerperal, frenan por muchos años el entusiasmo de los cirujanos para la ejecución de la cesárea, aunque llegando después a admitirse el uso de su práctica, tan solo con la antigua idea de salvar al feto, *in extremis*, pero sin esperanzas de hacerlo con la madre severamente enferma (Graña 2001, 243).

En otros casos, la violencia contra los cuerpos de las mujeres fue aún más extrema, poniendo en evidencia no solo la misoginia imperante en el campo médico sino también sus fuertes y arraigadas bases racistas. Entre los casos más emblemáticos es posible mencionar al cirujano estadounidense James Marion Sims considerado el "padre de la ginecología moderna", quien entre 1845 y 1849 practicó múltiples cirugías experimentales para reparar la fístula de vagina o fístula vesicovaginal, sin

² Durante el periodo obscurantista estas mujeres fueron consideradas y denominadas brujas por poner en práctica sus conocimientos e intentar salvar la vida de las mujeres, lo que en oportunidades fue utilizado como justificación para llevarlas a la cárcel, la horca o la hoguera.

embargo, esta técnica la desarrolló sin anestesia sobre los cuerpos de más de 11 mujeres negras esclavas, en una clínica improvisada en su jardín, cerca de las plantaciones de esclavos en Alabama.

Según visibiliza Natalia Guerrero en el reportaje *¿Sádico o salvador?: quién fue J. Marion Sims, el médico que hizo cirugías vaginales sin anestesia en esclavas negras y es considerado el “padre de la ginecología moderna”*, publicado por la BBC Mundo (2017), James Marion Sims describía en su autobiografía que en repetidas ocasiones las mujeres eran colocadas sobre una mesa, apoyadas sobre sus rodillas y codos, sin ropa y sostenidas por otros hombres, mientras él les introducía elementos en sus vaginas para practicar cirugías experimentales.

Sims escribió en su autobiografía sobre Lucy: "Era antes de la época de los anestésicos y la pobre chica, sobre sus rodillas, aguantó la cirugía con gran heroísmo, pero también su agonía era extrema". "Estaba postrada y pensé que moriría", escribió el médico pocas horas después de confirmar que su primera cirugía había fracasado y al haberle realizado una segunda, aun estando muy inflamada (Guerrero 2017, sp.).

Es decir, la experimentación de gineco-obstétrica se basó en la crueldad y el dolor, pero sobre todo en un profundo desprecio por los cuerpos y la vida de las mujeres -sobre todo si eran racializadas-, las cuales estuvieron subordinadas e infravaloradas ante el desarrollo de técnicas inéditas en el campo médico.

El uso de las suturas de alambre de plata, ideadas por el propio Sims, produjo una de las primeras curas permanentes de esta fistula (1849), en una mujer de color llamada Anarcha, después de haberse ensayado el procedimiento 29 veces antes en la misma paciente (Graña 2001, 246).

En 1853 Sims se estableció en Nueva York para fundar el primer hospital de mujeres de Estados Unidos, donde aplicó en mujeres blancas con anestesia, lo que experimentó durante más de 4 años con mujeres negras sin anestesia, y de quienes se desconoce si sobrevivieron los experimentos. Según Harriet Washington, historiadora experta en ética de la medicina y autora del libro *Medical Apartheid* (2008), esta práctica se naturalizó pues, en los Estados Unidos existió una tradición de explotación de afro estadounidenses para fines médicos; aunado a que, una de las mayores teorías médicas sobre los afroamericanos era que no sentían dolor o al menos no sentían dolor como los blancos.

Este hecho pone en cuestión cuantas mujeres negras más en condición de esclavitud o vulnerabilidad fueron utilizadas por estos médicos para lograr los avances científicos que les aseguraron un lugar en el canon de la medicina y les dieron la fama, cuántas de ellas murieron por el desprecio de los hombres hacia el cuerpo de las mujeres y de las racializadas justificados en el progreso médico. Cuántas de ellas suplicaron de dolor, cuantas murieron en procedimientos que pidieron ser evitados, cuántas de ellas murieron por acción u omisión durante la realización de estas cirugías.

Pero en los inicios de la gineco-obstetricia, las mujeres no solo murieron por indiferencia o negligencia médica, se cree también que muchas de ellas fueron intencionalmente asesinadas o sus muertes encargadas para poder acceder a sus cuerpos y sus órganos, con los cuales se realizaban prácticas de procedimientos muy específico como disecciones, suturas, operaciones, e incluso la recreación de su anatomía.

Un ejemplo de ello es el caso de William Hunter y William Smellie, considerados como los padres de la obstetricia, quienes han sido señalados de haber encargado entre los años 1750 y 1774 el asesinato de al menos 35 a 40 mujeres pobres, migrantes y embarazadas de nueve meses para completar sus fieles dibujos anatómicos tras la disección de los úteros. Según la investigación titulada *El traje nuevo del Emperador*, desarrollada por el historiador neozelandés Don Shelton a partir de datos demográficos y de los diarios médicos de la época, publicada en 2010 en el Journal of the Royal Society of Medicine, era prácticamente imposible que Hunter y Smellie hubieran podido dibujar atlas tan precisos de tal número de mujeres embarazadas porque era un perfil de cadáver muy inusual,

por lo que “no les servían las mujeres que ya hubieran dado a luz, sino sólo las que estuvieran a punto de hacerlo” (Postico 2010, sp).

En su obra maestra, *Anatomia uteri umani gravidi* (Anatomía del útero humano grávido), publicada en 1774 y en la que registra la independencia de la circulación materno fetal, Hunter reconoce que «la oportunidad de diseccionar úteros de mujeres embarazadas rara vez ocurre. La mayoría de anatomistas, si tienen suerte, lo pueden hacer una o dos veces en su vida». Hunter y Smellie realizaron atlas anatómicos completos de, al menos, 35 mujeres en el noveno mes de gestación, «con una calidad y un detalle equivalentes a fotografías forenses del siglo XXI», algo imposible de conseguir con las técnicas utilizadas en aquella época. A partir de la revisión de sus atlas anatómicos, Shelton calcula que Hunter y Smellie utilizaron 20 cadáveres de mujeres nuevemesinas entre 1750 y 1754, y doce cuerpos más entre 1766 y 1774. «Ellos nunca revelaron el origen de estos cuerpos, pero es imposible que fueran suministrados de manera legal». (...) Según Shelton, no cometieron los asesinatos con sus propias manos, sino por encargo. Ambos utilizaron asistentes para que movieran los hilos. (...) Buscaban mujeres jóvenes que se encontraran en el noveno mes de gestación, a punto de dar a luz. Mujeres pobres, que acabaran de emigrar a Londres, que nadie pudiera echar de menos y denunciar su desaparición. Todas ellas fueron asesinadas por asfixia, utilizando el mismo proceder que Hare y Burke emplearían un siglo después. El método más limpio. Una vez muertas, les cortaban la cabeza, los brazos y las piernas «para que no las pudieran reconocer y también para poder diseccionar las otras partes del cuerpo en su escuela de anatomía», sostiene Shelton (Postico 2010, sp).

Estos asesinatos sexistas y misóginos realizados bajo la justificación del progreso médico, por su cantidad, frecuencia y recurrencia no pasaron desapercibidos en las sociedades donde fueron perpetrados. Pese a ello, -como ocurre aun en la actualidad- los femicidios fueron justificados, encubiertos y amparados en la dinámica de poder y complicidad patriarcal:

En 1753 se produce otro hecho revelador. El 15 de noviembre, en un discurso ante el Parlamento, el Rey Jorge III expresa su preocupación por el aumento de los crímenes de embarazadas y propone una nueva ley que endurezca las penas por el delito. Paralelamente se había iniciado una investigación policial y Smellie y Hunter estaban en el punto de mira. Los rumores eran cada vez más claros y el acecho policial, mayor. «Pero William Hunter utilizó su influencia y, mediante favores políticos, detuvo la investigación policial y bloqueó la nueva legislación», asegura Shelton. Esto explicaría el parón de los asesinatos entre 1754 y 1766 por el temor a ser condenados a muerte. «Desde 1754, Smellie, los hermanos Hunter y otros obstetras como Colin MacKenzie, John Burton o Charles Nicholas Jenty ya no volvieron a producir atlas nuevos». El silencio dura hasta 1766, cuando, con las aguas ya calmadas, vuelven a aparecer nuevos atlas de Hunter y Smellie. Habían vuelto a matar. Shelton estima que entre 1766 y 1774 mataron, o encargaron el cuerpo de 12 nuevemesinas más (Postico 2010, sp).

El femicidio gineco-obstétrico en la sociedad actual

El origen y desarrollo de la ginecología y la obstetricia está manchada con sangre. Las ilustraciones que permitían conocer la anatomía ginecológica de las mujeres, el desarrollo de instrumentos y técnicas que permitieron acceder a los órganos femeninos, el diseño e implementación de técnicas durante el parto, la introducción de cirugías como la cesárea, la ovariectomía, la histerectomía, la cirugía de fistula vesicovaginal, entre otras; se erigió sobre el sufrimiento y la muerte -en algunos casos negligente y en otros intencional- de las mujeres pobres, racializadas y migrantes; en una sociedad que desprecia a las mujeres, pero mucho más si estas pertenecen a un grupo históricamente precarizado y vulnerable.

Pero aunque la realización de estas prácticas parece algo lejano, la realidad es que aun en la actualidad las mujeres siguen muriendo por causas evitables como consecuencia de los prejuicios y formas de discriminación sexista en el contexto de la atención ginecológica y del parto. Las vidas de las mujeres continúan siendo desestimadas, por lo cual en repetidas ocasiones son ignoradas cuando acuden a los centros de salud buscando atención ante sus dolencias y afecciones ginecológicas y al ser desatendidas desarrollan enfermedades de mayor gravedad y en algunos casos han encontrado la muerte. Algunas mujeres han muerto como consecuencia de shock tóxico por el uso de productos menstruales, así como, por la complicación, colapso o reacciones adversas ante el uso de anticonceptivos sobre cuyos efectos secundarios y riesgos pocas veces son informadas.

Algunas mujeres mueren como consecuencia de la persistencia de prohibiciones en lo que refiere a la interrupción voluntaria del embarazo, lo cual las lleva a consumir productos o realizar prácticas de gran peligrosidad y letalidad³, ante la imposibilidad de acceder al aborto en condiciones seguras. Pero las mujeres siguen muriendo como consecuencia de un menor índice de información y atención médica ante el desarrollo de fibromiomatosis, cáncer ovárico y uterino, entre otras enfermedades feminizadas que llevan a las mujeres a la muerte ante la indiferencia social y médica. Finalmente, las mujeres también mueren de forma sistemática en el contexto de la denominada violencia obstétrica⁴.

Esta violencia obstétrica ha sido definida por el Observatorio de Equidad de Género en Salud en el *Informe monográfico 2007-2012. Violencia de Género en Chile* (2013) 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". Por su parte, Gabriela Arguedas en su ensayo *La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense* (2014) la ha conceptualizado como "un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y postparto".

Ahora bien, afirman Luis Díaz y Yasna Fernández (2018) que los sujetos activos de la violencia obstétrica son los profesionales del ámbito sanitario: médicos, matronas, enfermeros, otros profesionales de la salud y los estudiantes de esas carreras, en el contexto de la atención profesional en el ámbito reproductivo y especialmente en situaciones de embarazo, parto y postparto. Empero, aunque las razones de este fenómeno son diversas, consideran que se encuentra significativamente influenciada por la situación de saber-poder en que se encuentran los profesionales de la salud y frente a los cuales la mujer percibe que se debe limitar a obedecer; mientras que para Daniela Rey (2017), esta puede explicarse como consecuencia de que la ginecología y la obstetricia continúan siendo disciplinas dominadas por hombres, es decir, "*los profesionales son normalmente masculinos a día de hoy, y eso lleva un trato sexista hacia la mujer*" (Rey 2017, sp.).

Pero esta violencia obstétrica ejercida por el personal de salud contra las mujeres en el contexto del acceso a la atención a su salud sexual y reproductiva, cobra un carácter multidimensional, en el cual se pueden identificar formas de violencia institucional, física, psicológica, verbal y sexual:

1) Violencia institucional: Es posible considerar aquí la no atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, la remisión a múltiples centros hospitalarios, el retardo en la admisión al centro de salud o la negación de la atención médica inmediata. La realización del parto en zonas inadecuadas de las instalaciones del centro de salud como salas de espera, en sillas o el piso ante la falta de insumos, equipos y camas, en el escenario de una deficiente infraestructura médica y hospitalaria. Así mismo, como ha señalado la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el documento *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*, también

³ La penalización del aborto y la imposibilidad de acceder a este en condiciones seguras ha llevado a las mujeres a recurrir a diferentes métodos y procedimientos de manera insegura e insalubre como la exploración de sus vientres y sus cuerpos con objetos cortos punzantes, químicos, ácidos, el consumo de bebidas preparadas, entre otros, los cuales solo han generado situaciones de desangramientos, esterilidad, mutilación, perforaciones, laceraciones uterinas y en el peor de los casos de la muerte.

⁴ La primera referencia del término apareció en el año 1827 en la publicación *Lectures on the theory and practice of midwifery*, en la cual se hacía referencia crítica a las prácticas que vulneraban a las mujeres en los partos.

es posible considerar como una forma de violencia obstétrica las retención de las mujeres y de los recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago.

2) Violencia física: Entre las formas físicas en las que se expresa la violencia obstétrica es posible considerar la patologización de procesos y etapas del parto que son naturales, así como, la medicalización innecesaria o exacerbada⁵, la negación de analgésicos cuando son solicitados o requeridos por la mujer, pero también obligarla a parir en una posición que le resulta incómoda sin proporcionar alternativas que faciliten el parto. También es necesario visibilizar como una forma de violencia obstétrica el acelerar o inducir el parto de forma injustificada mediante el suministro de medicación no informada y consentida, someter a la mujer a la cesaría cuando no hay necesidad de ella⁶, pero también obligar a la mujer al parto natural cuando este representa un riesgo para su salud⁷. La cotidianización de procedimientos como el fórceps, la maniobra de Kristeller, la episiotomía⁸ y la sinfisiotomía⁹. Adicionalmente, es importante señalar como violencia obstétrica el sometimiento a esterilización forzada y el aborto forzado¹⁰, como también la negativa a realizar procedimientos médicos a la mujer sin la autorización de un tutor hombre; o por el contrario, realizar procedimientos médicos sobre su cuerpo por decisión de un hombre aunque ella no haya sido consultada ni haya consentido el mismo¹¹.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el trabajo *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud (2015)*, ha denunciado la realización de procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos como la esterilización. Mientras que un trabajo realizado por Cecilia Canevari en 2016 proporciona ejemplos de este tipo de violencia obstétrica:

Una expresión recurrente de violencia física es el legrado (una técnica para evacuar restos que pudieran haber quedado adheridos a la pared del útero y que es extremadamente dolorosa), sin anestesia. En este caso, el silencio de las mujeres muchas veces se produce por el temor que implica haber interrumpido un embarazo en condiciones de clandestinidad. Canevari explica, además, que otras formas de violencia física se

⁵ Según la ONU (2019) la medicalización excesiva durante el parto a menudo causa lesiones en el recién nacido.

⁶ De acuerdo con el reportaje *Calláte y pujá: por qué la violencia obstétrica es violencia de género (2017)*, el porcentaje estándar de inducción al parto establecido por la OMS es menor a 10%; mientras Luis Díaz García y Yasna Fernández en su ensayo *Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile (2018)* rescatan que con respecto a las cesáreas, la Organización Mundial de la Salud ha recomendado que no excedan del 15% del total de partos atendidos en un país.

⁷ Afirma Gidder Benítez Guerra en su ensayo *Violencia obstétrica (2008)*, que en la mayoría de los hospitales públicos y privados no existen los medios para el parto vertical y en las escuelas de medicina no se enseña este tipo de parto; aunado a ello, muchos médicos usan en forma indiscriminada oxitócicos en pacientes que no los necesitan, realizan cesáreas sin indicación precisa y sólo en muy pocas ocasiones utilizan el consentimiento informado a pesar de reconocer su gran importancia. Así mismo, muchas pacientes desconocen que tratamiento recibieron porque no se les informó y si esto se hizo fue con términos y expresiones que no entendieron.

⁸ Según la ONU (2019) la episiotomía es un corte profundo en el perineo de la mujer que llega hasta el músculo del suelo pélvico diseñado para ayudar quirúrgicamente a la mujer que va a tener un parto vaginal. Aunque este procedimiento puede resultar beneficioso para el bebé y la madre, en caso de que resulte necesario desde el punto de vista médico, si no es necesario o se hace sin el consentimiento informado de la madre, puede tener efectos físicos y psicológicos en la madre, puede ocasionar la muerte y puede constituir violencia de género y un acto de tortura y tratamiento inhumano y degradante. Además, afirma Marsden Wagner (2000) en la ponencia *El nacimiento en el nuevo milenio*, que La práctica de la episiotomía oscila entre el 30% de las mujeres que dan a luz de forma vaginal en México, el 50% en Italia y hasta el 89% en España.

⁹ Según la ONU (2019) la técnica conocida como "sinfisiotomía", considerada ya como una violación de los derechos humanos y una forma de violencia contra la mujer que puede llegar a constituir tortura, consiste en la separación y ampliación quirúrgicas de la pelvis para facilitar el parto. Esta práctica de alumbamiento, utilizada principalmente en Irlanda hasta principios de los años noventa sin el conocimiento ni el consentimiento libre e informado de las mujeres afectadas, causó dolor y discapacidad permanentes a muchísimas mujeres.

¹⁰ Afirma la ONU en el informe de la relatora especial denominado *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*, que la esterilización forzada y el aborto forzado constituyen delito y son sendas formas de violencia de género contra la mujer. El Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica, conocido como el Convenio de Estambul, prohíbe ambas expresamente, mientras que la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y otros tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas las prohíben implícitamente mediante la protección de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres. La esterilización forzada y el aborto forzado son tratamientos médicos que se practican en todo el mundo sin consentimiento informado. Son practicados por profesionales sanitarios por diversas razones, como, por ejemplo, aduciendo que redundan en beneficio del denominado interés superior de la mujer o basándose en la creencia de que ciertos grupos de mujeres pertenecientes a grupos minoritarios, como las mujeres romaníes, las mujeres indígenas, las mujeres con discapacidad o las mujeres que viven con el VIH, no son "dignas" de procreación, son incapaces de tomar decisiones responsables sobre la anticoncepción, no están en condiciones de ser "buenas madres" o no es aconsejable que tengan descendencia.

¹¹ De acuerdo a la ONU (2019) algunos Estados aplican leyes o prácticas nacionales discriminatorias, como el requisito de obtener el consentimiento del esposo o de un tercero para que la mujer sea sometida a tratamiento médico. Esta situación discrimina a las mujeres e ignora su capacidad de toma de decisiones en favor de la decisión de un familiar o de otra autoridad institucional. Tales leyes contribuyen a la violencia y el maltrato de las mujeres en los servicios de salud reproductiva.

practican con justificaciones médicas pero son muy dolorosas: la dilatación manual del cuello del útero, el desprendimiento de membranas, o la maniobra de Kristeller. Otras provocan un aumento del dolor, como el uso de estimulantes uterinos, y otras dejan cicatrices que se podrían haber evitado, como la episiotomía o cesárea (Canevari en Rey 2017, sp).

3) Violencia psicológica y verbal: Es necesario mencionar aquí el trato irrespetuoso, ofensivo, deshumanizado, inferiorizante o minusvalizante. La realización de burlas, reproches o críticas a la mujer; así como, gritos, comentarios discriminatorios, irónicos, descalificativos, infantilizantes y humillantes. En las salas de parto se hacen frecuentes los insultos y el maltrato verbal, durante y posterior al alumbramiento; aunado a actitudes de insensibilidad ante el sufrimiento de la mujer. Otra práctica que comprende violencia es negarle a la madre la posibilidad de ver, cargar o amamantar al recién nacido, y no informar a la familia sobre el estado de salud de la mujer y del bebé. Canevari también visibiliza que estas formas de violencia son puestas en práctica contra las mujeres por el personal médico ante un aborto involuntario o cuando se sospecha de la realización de un aborto intencional, lo cual *“daña a las mujeres de diferentes maneras, en general provocando culpa, desvalorización, insultos, humillaciones, amenazas, provocando miedo o haciendo interrogatorios a fin de confesar una práctica abortiva, expresada en la recurrente frase: “¿qué te hiciste?”* (Canevari en Rey 2017, sp).

De este modo, es posible afirmar que la violencia obstétrica de carácter psicológico y verbal son todos aquellos discursos y prácticas que afectan la estabilidad emocional de la mujer, producida tanto por acción como por omisión, y se manifiesta por ejemplo:

Cuando la mujer es objeto de críticas por manifestar emociones como alegría o dolor, cuando es víctima de burlas sobre su estado, su cuerpo o su hijo, y, sobre todo, cuando se le impide plantear temores e inquietudes durante el proceso de embarazo y parto (Terán y otros 2013,177).

4) Violencia sexual: Comprende la violación de la privacidad y la negación de la intimidad, la exhibición del cuerpo desnudo de la mujer, la exposición genital innecesaria, la revisión grupal del cuerpo, el tacto realizado por más de una persona, y la realización de tocamientos de carácter sexual antes, durante o posterior al parto.

De acuerdo a lo reseñado en el reportaje *Calláte y pujá: por qué la violencia obstétrica es violencia de género* de Daniela Rey (2017), los datos recogidos durante el año 2016 por el Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO) mediante el método del cuestionario electrónico permitieron visibilizar que la violencia obstétrica existe, afecta y violenta los derechos de muchísimas mujeres, y se identificó que:

- Algunos operadores de salud intentan mantener a la paciente sola, sin interlocutores de confianza ni testigos de lo que le sucede en su internación. Es común que se les prohíba a las mujeres el acompañamiento, por lo cual el 25% de las mujeres encuestadas afirmaron que estuvieron totalmente solas durante el trabajo de parto, el 36% durante el parto, y el 20% durante la etapa de posparto.
- El 28% de las mujeres encuestadas fue criticada por los médicos. Un 56% fue tratada con sobrenombres. Un 30% recibió comentarios irónicos o descalificadores. A un 36% las hicieron sentir que corrían peligro ella o el recién nacido, y un 47% no se sintió contenida.
- El 44% de las mujeres no fue debidamente informada sobre la evolución del trabajo de parto, su bienestar ni del de su bebé.
- Del total de mujeres consultadas el 46% tuvo a su hijo por cesárea, de las cuales 39% fueron programadas. De estas, el 54% eran madres primerizas.

- El 70% de las encuestadas no recibió información clara, adecuada y completa, por ende no dio su autorización.
- El 29,7% de las encuestadas tuvo un parto inducido.
- El 36% de las mujeres fueron anestesiadas sin haberlo solicitado.
- El 74% de las mujeres que respondió la encuesta electrónica afirma no haber recibido suficiente información sobre las prácticas que realizaron sobre el recién nacido, por lo que no dieron autorización para realizarlas. Aproximadamente el 45% de las mujeres no sabe o no recuerda qué prácticas fueron hechas sobre su bebé.

Estas formas de violencia obstétrica son cometidas contra las mujeres por el solo hecho de ser mujeres, con independencia de su clase social, pertenencia étnico-racial, preferencia sexo-afectiva, edad o procedencia geográfica; sin embargo, es importante destacar que algunas mujeres están más expuestas a ella que otras. Así lo ha visibilizado la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su *Declaración sobre la Prevención y Erradicación de la Falta de Respeto y el Maltrato durante la atención del Parto en Centros de Salud*, en la que se afirma que “es más probable que las mujeres adolescentes, las solteras, las de nivel socioeconómico bajo, las que pertenecen a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen VIH, entre otras, sufran un trato irrespetuoso y ofensivo” (OMS 2015, 1).

Al respecto, también es de gran relevancia mencionar lo destacado por el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM) en el informe *Patrones de Violencia contra las Mujeres en América Latina y el Caribe, presentado a la Relatora de la ONU sobre Violencia contra la Mujer, sus Causas y Consecuencias Rashida Manjoo*, y es que, se ha identificado la existencia de mayor vulnerabilidad de las mujeres indígenas y las que habitan en zonas rurales ante la violencia obstétrica. A esto se suma lo planteado por Cecilia Canevari quien afirma que las mujeres más proclives a sufrir violencia obstétrica son las mujeres de sectores más vulnerables, las que tienen muchos hijos, las que no se hicieron los controles, las que no muestran el afecto esperado hacia su hijo o aquellas que no desean ser madres.

Esto expresa que el sistema de salud, considera a las mujeres, solamente como cuerpos biológicos. Y en relación con la reproducción, la prioridad para los/as médicos/as es que el/la niño/a nazca bien, sin importar los derechos de las pacientes a ser tratadas con respeto (Canevari en Rey 2017, sp).

Estas expresiones institucionales, físicas, psicológicas, verbales y sexuales de la violencia obstétrica tiene consecuencias en las mujeres y sus hijos, las cuales pueden ser de carácter temporal o permanente. Por ejemplo, los malos tratos pueden tener un impacto psicológico en las mujeres, pueden provocar stress post traumático, depresión, ansiedad, como también desconfianza en el personal y procedimientos médicos. Aunado a ello, pueden impactar en su deseo y desempeño sexual, pueden dejar cicatrices, marcas, dolencias y severas lesiones corporales, genitales y reproductivas.

Al respecto, apunta Francisca Fernández Guillén abogada especializada en salud sexual y reproductiva quien hace parte del Observatorio de Violencia Obstétrica de El Parto que, es necesario hablar de las consecuencias concretas que la violencia tiene para las mujeres y los niños:

Como abogada he llevado casos de bebés que han sufrido fractura craneal por uso indebido de fórceps, hemorragias por ventosas, parálisis cerebral o muerte. Mujeres que han perdido el útero o quedan con dolor permanente en las relaciones sexuales tras una episiotomía innecesaria. Y las consecuencias personales y sociales de la incontinencia fecal y urinaria por intervenciones obstétricas son enormes (Oliver 2019, sp.).

No obstante, las prácticas negligentes, la mala praxis, y otras formas de violencias médicas perpetradas contra las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio, como consecuencia de los prejuicios y estereotipos que persisten sobre ellas en sociedades patriarcales, pueden producir graves complicaciones como la preclamsia, la eclampsia, infección y sepsis puerperal, hemorragias, trauma abdominal por la aplicación de maniobras innecesarias, complicaciones post operatorias, contaminación, colapso o pérdida de órganos, entre otras situaciones que en ocasiones llevan a las mujeres a la muerte e incrementan la morbilidad materna.

Estas muertes durante el embarazo, el parto y el puerperio también pueden y deben ser consideradas femicidios, dado que, son muertes de mujeres evitables, que en muchos casos se dan como consecuencia de una serie de formas de violencia previa experimentadas por estas, perpetradas por el personal y las instituciones sanitarias de forma directa o indirecta, y cuya motivación para su comisión son las concepciones sexistas, inferiorizantes y subordinantes que persisten sobre las mujeres.

La tipificación de la violencia obstétrica y la prevención de esta forma de femicidio

Aunque la violencia gineco-obstétrica es una de las formas de violencia más antiguas, ha sido tradicionalmente invisibilizada y desatendida; por tanto, las mujeres no han sido protegidas ni sus agresores sancionados. Ha sido en la sociedad contemporánea y gracias a la exposición y denuncia de los hechos de violencia sufridos por las mujeres en los centros de salud y por parte del personal sanitario cuando acuden en búsqueda de atención gineco-obstétrica, que esta problemática comienza a ser sistematizada y problematizada.

En los últimos años, el maltrato y la violencia contra la mujer experimentados durante la atención del parto en los centros de salud y en otros servicios de salud reproductiva han generado gran interés a nivel mundial debido, entre otras cosas, a los numerosos testimonios publicados por mujeres y organizaciones de mujeres en los medios sociales; se ha demostrado que esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático (ONU 2019, 4).

No obstante, no fue sino hasta el año 2015 que la violencia obstétrica¹² trascendió el reclamo individual y colectivo de las mujeres y cobró un carácter institucional, específicamente cuando la organización mundial de la salud (OMS) en el documento *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*, reconoció el maltrato, las ofensas, la negligencia y la falta de respeto que muchas mujeres sufren durante el parto en centros de salud, como una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres; violencia que amenaza su derecho a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Ese mismo año, el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI) de la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) recomendaba a los Estados:

Adoptar disposiciones que penalicen la violencia obstétrica. Establecer por los medios apropiados los elementos de lo que constituye un proceso natural antes, durante y después del parto, sin excesos en la medicación, que garantice la manifestación del consentimiento libre y voluntario de las mujeres en los procedimientos vinculados a su salud sexual. Adoptar una perspectiva intercultural que respete las costumbres y pautas culturales de las mujeres indígenas en los centros de salud (MESECVI 2015, 51).

¹² Señala el informe de la Relatora Especial *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica*, que el término "violencia obstétrica" se utiliza ampliamente en América del Sur, pero no se usa todavía en el derecho internacional de los derechos humanos.

Esta violencia obstétrica ha sido tipificada en las legislaciones de países como Argentina¹³, México¹⁴, Surinam y Venezuela¹⁵, sin embargo, esto no ha significado la disminución o erradicación de esta forma de violencia en estos países, como tampoco la contabilización de las muertes de mujeres como consecuencia de esta forma de violencia en las estadísticas de femicidio/feminicidio. Además, en algunos casos la narrativa de protección de los derechos de las mujeres ha sido utilizada para encubrir la negligencia gubernamental en materia de garantías del acceso a la salud de las mujeres, las formas de violencia sexista institucional que continúan siendo ejercidas en sociedades desiguales, así como, para invisibilizar la imposibilidad de acceso a la justicia de las víctimas de la violencia obstétrica y de los familiares de las víctimas del femicidio gineco-obstétrico que reclaman justicia.

Referencias

Arguedas, Gabriela. 2014. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe* 11, n.º 1: 145-169.

Caputi, Jane. y Diana Russell. 2006. "Feminicidio: sexismo terrorista contra las mujeres". En *Feminicidio. La política del asesinato de las mujeres*. Centro de investigaciones interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F.

CLADEM. 2014. *Patrones de Violencia contra las Mujeres en América Latina y el Caribe. Informe presentado a la Relatora de la ONU sobre Violencia contra la Mujer, sus Causas y Consecuencias*, Rashida Manjoo. Disponible en: <https://bit.ly/35cJENA>

Díaz, Luis y Yasna Fernández. 2018. Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso* n.º 51: 123-143.

Guerra, Gidder. 2008. Violencia obstétrica. *Revista de la Facultad de Medicina* 31, n.º 1: 5-6.

Guerrero, Natalia. 2017. «¿Sádico o salvador?: quién fue J. Marion Sims, el médico que hizo cirugías vaginales sin anestesia en esclavas negras y es considerado el 'padre de la ginecología moderna'». *BBC Mundo*, 17 septiembre. Acceso del editor el 9 de febrero de 2022. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-41138128>

Graña, Alejandro. 2001. Consideraciones históricas sobre la evolución de la ginecología. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 47, n.º 4: 238-49.

MESECVI. 2015. *Guía práctica para la aplicación del sistema de indicadores de progreso para la implementación de la Convención de Belém do Pará*. Acceso del editor el 9 de febrero de 2022. <https://bit.ly/3n5piM1>

OEGS. 2013. *Informe monográfico 2007-2012. Violencia de Género en Chile*. Acceso del editor el 9 de febrero de 2022. <https://bit.ly/32sT5GJ>

¹³ En el año 2004 se aprobó en Argentina la Ley 25.929 de Protección del Embarazo y del Recién Nacido, conocida también con el nombre de "Ley de Parto Humanizado", pero no fue sino hasta el año 2009 que se tipificó la violencia obstétrica, con la aprobación de 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.

¹⁴ En el año 2014 el senado mexicano aprobó la modificación de la Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres y la Ley de Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia para incluir la tipificación de la violencia obstétrica.

¹⁵ Venezuela fue el primer país del mundo en emplear el término "violencia obstétrica" en su legislación, específicamente en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia sancionada en el año 2007. Sin embargo, Venezuela es uno de los países de América Latina en el que las mujeres se enfrentan a mayores dificultades para el acceso a la salud, así como, para acceder al parto en condiciones de salubridad y dignidad; ante el progresivo y acelerado deterioro y posterior colapso de los servicios públicos y sanitarios que ha tenido lugar en el país desde el año 2014, con el inicio de una crisis de carácter política, económica, social e institucional sin precedente que persiste hasta la actualidad.

ONU Mujeres. 2014. *Modelo de protocolo latinoamericano de investigación de las muertes violentas de mujeres por razones de género (femicidio/feminicidio)*. Acceso del editor el 9 de febrero de 2022. <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2014/Modelo%20de%20protocolo.pdf>

Oliver, Diana. 2019. *La violencia obstétrica se hace visible para la ONU*. El País, Madrid.

ONU. 2019. *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Informe de la Relatora Especial Dubravka Šimonović*. Acceso del editor el 9 de febrero de 2022. <https://bit.ly/3n7aRas>

OMS. 2014. *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Acceso del editor el 9 de febrero de 2022. <https://bit.ly/32thPi1>

Pineda, Esther. 2019. *Cultura femicida. El riesgo de ser mujer en América Latina*. Prometeo Libros, Buenos Aires.

Postico, Daniel. 2010. «¿Padres de la Ginecología y asesinos en serie?». *El Mundo*, 14 de febrero. Acceso del editor el 9 de febrero de 2022. <https://www.elmundo.es/suplementos/cronica/2010/748/1266102006.html>

Rey, Daniela. 2017. «Calláte y pujá: por qué la violencia obstétrica es violencia de género». *Ecofeminista*, 5 de abril. Acceso del editor el 9 de febrero de 2022. <https://ecofeminista.com/callate-y-puja-por-que-la-violencia-obstetrica-es-violencia-de-genero/>

Terán, Pablo et al. 2013. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* 73, n.º 3; 171-80. Acceso del editor el 9 de febrero de 2022. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322013000300004

Wagner, Marsden. 2000. *El nacimiento en el nuevo milenio*. Ponencia presentada en el I Congreso Internacional de Parto en Casa, octubre. Acceso del editor el 9 de febrero de 2022. <https://bit.ly/3leLZwN>

Washington, Harriet. 2008. *Medical Apartheid*. Knopf Doubleday Publishing Group, New York.

Biodata

Esther Pineda G.: Socióloga, Magíster Scientiarum en Estudios de la Mujer, Doctora y Postdoctora en Ciencias Sociales egresada de la Universidad Central de Venezuela. Autora de los libros: *Cultura femicida. El riesgo de ser mujer en América Latina*, Buenos Aires: Prometeo Libros Editorial (2019), y *Morir por ser mujer. Femicidio y feminicidio en América Latina*, Buenos Aires: Prometeo Libros Editorial (2021).