

- Lozano, R., *et al.* (1994), "Factores sociales y económicos de la mortalidad materna en México" en Elu, M del C. y A. Langer (comps), *Maternidad sin Riesgos en México*, CPMSR, 1994
- Tsui, A. O., *et al.* (comps.) (1997), *Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions*, National Academy Press, Washington, D.C.
- United Nations (1991), *The World's Women: Trends and Statistics 1979-1990*, United Nations, New York.

Fuente:

López ., Rico, B., Langer, A., y Espinoza, G. (Comps.). *Género y Política en Salud*. México: SSA-UNIFEM. 2003.

La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio

Roberto Castro
Joaquina Erviti

Introducción

A lo largo de los últimos diez años la agenda de los derechos reproductivos y sexuales ha adquirido una gran fuerza a escala internacional. Las diversas conferencias mundiales de Derechos Humanos (Viena, 1993), de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), y sobre las Mujeres (Pekín, 1995) han desempeñado un papel central en la adopción, por los diversos Estados nacionales, tanto del discurso como de los compromisos concretos en la promoción y defensa de los derechos humanos, sexuales y reproductivos. En particular, un aporte de estas conferencias ha sido la identificación más específica de los llamados derechos reproductivos. El reconocimiento de éstos como parte importante de los derechos humanos le ha conferido una gran legitimidad a la lucha por la defensa y promoción de los mismos.

Paralelamente, y como evidencias que apoyaron el debate político, desde hace varios años se han venido acumulando una serie de denuncias que señalan que en las instituciones, tanto públicas como privadas de salud, con frecuencia se violan, bajo diversas formas, los derechos reproductivos de las mujeres. Si bien este tipo de trabajos se iniciaron desde la década de los ochenta (Bronfman y Castro, 1989), ha sido el discurso de los derechos humanos y el activismo de las diversas organizaciones feministas lo que ha permitido colocar cen-

tralmente en la agenda política esta cuestión. En el ámbito internacional, por citar sólo un ejemplo de particular relevancia, el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer ha documentado la existencia de diversas formas de violencia contra las mujeres en los servicios públicos de Perú (CLADEM, 1998), así como la ejecución de un programa de Estado para la imposición de la anticoncepción quirúrgica entre los sectores más vulnerables y desprotegidos de la población (CLADEM, 1999).

En realidad estos problemas no nos son extraños. En el ámbito nacional, también desde hace varios años se ha venido acumulando conocimiento sobre la existencia de este tipo de abusos. En ocasiones se ha tratado de investigaciones oficiales, como la Enaplaf (CONAPO, 1995) o la Ensare (IMSS, 1998), cuyos datos sobre problemas de violación de derechos reproductivos han trascendido, pese a algunos esfuerzos por restringir su difusión; en otros casos se ha tratado de informes de investigación académica (Figuroa, 1990), y en otras ocasiones se han tratado de denuncias individuales que publican algunos medios de prensa, bien porque las afectadas logran hacer llegar su caso a estos medios, o bien porque son casos que los tribunales han resuelto a favor de las mujeres. En este contexto, el Tribunal por la Defensa de los Derechos Reproductivos, organizado por la Red de Salud de las Mujeres del Distrito Federal en 1996, constituyó un precedente que contribuyó a visualizar el problema de la violación de los derechos de las mujeres en las instituciones de salud, si bien también quedó claro que aún falta mucho por recorrer en este camino.

Sin duda alguna, la denuncia de todo tipo de violaciones a los derechos de las mujeres en las instituciones de salud es indispensable para alcanzar una verdadera equidad de género en ese marco. Sin embargo, ni las denuncias ni las acciones legales que al respecto puedan tomarse bastan por sí mismas para cambiar las cosas. Nos parece que también es necesario el estudio sociológico de los mecanismos que hacen posible, al nivel del encuentro entre prestadores de servicios de salud y usuarias, la violación de los derechos de estas últimas. Es necesario explorar qué patrones de interacción y qué estrategias de comunicación y sometimiento se activan en ese nivel *micro* de realidad, que al mismo tiempo que pueden pasar casi inadvertidas,

desempeñan un papel central en la generación de ese fenómeno social que llamamos *violación de derechos reproductivos durante la atención del parto*. En este trabajo damos cuenta de un proyecto de investigación de esta naturaleza, actualmente en marcha. *El objetivo general* del proyecto es caracterizar las diversas dimensiones del maltrato (físico y psicológico) que pueden sufrir las mujeres en este proceso, con el fin de identificar los derechos reproductivos que se violan en ese contexto, y formular propuestas de intervención que contribuyan a disminuir el problema y a fortalecer la capacidad de ciudadanía de las usuarias de servicios de salud reproductiva. *El objetivo específico* de este trabajo es dar a conocer algunos de los principales hallazgos que hemos logrado hasta ahora, en el entendido de que el grueso del material recolectado sigue bajo proceso de análisis, por lo que los resultados que aquí presentamos deben ser considerados como preliminares y sujetos a revisión.

El problema

Existen numerosas evidencias, obtenidas a partir de testimonios (formales e informales) de mujeres que han sido atendidas durante el parto/cesárea en instituciones de salud, que muestran que con frecuencia se violan sus derechos reproductivos y humanos durante su interacción con el personal de salud que las atiende. Hay testimonios de mujeres que reportan que en el momento de mayor dolor durante el trabajo de parto, que enfrentan con expresiones de dolor y gritos, reciben de parte de los médicos, órdenes de controlarse señalándoles que si antes disfrutaron del sexo, ahora “les toca aguantarse”. En algunos casos las formas del regaño alcanzan modalidades de un autoritarismo extremo, represivo, sólo interpretable en el marco de la desigualdad de género que caracteriza a estos encuentros. Un caso típico es el siguiente:

—¿Y no tuvo sufrimiento en el parto?

—Pos sí porque me dolía mucho mi cabeza. O sea que yo recuerdo que les decía a los doctores “me duele, me duele”. Yo les decía que me dolía la cabeza y ellos me decían “¡aguántese usted, así le gustó!” (Castro, 2000).

La lógica del mecanismo social de represión es sorprendente: los médicos buscan obligar a la mujer a que se controle, se calle o deje de quejarse, “recordándole” que en otro momento seguramente experimentó placer sexual y que “por lo tanto”, ahora debe vivir “con las consecuencias”. La expresión “así le gustó”, del testimonio anterior, es semejante a otras como “pero disfrutaste antes, ¿no?”; o, “pero la pasaste bien, ¿verdad?”, que hemos recogido también a lo largo de esta investigación. En otros casos, se tiende a inculpar a las propias mujeres por los problemas y las dificultades que puedan presentarse durante el parto, y a eximir de toda responsabilidad a los médicos, acusándolas de “no cooperar adecuadamente” durante el parto. Es un mecanismo culpabilizador de transferencia de la responsabilidad que funciona en un contexto de opresión de género. Se trata de un orden institucional que presupone que, en el parto, el papel protagónico corresponde al médico, y que la mujer que pare se debe limitar a “cooperar” o a “ayudar” al médico en la tarea.

Este es un problema que amerita mayor indagación: ¿sobre qué bases se monta el “permiso” de los médicos para reprimir en estos términos a las pacientes? Esto es ¿qué mecanismo social, o qué dispositivo de poder se activa en estos encuentros, que hace: *i*) que abunden las conductas represivas, y *ii*) que dichas conductas se asocien al nivel del discurso con el disfrute de la sexualidad por parte de la paciente? Dado el contenido incriminatorio de las expresiones represivas, ¿cuál es la norma que desde la perspectiva de los médicos se rompe? ¿Qué los hace asumirse como garantes de tales normas y como consecuentes represores de las mujeres que supuestamente se han desviado de ellas? La investigación en esta línea debe considerar que los encuentros médico-paciente en general constituyen formas de interacción social asimétricas, pues en ellos uno es el detentador del saber/poder, y la otra “sólo” es una paciente. En el caso de encuentros mixtos en torno a casos de ginecología, la asimetría se agudiza aún más por la vulnerabilidad física y emocional de la mujer que pare. Se trata de una dimensión de poder insoslayable en este tipo de análisis.

Pero la violación de los derechos reproductivos de las mujeres durante la atención institucional de su parto no se reduce a casos límite como los arriba mencionados. Existen otras formas, en ocasiones más sutiles, de violación

de los derechos de las mujeres, que tienen que ver, por ejemplo, con la estrategia de obtener (o arrancar) durante el trabajo de parto su “consentimiento” para ser esterilizadas, o para que se les coloque un DIU; de no consultarlas sobre las decisiones que se van tomando sobre su cuerpo en el curso del trabajo de parto y el parto/cesárea (o hacerlo de manera muy autoritaria); de ignorar sus solicitudes y reclamos; de permitir que cuatro o cinco residentes, al mando de un instructor, le hagan un tacto a una mujer en pleno trabajo de parto con el fin de “practicar”; de realizar una operación cesárea sólo porque las salas de expulsivo están llenas, etc. En una palabra, existen evidencias de que “con frecuencia” la atención institucional del parto se da en un marco de mayor o menor “maltrato” y abuso hacia las mujeres. Este abuso, que puede ser conceptualizado como violencia institucional, puede adquirir modalidades físicas y psicológicas, y se relaciona —entre otras cosas— con la forma como se organizan los servicios de ginecología, con la manera como se concibe la formación de los residentes, así como con la forma en que se concibe a las propias mujeres. Las categorías de “maltrato” y “abuso”, sin embargo, son demasiado generales y ambiguas, y requieren de una clarificación detallada en el marco de los derechos reproductivos de las mujeres. Nos hemos propuesto entonces explorar también las siguientes preguntas: ¿qué modalidades específicas componen el “maltrato” y el “abuso” durante la atención institucional del parto? ¿Qué condiciones organizativas, materiales e ideológicas hacen posible que los propios prestadores de servicios de salud encuentren como “natural” y legítima la relación de dominación que establecen con las pacientes? ¿Qué derechos reproductivos no son identificados como tales por parte de los médicos y las pacientes; y por qué?

Metodología

Para el desarrollo de esta investigación hemos recurrido a dos tipos de fuentes de información. Por una parte, entre 1997 y 1999 pudimos recopilar más de 200 testimonios de mujeres que narraban la experiencia de su parto y en el que se podían advertir diversas formas y grados de maltrato. Tales

testimonios provinieron, en su mayoría, de investigaciones realizadas con otros fines y que registraron, casi accidentalmente, uno o varios relatos de este tipo. Gracias a la generosidad de diversos colegas del país pudimos hacer así de testimonios de mujeres de Sonora, Querétaro, Distrito Federal, Veracruz, además de las que nosotros habíamos recolectado, también de manera casual, en Morelos. Por otra parte, durante el año 2000 hicimos observaciones directas en las áreas de tococirugía (salas de labor y parto) en varios hospitales públicos del estado de Morelos. Realizamos un total de 64 observaciones, cada una de cuatro horas de duración. Completamos treinta días de observación en los hospitales de la Secretaría de Salud del Estado de Morelos (SSM) y 34 en los hospitales del IMSS. Las observaciones se registraban manualmente en el área de observación y luego eran transcritas por las mismas observadoras en computadora. En total, completamos 256 horas de observación, con un promedio de dos partos por día de observación y un total aproximado de 130 partos y/o cesáreas observados.

Tanto los testimonios recogidos en la primera fase de esta investigación, como las observaciones que realizamos directamente están siendo analizadas siguiendo una metodología cualitativa.

Hallazgos

Es importante aclarar que en este trabajo partimos de la convicción de que la mayoría de los partos atendidos en las instituciones públicas de salud no presentan formas graves de violación de derechos humanos por parte del personal médico. Nuestra investigación se centra en ese porcentaje de partos y cesáreas donde se presenta alguna forma de violación de los derechos de las pacientes, pues compartimos también la convicción de que la existencia de uno sólo de estos casos tiene relevancia social, en tanto que “representan una negación de la individualidad de alguna persona como ser humano” (Cervantes, 1996).

El análisis del material disponible nos ha permitido constatar que la violación de los derechos reproductivos durante el parto/cesárea es un *continuum* del que sólo las formas de violación graves son, a veces, conocidas.

En efecto, en el extremo “grave” de este *continuum* se encuentran las denuncias que llegan a ser conocidas a través de la prensa, o gracias al activismo de las diversas organizaciones que trabajan por la defensa de los derechos de las mujeres. Suele tratarse de casos de abuso en los que es posible constatar que se ha causado un daño específico a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una grave violación de sus derechos. Se trata de situaciones en las que la responsabilidad de las instituciones de salud es claramente demandable, lo que puede hacerse manteniendo el caso dentro del dominio de lo médico—por ejemplo exigiendo una reparación del daño directamente a las autoridades de la institución o en el marco de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico—, o bien llevando el caso a los tribunales.

—Pero en el otro extremo del mismo *continuum* se encuentran lo que podríamos denominar las *formas elementales* de abuso y violación de derechos de las mujeres, y que contemplan a todas esas formas de maltrato que al no estar tipificadas como delito no son trasladables a los tribunales, y que al no traducirse en un daño evaluable de la salud física de las mujeres tampoco se pueden reclamar al interior de la propia institución de salud. Un ejemplo concreto es el testimonio presentado en la sección anterior. En esta misma situación se encuentran las burlas, las ironías, los regaños, las humillaciones, la manipulación de la información, y todo un conjunto más de patrones de interacción que se presentan entre los médicos y las usuarias.

Sostenemos, sin embargo, que el estudio de estas *formas elementales* de abuso y violación de los derechos de las mujeres en las instituciones de salud es de crucial importancia, pues en ellas se encuentran las claves que permiten comprender cómo y por qué se puede llegar a situaciones extremas.

El análisis del material recolectado nos ha permitido identificar tres grandes grupos de mecanismos que operan en el nivel micro, al nivel de las instituciones de salud y de lo que ocurre dentro de ellas, sobre los cuales se montan las violaciones a los derechos de las mujeres, los abusos y varias de las formas del maltrato que reciben durante la atención del parto/cesárea. Estos mecanismos se dan:

- De parte de los médicos que facilitan la violación de los derechos reproductivos.

- De parte de las mujeres, que reflejan y reproducen la opresión en la que se encuentran.
- De parte de las instituciones, que desincentivan la posibilidad de presentar una queja formal por parte de las mujeres.

En esta fase de la investigación hemos avanzado sobre todo en el análisis del primer grupo de mecanismos. Por ello, el resto de este trabajo se centra sobre todo en ellos, si bien al final de esta sección haremos una breve mención de los otros dos.

Mecanismos que operan en eventos de violación de derechos en el parto/cesárea, desde el personal de salud

Al interior de las salas de labor y parto existen una serie de patrones de interacción entre el personal de salud y las mujeres en trabajo de parto que contribuyen claramente a establecer un orden jerárquico, que a su vez sirve de base para la eventual violación de derechos de las mujeres. Hemos identificado las siguientes modalidades:

a) Promoción de la "conformidad" y la "obediencia" como conductas que se premian

Desde el momento en que ingresan a la sala de labor, las mujeres reciben una serie de mensajes, velados unas veces, abiertos otras, que las instruyen sobre la conveniencia de someterse a las órdenes de los médicos, so pena de enfrentar graves consecuencias para su bienestar y salud:

Lo que me repetían todos era que tenía que acatar al pie de la letra las indicaciones y que entre mejor las acatara y las siguiera, pues iba a sufrir menos...

En ocasiones las mujeres intentan entender el sentido de las órdenes médicas, y se permiten disentir de las mismas cuando dichas instrucciones

les parecen carentes de sentido. La reacción del personal de salud, sin embargo, puede llegar a ser terminante, con miras a reprimir cualquier intento de lo que, desde su punto de vista, puede ser considerado como un intento de insubordinación:

...que me dice: '*aquí se va a hacer lo que uno le mande*, no lo que usted diga, y yo le decía '*pues me duele*' y me decía '*¡no sea chiquitita!... son órdenes del doctor que se lo vuelva a poner*' y le dije '*oiga pero yo ya no siento nada, ya me siento bien*', y que me dice: '*¡mientras esté aquí tiene que aceptar todo lo que le pongamos!*'

♣ Descalificación de los conocimientos y opiniones de las mujeres

Estrechamente relacionado con el mecanismo anterior, se encuentra la tendencia de muchos integrantes del personal de salud a descalificar la información y el conocimiento que las mujeres poseen sobre su propio estado de salud o sobre su proceso de parto. Esta actitud puede ser suficiente para desincentivar la utilización de los servicios por parte de la población:

Llegué al Seguro con el médico de urgencias y que me dice: '*usted no tiene que venir a hacer, *nomás viene a quitar el tiempo* porque a usted le falta mucho todavía*', y sentía yo que traía un dolor tras otro y el médico no me quería atender... *Desde entonces aterroricé al Seguro.*

En otros casos, las consecuencias pueden ser muy graves, máxime si lo que se juega es la vida del propio bebé. Una mujer que presentó un óbito señalaba:

Fue un descuido de los doctores pero uno por ignorante, por no saber que uno puede demandar las cosas: se me reventó la fuente, *yo les decía, y ellos decían que no*, y yo les decía que sí... *no me hacían caso...*"

Paralelo a este proceso de descalificación de su propio saber, las mujeres se enfrentan a un control riguroso de la información que posee el perso-

nal de salud sobre su estado de salud. No se les comunica casi nada al respecto, no se les permite el acceso a su expediente (que con frecuencia se guarda debajo del colchón donde está la propia paciente), y cuando ellas intentan informarse por su propia cuenta sobre su situación (por ejemplo, escudriñando a escondidas su propio expediente), reciben una reprimenda en voz alta que obviamente tiene como fin "educar" también a todas las demás mujeres que están presentes en ese momento.

c) Desacreditación de las mujeres como sujetos que sufren

Las dos condiciones anteriores —el establecimiento de un orden jerárquico y la descalificación del saber de las mujeres— 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. Desde una posición de autoridad que no admite cuestionamientos, y desde una actitud que minimiza o ignora la información que las mujeres presentan sobre su propio proceso de parto, es posible también *dictaminar* que las mujeres no están sintiendo dolor, aún cuando ellas así lo reporten. Una mujer a la que se le hizo una cesárea reportó:

Yo sentía cuando me estaban cortando y les decía: '¡ojigan, me duele, yo sé que me están cortando!', y me decían: 'no es nada, son sus nervios'. '¡No!', le dije, '¡sí me duele, me duele!', y me dice: 'que no te duele, son tus nervios', hasta que empecé a llorar... nunca se me va a olvidar, si tan feo que se siente, se me figuraba como un cochino que están destazando y lloraba...

d) Relativización del papel de las mujeres

La jerarquía, el pretendido monopolio del saber, y la descalificación de las quejas de la mujer son posibles gracias a, y simultáneamente refuerzan, la existencia de un micro orden social que existe al interior del hospital que establece que el papel protagónico en ese escenario es el del personal de

salud, y que las mujeres que acuden ahí, a pesar de ser las que paren, no tienen sino un rol secundario. De ahí la noción de que ellas están ahí para cooperar, para ayudar:

Me decían que no me desesperara, *que tenía que ayudarles* para que agilizará todo, el doctor me decía: 'ayúdele a su bebé, ayúdese usted, *tiene que acatar las instrucciones*'...

La noción de que es deber de las mujeres *cooperar* facilita a su vez la posibilidad de culparlas en caso de que el parto salga mal:

El doctor aquel, yo pienso que pues estaba tomado y no me atendió bien, porque pues yo pienso: si el producto estaba muy grande lo que hubiera hecho hacer cesárea ¿no?. El no, dijo que *yo no había puesto nada de mi parte* y no sé qué, la cosa es que él me lo jaló, se reventó el cordón, o sea se ahogó el niño, pos yo digo que se ahorcó ¿no?... Entonces le dijo a mi esposo: '*su esposa no ayudó, ella fue la que tuvo la culpa*'...

e) Amenazas y castigos físicos concretos

Al igual que en el caso anterior, es la combinación del orden jerárquico establecido, junto con la descalificación del saber y del dolor de las mujeres, lo que permite al personal de salud recurrir a diversas formas de represión que se instrumentan con el fin de obtener la mejor *disposición* y *cooperación* de las pacientes. Abundan los testimonios de mujeres que relatan que recibieron advertencias muy específicas para que dejaran de gritar y actuaran conforme se lo solicitaban los médicos:

...y que los doctores le dicen: '*si sigues gritando no te vamos a atender*' y ahí te gritan enfrente de todas y mira, pues mejor no grito y ahí te quedas.

Es común también que los médicos obtengan la *cooperación* de la mujer a la que se le va a poner un bloqueo, diciéndole que si se mueve puede dañar al bebé, y que si tal daño se presenta será, sin lugar a dudas, responsabilidad de ella.

Los castigos se ejercen sobre todo contra aquellas mujeres que por su condición de pobreza no cuentan con capacidad para exigir acertivamente el respeto a sus derechos, o bien sobre mujeres que el personal de salud considera como abiertamente desafiantes del orden jerárquico que ellos buscan imponer. Tales casos pueden referirse, por ejemplo, a mujeres que se quejan y gritan constantemente, y que no obedecen las instrucciones de callarse. Como vimos anteriormente, suele ocurrir que a las mujeres que gritan mucho se les castiga ignorándolas por un rato, hasta que aprenden que lo mejor es aguantar el dolor en silencio. Con frecuencia, el restablecimiento de la atención se da acompañado de expresiones como “así está mejor, mi reina”, que refuerzan el aprendizaje de sumisión y obediencia recién adquirido por parte de las mujeres.

Pero hay otras formas de “desafío” que molestan más a los médicos y a las enfermeras, como es el caso de las mujeres que se niegan sistemáticamente a utilizar métodos anticonceptivos. Tales casos son considerados como formas de rebelión abierta que el personal de salud tiende a sancionar con severidad. Ilustra este punto la observación que pudimos realizar acerca del tratamiento que le fue dispensado a una mujer que tenía 10 hijos y que insistía en no usar métodos anticonceptivos. La señora había sido recibida en la sala de labor con abiertas muestras de desprecio y reprobación por parte del personal de salud. El trabajo de parto evolucionó normalmente, de modo que llegó el momento de trasladar a la señora a la sala de expulsión. En ese punto, había que pasar a la señora a la cama de expulsión. Entonces la observadora que nos auxiliaba registró la siguiente interacción:

La interna 3 se coloca a los pies de la señora y se le queda viendo, y la interna 4 se coloca a la cabeza de la señora y también la mira. La señora está acostada con contracciones muy fuertes. La interna 3 con los brazos cruzados y mirando a la señora duramente (ejerciendo abiertamente una posición de dominación) le ordena: “*pátese a la camilla! ¿o quiere que su hijo nazca aquí en lo sucio?*”. La señora se mueve por todos lados con evidentes señales de descontrol y dolor y pregunta: “*¡ay! ¿a dónde, señorita?*” al tiempo que busca con su mano la forma de pasarse a la cama de expulsión. La interna 3 no se mueve de su lugar ni ayuda a la señora, ni le tiende la mano, y le dice en un tono muy frío y castigador, todavía con los brazos

cruzados y mirada altanera: “*¡Ay señora, diez hijos y no sabe! ¡Ahí!*” Y le señala la cama expulsiva con la mirada. La señora gime muy fuerte por el dolor, llora de desesperación mientras trata de pasarse a la cama, y dice: “*¡no puedo! ¡ayúdeme, ayúdeme!*”. La interna 3 sigue inmóvil, con sus brazos cruzados, ajena a la desesperación y sufrimiento de la señora: “*¡pátese señora! ¡án dele!, o su hijo va a nacer ahí!*”. La señora la mira suplicante y le dice entre el dolor: “*¡ayúdeme por favor!*”. La interna 3 sigue inmóvil y sólo responde: “*¡Pátese ya, señora!*” (como diciendo “no se haga del rogar”). Desesperada, humillada, llorando, la señora le dice a la interna 3: “*¡ay qué maldicia es! ¿qué no me puede ayudar?*”. La interna 3 no parece reaccionar ante ninguna señal de dolor o necesidad de la señora y le dice (con cara de “estoy harta de sentimentalismos”): “*¡apírrese señora! ¿a poco no se puede pasar?*”. Finalmente, con muchísima dificultad la señora se pasa sola a la cama, ya sin contestarle nada a la interna 3. Esta última todavía dice: “*¡ya ve! ora va a salir todo orinado el bebé y todo por su culpa!*”.

f) Mecanismos de obtención del consentimiento bajo presión

Este marco de vigilancia, disciplina, sometimiento y castigo que con frecuencia se despliega en las salas de labor y parto constituye el medio adecuado para *convencer* a las mujeres de que adopten un método anticonceptivo, como el DIU. Es común que el personal de salud opere en “equipo” hasta obtener de la mujer el anhelado “consentimiento”, sin que reparen mayormente en las condiciones en que éste se da. El siguiente es un ejemplo típico que pudimos observar directamente. La señora acababa de parir:

- Médica: ¿se va a poner DIU?
 Enfermera: ¡Ah, de veras! ¿con qué se va a controlar, eh?
 Mujer: (con voz insegura): vivo con mis papás.
 Enfermera: (con voz fuerte, mirándola a los ojos): ¡Ah, vive con sus papás! ¡Yo también y tengo seis meses de embarazo!
 Médico: ¿se lo ponemos, señora? Es mejor que se lo pongamos a que luego esté aquí otra vez el próximo año.
 Mujer: ¿y si me lastima?

Enfermera: ¿tú crees que si lastimara las otras mujeres se lo pondrían? Si lastimara todas estaríamos como tú.

Mujer: *(con voz débil, sin mirar a nadie)*: sí, pero hay otros medios...

Enfermera: ¿qué medios? ¿hormonas?

Médico: el DIU es el más eficaz.

Enfermera: además, si usa pastillas se va a poner gorda y fea. El DIU no le va a molestar si se revisa cada tres meses.

(Todos miran a la señora, ella observa al techo y no dice nada).

Enfermera: el DIU es seguro en un 90%. Los otros métodos sólo en un 50%. No es recomendable usar hormonas. Las hormonas alteran psicológicamente.
(Silencio de la señora).

Médico: ¿entonces se lo ponemos, señora?

Señora: *(con voz vencida)*: pues sí.

g) Mecanismos alusivos a la sexualidad

Finalmente, debemos reportar aquí la existencia de alusiones sexuales represivas que utiliza el personal de salud, quizá como una forma de justificar este tipo de abusos y maltrato sobre las pacientes. El mecanismo más común —y admitimos que sobre este punto es necesaria una indagación en mayor profundidad— se refiere a las alusiones que hacen algunos médicos al placer sexual de las mujeres. Estas alusiones pueden ser relativamente directas, como la que mencionábamos más arriba (“así le gustó”). Puede tratarse también de alusiones sobre las que se monta una reprimenda a las mujeres:

La mujer le dice con voz muy tímida: ‘hágame cesárea’. El residente reacciona violentamente y contesta a gritos: ‘¡¡Nooo!!!. ¡Tiene que salir por donde entró! ¿Para qué se embarazó? Usted quería: ahora ¡aguántese!

Puede tratarse de expresiones represivas disfrazadas de chistes:

Enfermera (pregunta al médico): ¿le van a hacer episio?

Médico (con expresión seria pero haciéndose el chistoso): claro: a todas, de castigo.

O bien puede tratarse, en casos extremos, de actitudes y expresiones de algunos médicos que demuestran, por decir lo menos, una absoluta confusión perceptual con respecto a lo que ocurre en las salas de labor y parto, que lleva a algunos médicos a decir que a las pacientes “les gusta que les hagan tactos” y a otros a confundir los gemidos de dolor del trabajo de parto con expresiones de placer sexual. Una de nuestras observadoras registró lo siguiente:

El interno me comienza a platicar y me dice que a él se le hace increíble que las mujeres tengan y tengan hijos. Dice también que él considera que el parto debe tener sensaciones exquisitas y de placer, porque de otra manera no se explica cómo pueden tener tantos hijos. Me dice: ‘¿las has visto en las últimas horas cómo se ponen?’

Mecanismos que operan en eventos de violación de derechos en el parto/cesárea, desde las mujeres

Junto a los antes mencionados, existen otros mecanismos que operan desde las propias mujeres, que contribuyen a crear un ambiente propicio para que aparezcan las formas de maltrato que estudiamos. Hemos identificado dos:

a) “Naturalización” de los atropellos

En el lenguaje de las propias mujeres es posible advertir expresiones que tienden a justificar como “lógicos” ciertos tipos de abusos en que incurren algunos médicos, y a ver como “natural” que a veces se desesperen y levanten la voz:

...me contuve mucho, no perdí el control, porque incluso saca uno de quicio a los doctores, y hace que los doctores, pues es lógico que se desesperen y griten...

Esta naturalización de los atropellos tiende a favorecer una actitud poco crítica por parte de las mujeres hacia la calidad del servicio que reci-

ben, y contribuye a que adopten una conducta de conformidad con lo que ocurre:

...y que le digo: 'como usted no siente, a ver, póngase en mi lugar'... yo también me le ponía, *pero ya ve que cuando se pone uno así pues lo tratan a uno más mal...*

b) Socialización e internalización de "normas" "juicios" y "permisos"

Estrechamente asociado con el punto anterior, es posible también advertir en las mujeres la adopción de un discurso para referirse a sí mismas que denota una incorporación del discurso de los propios médicos, incluyendo a veces las expresiones despectivas y las valoraciones que recibieron sobre su conducta:

...incluso no lloré, *siento que me porté bien*, o sea no grité, estuvo bien...

...necia yo, cuando está uno para aliviarse es muy necia, al menos yo me pongo muy necia...

Se trata, sin duda, de expresiones que reflejan la opresión que viven muchas de las mujeres, al mismo tiempo que constituyen fuentes de perpetuación de la misma.

Mecanismos institucionales para desincentivar una queja formal por parte de las mujeres

Finalmente, existe también una serie de mecanismos de carácter institucional que contribuyen a desincentivar el derecho de queja y reclamo que tienen las pacientes frente a los abusos, lo que a su vez contribuye a perpetuar ese ambiente propicio para la violación de sus derechos. El primero de ellos se refiere al anonimato con que los médicos interactúan con las pacientes. En muchos casos las mujeres no saben el nombre de quienes la atendieron, lo

que dificulta enormemente identificar a quien eventualmente pudo haberla maltratado. Otro mecanismo, asociado con el anterior, se refiere a la frecuente rotación a la que está sujeto el personal de salud, lo que hace a veces muy difícil para las mujeres localizar a quienes la atendieron. Otros mecanismos, menos accidentales, se refieren a las advertencias que a veces reciben las mujeres en el sentido de que si se quejan les puede ir peor más adelante, justo cuando necesiten otra vez atención médica. El ánimo de no arriesgarse en ese sentido, sobre todo cuando se tienen responsabilidades como madre de familia, obliga a las mujeres a mantener en reserva el abuso del que han sido objeto.

Conclusiones

- *Primero:* queremos terminar este trabajo insistiendo en lo que ya señalamos más arriba: no sostenemos que todos los partos atendidos por las instituciones de salud públicas sean objetos de abusos ni de violación de derechos humanos. Por el contrario, estamos convencidas de la alta calidad y profesionalismo que caracteriza, en general, a nuestros servicios de salud. Pero sostenemos, sí, que existe un alto número de testimonios en los que se da cuenta de diversas formas de maltrato, lo que hace necesario una investigación en profundidad para sentar las bases que efectivamente contribuyan a erradicar este tipo de prácticas.
- *Segundo:* es importante insistir que no estamos solamente frente a un problema de "calidad de la atención" durante el parto/cesárea. Es verdad que los indicadores de calidad desarrollados más recientemente buscan considerar la cuestión de los derechos de las mujeres y el respeto a su libre albedrío. Pero reducir el problema a una mera cuestión de calidad es ignorar su naturaleza más profunda—se trata de un problema de derechos humanos— y contribuir, por lo tanto, a minimizarlo o invisibilizarlo.
- *Tercero:* hemos tratado de mostrar que existe toda una serie de abusos, formas de maltrato, y violaciones de derechos, que nos resultan familiares pero que hasta la fecha han permanecido relativamente ignorados porque no se trata de delitos claramente tipificados, ni de acciones que

traduzcan daños a la salud directamente verificables. Pero sostenemos que en el estudio de lo que hemos llamado *formas elementales* de violación de derechos, se encuentran las claves que nos permitirán comprender cómo se puede llegar a situaciones extremas. Es desde las formas elementales donde se da la construcción de las mujeres como objetos más que como personas, y donde por lo tanto se instrumenta la desacreditación de las mujeres como sujetos con derechos. Una vez que esta pequeña pero crucial operación de expropiación de derechos se ha consumado, queda abierto el camino para que se cometan abusos de mucha mayor envergadura. Que tales abusos mayores se concreten en unos casos y en otros no, queda sujeta a cuestiones de carácter más bien fortuito.

- *Cuarto*: si nuestra hipótesis es correcta, es imperativo implementar intervenciones en el ámbito de las *formas elementales* del abuso. Con ello estaríamos haciendo una auténtica prevención de las formas extremas, al mismo tiempo que estaríamos contribuyendo a dignificar un alto número de partos/cesáreas que registran este tipo de abusos pero que quedan en el olvido, asimilados al ámbito de la normalidad; o son vividos por las mujeres como un problema personal de mala suerte con los servicios de salud.

Agradecimientos

A las colegas investigadoras que nos cedieron algunos de los testimonios recolectados en sus proyectos, así como a las instituciones de salud del estado de Morelos —sus directivos y su personal de servicio— por su colaboración. Agradecemos también a las decenas de mujeres cuyo parto fue observado en el transcurso de esta investigación.

Maura Patricia Camino, Beda Mota y Citlalli Reyes colaboraron en la realización de las observaciones en las salas de labor y parto. Durante el bienio 1998-2000 esta investigación fue financiada con una beca de liderazgo de la Fundación MacArthur.

Bibliografía

- Bronfman, M. y Castro, R. (1989). "Discurso y Práctica de la Planificación Familiar en América Latina", en: *Saúde em Debate*, Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), No. 25, Londrina, Paraná. pp. 61-68.
- Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Cuernavaca: CRIM/UNAM.
- Cervantes, A. (1996). "De mujeres, médicos y burócratas: políticas de población y derechos humanos en México". En: G. Careaga, J.G. Figueroa, y M.C. Mejía (coords.). *Ética y salud reproductiva*. México: PUEG: pp. 317-348.
- CLADEM (1998). *Silencio y complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*. Lima: CRLP, CLADEM.
- CLADEM (1999). *Nada personal. Reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú 1996-1998*. Lima: CLADEM.
- CONAPO (1995). Encuesta Nacional de Planificación Familiar.
- Figueroa, J.G. (1990). "Anticoncepción quirúrgica, educación y elección anticonceptiva". Trabajo presentado en la Cuarta Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, México.
- IMSS (1998). Encuesta Nacional de Salud Reproductiva.
- Red por la Salud de las Mujeres del Distrito Federal (1996). *Tribunal para la defensa de los derechos reproductivos. Dossier de casos*. México: Red por la Salud de las Mujeres del DF.