

## Cuerpos, procesos y violencias (in)visibles: la violencia ginecobstétrica como forma de atención en los procesos reproductivos de las mujeres<sup>1</sup>

### Bodies, processes and (in)visible violence: gynecobstetric violence as a form of care in the reproductive processes of women

Rossie Cedeño-Gómez<sup>2</sup> 

Parir con Placer / Observatorio de Violencia Obstétrica de Venezuela, Caracas, Venezuela  
parirconplacer@gmail.com / rossiecedenog@gmail.com

América Villegas-Rodríguez<sup>3</sup> 

Universidad Nacional Experimental de las Artes / Parir con Placer, Caracas, Venezuela  
parirconplacer@gmail.com / ame.villegas@gmail.com

Recibido: 25/7/2023

Aceptado: 1/8/2023

#### RESUMEN

La investigación realiza una revisión conceptual sobre los mecanismos de control destinados a perpetuar la cosificación, invisibilización, discriminación y pérdida de autonomía que se ejercen contra las mujeres durante la atención al parto y nacimiento, manifestándose en forma de violencia ginecobstétrica. A pesar de contar con un basamento legal, esta situación se encuentra totalmente invisibilizada debido a las causas generales relacionadas con el género. Una serie de testimonios recabados dan cuenta de cómo la violencia ginecobstétrica es ejercida por parte del personal de salud mediante un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y una patologización de los procesos fisiológicos en distintos centros de salud de la Gran Caracas.

**Palabras clave:** violencia ginecobstétrica, cuerpos, procesos reproductivos, mujeres

#### ABSTRACT

The research makes a conceptual review of the control mechanisms intended to perpetuate objectification, invisibility, discrimination and loss of autonomy that is exercised against women in childbirth and birth care in the form of gynecobstetric violence. Despite having a legal foundation, it is totally invisible, due to general causes in gender matters. A series of testimonies collected, give an account of how gynecobstetric violence is exercised by health personnel through dehumanized treatment, an abuse of medicalization and a pathologization of physiological processes in different health centers of Greater Caracas.

**Keywords:** gynecobstetric violence, bodies, reproductive processes, women

<sup>1</sup> Los testimonios presentados en este artículo fueron extraídos de las entrevistas realizadas durante la investigación titulada **Estado de la atención ginecobstétrica durante la gestación, parto, nacimiento y puerperio inmediato en el sistema de salud venezolano**, un libro digital editado en 2022 del cual las autoras del artículo formaron parte del equipo de investigación.

<sup>2</sup> Licenciada en Sociología y Licenciada en Educación (UCV). Cursante de la Maestría en Políticas Públicas (UCAB). Investigadora y consultora en salud sexual y reproductiva. Doula y Facilitadora de Nacimientos en @parirconplacer. Activista por los derechos sexuales y reproductivos.

<sup>3</sup> Licenciada en Letras y Magíster Scientiarum en Literatura Venezolana (UCV). Cursante del Doctorado en Historia (Centro Nacional de Historia). Docente en UNEARTE. Doula y Educadora Menstrual en @parirconplacer. Activista por los derechos sexuales y reproductivos.

## Introducción

El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia es una lucha de larga data en América Latina, impulsada por el movimiento feminista. Las organizaciones y activistas de este movimiento han realizado grandes esfuerzos para visibilizar en la agenda pública las distintas formas de violencia contra las mujeres como un problema de salud pública. Las causas de esta problemática son estructurales y se encuentran arraigadas en la cultura, determinadas por el sistema heteropatriarcal que regula las relaciones sociales entre hombres y mujeres, estableciendo jerarquías y desigualdades que afectan la vida social.

La violencia contra mujeres, adolescentes y niñas también constituye una de las principales formas de vulneración de derechos humanos, cuya existencia tiene un impacto negativo en sus vidas. Aunque se trata de una problemática compleja, los múltiples factores que la atraviesan dificultan su reconocimiento y la medición de su gravedad.

El acceso deficiente a los servicios de atención en salud sexual y reproductiva, así como las elevadas cifras de mortalidad materna, son problemas de salud pública y de justicia social que afectan directamente a las mujeres. En este contexto, el Estado es el principal responsable de garantizar y respetar los derechos sexuales y reproductivos.

La posibilidad de acceder a servicios de salud, especialmente aquellos relacionados con la salud sexual y salud reproductiva diferenciada, de calidad y pertinencia, es parte de los derechos que se vulneran en la vida cotidiana de las mujeres. En particular, en la práctica ginecobstétrica se observa frecuentemente el ejercicio de prácticas denunciadas como violencia obstétrica.

## Violencia obstétrica

Esta problemática ha sido reconocida en los últimos 15 años e incorporada en el marco jurídico de diferentes países de América Latina. Argentina, México y Venezuela han sido pioneros en la materia, gracias al trabajo de organizaciones no gubernamentales y activistas feministas que han ido sumando sus reflexiones y argumentos a la discusión para visibilizar las distintas prácticas violentas.

En la actualidad, desde organizaciones feministas en Venezuela existe un interés por analizar la problemática de la violencia en el ámbito ginecobstétrico, por lo que han acuñado el término de **violencia ginecobstétrica**, entendido como el conjunto de prácticas en las que se naturalizan, invisibilizan y rutinizan formas violentas en la atención de salud relacionada con los procesos, especialmente los reproductivos, del cuerpo de las mujeres a lo largo de su ciclo vital.

Resulta importante señalar que esa naturalización representa formas invisibilizadas de violencia, que solo son posibles en un contexto epistémico y político que excluye a las mujeres de sus propios procesos y cuerpos. Esto incluye situaciones como la menarquía, el climaterio y la menopausia, el aborto, la lactancia, las infecciones de transmisión sexual, el tratamiento de condiciones como el síndrome de ovarios poliquísticos, la endometriosis, los miomas o quistes, el uso de anticonceptivos y, por supuesto, la gestación, el parto y el nacimiento. Estas prácticas y formas de atención degradan, oprimen e intimidan a las mujeres de distintas maneras en el ámbito de la salud.

En el caso de Venezuela, en el año 2007 se promulgó la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia (en adelante LODMVLV), que fue reformada en el

año 2014 y luego en 2021. Esta ley fue concebida para atender, prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en diversos ámbitos. Así, la violencia obstétrica es definida como:

la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por 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 en la calidad de vida de las mujeres. (Art. 19, apartado 13)

Asimismo, la LODMVLV destaca como actos que se consideran violencia obstétrica:

- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- Obligar a las mujeres a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- Obstaculizar el apego inmediato de la niña o niño con su madre, sin una causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarla o cargarlo y amamantarla o amamantarlo inmediatamente al nacer.
- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- Practicar parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el conocimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- Vulnerar los derechos reconocidos en el Decreto Constituyente para la Promoción y Protección del Parto y Nacimiento Humanizado (Art. 66).

Al respecto, la Dra. e investigadora venezolana Marbella Camacaro Cuevas (2016a), quien cuenta con una amplia bibliografía en la temática, valora positivamente la tipificación de la violencia obstétrica en una ley orgánica, pues significa que:

- Sus disposiciones prevalecen sobre otras leyes; desarrolla principios constitucionales en materia de derechos humanos de las mujeres y recoge los tratados internacionales en la materia.
- Concepción más amplia de la violencia de género.
- Se desarrolla dentro del Tribunal Supremo de Justicia: creación de los tribunales de violencia contra la mujer como órganos especializados en justicia de género.
- Se amplía el concepto de flagranza.
- Consagra un catálogo de medidas de protección y seguridad de inmediata aplicación por parte de los órganos receptores de denuncia (2016, pp. 151-152).

En la última reforma de la LODMVLV, se reconocen los derechos estipulados en el Decreto Constituyente para la promoción y protección del parto y nacimiento humanizado, publicado en abril de 2018. El objeto de dicho decreto se centra en promover, proteger y garantizar el derecho humano a una gestación, parto y nacimiento humanizados. El artículo 2 destaca, entre sus finalidades, la promoción de la humanización de la gestación, parto, nacimiento y postparto enmarcados en la dignidad, los derechos humanos y las necesidades de las mujeres y sus familias. Específicamente, el numeral 11 señala la necesidad de erradicar las prácticas, patrones sociales, normas de salud y protocolos de asistencia que atenten contra la humanización en la gestación y el parto.

<sup>1</sup> Cedeño-Gómez, Rossie y Villegas-Rodríguez, América (2022). Cuerpos, procesos y violencias (in)visibles: la violencia ginecobstétrica como forma de atención en los procesos reproductivos de las mujeres. *Revista Estudios Culturales*, 15(30), pp.12-23.

A pesar de estos avances en materia jurídica y de las recomendaciones de organismos internacionales para que la experiencia del parto y el nacimiento sean libres de violencia, muchos de los actos que constituyen violencia obstétrica persisten en el modelo de atención biomédico, el cual está muy lejos de incorporar la perspectiva de género y el enfoque de derechos humanos centrado en los derechos sexuales y derechos reproductivos.

En Venezuela, las investigaciones desarrolladas por la Dra. Camacaro –quien ha sido pionera y un referente fundamental– permiten adentrarnos en la vivencia de las mujeres durante sus partos, identificando cómo el poder médico invisibiliza sus necesidades, las silencia y simplemente transforma el parto en un acto médico. Al respecto, ella señala:

La construcción cognoscente de la ciencia médica y particularmente de la disciplina gineco-obstétrica reconocen en las mujeres sólo su condición de reproductoras biológicas de la especie, imposibilitándoseles valorarlas como productoras de conocimiento sobre su cuerpo y sus procesos reproductivos. Por ello, lo que sienten y dicen durante sus vivencias en el trabajo de parto y el parto no es registrado como un aporte sapiente que debe y puede ser tutelar el trabajo del equipo de salud. (2016b, p. 137)

Para el año 2022, algunas organizaciones pertenecientes a la Alianza Salud para Todas<sup>4</sup> impulsaron la creación del Observatorio de Violencia Ginecobstétrica de Venezuela (OVGOVE), cuyo objetivo es ofrecer análisis periódicos sobre la situación de esta forma de violencia contra las mujeres, prestando especial atención al ejercicio y garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos consagrados en la legislación venezolana.

El OVGOVE realizó una investigación para analizar el estado de la atención ginecobstétrica durante la gestación, parto, nacimiento y puerperio inmediato en el sistema de salud venezolano, en la que participaron 318 mujeres que compartieron sus experiencias de partos o cesáreas en el Distrito Capital y en los estados Miranda y La Guaira. El estudio abordó aspectos relacionados con la atención en la consulta prenatal, el proceso de ingreso a la institución, el trato recibido, los mecanismos normalizados del poder médico y la atención en el posparto o puerperio inmediato. A partir de los hallazgos de este estudio, se evidencia lo complejo de la problemática, ya que está relacionada con la práctica médica y los protocolos de atención vigentes en Venezuela.

### **El cuerpo como enfermedad**

El fenómeno de salud/enfermedad orientó la investigación sobre la patologización de los procesos de salud y enfermedad desde un paradigma biomédico que concibe al cuerpo como una máquina, subordinando todas las demás dimensiones del ser humano y las relaciones que este establece con su entorno. Esta concepción mecanicista y determinista sentó las bases para el surgimiento de la medicina moderna -desde finales del siglo XVIII y comienzos del XIX- y se sustentó en un mayor refinamiento de los métodos de observación de lo físico, lo biológico y lo fisiológico.

La antropóloga e investigadora cultural, médica y reproductiva estadounidense Robbie Davis Floyd (1993) explica cómo este modelo biomédico ha constituido una serie de principios sobre los cuales se determina el paradigma de atención:

<sup>4</sup> La Alianza aglutina más de 20 organizaciones que hacen vida a lo largo del territorio nacional entre las que se encuentran Alaplaf, Ampuve, Avesa, Berenjena Empoderada, Cecavid, Las Comadres Púrpuras, Mesa de Mujeres, Diversidad y Estudios de la Vida Cotidiana, Musas, Parir con Placer, Plafam, RVG+ Capítulo Mujer; entre otras. Esta coalición tiene entre sus fines apoyar el fortalecimiento de la investigación y la incidencia de la temática de la salud en mujeres venezolanas.

<sup>5</sup> Cedeño-Gómez, Rossie y Villegas-Rodríguez, América (2022). Cuerpos, procesos y violencias (in)visibles: la violencia ginecobstétrica como forma de atención en los procesos reproductivos de las mujeres. *Revista Estudios Culturales*, 15(30), pp.12-23.

1. separación mente/cuerpo;
2. el cuerpo como una máquina;
3. el paciente como objeto;
4. distanciamiento del médico;
5. diagnóstico y tratamiento de afuera hacia adentro;
6. organización jerárquica y estandarización del cuidado;
7. autoridad y responsabilidad inherente al médico;
8. sobrevaloración de la ciencia y la tecnología;
9. intervenciones agresivas con énfasis a corto plazo;
10. la muerte como derrota;
11. sistema guiado por ganancias;
12. intolerancia hacia otras modalidades de curación humana.

Desde este posicionamiento, el parto y el nacimiento se convierten en hechos casi exclusivamente médicos, cuya atención y cuidados están centrados en “controlar” el proceso mediante el seguimiento y reporte a través de elementos como exámenes de laboratorio, ecosonogramas, revisiones ginecológicas y observación de los signos vitales. Así, se concentra la acción y atención en los signos biológicos que el cuerpo de la mujer ofrece, mediados por la tecnología. La emocionalidad y la subjetividad de esa mujer que está atravesando el embarazo suelen ser ignoradas, menospreciadas u obviadas.

La gestación, el trabajo de parto y el nacimiento forman parte del ciclo vital de todas las personas y tienen lugar en el cuerpo físico, emocional y espiritual de las mujeres. Sin embargo, la cultura social y las ciencias de la salud se apropiaron de estos procesos, estableciendo un modelo específico de vivir la maternidad. Es así como estos discursos y visiones reflejan un paradigma social que se centra en la patología en lugar de en la fisiología, lo que ha llevado a una mayor confianza en la tecnología y el intervencionismo para controlar las experiencias de parto. Detrás de este paradigma se promueve que las mujeres y adolescentes desconfíen, resientan y padezcan los procesos de sus propios cuerpos, lo que propicia la patologización no solo en la asistencia obstétrica, sino también en todas sus vivencias fisiológicas.

Es así como las consultas de control prenatal y la atención al parto y nacimiento están determinadas por protocolos de atención que se aplican de forma indiferenciada y generalizada. No se pre/ocupa por las particularidades de cada mujer en proceso, ni se diferencia la atención según las distintas fases del trabajo de parto: etapa inicial, en franco avance o expulsivo.

Esto puede evidenciarse en los numerosos testimonios recabados durante la realización del *Informe ejecutivo: Estado de la atención ginecobstétrica durante la gestación, parto, nacimiento y puerperio inmediato en el sistema de salud venezolano. Caso: Gran Caracas*<sup>5</sup>. En este informe, las mujeres encuestadas señalaron que al hacerles revisión para ingresar al centro de salud no

<sup>5</sup> Villegas, América y otras (2022).

<sup>6</sup> Cedeño-Gómez, Rossie y Villegas-Rodríguez, América (2022). Cuerpos, procesos y violencias (in)visibles: la violencia ginecobstétrica como forma de atención en los procesos reproductivos de las mujeres. *Revista Estudios Culturales*, 15(30), pp.12-23.

recibieron mayor explicación sobre su proceso sino la indicación de esperar sin considerar los indicadores del trabajo de parto y la fase en la que se encontraban: “Yo misma tuve que ir a sala de parto y montarme en el burro porque no me querían atender y la niña estaba coronada, pero como iba para ocho meses nadie quería atenderme” (CC. 44 años. La Guaira).

El seguimiento de la evolución fisiológica de los procesos se realiza a través de los resultados que generan técnicas y máquinas especializadas; sin embargo, este seguimiento no se limita únicamente a estos aspectos, sino que también abarca otros elementos relevantes. Los conocimientos y las experiencias corporales de las mujeres no son tomados en cuenta. Solo el personal médico especializado está facultado para tomar decisiones, lo que invalida tanto a las mujeres como a sus familiares en la toma de decisiones o injerencia en el curso de los procedimientos.

“Yo llegué, me hicieron el tacto y me indicaron la espera por 3 horas. Y yo me puse a caminar y a la media hora ya estaba pariendo. Se me estaba pasando el parto y de tanto pujar se me vino un prolapso. Yo le gritaba al médico que me cortara porque estaba perdiendo la fuerza y allí los médicos se dieron cuenta que tenía el prolapso y por eso no salía el bebé”. (KK. 46 años. Edo. Miranda)

Siguiendo la tradición positivista sobre la concepción del cuerpo y sus procesos, se fragmenta y clasifica el fenómeno del embarazo. Ello condiciona su atención desde una perspectiva de patologización, tratando al ser humano que está en gestación como un “producto del embarazo”.

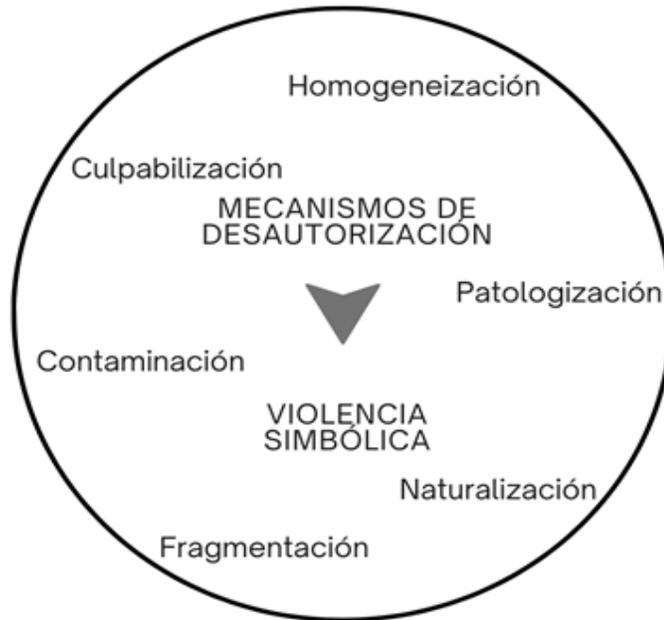
De este modo, se despoja al proceso de cualquier elemento que permita apreciar la profunda transformación psíquica y emocional que implica para la mujer que lo vive. Sin considerar el contexto y las circunstancias que pueden enfrentar las mujeres durante la gestación, el trato hacia ellas en el ámbito de la atención médica dista mucho de ser respetuoso. Esto se evidencia en el testimonio de una mujer atendida en el área metropolitana de Caracas, quien se sintió maltratada y decidió cambiar de centro de salud para hacer sus chequeos prenatales.

“Fue muy difícil, vivía en un apartamento en Fuerte Tiuna, me quedaba cerca del Materno Infantil Hugo Chávez, me atendieron muy mal, tenía dos meses y medio de gestación. Nos atendieron a tres mujeres y tardaron mucho tiempo. Eso me hizo cambiar de lugar porque fue muy doloroso. Me sentí muy despreciada, las otras madres las trataban muy mal, ya que eran primerizas, no pude con eso. Tenía una situación económica muy dura”. (MM. 35 años. Edo. Miranda)

Las mujeres acuden a un sistema de salud que percibe al paradigma biomédico de la ginecología obstetricia como la única forma de atención, diagnóstico y procedimiento en relación con el parto y el nacimiento. En este sistema, el cuerpo de las mujeres y sus procesos son conceptualizados y responden a los sesgos y estereotipos de género. Es por ello que las acciones y decisiones son tomadas por quienes controlan jerárquicamente el conocimiento y determinan los procedimientos: médicos/as como representantes más altos de esa jerarquía, seguidos por especialistas, enfermeras, personal administrativo y, finalmente, personal de mantenimiento. Todos ellos ejercen una autoridad sobre la gestante y determinan qué, cómo, dónde y cuándo puede hacer. Este control se ejerce a través de distintos mecanismos de desautorización sobre las mujeres.

“Me ingresaron, me hicieron el tacto: tenía 6 dilataciones. Me colocaron algo en la vía. Pregunté qué era y no me contestaron, me dijeron que ellos colocaban lo que les pareciera. Me dijeron: “Pero cuando te lo estaban metiendo no te dolía”.” (S.S. 29 años. Miranda)

Como resultado, ellas asumen que, al ingresar al hospital, deben acatar las normas, protocolos y comportamientos preestablecidos, ya sean explícitos o tácitos. Esto las despoja, en mayor o menor medida, de cualquier saber, información o rol que pudieran detentar durante su propio proceso de trabajo de parto y nacimiento. La antropóloga chilena Michelle Sadler explicita ciertos mecanismos de control que se ejercen de manera invisible e implacable sobre las mujeres y sus procesos.



**Atención hospitalaria a los partos y nacimientos  
Sadler (2004, p. 30)**

- **Homogeneización**

Implica la presunción de que todas las parturientas tienen partos de la misma manera, de forma indiscriminada, sin considerar las diferencias identitarias individuales ni socioculturales, y por supuesto, aquellas referidas al estado de su gestación o al avance de su trabajo de parto.

- **Patologización**

Se refiere a la intervención de un proceso fisiológico que, en la mayoría de los casos, debería desarrollarse de manera natural, pero que termina siendo tratado como una intervención compleja. En este contexto, se da por sentado que es el personal médico quien posee el conocimiento y la autoridad para lidiar con el proceso, concebido como una patología.

- **Fragmentación**

Al concentrar la atención en lo fisiológico, en el cuerpo, se ignoran otras dimensiones fundamentales de la mujer, tales como sus emociones, sus percepciones subjetivas, identidades culturales, conocimientos y experiencias previas de gestación o parto.

- **Naturalización**

En la atención al parto y nacimiento, solo se considera el conocimiento y la pericia del personal médico. Las experiencias, sensaciones y sentimientos que atraviesan las mujeres durante el proceso son invalidados. Ellas no toman decisiones ni tienen injerencia sobre lo que ocurre en su

<sup>1</sup> Cedeño-Gómez, Rossie y Villegas-Rodríguez, América (2022). Cuerpos, procesos y violencias (in)visibles: la violencia ginecobstétrica como forma de atención en los procesos reproductivos de las mujeres. *Revista Estudios Culturales*, 15(30), pp.12-23.

propio cuerpo. Al atravesar un proceso eminentemente fisiológico, tal como las hembras de otras especies animales, se las naturaliza durante el proceso, entendiendo esto como una sexualización de su cuerpo y sus interacciones. Así, se las concibe como más próximas a la naturaleza que a la cultura. En esta disgregación, solo el personal "calificado" detenta autoridad e impone las acciones a realizar por las mujeres.

#### • **Contaminación**

Este mecanismo favorece que las mujeres sean consideradas culpables de las dificultades y problemas que puedan surgir durante el parto, por no cooperar u obedecer, lo que se percibe como una interferencia en el proceso. Esto se debe a la visión patologizada del cuerpo femenino y sus procesos, que busca suprimir e invisibilizar las experiencias de las mujeres. De este modo, el sistema de salud se exime de cualquier responsabilidad en la atención y el bienestar de las parturientas.

#### • **Culpabilización**

Al trasladar la responsabilidad hacia las mujeres, el sistema de salud se protege a sí mismo. Lo hace mediante el uso de un lenguaje especializado, valiéndose de diagnósticos específicos y ejerciendo su poder en la relación que establece con las parturientas. La culpabilización opera transfiriendo la responsabilidad hacia las mujeres, lo que invisibiliza las situaciones e interacciones en las que han sido maltratadas de alguna forma; incluso, llega a justificar esas prácticas abusivas por la supuesta actitud inadecuada de las mujeres.

#### • **Medicalización:**

Se entiende como el conjunto de prácticas, ideologías y saberes utilizados por la institución médica en relación con los procesos fisiológicos naturales y recurrentes del ciclo vital de las mujeres, trasladando las funciones curativas y preventivas hacia funciones de control y normatización.

#### • **Infantilización:**

Es una forma de subestimar a las mujeres, pues el personal de salud presupone que las parturientas no comprenden el lenguaje técnico y especializado. Como resultado, se suprime la explicación de los procedimientos, o se hace de manera general, evasiva y casi infantilizada. Es común que las mujeres sean llamadas por un apodo (como "mamá", "señora", "mamita") y casi nunca por su nombre y/o apellido. Con frecuencia, se las considera en un estado poco racional, donde son incapaces de entender razones (García, 2018, p. 40).

Es importante precisar que cada contexto de atención tiene sus particularidades, y en cada uno de ellos estos mecanismos se presentan de distintas formas. A veces aparecen algunos, y otras veces todos, dependiendo de los factores presentes en cada contexto de atención.

Asimismo, es fundamental destacar que la VGO no solo puede ser infligida por el personal médico asistencial; también otros integrantes del sistema de salud que participan en el circuito de atención pueden cometer actos que son calificados como tal. En la experiencia de atención de las mujeres en los centros de salud, se ha identificado la participación de personal de seguridad e ingreso que llega a violentarlas, como lo mencionan algunas mujeres entrevistadas en el estudio.

Aun así, son las médicas y los médicos quienes tienen la mayor responsabilidad y quienes ejecutan la mayoría de los actos tipificados como VGO en sus prácticas de atención.

— Cedeño-Gómez, Rossie y Villegas-Rodríguez, América (2022). Cuerpos, procesos y violencias (in)visibles: la violencia ginecobstétrica como forma de atención en los procesos reproductivos de las mujeres. *Revista Estudios Culturales*, 15(30), pp.12-23.

"El portero nos trató mal, me hizo que me bajara rápido del carro. El vigilante hizo el comentario que si no me daba pena tener la cédula así. La doctora que le tomó las pulsaciones al bebé me dijo que tenía que parir, que no me iban a hacer cesárea, que había que arriesgarse, que el bebé no tenía ninguna bradicardia. Después de una hora volvieron a tomar las pulsaciones del bebé y me llevaron al quirófano de emergencia y eso que no había casi mujeres por parir. No les dio tiempo de hacer epidural, sino que me durmieron completa" (Y.L. 29 años. Distrito Capital)

Bien es sabido que, históricamente, la violencia ha constituido un mecanismo de control social para mantener la subordinación de las mujeres. La atención a la salud sexual y reproductiva es uno de los campos más nutridos en cuanto a prácticas legitimadoras de la violencia de género y, en la práctica de la ginecología, los protocolos y rutinas que se han creado constituyen en sí mismos formas de agresión. En el caso de la VGO, estos mecanismos se solapan a través de las diferentes formas de relación e interacción que se generan en la atención que reciben las mujeres en los centros de salud.

Las prácticas de cuidados en ginecología presentan estas situaciones día a día: se inicia con la consideración del embarazo como una enfermedad, a la gestante como paciente y al bebé como producto de la gestación. La distancia simbólica que establece el lenguaje se traslada a la proximidad de la atención de un proceso que aborda la multidimensionalidad de la mujer. Desde esta posición se sostienen la mayoría de las intervenciones.

Por ejemplo, en la consulta prenatal, pueden presentarse situaciones que pueden calificarse como una vulneración de derechos, tales como: tratos humillantes y vejatorios, ofensas, aislamiento, amenazas genéricas que atenten contra la estabilidad emocional o psíquica de las mujeres y sus familias durante el proceso de gestación, además de la negación del acceso oportuno y de alta calidad, comunicación e información plena, permanente, expresa, apropiada, clara y suficiente, de tal forma que permita a la mujer la toma de decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de estos.

Todas estas acciones se encuentran amparadas en el Decreto Constituyente para la Promoción y Protección del Parto y el Nacimiento Humanizado, cuyas finalidades son: (i) promover la humanización de la gestación, el parto y el postparto; (ii) transformar las condiciones del parto y el nacimiento hacia su humanización; (iii) mejorar las condiciones de salud de la madre y los recién nacidos; y (iv) asegurar a las madres la participación en la decisión libre y consciente acerca de las condiciones del trabajo de parto y, en general, garantizar las condiciones para que se inicie el apego entre las madres y los hijos, así como asegurar el respeto a las creencias y prácticas culturales de la madre, entre otras.

Se supone que este decreto es aplicable a todas las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, incluyendo los centros de salud que se encuentran en el territorio nacional que atiendan a mujeres gestantes, en trabajo de parto, parto y postparto, así como a los recién nacidos.

Así, en cuanto al derecho al trato digno, el Artículo 15 refiere que:

Las mujeres y los hombres, los recién nacidos, las recién nacidas y las familias, tienen derecho al trato digno, justo e igualitario durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto, nacimiento y posparto. Este derecho comprende una atención humanizada, profesional y ética, un trato digno y respetuoso, relaciones no violentas basadas en el amor, el afecto, la comprensión mutua, el respeto recíproco y la solidaridad. El Estado, las familias, la sociedad, especialmente las médicas y los médicos especialistas en obstetricia y todo el personal de

salud, tienen la obligación de velar por el trato digno, justo e igualitario hacia las madres, los recién nacidos, las recién nacidas y los padres durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto, nacimiento y posparto.

En consecuencia, se prohíbe: 1. Los tratos humillantes y vejatorios, ofensas, aislamiento, obstaculización del apego inmediato, menoscabo de la lactancia materna y amenazas genéricas que atenten contra la estabilidad emocional o psíquica de las mujeres y hombres gestantes y las familias, durante el proceso de gestación, trabajo de parto, parto, nacimiento y posparto. 2. Imponer prácticas rutinarias e innecesarias de episiotomía, maniobra de pujo, presión del fondo uterino, despegue de membranas y amniotomía para la inducción del trabajo de parto, obligación de parir en posición supina y con piernas levantadas. 3. Imponer cualquier otra práctica rutinaria e innecesaria que alterare el proceso natural del parto y nacimiento mediante el uso de técnicas de aceleración o quirúrgicas no indicadas, contrarias a la humanización. 4. Obligar, inducir y promover cualquier otro tipo de prácticas rutinarias innecesarias o aquellas invasivas, salvo cuando esté en riesgo grave e inminente la vida, la salud, la integridad personal de las madres, los recién nacidos o recién nacidas.

De la misma manera, para el derecho a la privacidad y confidencialidad, el artículo 20 aclara que:

Las mujeres gestantes tienen derecho a la privacidad durante las consultas prenatales, el trabajo de parto, parto y posparto. Los médicos especialistas en obstetricia, así como todo el personal de los centros de salud público y privado, deben resguardar la confidencialidad de la historia médica de las madres y los padres, así como de los recién nacidos o las recién nacidas.

Durante el ingreso al centro de salud para recibir atención médica, prevalece lo que la LODMVLV reconoce como violencia institucional. Esto incluye acciones como negar el ingreso al centro alegando diversas causas; referir a las pacientes a otro centro de manera verbal o informal, sin garantizar la atención oportuna durante el trabajo de parto; proporcionar deliberadamente información defectuosa o incompleta; someter a las mujeres a largas esperas para ser atendidas en las instalaciones de salud, lo que puede generar daños físicos y/o aficciones psicológicas. También se presentan situaciones de negación de medicamentos y el manejo del dolor como un "castigo", así como el cobro de "tarifas" por los servicios. Estas prácticas se evidencian en los testimonios de mujeres que relatan el trato humillante y vejatorio que han recibido, aunado a la negación de atención si realizan algún tipo de reclamo: "No me refirieron a otro hospital porque pagué. Allí había otras mujeres y supuestamente no las ingresaron por falta de anestesiólogo, pero a mi sí porque pagué" (M.P. 38 años. Distrito Capital).

"Decido ir a un centro público, el Hugo Rafael Chávez Frías. Me atienden en ese momento muy bien, me medican por tres semanas y me dicen que en dos semanas me van hacer una cesárea gratis por mi condición. Luego asisto en la semana en que me van hacer la cesárea y allí me dicen que ahora no me van hacer la cesárea, que tengo que dirigirme a otro centro asistencial porque mi caso fue revisado y no lo aprobaron. Luego la chica me dice que hay una opción, hay una doctora que lo hace pagando. En verdad estaba tan desesperada que me tocó pagar para que me hicieran la cesárea en un hospital público y me había atendido primero una doctora quien fue la que me recibió allí, y luego al llegar allá me atendió otra con una atención muy elevada y me estaban cobrando 300 dólares y como yo le dije que no ella se molestó. Entonces me imagino que llamó a otra doctora y ella (la otra) fue que me llamó para decirme que sí me iban a operar y al llegar allá me pusieron contra la pared como para que yo pudiera pagar y nada tuve que pagar para salir de eso". (M.P. 34 años. Distrito Capital).

## Reflexiones finales

La violencia ginecoblástica se ha instaurado como una forma de control social sobre las mujeres. A través de diversos mecanismos operativos, legitima la cosificación, invisibilización y pasividad, así como la discriminación y la pérdida de autonomía y capacidad de decisión de las mujeres. Esto se logra al no informar adecuadamente sobre los procesos y procedimientos que se aplican a sus cuerpos, mantener prácticas y protocolos desaconsejados e incluso prohibidos por la evidencia científica y organismos internacionales, y al no cuestionar las formas de atención.

Adicionalmente, se perpetúa el maltrato y se ignoran las necesidades y sentimientos de esas mujeres, lo que ratifica su sumisión al poder médico, a veces de manera sutil y otras de forma explícita. Identificar, visibilizar y denunciar estas violencias normalizadas resulta complejo, dado que este tipo de violencia no es tangible y sus marcas no son visibles. Además, se ejerce tanto en el sistema público de salud como en el privado, sin que los organismos del Estado tomen acciones al respecto.

Las leyes existentes en el país clasifican y penalizan la violencia obstétrica, pero la realidad muestra que no han sido suficientes para deslegitimarla, debido a la ausencia de políticas públicas que permitan introducir cambios en el modelo biomédico y así evitar la normalización de esta violencia. En Venezuela, es fundamental la educación de los y las profesionales de la salud, así como de otros actores dentro del sistema de salud. La humanización del parto y del nacimiento constituye un gran desafío para todas las personas involucradas, considerando que sus conocimientos y prácticas deben basarse en evidencias científicas centradas en el respeto, la confianza, la empatía y la escucha activa hacia las mujeres.

Por otra parte, las políticas institucionales juegan un papel importante en la garantía de los derechos de las mujeres durante la atención en el proceso ginecoblástico, contribuyendo a un servicio humanizado y de calidad. Sin embargo, la rigidez en la formación académica del personal de salud, donde el modelo médico carece de un enfoque de derechos humanos y de género, limita el diseño de políticas institucionales que garanticen la posibilidad de que las mujeres reciban atención integral en salud sexual y salud reproductiva.

Cuando en el sistema de salud y en otras instituciones del Estado se desconocen los derechos reproductivos como derechos humanos, o no se enmarca la salud reproductiva y salud sexual como un derecho, es mucho más probable que se cometan violaciones. La perspectiva de género visibiliza que la salud integral de las mujeres y adolescentes se determina por su bienestar más allá de la esfera ginecoblástica, e incluye los ámbitos psicológico, sociocultural y político-económico.

## Referencias

- Camacaro Cuevas, Marbella (2016a). La atención respetada del parto/nacimiento será una política pública en ciernes... inconclusa... o una quimera? *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 21(47), 147-161. [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_vem/article/view/11919/11629](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_vem/article/view/11919/11629)
- Camacaro Cuevas, Marbella (2016b). *La obstetricia desnuda, una ruptura epistémica*. Dirección de Medios y Publicaciones de la Universidad de Carabobo.
- Davis Floyd, Robbie E. (1993). El modelo tecnocrático del parto. En Tower, Pershing y Young: *Feminist Theory and the Study of Folklore*. University of Illinois Press, pp. 297-326.

—Cedeño-Gómez, Rossie y Villegas-Rodríguez, América (2022). Cuerpos, procesos y violencias (in)visibles: la violencia ginecoblástica como forma de atención en los procesos reproductivos de las mujeres. *Revista Estudios Culturales*, 15(30), pp.12-23.

García, Eva Margarita (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales*. [Tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid]. <http://hdl.handle.net/10486/684184>

Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Gaceta oficial extraordinaria N°6667. 16 de diciembre de 2021 (Venezuela).

Decreto Constituyente para la Promoción y Protección del Parto y Nacimiento Humanizado. Gaceta oficial N°41.376. 12 de abril de 2018 (Venezuela).

Sadler, María (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. En Sadler, Acuña y Obach, *Miradas desde la Antropología del Género* (15-66). Cátedra UNESCO Género.

Villegas, América y otras (2022). *Informe ejecutivo: Estado de la atención ginecobstétrica durante la gestación, parto, nacimiento y puerperio inmediato en el sistema de salud venezolano. Caso: Gran Caracas*. <https://ovgove.org/2023/01/17/los-hallazgos/>

---

Cedeño-Gómez, Rossie y Villegas-Rodríguez, América (2022). Cuerpos, procesos y violencias (in)visibles: la violencia ginecobstétrica como forma de atención en los procesos reproductivos de las mujeres. *Revista Estudios Culturales*, 15(30), pp.12-23.