

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n. 24 - dic. / dez. / dec. 2016 - pp.43-68 / Castrillo, B. / www.sexualidadsaludysociedad.org

Dime quién lo define y te diré si es violento Reflexiones sobre la violencia obstétrica

Belén Castrillo

Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FaHCE)
Universidad Nacional de La Plata
La Plata, Argentina

> belen.castrillo@hotmail.com

Copyright © 2016 Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

<http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>

Resumen: La propuesta de trabajo es problematizar la definición de la violencia obstétrica (VO), que nace en ciertas prácticas y relaciones en la atención médica de partos. Para ello se proponen dos ejes de trabajo interrelacionados: primero, la aplicación de un modelo de análisis socioantropológico de la violencia a lo específico de la VO; segundo, el cruce entre definiciones objetivas (legales, políticas y académicas) y subjetivas (a raíz de un documento producido por asociaciones de la sociedad civil) para abordar tal problematización. Partimos del supuesto de que subyace en la definición de VO un campo de disputa por las legitimidades (de su definición), en una interrelación constante entre las nominaciones objetivas y las significaciones subjetivas sobre ciertas prácticas obstétricas, definidas como violentas. Sostenemos que el cambio en las sensibilidades sociales sobre diversas formas de violencia (que generó cambios en las legitimidades) explica la actual discusión sobre la definición de la VO.

Palabras claves: violencia; violencia obstétrica; legitimidad; legalidad; definición subjetiva; Argentina

**Diga-me por quem é definido e vou dizer se é violento:
uma reflexão sobre a violência obstétrica**

Resumo: Neste artigo discutimos a definição de violência obstétrica (VO) em relação a certas relações e práticas na assistência médica à gravidez e ao parto. Abordamos a violência no caso específico do VO por meio de um modelo de análise sócio-antropológica e pela comparação entre definições objetivas (jurídicas, políticas, acadêmicas) e subjetivas produzidas por associações da sociedade civil. Assumimos que o que subjaz aos discursos sobre o VO é uma disputa sobre a legitimidade de sua definição e que, neste processo, a nomeação objetiva e os significados subjetivos atribuídos a certas práticas obstétricas como violentas se entrelaçam. Argumentamos que a mudança nas sensibilidades sociais em relação a muitas formas de violência (que resultou em mudanças de discursos legítimos) explica a discussão atual sobre a definição do que é VO.

Palavras-chave: violência; violência obstétrica; legitimidade; legalidade; definição subjetiva; Argentina

**Tell me by whom is defined and I'll tell if it is violent:
a reflection on obstetric violence**

Abstract: In this article we discuss the definition of obstetric violence (VO) regarding certain relationships and practices in medical care of pregnancy and childbirth. We approached violence in the specific case of VO through a socio-anthropological model of analysis, and through the comparison between objective definitions (juridical, political, academic) and subjective ones as produced by civil society associations. We assume that what underlies the discourses on VO is a dispute over the legitimacy of its definition, and that, in this process, objective naming and subjective meanings attributed to certain obstetric practices as violent are intertwined. We argue that the change in social sensitivities regarding many forms of violence (which resulted in changes of legitimate discourses) explains the current discussion on the definition of what is VO.

Keywords: violence; violence obstetric; legitimacy; legality; subjective definition; Argentina

Dime quién lo define y te diré si es violento

Reflexiones sobre la violencia obstétrica

Introducción¹

El contexto de realización de este artículo es el de una investigación doctoral en curso que se pregunta sobre las intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto, las experiencias y sentidos asignados a éstas por parte de profesionales de la salud, mujeres-madres y varones-padres.² En este marco resulta relevante preguntarnos por la violencia obstétrica (VO), una categoría que emerge en el campo y se sitúa como una de las claves de lectura del problema.

El presente trabajo, centrado en la problematización de la definición de la VO –y no en el análisis de los actos específicos– se divide en tres partes interrelacionadas. En la primera, se reconstruirán lo que aquí consideramos las definiciones objetivas de la VO: aquellas impulsadas por instancias legislativas y políticas, y las que ha producido –y produce– la academia. En la segunda, y tomando como criterio organizador las “pistas para una socio-antropología de la violencia” propuestas por Garriga Zucal (2014),³ se analizarán aspectos de esta modalidad específica de violencia. Por último, se trabajará con una expresión de las definiciones subjetivas de la VO: un documento producido por asociaciones de la sociedad civil que apunta a instalar sentidos sobre este tipo de violencia, retomando apropiaciones

¹ La presente es una versión revisada, ampliada y mejorada de un trabajo final para el seminario “Pistas para una socio-antropología de la violencia”, dictado por el Dr. José Garriga Zucal, en el marco del Doctorado en Ciencias Sociales de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

² La referencia temporal es el lustro que va desde 2010 a 2015 y el recorte espacial se refiere a la ciudad de La Plata (Buenos Aires, Argentina). Se realiza en el marco del Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), bajo una estrategia metodológica cualitativa. Esta línea de investigación forma parte de dos proyectos acreditados, ambos radicados en CIMeCS, unidad de investigación del IdIHCS (UNLP/CONICET) de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP. Uno, sobre políticas sociales, género y pobreza, dirigido por Susana Ortale y Amalia Eguía, incorporado al Programa de Incentivos a la Investigación del Ministerio de Educación de la Nación y apoyado por el CONICET. Y otro, PPID H- 008, “Proceso salud-enfermedad-atención desde una perspectiva de género” dirigido por Licia Viviana Pagnamento.

³ Esta propuesta de sistematización fue el corpus original del seminario mencionado. En este artículo se realiza una apropiación particular de las seis pistas para estudiar la violencia (se juntan dos y se excluye una referida a un ejercicio de reflexividad metodológica).

de las definiciones legales/objetivas antes mencionadas. Partimos del supuesto de que subyace en la definición de VO un campo de disputa por las legitimidades (de su definición), es decir, un *ida y vuelta* constante entre las nominaciones objetivas y las significaciones subjetivas sobre ciertas prácticas obstétricas definidas como violentas. Sostenemos que el cambio en las sensibilidades sociales sobre diversas formas de violencia generó cambios en las legitimidades, y éstos, a su vez, expandieron el cambio en las sensibilidades. Estos procesos son catalizadores de las actuales disputas en la definición de la VO, donde lo “objetivo” y lo “subjetivo” generan diferentes interpretaciones y legitimaciones, que son ejes de nuestro trabajo.

I. Las definiciones “objetivas” de la violencia obstétrica

Si entendemos que existe un sistema “tripartito” de definiciones de la VO compuesto por las legislativas/de políticas públicas, las académicas y las “nativas”/subjetivas, expondremos a continuación algunos aspectos de las primeras y segundas (entendidas aquí como “objetivas”) y dejaremos para el apartado final las últimas, esto es, las definiciones de algunos sujetos de la sociedad civil.

Las consideramos “objetivas” en tanto apuntan a definir un fenómeno social desde perspectivas más amplias que la mera experiencia personal. Con ‘objetivas’ aquí no queremos decir neutrales, sino que utilizamos el término para oponerlas a las subjetivas. En este sentido, las definiciones que aquí consideramos objetivas vinculan la VO a la violencia de género. En Argentina, la Ley nacional n° 26485⁴ incluye a la VO como una de las modalidades de las violencias contra las mujeres y la define como:

aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929 [“De derechos de padres e hijos durante el proceso de parto y nacimiento”, conocida como “Ley de parto respetado”].

Esta definición legal va en consonancia con otras legislaciones internacionales⁵

⁴ “Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”.

⁵ Por ejemplo, violencia obstétrica es, según la primera definición legal de 2007, “toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización

y genera un marco normativo circular, que se da entre esta ley y la ley de parto respetado (n° 25929) que, en complementación, expone los derechos de padres e hijos en la atención del proceso de parto/nacimiento. Esto es: el no cumplimiento de los derechos que enmarca la ley 25929 constituye VO en tanto lo delimita la ley 26485.

Por último, la Organización Mundial de la Salud (OMS) divide la VO en cinco tipos, que sirven para operacionalizar aquella definición legal: 1. Intervenciones y medicalización innecesarias y de rutina (sobre la madre o el bebé); 2. Maltrato, humillaciones y agresión verbal o física; 3. Falta de insumos, instalaciones inadecuadas; 4. Ejercicios de residentes y practicantes sin la autorización de la madre con información completa, verdadera y suficiente; 5. Discriminación por razones culturales, económicas, religiosas, étnicas.

Las ciencias sociales han producido y producen definiciones académicas de la VO, que tienen como punto de partida pensar que la práctica médica, en tanto práctica social (y no técnico-inocua), expresa relaciones de poder, posiciones de clase, jerarquías, incluso sujeción y formas de violencia, y supone, entre otras cosas, a los pacientes como sujetos subalternizados y pasivos. En esas relaciones de poder asimétricas se dan condiciones para que se ejerzan violencias sobre las mujeres-madres, los varones-padres y los recién nacidos. Se trata de formas específicas de violencia que se dan en la atención obstétrica, que algunos analistas entienden como:

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

Retomando a Villanueva Egan (2010), se puede pensar la VO en un continuo que va desde regaños, burlas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, hasta daños mayores a la salud de las mujeres. Incluye, además, la no consulta (ni la posibilidad de participación) sobre decisiones que se toman en el curso del trabajo de parto, su utilización como recurso didáctico sin autorización y el manejo del dolor durante el proceso como castigo. Sostiene que “desde el momento en que ingresan a la sala de labor, las mujeres reciben una serie de mensajes, que las instruyen sobre la conveniencia de someterse a las órdenes de los médicos” (Villanue-

de los procesos naturales” (Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, de Venezuela, 2007).

va Egan: 2010,148). Así, las formas de VO asociadas a las intervenciones médicas en el proceso de parto (IMPP), implican mujeres pariendo solas (sin acompañantes), en lugares pretendidamente asépticos, en una posición física (litotomía) conveniente al médico, constantemente regulados, controlados y acelerados, los tiempos y ritmos fisiológicos. Arguedas Ramírez (2014) lo resume del siguiente modo: la VO es aquel “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 posparto” (2014:3). En efecto, las “definiciones académicas” suman, a la cuestión de la violencia de género que enmarca la VO, la violencia institucional en salud, y explican, como Magnone Aleman, que ambas violencias “son posibles porque las sostienen sistemas de poder jerárquicos de género y de salud, respectiva e interconectadamente” (2011:3). En este sentido, el trabajo de Castro y Erviti (2015) entiende la VO, no como una cuestión de calidad en la atención médica (como sostienen que la conceptualizan los profesionales de la salud), sino como una violación a derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Este marco conceptual le aporta relevancia sociológica al estudio que proponemos.

Situada la VO en el marco de violencias contra las mujeres que se dan en el desarrollo del proceso de parto/nacimiento, y de la violencia institucional (simbólica, administrativa, sexual, etc) que se da en la atención en salud, es necesario darnos algunas discusiones en torno a las disputas sobre su definición, siguiendo el esquema de “pistas para una socio-antropología de la violencia”.

II. Las pistas para una socio-antropología de la violencia

Pista 1: ¿Quién define qué es violencia?: pregunta por la legitimidad de la violencia

La definición de violencia es un campo de disputa por la legitimidad de dicha definición, de quien la enuncia y de la misma práctica violenta. No hay definición estática; la violencia es un concepto social e históricamente cambiante en relación a las posiciones de poder de los sujetos involucrados, sus posiciones estructurales y las definiciones de lo legítimo. A partir de que van cambiando las legitimidades, en tanto cambian las posiciones estructurales y de poder de estos sujetos –cambiando así la definición de violencia–, el núcleo de este trabajo sostiene que la “invención” y definición de la VO se asienta sobre cambios en las sensibilidades sociales (a partir de la nueva ley argentina, por ejemplo) que han operado –y operan– cambios en el régimen de legitimidades.

Tomando como punto de partida que “la cuestión de a qué se denomina “violento” y a qué no depende de numerosos factores sociales, culturales e históricamente variables, difíciles de reducir a una formulación que dé cuenta de todos ellos”

(Garriga Zucal & Noel, 2010:98), la búsqueda de este trabajo es analizar algunos de ellos para profundizar en la definición de la VO. Nos centraremos, en esta pista, en tres aspectos nodales en la definición de la violencia: la cuestión de los sujetos implicados, la centralidad de la cuestión moral y el tema de las violencias invisibles.

Un punto clave en la definiciones de las violencias es el de los sujetos implicados (el ejecutor, la víctima y los testigos del acto violento, en tanto roles sociales (Riches, 1988:24) y la tensión en la relación entre ellos, que

... consta de dos elementos: un elemento de competencia política y un elemento de consenso respecto a la naturaleza del acto violento [esto es, al] grado de consenso entre los implicados en aquello que reúne los requisitos para ser considerado violencia (Riches, 1988:25, 27).

Respecto a esto, se señalan dos cuestiones: en primer lugar, que aquí consideramos como posibles *ejecutores* de VO a aquellos profesionales de la salud y personal del sistema de salud implicados en la atención de los procesos de embarazo, parto y puerperio, que producen este tipo de prácticas y relaciones: médicos/as gineco-obstetras, parteros/as, residentes, enfermeros/as, neonatólogos/as, pediatras, camilleros/as, entre otros. Consideramos que los *testigos* de VO pueden ser, tanto los testigos directos, como los varones-padres (y podemos discutir si ellos y el trinomio madre-padre-hijo no son, también, víctimas) como cualquier otro/a acompañante afectivo/a. Asimismo, incluye a sujetos sociales, nucleados en asociaciones civiles y no asociados, que denuncian y buscan visibilizar esta violencia; los organismos de gestión y legislación que se hacen eco, lanzando declaraciones y políticas sobre el tema; los mismos investigadores; y diversos sectores (jerárquicos o subalternos en las relaciones de poder) que participan en la definición de la VO sin ser víctimas ni victimarios. Por último, el consenso respecto a quiénes son *víctimas* de la VO sostiene que principalmente lo son las mujeres-madres y los recién nacidos; aquí sumamos a los varones-padres o los/as respectivos/as acompañantes afectivos/as y, en un nivel más amplio, el proceso de parto en general y la sociedad toda. De todos modos, ser víctima de VO (en consonancia con los trabajos reseñados) implica una significación subjetiva que depende de varios factores, como hemos mencionado.⁶

⁶ El texto de Pita, de 2005, “Mundos morales divergentes. Los sentidos de la categoría de familiar en las demandas de justicia ante casos de violencia policial”, aporta elementos para profundizar la categoría de estas víctimas de VO, a partir de su constitución particular como “familiares”, y no sólo como familiares entre sí, sino como “madres” y “padres”, roles con connotaciones sociales muy fuertes en nuestra sociedad. Pita sostiene que los familiares actúan como “personas morales, ejecutan un discurso y una serie de acciones que propician: el refuerzo de su posición como familiares, esto es, de personas autorizadas por razones que

Sobre la noción de Riches citada, cabe una segunda cuestión: el grado de consenso entre los implicados para definir que un acto es violento es casi inexistente en el tipo de violencia que analizamos, ya que se asienta en la realización de prácticas de intervención rutinarias, que la medicina defiende como basadas en evidencia científica y asentadas en su saber-poder-hacer, cotidiano y profesional. Este autor confirma: ““violencia” es más una expresión de quienes atestiguan o son víctimas de ciertos actos, que de aquellos que los ejecutan” (Riches, 1988:17). Al respecto, la clásica cita de Isla y Míguez (2003) es nuevamente esclarecedora:

La violencia es una noción escurridiza, pues siempre depende de valores subjetivos el denominar una acción de tal forma. Entonces, es común que víctimas, victimarios y testigos de una acción la valoren y nominen de manera disímil. Lo que la víctima puede considerar como violencia, para el perpetrador puede ser sólo una respuesta habitual, y para los testigos cobrar heterogéneas interpretaciones. Estas interpretaciones siempre están relacionadas a valores que se desprenden, no sólo de normas y leyes generales, sino de su socialización según un conjunto de relaciones sociales mediadas por la clase, la cultura y las subculturas, la localidad, la familia e incluso también por la misma subjetividad de la persona. Así, el uso de la palabra violencia para una acción está sujeta de manera inmanente a la concepción ética de los sujetos que la realizan, reciben o simplemente asisten a dicha acción (Isla & Míguez, 2003:24).

Aunque Riches sostiene que “cualquier explicación debería propiamente dirigirse a la situación del ejecutor de la violencia en el momento de la ejecución” (1988:36), creemos más relevante centrarnos en las víctimas, en tanto construyen subjetiva y significativamente una definición de la VO; y en el rol de los testigos, por ser quienes buscan, por un lado, visibilizar, construir y democratizar estas definiciones (en caso de sujetos sociales), y por otro, quienes analizan los actos violentos buscando comprenderlos y explicarlos en su lógica (en caso de los investigadores como testigos).

En paralelo, es importante destacar la violencia como impugnación moral (Riches, 1988; Garriga Zucal & Noel, 2010; Simiao, 2011; Botello, 2003), respecto a lo cual los textos reseñados coinciden en señalar que el concepto de “violencia” funciona más

estando más allá del derecho se traducen al lenguaje de los derechos y la política para la protesta y la impugnación y la inversión de posiciones mediante la acusación, denostación y ridiculización de la policía, y a través de ello, la neutralización –imaginaria– de su poder (...) Ese proceso de separación que opera en la construcción y distinción de ese grupo, de ese colectivo –y que por tanto refuerza su identidad como alteridad–, da lugar a una inversión dramatizada de relaciones de poder” (Pita, 2005:3-4). Podríamos sustituir “la policía” por “los médicos” y, en algunos casos, esta argumentación sería válida para el análisis de la VO.

como termino moral que descriptivo, y que dicha impugnación “refiere a prácticas, socialmente no aceptables o aceptadas; impugnación que siempre caracteriza a una otredad y nunca define a un “nosotros”” (Garriga Zucal & Noel, 2010:99). Es decir, sin el aspecto moral no se percibe la agresión como acto violento, porque “lo que definiría la percepción de una agresión como ofensa moral, lo que transforma un acto de agresión en una actitud de violencia, sería la lectura realizada por una de las partes acerca de las intenciones de la otra” (Simiao, 2011:200). Para explicar este punto, Botello (2003) vuelve a Durkheim y sostiene que “la clave para entender la violencia está en comprender la estructura solidaria de los grupos y la moralidad que reflejan sus lazos emocionales; en otras palabras, la distancia social que generan las fronteras morales” (2003:134). Entonces, en base al supuesto explicitado anteriormente, se puede establecer que son las fronteras morales las que han cambiado en los últimos tiempos y han catalizado, en la actualidad, la emergencia de cuestionamientos a los modos de parir/nacer intervenidos, medicalizados y patologizados. Cuestionamientos que han llevado a la emergencia de una nueva legitimidad, que defiende el parto respetado como paradigma de atención, y a la impugnación de ciertas prácticas médicas como violentas.

La cuestión de las violencias invisibles es la tercera dimensión que abordamos en esta pista. La invisibilidad aquí cobra tres sentidos: primero, la imposibilidad de la constitución de un observable que permita constatar la agresión; segundo, la violencia como emergente de relaciones asimétricas de poder normalizadas, como por ejemplo, entre médicos y pacientes, asentadas en un saber-poder jerárquico naturalizado; y, tercero, el nivel de la violencia simbólica coincidente con los dos anteriores.

Respecto al tercer sentido, de la invisibilidad y su relación con el primero, Garriga Zucal & Noel (2010) trabajan la asimetría epistemológica y metodológica entre estas violencias invisibles y las físicas, que dificultan su conceptualización: en el primer caso, su determinación depende de una imputación y una aceptación del relato de una víctima o un testigo, lo que opera en una responsabilidad *especial* del investigador.⁷

En consonancia con la segunda acepción, un estudio específico sobre las violencias hacia las mujeres, realizado por Izaguirre (1998), aporta conexiones entre las definiciones más generales de violencias y las relacionadas a casos de VO.

[Se] encubre la existencia y el funcionamiento de las relaciones violentas más frecuentes y cotidianas en nuestra sociedad, y que por ello han sido natura-

⁷ A pesar de ello, permite “reconocer, adecuadamente, la “violencia” como una forma de etiquetar –permitiendo, por tanto, plantear las preguntas relevantes acerca de quién dice y sobre qué bases acusa a quién de “violento” en qué contexto–, lo cual permite subrayar (y, por tanto, mantener a la vista) el carácter, esencialmente, contestado del concepto” (Noel & Garriga Zucal, 2010:104-105).

lizadas, normalizadas, porque en ellas uno de los términos está situado en el lugar del poder y la autoridad, a quien el “otro” le debe respeto y obediencia. Es en estas relaciones cotidianas donde se produce y reproduce la “violencia invisible”, no hablada pero consentida por el temor del subordinado que la padece y negada por la complicidad domesticada de la mayoría, que lo victimiza nuevamente cada vez que se atreve a pedir amparo (...) Estas formas de violencia sistemática sobre los cuerpos más vulnerables revelan siempre la existencia de una relación jerárquica y desigual socialmente aceptada, o sea que tiene una génesis y una historia. [Se trata de que] se niega o se cercena en el otro la posibilidad de elegir o decidir, es decir, donde se niega su derecho a existir como disidente o diferente (Izaguirre, 1998:8-9).

Por tanto, las consideraciones de la definición de la VO reposan en los sujetos implicados (enmarcados principalmente en una relación médico-paciente, no reductible únicamente al caso de atención de embarazos y partos), en las distancias e impugnaciones morales que la sustentan, y en su carácter de violencia invisible. Es más, se sostiene aquí que la mayor apuesta de la definición de este tipo de violencia es su visibilización y su institución en un nuevo escenario: lo violento.

Pista II: Búsqueda por el poder y las disputas por las legitimidades (del acto violento y de su definición como tal)

Otro eje de análisis es el que enfoca en las posiciones de poder y las legitimidades asociadas, tanto en los actos violentos como en el proceso de definición de la violencia. Nos referimos a que “la violencia es un vínculo, una forma de relación social por la cual uno de los términos realiza su poder acumulado” (Izaguirre, 1998:8). Por un lado, la violencia y su definición se apoyan en un vínculo de poder jerárquico y desigual; al mismo tiempo, esa desigualdad implica diferente poder para legitimar o deslegitimar su acto o el de otros. Se trata de la desigualdad de poder de sujetos para definir las violencias:

... allí donde toca la cuestión de la “legitimidad”, la definición de la “violencia” forma parte inequívoca de un juego de poder entre actores que entablan una batalla por la significación desde sus diversas posiciones sociales y a través de diversos repertorios culturales a su disposición, con grados variables de autoridad y performatividad. Es por esto, insistimos, que el analista de la “violencia” ha de ser particularmente cuidadoso, en la medida en que no puede pretender que su recorte se sitúe por fuera del escenario de la disputa –salvo que elija una definición extremadamente restrictiva de “violencia”– (Garriga Zucal & Noel, 2010:105).

En el análisis de las violencias, la dimensión de la legitimidad actúa como el factor que sitúa social, cultural e históricamente el alcance y los contenidos del

concepto. Como afirman Garriga Zucal & Noel (2010), “la cuestión de “la legitimidad” implica una disputa, dado que no debemos olvidar que lo que es legítimo para (...) los sentidos hegemónicos en un colectivo social, puede no serlo para otros actores” (2010:103). En el caso de la VO, podemos pensar una doble disputa por la legitimidad: primero, la disputa intrínseca a su definición, ya que existe una tensión entre la definición legal, su operacionalización y las definiciones subjetivas de distintos sujetos. Segundo, que la misma definición de VO representa un cuestionamiento/disputa a la legitimidad del saber-poder-hacer biomédico en la atención de partos, ya que se le asigna un sentido de violencia a la acción profesional.

Respecto al primer punto, destacamos aquí la tensión entre las legalidades y las legitimidades, en tanto existen definiciones legales de lo que constituye VO pero, las leyes no terminan de modificar la legitimidad de la violencia. Son, a título de Kessler (2013), *claroscuros* en los que se incluyen definiciones de violencias en las leyes pero no en la realidad.

En relación a la segunda cuestión, esto es, a que la misma definición de VO representa un cuestionamiento a la legitimidad del saber-poder-hacer biomédico en la atención de partos, algunos aportes de los textos reseñados nos permiten profundizar en este sentido. Por ejemplo, cuando Garriga Zucal & Noel (2010) afirman que el sistema educativo presenta e inculca “como “naturales” y “universalmente legítimos” contenidos arbitrarios y particulares “declarados como legítimos por los sectores dominantes de la sociedad en cuestión”, y que allí mismo es advertible un “carácter violento de la transmisión, en el hecho de que se opera una mistificación que naturaliza la arbitrariedad cultural que los dominantes imponen a los dominados en una sociedad cualquiera” (2010:106), ¿no es lo mismo que sucede con el sistema de salud y con los modos de parir/nacer en la actualidad? ¿No se ha naturalizado la episiotomía, la inducción, la cesárea, que la mujer para acostada, atada y anestesiada? ¿No responde esto a intereses de sectores dominantes vinculados a cierta mercantilización y estandarización del parto/nacimiento, a través del control de ritmos y tiempos fisiológicos en términos de costo-beneficio?

Asimismo, estas disputas pueden enmarcarse en la construcción de un *nosotros-ellos*, en la cual “se activa una posición de resistencia y confrontación, al mismo tiempo que, simultáneamente, se fortalece *su* posición, autoridad y legitimidad” (Pita, 2005:2).⁸ Entendemos que al cuestionar la legitimidad de la práctica médica se la acepta como un existente normalizador asentado en una relación de poder desigual,

⁸ Un *nosotros* que manifiesta “la existencia de una comunidad moral y emotiva que a través de ese repertorio expresa y actúa la confrontación, la resistencia y la impugnación” (Pita, 2005:7) y “cierta capacidad de resistencia frente a los mecanismos institucionales de disciplinamiento” (Míguez, 2002:15).

“donde la pertenencia institucional funciona como un *a priori*” (Pita: 2005,6). Si bien esto es así en muchos de los sujetos sociales que cuestionan la VO, otros buscan *construir en conjunto* con las instituciones médicas modos respetuosos de parir.

Pistas III y IV: Sentidos y lógicas de la violencia; y la violencia como recurso.

Decidimos unificar ambas pistas porque creemos que muchos de los sentidos y las lógicas de la violencia puede encontrarse al analizarla como un “recurso para”.

En particular, la primera pista, tal como su nombre lo indica, enfoca en los sentidos de las violencias que pueden ser buscados en las formas culturales y la trama de relaciones en las que se contextualizan. Además permite otra vez romper con los esencialismos: no hay violentos sino prácticas violentas. En el caso que estudiamos, los sentidos de la VO se vinculan a la práctica médica habitual, basada en intervenciones rutinarias y estandarizadas en la atención del parto, en el marco de una cosmovisión de control del cuerpo y de los procesos reproductivos; entre otras lógicas que ya hemos venido desarrollando.

Uno de los modos que propone Riches (1988) para analizar los sentidos de las violencias es analizar sus “propósitos”, esto es, “qué metas –“prácticas” o “simbólicas”– alcanza la gente al comportarse violentamente, y [por] qué, entre otras alternativas, la gente elige específicamente la violencia para conseguir las” (Riches, 1988:20). Este propósito, sostiene el autor, constituye la sustancia de la legitimidad de la violencia y, en el caso de la VO, se puede vincular, por un lado, a cuestiones clínicas y comerciales, como mencionamos (prácticas rutinarias sin particularización de las personas atendidas, que *sirven* en el pequeño porcentaje de partos de riesgo para salvar vidas, pero que pueden ser significadas como violentas por el 90% no riesgosos) y, por otro lado, a cuestiones de *status* autoritario y legítimo de la figura del médico como portador del saber en nuestra sociedad. Esto es, establecer “¿cuáles son los propósitos de la VO?”, sin recaer en un reduccionismo economicista de acciones racionales, puede ser un interrogante que desde las ciencias sociales podemos aportar para atender y entender dicha problemática.

Vinculado con lo anterior, uno de los sentidos y propósitos de la violencia puede ser pensado desde su carácter de recurso. Se considera que la violencia como recurso está desigualmente distribuida, socialmente construida y culturalmente legitimada. ¿Recurso para qué? Para construir lazo social, para definir la identidad (profesional, en este caso) y la posición de poder. “En una comunidad en donde las relaciones de poder son inestables y fluidas, la violencia es utilizada para construir una persona” (Álvarez, 2011:182).

Bajo diversas categorías de honorabilidad, se inscribe y se valora la violen-

cia, así como se normalizan en códigos orales, de mucha mayor vigencia que los escritos, sus usos legítimos e ilegítimos justificando y racionalizando formas específicas de violencia. Desde el punto de vista de estos actores hay prácticas que son necesarias y que prestigian a quien las desarrolla o cuya recusación implica un demérito (Míguez & Semán, 2006:30).

Esta cita de Míguez y Semán ilumina sobre las prácticas que son consideradas *necesarias* o justificadas, por –y para– ciertos sujetos, y pueden ser significadas como violentas por otros; pero es necesario sostener que en la práctica médica, ciertas rutinas de intervención, plausibles de ser señaladas como VO, no son consideradas violencia en el campo profesional, por este desfasaje entre las definiciones de las prácticas como violentas. “La” medicina (como si pudiera existir una categoría totalizadora) no significa sus prácticas de atención obstétricas en términos de violencia, sino en términos de eficacia y eficiencia.

Además, la violencia, como recurso de poder (y elemento/ejercicio/dispositivo que da poder), se asocia a lo que introduce Riches (1988)⁹ pero desarrolla Segato (2004) como “violencia expresiva”. Se trata de aquella “violencia cuya finalidad es la expresión del control absoluto de una voluntad sobre otra (...) Dominio, soberanía y control son su universo de significación” (Segato, 2004:6). La violencia así entendida, como acción enunciativa (en su trabajo, enunciado vinculado a la producción de masculinidades) “se dirige necesariamente a uno o varios interlocutores que se encuentran físicamente en la escena o presentes en el paisaje mental del sujeto de la enunciación” (2004:7), en tanto se establece como una lengua capaz de funcionar efectivamente para la *totalidad*. Este sujeto de enunciación, en el caso de la VO, es aquel profesional de la salud inserto en la trama institucional sanitaria, en cuya acción

... está destinado a reproducir el programa que le fuera inculcado en el instante mismo de su acceso a la escena patriarcal [formación médica, en este caso], a ser agente del artefacto violento que lleva adentro, a menos que, reflexivo y perseverante, se vuelva capaz de desactivarlo” (Segato, 2004:256).

⁹ “La capacidad de la violencia como recurso social y cultural depende de cuatro propiedades básicas, que considero tienen validez intercultural (...) 1. La ejecución de la violencia es por su propia naturaleza susceptible de debate en cuanto a su legitimidad. 2. Existe la posibilidad de que la discrepancia entre los conceptos básicos de los implicados en la ejecución de un acto violento o en la experiencia de una imagen violenta sea mínima (...) 3. La práctica de la violencia es altamente perceptible por medio de los sentidos. 4. La ejecución de la violencia en un grado moderado de efectividad requiere relativamente de poco equipo especializado o conocimiento esotérico (...) El poder de la violencia proviene del modo en que sus cuatro propiedades principales la hacen muy útil tanto para propósitos prácticos (instrumentales) como para los simbólicos (expresivos)” (Riches, 1988:27-28).

Para complejizar, es necesario pensar el papel de las corporaciones médicas y otros sujetos, y su peso para imponer el significado de ciertas prácticas médicas. Esto último nos da paso a pensar la relación agencia-estructura que se da en torno a la VO, en tanto se ejerce en un contexto institucional, ideológico, social, cultural, político y económico específico; agencia-estructura en torno a los ejecutores y a las víctimas. Esto es, ciertas formas de violencia se le imponen al dominante para no ser excluido de la dominación (determinación estructural)¹⁰ y, sin embargo, la institución impone un repertorio pero los sujetos lo usan/impugnan diferencialmente: los repertorios nos dan agencia, y ahí aparece la violencia como recurso. Ni uno ni otro extremo: existe una cadena de violencias estructurales¹¹ y violencias cotidianas, lo que puede explicar cierta internalización del modo de atender médicamente el parto/nacimiento, pero es importante destacar que entre la institución y el sujeto hay mediaciones. ¿Cómo entendemos sino que ciertos profesionales van contra la regla implícita de “dejar la guardia limpia” (sin trabajos de parto en curso), y prefieren dar cauce natural a los tiempos fisiológicos? ¿O aquellos que permiten la libertad de movimiento durante el parto, sin intervenir? Sería como el César de Bourgois (2006), que se adaptó “a la violencia institucionalizada de su reformatorio y desarrolló las aptitudes que a la larga le permitirían sobresalir en la economía subterránea” (2006:27): sobresalir como el “médico que apoya los partos respetados” o que, simplemente, “no te manda a cesárea” o “no te induce en la semana 38”.

Por último, es relevante mencionar algunos aspectos de la consideración de la violencia como constructiva del lazo social. Si bien la mayoría de los textos que analizan esta cuestión (Garriga Zucal & Noel, 2010; Isla & Míguez, 2003; Riches, 1988; Garriga Zucal, 2010; Izaguirre, 1998) se enfocan en tipos de violencias ejecutadas por sujetos que tal vez no puedan asemejarse al caso de la VO, sí es pertinente situarla en el marco de experiencias sociales y de la constitución de un vínculo particular, entre el médico y el paciente, una interacción instituida “por una configuración moral determinada y dinámica que cambia según el tipo de relación social” (Garriga Zucal, 2010:91-92). La VO constituye lazo social en tanto es “cotidiana e inmanente de las relaciones sociales, pues hace parte de la tensión permanente entre el cumplimiento del orden establecido y su transgresión” (Isla & Míguez, 2003:24). La particularidad descansa en que la definición de la VO se asienta en el cuestionamiento y el cambio de *ese* orden establecido (por me-

¹⁰ Sobre este punto discutimos con Jimeno cuando afirma que “el sujeto inculpa sólo es responsable si es dueño de sí mismo, si no actuó obligado por otros o por circunstancias superiores a su voluntad” (2005:61), justamente porque consideramos los márgenes de acción en los repertorios.

¹¹ Sobre violencia estructural, véase Botello (2003) quien retoma a Galtung & Bourgois (2002) que, por su parte, retoma a Giddens.

dios legales –actualmente infructuosos– y procesos socioculturales de largo plazo), y en la emergencia de nuevas legitimidades. Por tanto, la delimitación de lo que es el orden y su trasgresión está en actual discusión, construcción y visibilización.¹²

Pista V: Violencia relacional

En consonancia con lo recientemente expuesto, pensamos el aspecto relacional de la violencia, que sirve para ubicarla en lo cotidiano y dentro del campo de las relaciones sociales y de la cultura, al tiempo que permite complejizar la idea de víctima-victimario sin caer en la culpabilización-responsabilización de la primera. Esta dimensión relacional supone “interacciones que tienen límites morales, que definen lo permitido y lo prohibido, lo tolerable y lo intolerable” (Garriga Zucal, 2010:76).

En el análisis del caso particular de la VO, es relevante situarla, como venimos haciendo, en el marco de las intervenciones médicas en los procesos de parto, que se materializa/visibiliza en relaciones médico-paciente (término que implica cierta violencia simbólica), definiendo como pacientes a mujeres-parturientas y recién nacidos/as, en un tipo de relación de dominación que se asienta en la subordinación del/los paciente/s por la figura del médico, portador del saber-poder. Esta relación supone la legitimación de la posición de mayor poder del portador del saber (el personal médico y administrativo de la institución sanitaria) y excluye la posibilidad de *otras voces*: en este caso, los saberes, las creencias y emociones de las mujeres que paren, los/as recién nacidos/as y los varones-padres. Por tanto, sostenemos, como Villanueva Egan (2010), que la atención médica de partos se asienta sobre un control simbólico del saber: esto es, por un lado, la descalificación de la información y el conocimiento que poseen las mujeres sobre su proceso de parto; y, por el otro, un control riguroso de la información que posee el personal sanitario sobre su estado de salud (estructurándose ésta como una forma de poder simbólico en el marco de un orden jerárquico). “Las dos condiciones anteriores (...) sirven de base para un tercer patrón de interacción de consecuencias más graves: se trata de la desacreditación de las mujeres como sujetos que sufren” (Villanueva Egan, 2010:148-9).

El análisis de la VO y la atención médica de partos, entonces, implica el estudio de un entramado de relaciones de poder que incluye a mujeres-madres, varones-

¹² Izaguirre (1998) profundiza en este nuevo contexto: “Que hay violencia cada vez que se destruyen –con cuerpos, con armas– relaciones sociales establecidas, pero también cada vez que se construyen en su lugar nuevas relaciones, que no sólo impiden reconocer la situación anterior, sino que producen nuevos lazos de obediencia (...) Toda situación de poder que naturalice la desigualdad y la jerarquía es una situación de violencia permanente, que nos escinde como miembros de una especie humana única, que transforma una porción de sujetos en objetos. Ejercitar nuestra autonomía es resistir esos embates, por pequeños que sean, del poder excluyente” (1998:13-14).

padres y profesionales de salud. Estas relaciones asimétricas implican relaciones de poder/subordinación, características de la práctica médica y de las relaciones de género, clase, poder, desigualdad, etc.

La intervención del modelo médico hegemónico se sostiene sobre una asimetría de poder entre médico y paciente. El médico detenta el poder del saber, la autorización legal y la legitimidad que la sociedad le otorga cotidianamente para intervenir en los cuerpos de las personas. Cuando el médico es varón y la paciente es mujer esta asimetría de poder se yuxtapone a otra más antigua y profundamente arraigada en el imaginario y prácticas de nuestra sociedad, la estructura de poder de las relaciones de género, en la que la mujer asume la posición subordinada (Schwartz, 2010:101-102).

El aspecto relacional, como pista socio-antropológica para analizar cualquier modalidad de violencia social, es especialmente relevante para analizar la VO, dado que su emergencia, sentidos, lógicas, propósitos, definiciones y demás resonancias se asientan en el marco de una relación médico-paciente particular que se da en la atención obstétrica de partos.

III. Sobre las definiciones subjetivas de la violencia obstétrica

El propósito de esta parte es presentar, a partir de un test realizado por asociaciones civiles que luchan contra la VO, las disputas en torno a su definición, en un juego de definiciones objetivas (la que ofrecen las leyes, por ejemplo) y subjetivas (a partir de una auto-percepción de haber sufrido ciertas situaciones que pueden considerarse violentas).

Para ello, en primer lugar, situaremos la *emergencia* de esta violencia en un vínculo entre cambios de sensibilidades y cambio de legitimidades, que se da en un nuevo contexto en lo que respecta a las violencias contra las mujeres. La expansión de las etiquetas de violencias se vincula, según Elias, al mismo proceso de civilización. Esto es, se expanden las etiquetas en tanto “comienzan a calificarse como “violentas” prácticas que, unas décadas atrás, eran rutinarias (o, al menos, moralmente indiferentes)” (Garriga Zucal & Noel, 2010:100). El cambio de sensibilidades, entonces, implica una “modificación de nuestros umbrales de sensibilidad moral, que van corriendo, constantemente, la frontera entre lo aceptable y lo inaceptable” (Garriga Zucal & Noel, 2010:100). Simiao (2011) vincula esta modificación al discurso de *gender*:

La invención de la *violencia domestika* amplía considerablemente la suma

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

El recorrido por el trabajo de Checa & Rosenberg (1998) aporta claves en este sentido, ya que suma, al discurso de género, otra variable explicativa:

La creciente universalización del reconocimiento y promoción de los derechos humanos que cada vez con más fuerza incorporan aspectos de la vida que estaban silenciados en la insignificancia de lo cotidiano, produce movimientos de reapropiación expresados en conductas que pueden ser interpretadas como formas de resistencia (Checa & Rosenberg, 1998:69).¹³

En este marco, la *emergencia* de las demandas por los derechos reproductivos, que son los derechos de las mujeres a decidir sobre su propia sexualidad y capacidad reproductiva, explica este cambio de sensibilidades y de cuestionamientos a diversos sujetos de poder que actúan en ese ámbito.

El concepto de derechos reproductivos es pues, el resultado de un movimiento que nombra el desplazamiento de los procesos reproductivos que tienen lugar en el cuerpo de las mujeres, desde el ámbito de lo biológico naturalizado y/o medicalizado, al del derecho y el ejercicio de la ciudadanía –ámbito eminentemente relacional– en el que los hechos son pasibles de ser juzgados de acuerdo a criterios de justicia o injusticia. Lugar de elaboración de diferencias (diferencia sexual, por un lado, y diferencias entre mujeres, sobre todo económicas, por otro), para conseguir la realización de la igualdad que dé acceso a los beneficios médicos y sociales que actualmente tienen el carácter de privilegios (Checa & Rosenberg, 1998:74).

A partir de las luchas sociales, cambia la agenda y cambian las legitimidades; los dispositivos institucionales de control del cuerpo (Míguez, 2002) comienzan a ser cuestionados, y las prácticas que los articulan, a ser significadas como violentas.¹⁴ La VO se sitúa, por tanto, en estos cambios que afectan, por ejemplo, el derecho a la

¹³ Sin embargo, las autoras se pronuncian críticas respecto a poder considerar hoy el papel de la reproducción de las mujeres como “un campo de ejercicio de derechos sociales”, a raíz de los condicionamientos económicos, políticos y sociales.

¹⁴ Los análisis de Míguez (2002) y Checa & Rosenberg (1998) amplían estas discusiones de forma desarrollada. Sugerimos su lectura, ya que su explicitación excede los espacios de este artículo.

salud, una de las parcelas de poder de la sociedad. Así, en torno a la salud sexual y reproductiva, por vincularse a uno de los ámbitos esenciales de la reproducción social, se producen, reproducen y manifiestan relaciones, desiguales y jerárquicas, así como de clase, culturales, económicas y políticas fundacionales para el entramado social.

Marcadas algunas líneas de este cambio de sensibilidades, el “test de violencia obstétrica”, realizado por asociaciones civiles de defensa de los derechos del embarazo y parto, funciona a modo de operacionalización de la definición legal y se da en el marco de la *inflación de violencia a nivel positivo*, porque permite ver como violentas ciertas prácticas naturalizadas. El objetivo del test es operacionalizar la letra de la ley, para apelar a la significación subjetiva de ciertos hechos, prácticas y relaciones como violentas.

Test de Violencia Obstétrica
Marco Legal: Ley Nacional N°26485, Ley Nacional N°25929

Mientras estabas internada en la clínica u hospital, con contracciones de trabajo de parto,

1. ¿El personal de salud hacía comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?
2. ¿Te trataron con sobrenombres (gorda) o diminutivos (gordita-mamita-hijita) como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando?
3. ¿Fuiste criticada por llorar o gritar de dolor, emoción, alegría, durante el trabajo de parto y/o el parto?
4. ¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?
5. ¿Se realizaron alguno o varios de los siguientes procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o explicarte por qué eran necesarios?
 Rasurado de genitales - Enema - Indicación de permanecer acostada todo el tiempo - 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 del útero sin anestesia
6. En el momento del parto, ¿te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?
7. ¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?
8. ¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?
9. ¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control? (acariciarlo, tenerlo en brazos, verle el sexo, hablarle, darle el pecho, etc.)
10. Después del parto, ¿Sentiste que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de vos (que no habías “colaborado”)?
11. Podrías decir que la experiencia de la atención en el parto ¿te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura?

**SI LA RESPUESTA A CUALQUIERA DE ESTAS PREGUNTAS ES SÍ,
FUISTE VICTIMA DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.**

Fuente: test creado por “Asociación Civil Dando a Luz” y “Colectiva Maternidad Libertaria” de Argentina, en 2011.

Dividiremos el análisis del test (y de la disputa por la definición de la VO que implica) en dos partes: primero, seguiremos las pistas hasta aquí señaladas; y luego, esbozaremos argumentaciones de mayor abstracción, incorporando algunos otros elementos que fuimos exponiendo en los apartados anteriores del artículo.

Sin duda, elegimos analizar este test porque creemos que se inserta en las disputas por la definición de la VO (pista 1). Para hacerlo, elige operacionalizar y allanar los derechos reconocidos legalmente y lo hace interpelando a las mujeres-madres (únicas destinatarias) a etiquetar/ubicar/caracterizar su experiencia de la atención médica de partos en torno a diversos ejes. La definición de VO opera por llegada: “si la respuesta es sí, fuiste víctima de violencia obstétrica”. Por lo tanto, a partir de la interpelación, se llega a dos hechos fundamentales: la nominación de la VO y el etiquetamiento de la víctima (la asignación de un rol a quien responde).

En términos de la pista 2, esto es, de las dimensiones del poder y la legitimidad para cometer actos violentos –pero, a su vez, para definirlos como tales– el test actúa destacablemente como un instrumento de poder público, difundido e instalable en el escenario social, del que hacen uso las agrupaciones sociales para apropiarse de la definición objetiva legal de la VO y para discutir el poder-saber médico que no considera que sus prácticas sean significadas como violentas. El mismo test es un dispositivo de poder que apunta a “democratizar” la definición de la VO y a hacerla participativa. Es interesante señalar que, si bien los profesionales e instituciones de salud “tienen el poder” para intervenir sobre los cuerpos de las mujeres, en este caso, son discutidos o cuestionados por ellas a partir de los ejes que instalan las agrupaciones en cada una de las preguntas.

Sobre las lógicas de la VO (pista 3), el test describe indirectamente algunas: se refiere a modos en los que los profesionales de la salud se dirigen a las mujeres-madres, a partir de sobrenombres, tonos o actitudes, y desde allí apela a mirar y observar la relación médico-paciente como indicador de VO.¹⁵ De todos modos, creemos que hay dos ejes principales en los que el test identifica estas lógicas: primero, las intervenciones médicas señaladas como innecesarias por diversos organismos internacionales y colectivos de mujeres (rasurado, enema, y todos los que menciona en la pregunta 5); y segundo, los derechos que garantiza la ley de parto humanizado (en los que el test se asienta, tal como lo explicita en el copete del título) y que se violan sistemáticamente en las situaciones de VO.¹⁶ De estos derechos

¹⁵ Algunos de los modos de significar esa relación como violenta que propone el test consisten en enfocar en los comentarios o sobrenombres con los que el personal de salud se dirige a la mujer y la apertura (o no) a la expresión de emociones o dudas.

¹⁶ Actualmente se encuentra en proceso de edición el capítulo de un libro que escribí sobre la política de humanización de partos en la provincia de Buenos Aires, Argentina, en el que pro-

consagrados en la ley 25929, el test menciona la libre elección de la posición para parir (preguntas 6 y 7), el derecho al acompañamiento (pregunta 8), el derecho al contacto piel a piel con el recién nacido y la no separación (pregunta 9) y la obligación médica de pedir consentimiento informado para las diversas intervenciones médicas que se realizan sobre la mujer (pregunta 5).

Respecto a la cuarta pista socio-antropológica que aquí seguimos –de pensar la violencia como un recurso– si bien el test no lo explicita, se encuadra en aquellas visiones que denuncian la tecnocratización del nacimiento (Davis-Floyd, 1994), la conversión del hospital en una “fábrica de bebés”, en la que estas prácticas de control de los ritmos y tiempos durante el proceso perinatal, de aceleración, inducción y de intervención de los cuerpos, sirve a propósitos mayores en sintonía con cuestiones económicas del sistema de salud, en términos de eficacia y eficiencia.

Finalmente, la dimensión relacional de la violencia (pista 5) es la de mayor relevancia y aporte para pensar la VO, por asentarse justamente en relaciones médico-pacientes obstétricas, que se estructuran en diferenciales de poder, jerarquía, autoridad y saber de los sujetos implicados. Es interesante marcar la construcción de esa relación *nosotros versus ellos* que realiza el test, en la que el “nosotros”/víctimas aparece significado como el lugar de las pacientes –en este caso, mujeres– a través de referencias completamente feminizadas (“acompañada”, “obligada”, “niña”). En este sentido, el test excluye la posibilidad de que las víctimas de la VO sean también los/as recién nacidos/as y los varones-padres o los/as acompañantes afectivos/as, por interpelar únicamente a la mujer parturienta. En paralelo, “ellos”/victimarios, se menciona en términos de “el personal de salud”, desde una estrategia discursiva que masculiniza, homogeniza y aglutina a sujetos –y profesionales de la salud– con grados marcadamente diferenciales de poder y autoridad, a nivel de la institución médica. En este sentido, “ellos” refiere tanto a médicos/as obstetras como a parte-ros/as, enfermeros/as, camilleros/as, anestesistas y cualquier otro sujeto de la institución sanitaria. Es interesante observar que el único profesional de la salud que aparece singularizado y destacado es el “neonatólogo” (masculino), y parece que con dicha mención se lo excluye del rol de victimario. En paralelo, en esa pregunta (la 9) aparece cierta aceptación de la separación madre-recién nacido/a, en nombre del “control médico”; cuestión discutida ampliamente por otros colectivos, justamente, por el derecho a mantener el contacto piel a piel y por criticar las evidencias científicas, que demostrarían la necesidad de la urgencia en la realización de los

pongo, como hipótesis principal, que la declaración de los derechos de las mujeres durante el proceso de nacimiento ha implicado cambios y revisiones en las prácticas profesionales en la atención médica de partos. Del mismo modo, podemos decir aquí que las prácticas/intervenciones médicas, y los derechos sexuales y reproductivos, siguen siendo un “par explicativo”.

controles o en la imposibilidad de realizarlos sobre el pecho de la madre.

Al mismo tiempo, es interesante marcar que el *nosotros*/victimas/mujeres se referencia en singular (aquella mujer que responde) y con cierta cercanía (la tratan de tú), mientras que el *ellos*/victimarios/personal de salud aparece en plural y con una distancia, marcada como imposición (“te obligaron”, “no respondían”, “te criticaron”). Entonces, la construcción del nosotros y el ellos que realiza el test, en algún punto dramatizado, idealizado o estereotipado, apunta a mostrar el fundamento relacional de la VO.

Vale resaltar que cada uno de los tópicos del test apunta a una relación de poder desigual, donde una de las partes es “obligada”, “impedida” o exigida de expectativas de rol, específicas de un modelo de “paciente obediente”; al mismo tiempo, el test supone a una mujer que se resiste, que reconoce sus “necesidades”, que “manifiesta su incomodidad”, que quiere preguntar; como si en realidad existiera una democratización/disputa del poder en las salas de parto. Esta idea, ¿no tiende a naturalizar y esencializar a las mujeres, sin ver sus diferencias? ¿No tiende, además, a suponer a todas capaces de activar frente al saber-poder médico, desconociendo la desigualdad de jerarquías en la que se sienta la relación médico-paciente obstétrica? Y algo más, ¿no es esta *mujer* la que se quiere “construir” con la difusión de los derechos a la que apunta el test? Por tanto, lógicamente, ¿no estaría el test considerando como preexistente algo que quiere generar?

Del mismo modo, reproduce otras idealizaciones sobre las mujeres cuando, por ejemplo, en la pregunta 2 sostiene: “como si fueras una niña incapaz de comprender los procesos por los cuales estás atravesando”, dando a entender que las mujeres adultas si tienen dicha capacidad y que, además, es necesaria o esperable.

Expuestos algunos de los análisis que emergen de la aplicación de las pistas socio-antropológicas para el estudio de la violencia al test sobre violencia obstétrica, mencionaremos algunas otras reflexiones que surgen de su estudio.

El test apela a la autopercepción de las mujeres sobre sus experiencias de parto y, por ello, invoca a una configuración emotiva (Jimeno, 2005) en tanto esquema cognitivo-emocional que condiciona las interpretaciones y que está condicionado estructuralmente. Sostenemos que la significación subjetiva de la VO no es una elección, sino que está supeditada a factores sociales, culturales, económicos, políticos, ideológicos y experienciales de los sujetos. Hablamos de “un sistema estructurante con dimensiones cognitivas y sensitivas que influyen en el proceso de gestación de significaciones y prácticas” (Míguez & Semán, 2006:21). En ese marco se apela a los propios sentidos de cada mujer de lo que entiende/significa/interpreta como “descalificatorio”, “malo”, “vulnerable”, “culpable”, “insegura”; sentidos socialmente construidos y sedimentados.

Como el test actúa operacionalizando los derechos incluidos en la Ley 25929

de parto respetado, podemos ver cómo cada pregunta apunta a dar cuenta de algunos de sus ejes: los procesos de dominación, infantilización y despersonalización de la mujer-madre en la institución sanitaria (Sadler, 2004); el derecho a la información y a la decisión fundada en ésta; el derecho a un parto sin intervenciones rutinizadas y a la atención personalizada, a la intimidad, al acompañamiento, a la no-separación de la madre y el/la recién nacido/a y el contacto piel a piel desde el primer momento. De todos modos, y como ya mencionamos, algunos de estos derechos aparecen referidos indirectamente o incluso se naturaliza (seguramente sin intención) su no cumplimiento. Uno de los ejemplos es aquel del control que realiza el neonatólogo sobre el/la recién nacido/a, para el cual se lo lleva, y otro corresponde a la pregunta 10. Decir “después del parto, ¿sentiste que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de vos (que no habías “colaborado”)?” genera algunas incomodidades. ¿No está naturalizando el lugar subordinado, depositario de expectativas de las que tiene que hacerse cargo la mujer? Consideramos que puede querer ser crítico con algunos estereotipos de género y la maternidad como función natural-social, pero no termina de expresarlo.

Afinando la mirada, analizamos que el test reconoce como “emociones propias del parto” el dolor, la emoción, la alegría, los miedos, las inquietudes y la incomodidad únicamente. Por ejemplo, no aparecen el placer, el gozo, el enojo, la impotencia, el amor o muchas más que, en muchas experiencias que hemos recogido o conocido, aparecen. ¿No sigue normalizando o marcando “deberes ser” que volverían a imponer nuevas desviaciones? Asimismo, consideramos que el test se inserta en una estructura temporal y espacial particular que no puede aglutinar o interpelar todas las experiencias de parto y, por tanto, a todas las mujeres. En términos de la temporalidad, apunta a los partos ocurridos (y no a los futuros) y no refiere al proceso de embarazo, donde creemos que se instalan muchos de los mecanismos de desigualdad en la relación médico-paciente obstétrica. Respecto a la espacialidad, no lo explicita pero parece referirse a aquellos partos ocurridos en instituciones sanitarias (públicas o privadas) por las referencias que hace a quienes lo asisten (personal de salud); dejando por fuera la posibilidad de, por ejemplo, significar situaciones de VO en los partos domiciliarios.

Este test opera como *definición por contraste o llegada* en el marco de visibilizar las nuevas sensibilidades y legitimidades: “si te pasó esto y podés reconocerlo en estas preguntas, fuiste víctima de violencia obstétrica”. ¿Cuál será la recepción de esta nominación para quienes no lo sienten así ni visibilizan estos actos como violentos? Es justamente este límite el que marca el cambio de sensibilidades/legitimidades, que puede ser incluso demarcado en coordenadas temporales y espaciales.

El objetivo del test, según se considera aquí, se orienta a difundir (e interpelar, simplificar y operacionalizar) estos *nuevos* derechos –o al menos, ahora

reconocidos legalmente— cuya violación implica VO. Lo que se puede cuestionar es justamente ese paso necesario, que pretende ser autoevidente: el proceso de reconocimiento social de estos derechos sobre el parto es a largo plazo; en un segundo paso, visibilizar ciertas prácticas médicas rutinarias como violentas implica toda otra operación socio-cultural e ideológica, que no resulta lógica sin la construcción y constitución social de estas nuevas legitimidades. Esto es: saber y conocer que tenemos derechos en la atención al parto; saber y conocer que existen prácticas y modos de intervención que son innecesarios e implican violación a esos derechos; ejercer la operación discursiva de corresponder éstos a la categoría de “violencia” y, en un horizonte más amplio, denunciar y exigir sanción. No basta, entonces, con responder “sí” a alguna de las once preguntas: son necesarios cambios en los paradigmas, en las sensibilidades y en las legitimidades, aún más profundos que los existentes, para poder democratizar la VO como categoría social.

A modo de cierre

Violencia como hecho objetivo nominado por un marco normativo. Violencia como hecho subjetivo a partir de una significación. Violencia como hecho constitutivo de la sociedad, constructivo, estructurante. Sobre estas cuestiones versó el presente artículo, que buscó centrarse en problematizar lo que conlleva la definición de este tipo de violencia, más que explicar o comprender actos o lógicas específicas de VO.

Sostenemos que la tipificación y explicitación de la VO, como una de las seis modalidades de violencia contra las mujeres enumeradas por la ley 26485, es toda una apuesta simbólica. Esto permite pensar que el cambio de sensibilidades (y posteriormente, de legitimidades) en este caso operó y opera, tanto desde arriba (desde el Estado, a partir de este tipo de disposiciones legales, aunque sea contradictorio con el hecho de que otras esferas estatales no reglamentan y obstaculizan el proceso), y desde abajo (a partir de luchas sociales por el reconocimiento, visibilización y garantía de derechos de este tipo). El camino de la profundización de estos análisis deberá centrarse en discutir los alcances y límites de la *hétero-categorización* o *hétero-etiquetamiento* de lo violento.

La definición de la violencia obstétrica se convierte en un conglomerado de disputas, negociaciones, pujas de poder, simbólicas y reales, atravesadas por múltiples factores, como la clase, la edad, el género; y abre puertas para ser interrogadas desde distintas aristas, como tantos otros significantes sociales. Creemos que, justamente, tal como titulamos este artículo, es necesario situar al sujeto que define como violentas a ciertas prácticas médicas, en las posiciones de poder que detentan, para

que dicha definición adquiriera legitimidad. Allí radica esta relación que mencionamos entre definiciones objetivas y subjetivas, hétero y auto-categorizaciones, por lo que sostenemos que la definición de la VO es un proceso que está abierto. *La mayor apuesta de la definición de este tipo de violencia es su visibilización y su institución en un nuevo escenario: lo violento.* La intención de este artículo es, entonces, aportar a dicho proceso de visibilización y re-significación, considerando la VO articulada con mecanismos sistemáticos e institucionales de violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en los procesos de embarazo, parto y puerperio.

Recibido: 13/08/2015

Aceptado para publicación: 28/02/2016

Referencias bibliográficas

- ÁLVAREZ, Santiago. 2011. "Haciéndose hombre en la calle y en la escuela. La construcción social de la masculinidad en los andes colombianos". En: RIFIOTIS, T. & CASTELNUOVO N. *Antropología, violencia y justicia. Repensando matrices de sociabilidad contemporánea en el campo del género y de la familia*. Buenos Aires: Antropofagia.
- ARGUEDAS RAMÍREZ, Gabriela. 2014. "La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense". *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe* Vol. 11, n° 1, pp. 155-180 -ISSN: 1659-4940
- BOTELLO, Nelson. A. 2003. "El espacio de la violencia: un modelo de interpretación social". *Sociológica*, n° 18, vol. 52, pp.119-145.
- BOURGOIS, Phillipe. 2002. "El poder de la violencia en la guerra y en la paz". *Apuntes de investigación*, N°8, Año VI.
- BOURGOIS, Phillipe. 2006. "Pensando la pobreza en el gueto: resistencia y autodestrucción en el apartheid norteamericano". *Etnografías Contemporáneas*, n°2, año2, UNSAM, Buenos Aires.
- CASTRO, Roberto & ERVITI, Joaquina. 2015. "25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México". *Revista CONAMED* vol. 19, n° 1.
- CHECA, Susana & ROSENBERG, Martha. 1998. "Sobre Derechos Reproductivos y su relación con la violencia social". En: IZAGUIRRE, Inés (coord.) *Violencia Social y Derechos Humanos*. Buenos Aires: Eudeba.
- DAVIS-FLOYD, Robbie. 1994. "El modelo tecnocrático en medicina". En: _____. *Del médico al sanador*. pp. 23-60. Buenos Aires: Creavida.
- GARRIGA ZUCAL, José. 2010. "'Se lo merecen' Definiciones morales del uso de la fuerza física entre los miembros de la policía bonaerense". *Cuadernos de Antropología Social*, N° 32, pp. 75-94.
- ISLA, Alejandro & MIGUEZ, Daniel. 2003. "Introducción". En: _____ (coords.) (2003). *Heridas Urbanas. Violencia delictiva y transformaciones sociales en los noventa*. Buenos Aires: Editorial de las Ciencias.
- IZAGUIRRE, Inés. 1998. "Presentación. Reflexiones sobre la violencia". En: IZAGUIRRE, Inés (coord.) *Violencia Social y Derechos Humanos*. Buenos Aires: Eudeba.
- JIMENO, Miriam. 2005. "Narrando la violencia. Relatos de pasión y muerte". *Anuario de Estudios en Antropología Social*, Año 1, n° 1, pp. 55-67.
- KESSLER, Gabriel. 2014. *Controversias sobre la desigualdad: Argentina, 2003-2013*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- MAGNONE ALEMAN, Natalia. 2011. "Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica". Trabajo presentado en las *X Jornadas de Investigación de la Facultad de Cs. Sociales*, UdelaR, Montevideo, Uruguay.
- MEDINA, Graciela. 2010. "Violencia obstétrica". Cap 4 en Informe de "Omisión y dife-

- rencia. Derechos Reproductivos en México”. Grupo de información en reproducción elegida. <http://informe.gire.org.mx/bibliografia.html>
- MERKLEN, Denis. 2010. “¿Buenas Razones para quemar libros? Un estudio exploratorio sobre la quema de bibliotecas barriales en Francia”. *Apuntes de investigación*, n° 17, pp. 57-76.
- MÍGUEZ Daniel & SEMÁN, Pablo. 2006. “Diversidad y recurrencia en las culturas populares actuales”. En: _____ (eds.) *Entre santos, cumbias y piquetes. Las culturas populares en la Argentina reciente*. Buenos Aires: Biblos.
- MÍGUEZ, Daniel. 2002. “Inscripta en la Piel y en el Alma: Cuerpo e Identidad en Profesionales, Pentecostales y Jóvenes Delincuentes”. *Religio e Sociedade*, 22 (1):21-57.
- NOEL, G. & GARRIGA ZUCAL, J. 2010. “Notas para una definición antropológica de la violencia: un debate en curso”. *PUBLICAR-En Antropología y Ciencias Sociales*, n° 9. Disponible en: <<http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/publicar/article/view/1191>>. Fecha de acceso: 11 dic. 2016.
- PITA, María Victoria. 2005. “Mundos Morales divergente. Los sentidos de la categoría de familiar en las demandas de justicia ante casos de violencia policial”. En: TISCORNIA, S. & PITA, M. V. *Derechos humanos, tribunales y policía de Argentina*. Buenos Aires, Antropofagia.
- RICHERS, David. 1988. *El fenómeno de la violencia*. Madrid: Pirámide.
- RODGERS, David. 2006. “Cuando la pandilla se pone mala: violencia juvenil y cambio social en Nicaragua”. *Etnografías Contemporáneas*, n°2, año 2, UNSAM, Buenos Aires.
- SADLER, Michelle. 2004. “Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario”. En: SADLER, ACUÑA & OBACH. *Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género*. pp. 15-66. Santiago de Chile: Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género / Catalonia.
- SCHWARZ, P. 2010. “Construcción de la maternidad en el encuentro de la institución médico ginecológica con mujeres de clase media de la ciudad de Buenos Aires”. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, n° 6. Disponible en: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/SexualidadSaludySociedad/article/view/8>>. Fecha de acceso: 11 dic. 2016.
- SEGATO, Rita. 2003. *Las estructuras elementales de la violencia*. Bernal: Prometeo/ Universidad Nacional de Quilmes.
- SEGATO, Rita. 2004. *Territorio, Soberanía y crímenes de Segundo Estado: La escritura en el cuerpo de las Mujeres Asesinadas en Ciudad Juárez*. Brasilia: Departamento de Antropología Universidade de Brasilia.
- SIMIAO, Daniel. 2011. “Las dueñas de la palabara: género, justicia y la invención de la violencia doméstica en Timor Oriental”. En: RIFIOTIS, T. & CASTELNUOVO N. *Antropología, violencia y justicia. Repensando matrices de sociabilidad contemporánea en el campo del género y de la familia*. Buenos Aires: Antropofagia.
- VILLANUEVA EGAN, Luis. 2010. “El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un ginecoobstetra”. *Revista CONAMED*, vol. 15, n 3, julio-septiembre, pp. 147-151. México. ISSN 1405-6704.