

DEFINICIONES Y CONCEPTOS

DEFINITIONS AND CONCEPTS

DEFINICIÓN DE LA VIOLENCIA GINECOLÓGICA-OBSTÉTRICA

DEFINITION OF OBSTETRIC VIOLENCE

S. Brigidi¹⁻⁴, A. Polo^{3,5}, D. Mena-Tudela^{3,6}, C. Medina-Pradas^{3,7}

1 Medical Anthropology Research Center - MARC - Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España.

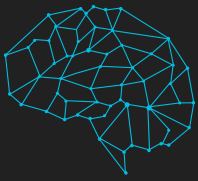
2 Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social - Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, España. 3 Observatorio de la Violencia Obstétrica de España -OVO-. 4 Institut de Recerca (VHIR), Fundació Universitari Vall d'Hebron. Grup de recerca Medicina Materna i fetal. 5 Enfermera especialista en ginecología y obstetricia comunitaria. 6 Departamento de Enfermería. Instituto Feminista. Universitat Jaume I, Castellón, España. 7 Departamento de Psicología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Internacional de La Rioja - UNIR, España.

RESUMEN

El artículo define la violencia ginecológica-obstétrica (VGO) como una forma de violencia estructural, simbólica y de género, que puede experimentarse a lo largo de todo el ciclo vital sexual y reproductivo de las mujeres. A su vez, también menciona la relación entre patriarcado, capitalismo y colonialismo en la salud sexual y reproductiva (SSR) de las mujeres. Por ello, se habla también de los fenómenos de racismo obstétrico y estratificación obstétrica interseccional, que terminan de dar forma al constructo de la VGO y a cómo ésta se acrecienta ante determinadas características de las mujeres (gestantes tardías, adolescentes, migrantes, etc.). Por tanto, la VGO se refiere a un fenómeno complejo

que precisa un cambio urgente en la formación sanitaria, no sólo en gineco-obstetricia, sino también en pediatría y anestesiología, así como un cambio en el modelo asistencial para profesionales que atienden la SSR de las mujeres, además de una sensibilización a nivel de ciudadanía. En definitiva, la VGO es hoy día un grave problema de salud pública y salud global que pone en riesgo el bienestar biopsicosocial de madres, bebés y profesionales, al que se debería estar atendiendo seriamente para su prevención y erradicación.

Palabras clave: violencia ginecológica-obstétrica; salud sexual y reproductiva; ámbitos físico, emocional y espiritual.



DEFINICIÓN

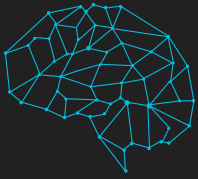
La violencia ginecológica-obstétrica (VGO) se define como una forma de violencia estructural, simbólica y de género (Šimonović, 2019). Es un fenómeno complejo por las implicaciones y secuelas que produce, tanto a nivel individual (la mujer), como en la diada (madre-bebe/s) y en el ámbito familiar y comunitario. La VGO es intergeneracional y transnacional. Se observa una interconexión de estructuras jerárquicas de poderes consolidadas y padecidas entre las diversas generaciones de mujeres (abuelas, madres, hijas, nietas) que ha contribuido a una normalización de la violencia en sus procesos de salud sexual y reproductivo (SSR). En la normalización de la VGO se evidencian los nexos entre los elementos socioculturales de construcción del discurso (por ejemplo, sobre el rol de las mujeres, las maternidades o la menopausia) y las representaciones y las prácticas biomédicas.

A nivel internacional, Venezuela fue el primer país del mundo en emplear el término en 2007, dentro de "La ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia", seguida por Argentina (2009) y los estados mexicanos de Durango, Veracruz, Guanajuato y Chiapas. En 2014 el senado nacional de México también aprobó modificaciones en varias leyes sobre violencia contra las mujeres para incluir la VGO como una práctica punible. En España la situación actual evidencia una negación ferviente que fomenta eufemismos al concepto de VGO como "intervenciones ginecológicas y obstétricas inadecuadas" o "violencia contra las mujeres en el ámbito reproductivo" (Boletín Oficial del Estado, 2023), aunque existe un reconocimiento cada vez mayor de la misma como un tipo de violencia machista –en Cataluña (2021) y País Vasco (2022)– o como un derecho general en el ámbito de la SSR de las mujeres (en la Comunidad Valenciana, 2022).

A pesar del marco normativo en VGO, resulta urgente un cambio en la formación sanitaria y especialista para el ejercicio no sólo gineco-obstétrico, sino también pediátrico, anestesiólogo y asistencial para profesionales que atienden la SSR de las mujeres, además de una sensibilización a nivel de ciudadanía. En efecto, la VGO tiene una incidencia mayor en general en aquellos lugares donde históricamente el modelo hospitalocéntrico y tecnocrático de atención a la SSR ha suplantado el conocimiento tradicional de las mujeres o donde se han colonizado dichos saberes (es decir, una violencia epistémica). La consolidación del "poder

obstétrico" (Arguedas, 2019), del control social sobre los cuerpos (amplificado en el caso de cuerpos no normativos) y un abordaje patologizador de los ciclos vitales de las mujeres han fomentado la VGO. Por otra parte, como mencionó también la Relatora Especial de la Organización de Naciones Unidas, además de la falta de consenso sobre el modo de definir la VGO, lo que preocupa es cómo medirla en los centros sanitarios (Šimonović, 2019). El uso exclusivo del pensamiento cuantitativo para medir el fenómeno de la VGO no ha permitido profundizar y explorar los contextos de las subjetividades, manteniendo una visión paternalista, androcéntrica y universalista. Los indicadores, las escalas y las encuestas son insuficientes para poder comprender y abordar la complejidad que presenta el fenómeno de la VGO.

La VGO puede experimentarse a lo largo de todo el ciclo vital sexual y reproductivo de las mujeres. Desde la (presencia/ausencia de) menarquia y fertilidad, al proceso de embarazo, parto, puerperio y lactancia materna, hasta llegar a la menopausia y el climaterio. Todas estas vivencias pueden oscilar desde elementos fisiológicos a cuestiones patológicas y viceversa. Es decir, se observa un continuum experiencial para deconstruir la idea de categorías de riesgo asociadas a la edad y/o a la clase social de las mujeres y, en su lugar, contemplar toda la SSR en su complejidad y, sobre todo, desde una visión interseccional. Sin embargo, debido a la brutalidad, carnificación y cosificación que se puede llegar a vivir antes, durante y después del parto y del nacimiento, siendo las mujeres y sus bebés ontológicamente constituidos como sujetos frágiles y vulnerables, estas experiencias han sido, hasta el momento, las más estudiadas y vinculadas con la VGO. Por ello, para mencionar los actos que constituyen la VGO y sus secuelas, se hace referencia a tres ámbitos fundamentalmente (físico, emocional y espiritual) y a tres fases: durante la gestación, el parto y el posparto¹. Durante la gestación, el auto registro de la glucemia capilar permite cribar la diabetes gestacional con un valor semejante a las pruebas de sobrecarga oral de glucosa (Banco de Preguntas Preevid, 2006) evitando a la mujer gestante y al/a la bebé en gestación malestares y frecuentes náuseas y vómitos, a la vez que permite conocer el impacto de los alimentos en su respuesta glucémica con el consecuente beneficio en la capacidad de autogestión de la dieta. Es éste un ejemplo paradigmático de privación de beneficio, evitando daño, y de ejercer el derecho a una decisión informada y autónoma.



Durante el parto, se pueden encontrar como manifestaciones de VGO todas las inducciones, cesáreas, uso de oxitocina indebida, partos instrumentales y episiotomías definidas como innecesarias; es decir, no justificadas ni basadas en la evidencia científica. La falta de acceso a métodos no farmacológicos de alivio del dolor, el parto con vía venosa periférica, la monitorización continua, la epidural con bloqueo motor, (Mena Tudela et al., 2020) reflejan la escena cotidiana de privación del derecho a un parto/nacimiento gozoso y seguro y un robo tecnocrático del derecho al ser de la mujer madre y de la persona bebé naciente).

En cuanto al ámbito emocional, se observa cómo, aparte de los ya citados, otros indicadores de VGO como verbalizaciones, expresiones y humillaciones infantilizadoras y ninguneadoras hacia las mujeres tienen un impacto muy negativo en su salud psicológica, en un momento de vulnerabilidad psíquica máxima además (Olza, 2014). La pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos que experimentan las mujeres a consecuencia de la VGO, de lo que han hecho o no han hecho las/os profesionales que las atendieron, de la VGO protocolizada y de la invisible, tiene un impacto importante en ellas, suponiendo un factor de riesgo para desarrollar problemas de ansiedad, depresión y/o estrés postraumático. Las percepciones de abusos durante su parto o el haber vivenciado un parto violento están presentes en casi la mitad de las mujeres, con consecuencias desde la culpa, el miedo, la indefensión, pesadillas, aislamiento y falta de apoyo, problemas de pareja, dificultades con la lactancia y en la interacción con el/la bebé, el no querer tener más, etc. hasta la evitación del sistema sanitario. Todas ellas son consecuencias muy graves y que alteran sus proyectos de vida. Además, una madre traumatizada o deprimida tiene dificultades en la interacción con su bebé, lo que afecta al apego que éste/a vaya a desarrollar y a otras problemáticas conductuales (Beck, Driscoll y Watson, 2013); así como un mal trato durante su nacimiento puede tener otras consecuencias negativas como problemas respiratorios, discapacidad, necesitar el ingreso, problemas de aprendizaje, psicopatología del desarrollo, ansiedad, etc. (Van Sieleguem et al., 2022). Y, por último, también se han demostrado las consecuencias de la VGO en las matronas (profesionales que están con las

mujeres) u otras/os profesionales que las atienden, por ejemplo, en forma de estrés postraumático secundario o burn out laboral. Se habla de traumatización vicaria o de "el coste de estar con las mujeres" versus "el coste de estar con el Sistema" (Leinweber & Rowe, 2010). Atender las necesidades emocionales de los y las profesionales que atienden partos y procesos relacionados con la SSR de las mujeres es otra tarea pendiente relacionada con la prevención de la VO.

El ámbito espiritual, por su parte, consiste en no respetar las solicitudes, demandas o tradiciones y prácticas espirituales, creencias y religiones (Brigidi, 2022). La violencia espiritual/religiosa se observa cada vez que la estructura sanitaria o el equipo de profesionales ridiculizan, prohíben o castigan prácticas religiosas como comer comida sagrada, usar agua bendita, tener amuletos o escuchar determinadas músicas, así como cuando adoptan una postura trivial frente a las solicitudes de las mujeres y sus familiares.

Finalmente, es importante también mencionar la relación entre patriarcado, capitalismo y colonialismo en la SSR de las mujeres, dentro de la cual se observa cómo la VGO se amplifica en los cuerpos de mujeres migrantes, vulnerabilizadas por el sistema. Por ello, se habla de los fenómenos de racismo obstétrico (Davis, 2019) y estratificación obstétrica interseccional (Brigidi, 2022), que terminan de dar forma al constructo de la VGO y a cómo ésta se acrecienta ante determinadas características de las mujeres (gestantes tardías, adolescentes, etc.).

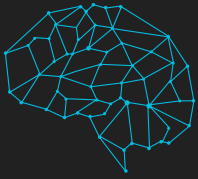
En definitiva, la VGO es hoy día un grave problema de salud pública y salud global que pone en riesgo el bienestar biopsicosocial de madres, bebés y profesionales, al que se debería estar atendiendo seriamente para su prevención y erradicación. El reconocimiento que lentamente se está haciendo de este tipo de situaciones violentas como algo "estructural" permite traspasar su análisis de lo privado a lo público, a lo social y a lo político.

ENGLISH VERSION

ABSTRACT

The article defines gynecological obstetric violence (GOV) as a form of structural, symbolic, and gender-based

¹Las autoras han realizado un ejercicio sintético, privilegiando sólo algunos aspectos debido a una cuestión de espacio. Son conscientes de que se están abordando sólo algunas de las consecuencias físicas, emocionales y espirituales de la VGO.



violence that can be experienced throughout the sexual and reproductive life cycle of women. It also discusses the relationship between patriarchy, capitalism, colonialism, and women's sexual and reproductive health (SRH). The article addresses phenomena like obstetric racism and intersectional obstetric stratification, which further shape the construct of GOV and how it intensifies with specific characteristics of women (late-stage pregnancy, adolescents, migrants, etc.). Therefore, GOV refers to a complex phenomenon that urgently requires a change in healthcare training, not only in gynecology-obstetrics but also in pediatrics, anesthesiology, and the care model for professionals addressing women's SRH, in addition to raising awareness at a societal level. In conclusion, GOV is a severe public health and global health problem that jeopardizes the biopsychosocial well-being of mothers, babies, and professionals and should be seriously addressed for prevention and eradication.

Keywords: gynecological obstetric violence; sexual and reproductive health; physical, emotional, and spiritual ambits.

DEFINITION

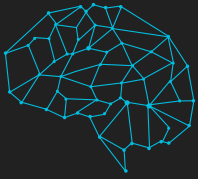
Gynecological obstetric violence (GOV) is defined as a form of structural, symbolic, and gender-based violence (Šimonović, 2019). It is a complex phenomenon due to the implications and consequences it has, both at an individual level (the woman) and in the dyad (mother-baby/babies), as well as in the family and community. GOV is intergenerational and transnational. An interconnection of consolidated hierarchical power structures is observed among different generations of women (grandmothers, mothers, daughters, granddaughters), contributing to the normalization of violence in their sexual and reproductive health (SRH) processes. The normalization of GOV highlights the links between sociocultural elements of discourse construction (e.g., women's roles, motherhood, menopause) and biomedical representations and practices.

Internationally, Venezuela was the first country in the world to use the term in 2007, within "The Organic Law on the Right of Women to a Life Free of Violence," followed by Argentina (2009) and the Mexican states of Durango, Veracruz, Guanajuato, and Chiapas. In 2014, the Mexican national senate also approved modifications to several laws on violence against women to include GOV as a punishable practice. In Spain, the current situation shows a fervent denial that promotes euphemisms for the concept of GOV, such

as "inadequate gynecological and obstetric interventions" or "violence against women in the reproductive sphere" (Official State Gazette, 2023). However, there is an increasing recognition of it as a type of macho violence—in Catalonia (2021) and the Basque Country (2022)—or as a general right in the field of women's SRH (in the Valencian Community, 2022).

Despite the normative framework regarding GOV, there is an urgent need for a change in healthcare and specialist training, not only in gynecology-obstetrics but also in pediatrics, anesthesiology, and healthcare provision for professionals addressing women's SRH, in addition to raising awareness at the societal level. In fact, GOV has a greater impact in general in those places where historically the hospital-centered and technocratic model of SRH care has supplanted the traditional knowledge of women or where such knowledge has been colonized (i.e., epistemic violence). The consolidation of "obstetric power" (Arguedas, 2019), social control over bodies (amplified in the case of non-normative bodies), and a pathologizing approach to women's life cycles has fostered GOV. Moreover, as mentioned by the UN Special Rapporteur, besides the lack of consensus on how to define GOV, the concern lies in how to measure it in healthcare centers (Šimonović, 2019). The exclusive use of quantitative thinking to measure the phenomenon of GOV has not allowed for a deeper exploration of the contexts of subjectivities, maintaining a paternalistic, androcentric, and universalistic view. Indicators, scales, and surveys are insufficient to comprehend and address the complexity presented by the phenomenon of GOV.

GOV can be experienced throughout the entire sexual and reproductive life cycle of women, from (presence/absence of) menarche and fertility to the processes of pregnancy, childbirth, postpartum, and breastfeeding, up to menopause and climacteric. All these experiences can range from physiological elements to pathological issues and vice versa. In other words, there is an experiential continuum to deconstruct the idea of risk categories associated with age and/or the social class of women and, instead, consider all SRH in its complexity and, above all, from an intersectional perspective. However, due to the brutality, carnification, and objectification that can be experienced before, during, and after childbirth and delivery, with women and their babies being ontologically constituted as fragile and vulnerable subjects, these experiences have been, so far, the most studied and linked to GOV. Therefore, to mention the acts that constitute GOV and its consequences, reference is made to three fundamental



domains (physical, emotional, and spiritual) and three phases: during gestation, childbirth, and postpartum. During gestation, self-monitoring of capillary glycemia allows screening for gestational diabetes with a value similar to the oral glucose tolerance test (Banco de Preguntas Preevid, 2006), preventing discomfort and frequent nausea and vomiting in pregnant women and the fetus, while also allowing an understanding of the impact of food on their glycemic response, with the consequent benefit in their ability to self-manage their diet. This is a paradigmatic example of benefit deprivation, avoiding harm, and exercising the right to an informed and autonomous decision.

During childbirth, manifestations of GOV can be found in all inductions, cesarean sections, misuse of oxytocin, instrumental births, and episiotomies defined as unnecessary; that is, not justified or based on scientific evidence. The lack of access to non-pharmacological pain relief methods, peripheral intravenous childbirth, continuous monitoring, epidural with motor block (Mena Tudela et al., 2020) reflect the everyday scene of depriving the right to a joyful and safe birth/delivery and a technocratic theft of the right to be of the mother and the emerging baby/person.

Regarding the emotional domain, it is observed that, besides those already mentioned, other indicators of GOV such as infantilizing verbalizations, expressions, and humiliations have a very negative impact on women's psychological health, at a moment of maximum psychic vulnerability as well (Olza, 2014). The loss of autonomy and the ability to decide freely about their bodies that women experience as a consequence of GOV, of what professionals have or have not done for them, of institutionalized GOV, and invisible GOV, has a significant impact on them, posing a risk factor for developing anxiety, depression, and/or post-traumatic stress. Perceptions of abuse during childbirth or having experienced a violent birth are present in almost half of women, with consequences ranging from guilt, fear, helplessness, nightmares, isolation and lack of support, relationship problems, difficulties with breastfeeding and interacting with the baby, not wanting to have more children, etc., to avoiding the healthcare system. All of these are very serious consequences that alter.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe, 11(1), 145-169.
2. Beck, C.T., Driscoll, J.W., & Watson, S. (2013). Traumatic childbirth. Routledge.
3. Banco de Preguntas Preevid (2006). Fiabilidad del test de O'Sullivan mediante análisis de glucemia capilar vs análisis de glucemia sérica Murciasalud, Disponible en <http://www.murciasalud.es/preevid/3066>
4. Brigidí, S. (2022). Estratificación obstétrica interseccional. En (Con)textos: revista d'antropologia i investigació social, 10, 93-113 <https://doi.org/10.1344/test.2022.10.93-113>
5. Boletín Oficial del Estado. (2023). Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5364>
6. Comunidad Autónoma de Cataluña. (2021). Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-464
7. Comunidad Autónoma de la Comunitat Valenciana. (2022). Ley 10/2014, De 29 Diciembre de Salud de la comunidad valenciana Comunidad Valenciana.
8. Comunidad Autónoma del País Vasco. (2022). Ley 1/2022, de 3 de marzo, de segunda modificación de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres. En Boletín Oficial del Estado.
9. Davis, D.A. (2019). Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing. *Medical anthropology*, 38 (7), 560-573. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>
10. Leinweber, J. & Rowe, H.J. (2010). The costs of 'being with the woman': secondary traumatic stress in midwifery. *Midwifery*, 26(1), 76-87.
11. Mena-Tudela, D., Cervera-Gasch, A., Alemany-Anchel, M.J., Andreu-Pejó, L., González-Chordá, V.M. (2020). Design and Validation of the PercOV-S Questionnaire for Measuring Perceived Obstetric Violence in Nursing, Midwifery and Medical Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 2-11.
12. Murcia Salud. Fiabilidad del test de O'Sullivan mediante análisis de glucemia capilar vs análisis de glucemia sérica. <https://www.murciasalud.es/preevid/3066>
13. Olza, I. (2014). Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 111, 79-83.
14. Šimonovič, D. (2019). A Human Rights-Based Approach to Mistreatment and Violence against Women in Reproductive Health Services with a Focus on Childbirth and Obstetric Violence; UN: New York, NY, USA.
15. Van Sieleguem, S., Danckaerts, M., Rieken, R., Okkerse, J.M.E., de Jonge, E., Bramer, W.M., Lambregtse-van den Berg, M.P. (2022). Childbirth related PTSD and its association with infant outcome: A systematic review. *Early Human Development*, 174, 105667.