

# Condición de VIH/sida como situación adicional para ejercer violencia obstétrica en mujeres que llevan a término el embarazo en América Latina, una revisión documental

---

Anadshieli Morales Celaya  
Grupo de Estudios sobre Derechos, Géneros y Diversidades, A.C.

## Resumen

Desde el año 2007 la violencia obstétrica se ha visibilizado en países como Venezuela, Argentina y México, principalmente con el fin de tipificar las agresiones que enmarcan el proceso de embarazo, parto y puerperio en los espacios con atención biomédica, y así ofrecer alternativas para su erradicación. De acuerdo con una investigación documentada y testimonios de mujeres embarazadas que viven con VIH/sida en América Latina, se evidencian situaciones de violencia obstétrica que enfrentan las mujeres con dicho perfil, de la cual no se han conceptualizado en su totalidad bajo esta perspectiva. El objetivo de este texto pretende describir los resquicios que no se están tomando en cuenta al hablar del tema y su relación con condiciones de salud diferente como es el caso del VIH/sida en el continente desde una perspectiva de género, derechos sexuales y derechos reproductivos, y con enfoque psicosocial.

Palabras clave: violencia obstétrica, género, VIH y embarazo.

## Abstract

Since 2007 attention has been drawn to obstetrical violence in many countries such as Venezuela, Argentina, and Mexico primarily in order to criminalize aggression framing the process of pregnancy, birth, and puerperium in places offering biomedical attention and, in this way, to offer alternatives to eradicate it. According to documentary research and testimonies of pregnant women who live with HIV/AIDS in Latin America, situations of obstetrical violence suffered by these women have been demonstrated, but not fully conceptualized from this perspective. The objective of this text is to describe the details that had not been taken into consideration in discussing

the subject and its relationship with different health conditions such as HIV/AIDS on the continent from a gender perspective, sexual rights, and reproductive rights with a psycho-social focus.

Keywords: obstetrical violence, gender, HIV, pregnancy.

## Introducción

La violencia obstétrica se ha establecido como una expresión más de la violencia, y cuyo significado aún está en construcción. Si bien existen diferentes definiciones, se remite a tres vertientes importantes: la violación a los derechos humanos al vulnerar el que corresponde al acceso, atención y protección a la salud humanista y universal; la violación de los derechos sexuales y reproductivos, así como la violencia de género, en tanto las construcciones alrededor de ser mujer, el cuerpo, el proceso reproductivo, el deber ser de la mujer embarazada y mujer en el parto desde el espacio hospitalario, todo lo anterior guiado por un control reproductivo y sexual que daña la integridad y salud de las mujeres.

Estos enfoques han originado diferentes nociones que visibilizan las formas en que se violenta a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, y que hasta antes del año 2007 no se conceptualizaban bajo la óptica de *violencia obstétrica* tal como los casos de esterilizaciones forzadas, cesáreas innecesarias, falta de atención al proceso reproductivo, entre otras.

A lo anterior se atribuye que las condiciones de salud —como diabetes, cáncer o VIH/sida— en mujeres en embarazo, parto o puerperio, juegan un papel importante para que la violencia obstétrica se manifieste, sobre todo en esta última, de manera más simbólica y con prácticas más violentas porque no sólo se trata de atender el proceso gineco-obstétrico, sino también considerar otros protocolos médicos y los imaginarios alrededor del ser mujer embarazada que vive con VIH.

Para el fin de este texto me referiré exclusivamente a las mujeres embarazadas que viven con VIH/sida como un detonante que establece una doble violencia obstétrica, pues —según se menciona en el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH y el sida (ONUSIDA, 2019)—, el número de mujeres en América Latina que viven con VIH representó para 2018 hasta 65% del total de nuevas infecciones; además, 77% de las mujeres embarazadas tienen acceso a medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH; y en más de la mitad de los 21 países definidos como prioritarios en el Plan Mundial de ONUSIDA —en el cual figuran México y varios de América Latina y el Caribe— no se da respuesta a las necesidades de planificación familiar que afectan al menos a 25% del total de mujeres casadas.

Si bien la atención a estas problemáticas ha generado diferentes políticas públicas encaminadas a la prevención de transmisión perinatal, diagnóstico oportuno, adherencia al tratamiento antirretroviral (ARV) durante el embarazo, conteo

de CD4,<sup>1</sup> uso de métodos anticonceptivos y, en muy pocos casos, interrupción del embarazo por VIH/sida, las mujeres seropositivas siguen luchando contra el estigma y la exclusión dentro del espacio hospitalario como consecuencia de perspectivas médicas que dejan fuera factores bioculturales, la perspectiva de género, la sexualidad de la mujer, la poca información que tiene el personal de salud en materia de prevención de transmisión perinatal, la criminalización de quienes deciden ejercer la maternidad bajo estas condiciones dentro del espacio hospitalario, el nulo consentimiento informado para aplicación de pruebas rápidas y el trato denigrante para las mujeres por parte del personal de salud (Balance, 2017a).

La construcción de este texto se basó en una investigación documentada con fuentes primarias, entre ellas notas periodísticas que señalaban casos de violencia obstétrica y resaltaba la condición de las mujeres que viven con VIH; por otra parte, se revisó la legislación y protocolos de atención a las mujeres que desean ejercer su maternidad con dicha condición, así como artículos especializados en el tema de VIH/sida, género, derechos sexuales y reproductivos, embarazo y violencia obstétrica.

Estas fuentes de información se retroalimentaron con fragmentos de entrevistas de campañas audiovisuales en contra de la violencia obstétrica por parte de organizaciones de la sociedad civil, y que a su vez reflejaban la condición de las mujeres con VIH/sida de Guatemala, México, Honduras y Nicaragua; todo con el fin de describir y analizar la violencia determinada por una condición de salud presente en el proceso de embarazo, parto y puerperio, y lo que se está haciendo en materia legislativa sobre violencia obstétrica en el país y la criminalización por el hecho de padecer VIH/sida.

## Violencia obstétrica, fallo al juramento hipocrático

La construcción del modelo biomédico hegemónico hizo de la medicina una institución objetiva, neutral y con enfoque positivista, que rechazaba lo que no estuviera bajo este arquetipo al considerarlo carente de científicidad y, por lo tanto, de efectividad curativa en términos biomédicos; por ejemplo, la medicina natural, la medicina china o la ayurvédica (Romo-Medrano, 2015). Para los siglos XVII y XVIII dicho modelo incluyó la obstetricia entre las áreas a atender, y aunque esta innovación modernizó los procesos de atención del embarazo y el parto, también inventó la tecnificación del cuerpo al concebirlo como objeto de control a fin de establecer lo que es enfermo y no, así como lo que es normal de lo que no lo es para las mujeres en embarazo, parto y puerperio (Foucault, 1996; Magnone, 2009; Castro y Erviti, 2014).

<sup>1</sup> Prueba que mide la cantidad de linfocitos en la sangre, es decir, los glóbulos blancos que combaten infecciones y para el caso de las personas que viven con VIH, determinar las complicaciones graves o no por el virus.

Es así como el conocimiento empírico de la mujer embarazada o en trabajo de parto es descalificado por la institución médica, siendo estos procesos el centro de atención que a su vez producirá cuerpos obedientes, objetivados y sexuados. “Desde el consultorio médico hasta la sala de partos, los diversos lugares donde se sigue el control del embarazo hasta el parto, interconectados entre sí, conforman una institución total, en los términos definidos por Goffman (2001). La mujer embarazada, al ser reducida a la circunstancia de su preñez, es violentada en su condición de sujeto moral. A partir de ese primer acto violento se desprenden los demás” (Arguedas, 2014: 156).

La literatura sobre violencia obstétrica ha realizado esfuerzos por pronunciar, considerar o nombrar lo que no existe en lenguaje, pero sí en prácticas sociales para poner en evidencia algunos elementos que no se ven fácilmente en la relación entre el personal de salud y las mujeres, como los silencios, las emociones o la interacción social (Steiner, 1989; Collins, 2004). Por su parte, diversos estudios en el tema de salud, atención médica, planificación familiar o procesos médicos (D’Oliveira, 2002; Bowser y Hill, 2010) reforzaron estas denominaciones en el marco de la atención del proceso reproductivo al esclarecer la existencia de patrones de múltiples violencias en dicha atención.

Para De Mesquita, Da Silva y Silva (2018), la violencia obstétrica marcada en el ámbito psicológico es una de las formas menos visibles de esta agresión y una de las más recurrentes en el ambiente médico-hospitalario, caracterizándose no sólo por causar un malestar a quien la sufre —como en el caso de las mujeres embarazadas—, sino entrelaza un problema multifactorial que se puede mirar desde las prácticas sociales, la interacción social y la interacción institucional. En este sentido, se han elaborado diferentes alternativas de estudio que retomen una perspectiva sociocultural para entender el maltrato obstétrico, pero de manera que englobe factores sociales, culturales, institucionales y políticos.

Desde la sociología o la antropología —y más tarde el derecho—, este esfuerzo pudo definir conceptualmente las prácticas que representan la subordinación de las mujeres en el proceso reproductivo: la violencia obstétrica se entiende como el cúmulo de violencias que amenazan la integridad y salud de adolescentes y adultas en el proceso de embarazo, parto y puerperio; una violación constante a los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud que las atiende (Castro y Erviti, 2003; Herrera, 2010; Magnone, 2009; López *et al.*, 2003).

Se puede partir desde diferentes puntos de análisis para su definición: la categoría de género y las relaciones creadas entre el personal médico y la usuaria; las políticas públicas que definan la violencia obstétrica por parte del Estado; a partir de un análisis socioeconómico, y el papel de las instituciones como reproductoras de esta violencia.

Para Roberto Castro y Joaquina Erviti es un tópico que ha comprendido los últimos 25 años, por lo que “se está enfrentando un problema que tiene que ver con la violación de los derechos a la salud y la salud reproductiva de las usuarias” (Castro y Erviti, 2014: 39).

En el campo de investigación sobre mujeres y salud, a partir de las últimas décadas la violencia hacia las mujeres comienza a mirarse como un problema social que atañe al ámbito público. De esta forma, el género tuvo mayor énfasis para explicar cómo eran —y siguen siendo— las relaciones dentro del ámbito médico. La inequidad de género y violencia de género son puntos cruciales que deben tomarse en cuenta para su ejercicio. Al respecto, Herrera (2010: 136) ha propuesto que “la cultura de género aún dominante en amplios sectores de la población en América Latina establece que las mujeres no son dueñas de su cuerpo, sexualidad y reproducción, porque estos aspectos de su vida, así como muchos otros, deben ser tutelados por una autoridad que en general es masculina, pero a veces es ejercida por mujeres en representación de aquella”.

Si bien estas agresiones antes no se consideraban como violencia obstétrica, sí se investigaban bajo la idea de maltrato en las salas de parto, la relación de género en el proceso reproductivo, la perspectiva de usuaria y ciudadanía, y el cuerpo como espacio para ejercer poder en el espacio hospitalario. Dichas conceptualizaciones son críticas para entender cómo se ha medicalizado el parto y su contraposición con el parto fisiológico (respetado/humanizado), y tienen su origen de estudio en aspectos sociales condicionados por el género, la posición económica y el acceso a la salud.

En el contexto latinoamericano, Venezuela fue pionero (2007) en establecer leyes que tipificaron este tipo de violencia bajo la denominación de *violencia obstétrica*, como parte de la Ley Orgánica de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela,<sup>2</sup> al definirse como: “[...] apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (LOAMVLV, 2019 [2007]).

Más tarde, Argentina y México establecieron los parámetros que, de acuerdo con el marco normativo y testimonial presentado, definían a la violencia obstétrica en sus leyes referentes a una vida libre de violencia. En el caso de México, el Senado de la República aprobó modificar la Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres y la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para tipificar como violencia obstétrica lo siguiente:

<sup>2</sup> Es inexacto establecer la conceptualización de la *violencia obstétrica* debido a que no hay más datos de su inclusión hasta su aparición en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela en marzo de 2007.

[...] la esterilización sin autorización de la paciente y cesáreas en casos innecesarios, parte del personal médico que dañen, lastimen o denigren a la mujer durante la gestación, alumbramiento o el post-embarazo. Incluye el uso de anticonceptivos o esterilización sin autorización de las pacientes, así como los casos donde se obstaculiza el apego precoz del niño al negarle a la madre la posibilidad de cargarlo y amamantarlo después de nacer (LGAMVLV, 2019 [2014]).<sup>3</sup>

Con estas definiciones se deja en claro que no sólo es la violencia institucional o de género la que permea la violencia obstétrica, sino que existen diversas formas en que se violenta a las mujeres y que gran parte de este maltrato es practicado por el personal médico, sin descartar al personal hospitalario.

Independiente de las perspectivas con que se mire la violencia obstétrica, no se puede desarticular una violencia sin otra. Gracias a estas conceptualizaciones se pueden entender cómo surgen las relaciones de poder existentes entre el personal de salud y las prácticas de violencia que ejercen —en la mayoría de los casos— y las mujeres que la reciben.

Debido al reconocimiento de la violencia obstétrica como concepto y práctica recurrente en nuestro país, se han llevado a cabo políticas públicas en favor de mejorar las necesidades que presentan las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Algunas se enfocan en la cobertura y calidad de los servicios, como se establece en el Programa de Acción específico en Salud Materna y Perinatal 2013-2018, en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, para darle prioridad de atención, promoción, protección y prevención en materia de salud a problemáticas relacionadas con la planificación familiar, educación integral de la sexualidad, lactancia materna, salud sexual y reproductiva, partería, entre otros.

Sin embargo, en el país persisten enormes brechas en el acceso a una atención calificada en salud materna fuera de cualquier tipo de violencia. Muestra de lo anterior en el contexto mexicano son las Recomendaciones 10/2006, 13/2006, 2/2009, 7/2011, 15/2012, 3/2015 y 7/2017, emitidas por la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF, 2018). Las recomendaciones son instrumentos que parten de las quejas ciudadanas a diferentes instituciones —en este caso, a las de salud con atención biomédica—, para que la CDHDF solicite una pronta resolución de las violaciones a derechos de las mujeres víctimas de violencia obstétrica.

<sup>3</sup> En México se logró la tipificación gracias a los marcos legales e internacionales para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres ratificados por el Estado mexicano, tales como la Convención Belem Do Pará y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, mismas que tenían sustento en el trabajo que numerosas organizaciones civiles en materia de salud sexual y reproductiva, así como de derechos humanos, y pusieron énfasis en la focalización para visibilizar las problemáticas de acceso y reparación del daño de esta violencia.

Por su parte, el contexto latinoamericano se ha apoyado de estudios y planes desarrollados por la Organización Panamericana de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (ONUSIDA, 2019), diseñando acciones contra la violencia obstétrica y las dificultades que vulneran los derechos de las mujeres en el ámbito de la sexualidad y reproducción. De manera conjunta, la OMS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas también han colaborado con diferentes programas de salud establecidos en diversos países para que dichas acciones cuenten con el apoyo necesario en materia política y económica, con miras a resolver las necesidades en salud materna y perinatal.

De acuerdo con la investigación realizada sobre el tema (Atkin *et al.*, 1998; D'Oliveira *et al.*, 2002; López *et al.*, 2003; Magnone, 2009; Bowser y Hill, 2010; Herrera, 2010; Castro y Erviti, 2003; Castro, 2014, entre otros), en los últimos años han aumentado los estudios para encontrar otras formas en las que se manifiesta la violencia obstétrica, abriendo el panorama para saber en qué condiciones —fuera de las ya mencionadas— las mujeres son violentadas durante el parto. Con este contexto se da paso al análisis de los casos en que una condición de salud diferente —como la de VIH/sida— implica un ejercicio de violencia obstétrica, más cuando se trata de una situación estigmatizada para las mujeres que deciden ejercer una maternidad con esta condición.

## Embarazo + VIH, condicionante de discriminación y violencia obstétrica

Los discursos de la violencia son relativos a tiempos y sociedades específicos, generan modalidades y valores distintos para expresar confrontaciones, situaciones, interacciones, causas, etc. A su vez, definir los escenarios que implica el ejercicio de violencia obstétrica da cabida para pensar de qué otras maneras se presenta dicha violencia.

Resulta abrumador encontrar que, pese a los esfuerzos legislativos y normativos para disminuirla y erradicarla, la condición de salud de VIH/sida de algunas mujeres implica una doble violación de derechos al momento de su embarazo, y se recrudece con el parto y puerperio —y solo hasta los últimos años se habla de ello como un enfoque reciente de la violencia obstétrica (Balance, 2017b).

La epidemia por VIH/sida ha sido uno de los estandartes de investigación más analizados. Por una parte, desde la perspectiva médica para encontrar una cura, uso de antirretrovirales (ARV), carga serológica, factores inmunológicos y metabolismo, entre otros aspectos de salud. Por otro lado, se han cuestionado los contextos en que aparece el VIH: los *cómo* y *por qué* han inundado el tema con diferentes problemáticas que apuntan a aspectos sociales, culturales, lingüísticos y sexuales, por mencionar algunos. Entre estas dos aristas se estudia lo que acontece cuando una mujer embarazada que vive con VIH desea ejercer su maternidad.

La “feminización del VIH/sida” ha sido un tema que comienza a tener atención en los últimos años, gracias al trabajo de organizaciones que se dedican de forma abierta y explícita al tema de derechos sexuales y reproductivos. Este esfuerzo ha permitido abordar cómo la construcción de un nuevo estilo de vida actúa de forma significativa para la (re)construcción y (re)organización de la vida cotidiana (Velzeboer *et al.*, 2003; García, 2009).

Entre hombres y mujeres en edad reproductiva que viven con VIH/sida no dista la decisión de tener hijos o hijas pese a tal condición, pues en diferentes estudios llevados a cabo en países de altos, medianos y bajos ingresos se ha demostrado que, ante la existencia de tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA) se puede ejercer una paternidad y maternidad informada y libre de transmisión vertical (Herrera, Kendall y Campero, 2014).

Toda mujer en edad reproductiva necesita recibir información para conocer la manera de llevar el embarazo a término de forma saludable, tal como se estipula en ciertas normas de salud y leyes federales como la Norma Oficial Mexicana Nom 007 “Atención del embarazo, parto y puerperio y la persona recién nacida”, así como los artículos 6 y 7 y siete constitucionales respecto de recibir información como derecho inalienable.

Por su parte, la Norma Oficial Mexicana Nom 010 “Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana”, recalca que el personal de salud debe ofertar la prueba de sífilis y VIH a toda mujer embarazada, informarla sobre la prueba, en específico durante el embarazo y parto, destacando la búsqueda de la atención médica para diagnóstico, tratamiento, seguimiento y atención; disponer de sustitutos de leche materna y —entre otros aspectos— regirse por los criterios de consentimiento informado y confidencialidad para respetar el derecho a la privacidad de la mujer.

Por el contrario, algunas investigaciones (Mawar *et al.*, 2005; Herrera, Kendall y Campero, 2014) arrojan resultados como la desinformación en materia de tratamiento antirretroviral para el embarazo, lo cual desde la perspectiva de género implica en las mujeres que quieren ejercer sus derechos sexuales y reproductivos una limitante ante la falta de información y acceso a los mismos para evitar transmisiones verticales. A su vez, se reporta que no existe consentimiento informado (y firmado) antes de aplicar la prueba a las mujeres embarazadas, por lo que algunas se enteran de que son portadoras cuando les comunican el resultado.

En México, para 2017 se estimaba que 21% (48 600) de las personas adultas que viven con VIH son mujeres (Censida, 2018). En ese contexto, se han logrado incorporar en el marco legal y normativo relacionado con este padecimiento a la salud sexual y reproductiva y tener un amplio espectro de atención para las mujeres seropositivas. En el caso de Guatemala, incluyó un manual específico para atenderlas de forma integral, ejemplo que llegó a México para considerar una línea de ac-

ción que brindara servicios de salud reproductiva a las personas que viven con VIH, y en especial un proyecto de planificación familiar en las mujeres afectadas con dicho padecimiento (Balance, 2017b).

Sin embargo, la mayoría de las discusiones se planean en un panorama de salud-enfermedad que distan de una atención integral sin violencia para las mujeres que ejercen la maternidad viviendo esta condición:

La agenda pública sobre VIH-sida tiene como una de sus prioridades la reducción de los índices de trasmisión vertical. Este punto, sin duda de primera importancia en las políticas y prácticas relacionadas con el tema, se organiza, sin embargo, sobre la base de un tipo de abordaje que recorta sus acciones a la prevención de la trasmisión perinatal omitiendo una respuesta integral al conjunto de requerimientos de las mujeres que se embarazan y tienen hijos estando afectadas por esta enfermedad estigmatizada y frecuentemente asociada con la muerte (García, 2009: 250).

De acuerdo con la autora, existe una disociación por atender el embarazo y el VIH de entre las cuestiones sociales que atraviesan de forma transversal el tema. En este punto es necesario hacer mención del maltrato en las salas de parto que algunas mujeres han experimentado, cuyo enfoque completo de salud sexual y reproductiva es inexistente y el primer condicionante para el maltrato es el VIH.

Si bien se aboga por una línea preventiva en materia de transmisión vertical, ésta no tiene la perspectiva integral para tratar el tema de estigma y prejuicio —elementos característicos del VIH— al momento en que las mujeres embarazadas, en parto o puerperio son atendidas en el hospital. Asimismo, no se ha logrado incorporar en su totalidad la perspectiva de género para promover las necesidades específicas del sector.

Tal como mencionan Herrera, Kendall y Campero (2014: 135): “las desigualdades valorativas que proceden del sistema de sexo-género se traducen en desigualdades en la percepción de derechos sexuales [...] No obstante, en sociedades como la mexicana se deben seguir considerando de manera prioritaria las principales diferencias y necesidades particulares de cada género y orientación sexual. Si no se aborda el problema del VIH desde esta perspectiva, es difícil mejorar las estrategias de prevención [y atención] de todas las personas afectadas”.

## Violencia obstétrica y VIH, lo que se contempla de esta vinculación

Las condiciones económicas, culturales y sociales de las mujeres en cuanto a salud sexual y reproductiva corresponden a un proceso donde el embarazo y puerperio se de en contextos seguros, con respeto y apoyo para propiciar un adecuado desenlace y donde la mujer o el producto no tengan complicaciones en su bienestar (Atkin *et al.*, 1998).

Tabla 1

<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>País</i>	<i>Número de gesta en la atención del VIH /sida</i>	<i>Violencia obstétrica presente</i>
<i>Lupita</i>	15	México	2°	
<i>Michelle</i>	24	México	1°	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nulo consentimiento informado para prueba de VIH</li> <li>• Coerción para OTB</li> <li>• Atención en espacios diferentes de ginecobstetricia</li> <li>• Esterilización forzada*</li> <li>• Desinformación sobre el estado serológico</li> <li>• Personal ignorante del tema</li> <li>• Falta de medicamentos ARV               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesáreas forzadas</li> </ul> </li> <li>• Prácticas médicas fuera de los protocolos</li> </ul>
<i>Katya</i>	27	Honduras	1°	
<i>Luna</i>	22	Nicaragua	2°	
<i>Sonia (VIH de nacimiento)</i>	38	Honduras	1°-2°	
<i>*Miriam (VIH de nacimiento)</i>	22	Honduras	1°	
<i>Marilú</i>	34	Nicaragua	2°	
<i>Elena</i>	37	Nicaragua	2°	
<i>Alicia</i>	32	Honduras	1°	
<i>Laura</i>	32	Honduras	1°	

Por parte de la sociedad civil se han hecho visibles las formas en que la salud sexual y reproductiva se manifiesta en las mujeres con cada uno de esos contextos y la transversalidad de los mismos, resaltando la investigación realizada por Balance, (2017) y otras organizaciones en 2012 y 2013, donde el trabajo etnográfico capturó la voz de 91 mujeres de México, Guatemala, Honduras y Nicaragua que viven con VIH, y de la cual en la tabla 1 se retoman 10 testimonios para identificar violaciones a sus derechos reproductivos.

Dentro de la interacción social entre el personal de salud y las mujeres y el acceso a la salud sexual y reproductiva, se enmarcan las prácticas de esterilización forzada, cesáreas injustificadas, aborto inducido y negación de planificación del embarazo, entre otras situaciones de violencia obstétrica que permean la violencia contra las mujeres que viven con VIH.

En ese sentido, resulta claro que existen carencias dentro del sistema de salud que responden a la violación, estigma, prejuicio y, en su conjunto, discriminación en los espacios de atención médica, mismos que terminan incurriendo en malas prácticas médicas y se vinculan con la violencia obstétrica enmarcada en la centralización de los servicios de atención médica; la fragmentación de los servicios de salud; la verticalidad y falta de coordinación entre los programas de salud sexual y reproductivos, los de atención a la violencia contra las mujeres y los de VIH (Balance, 2017b).

Pese a que algunas políticas públicas se han diseñado bajo un marco integral y con perspectiva de género —como la Agenda Política en Materia de VIH y sida (2015) o la aplicación en la Norma Oficial 007 del embarazo, parto y la persona recién nacida y lactancia (2007), así como la Norma Oficial 010 Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana—, en los centros de salud prevalecen los escenarios ya mencionados que involucran la falta de homologación de leyes en favor de los derechos de la mujeres para el ejercicio pleno de su salud sexual y reproductiva, así como la deconstrucción de paradigmas en torno al embarazo y las mujeres que deciden ejercer o no su maternidad con VIH, puesto que argumentos como: “¿Ya lo pensó señora?” o “¿si se va a operar?”, forman parte de una normalización para mantener en una triada violenta la condición de VIH-sida.<sup>4</sup>

Por una parte, la línea de incurable plantea como único escenario seguro para la persona que vive con VIH la muerte, cuando se sabe que este escenario, aunque parte del ciclo de la naturaleza humana, no necesariamente se da por vivir con dicha infección. Por otra, la culpabilidad de la conducta sexual “activa” de algunas mujeres, que erróneamente es juzgada como promiscuidad, misma que las lleva a adquirir VIH y ejercen la maternidad, se les considera con “falta de responsabilidad” por no pensar en la reproducción libre de la infección.

Si bien es cierto que las mujeres sufren doble o triple discriminación al estar embarazadas, ya sea en el ámbito familiar, laboral o comunitario, los escenarios no distan mucho cuando se es mujer adolescente, embarazada y vive con VIH, pues en este caso se incrementa la discriminación y violencia. Tal es el caso de Lupita:

Al llegar a la cita [de cesárea] del 19 de septiembre, en la etiqueta donde colocaron su nombre, agregaron las siglas “BIH+” y estuvo todo el día en ayuno hasta que le indicaron que ya no podían realizar la cirugía porque era muy tarde. Ante la circunstancia, la responsable, quien la acompañó al hospital, salió a comprar alimentos ya que no alcanzó ración.

Lupita recuerda que una doctora le sugirió nuevamente que se realizara la esterilización quirúrgica definitiva. Ella le indicó que en su expediente había una hoja donde ella se negaba a ese procedimiento, pero la doctora siguió insistiendo y le comentó que ya iba a tener un hijo y “era lo mejor que podía hacer para no seguir trayendo niños con sida al mundo”. Ante la negación de Lupita, la doctora le dijo que como ella quisiera, pero que no estaba de acuerdo.

<sup>4</sup> Desde otra mirada (Hernández, Peña y Chávez, 2017), algunas mujeres que viven con VIH y han querido interrumpir su embarazo se enfrentan a la objeción de conciencia por parte del personal de salud para realizar el procedimiento (más allá de una presión familiar por llevarlo a término) y sin que sean canalizadas a otras instituciones, situación que limita el ejercicio del derecho a decidir sobre ser o no madre —valdría la pena atezorar en trabajos futuros el condicionante embarazo-VIH-aborto y violencia obstétrica.

Al término de la cesárea, el personal intentó ingresar en el quirófano, pero una doctora le indicó al joven que sólo podía acceder con guantes y que preferentemente nadie ingresara hasta que se realizara la fumigación correspondiente. Para su recuperación fue enviada al cuarto piso a la zona donde se recuperan las mujeres que han dado a luz, pero unos minutos más tarde la trasladaron a una zona en aislamiento, sin indicarle las razones, y allí permaneció hasta el 23 de septiembre, día en que fue dada de alta (Bastida, 2015).

Lo anterior es un pequeño fragmento de la violencia estructural que vivió Lupita, adolescente oaxaqueña de 15 años con VIH que recibió una atención médica con malos tratos. El ojo clínico refleja la ignorancia ante el tema por parte del personal de salud y el cuidado de ella y su bebé, pues desde su escritura hasta el conocimiento para saber la diferencia entre contagio e infección, expresó tratos crueles, inhumanos y degradantes para la atención en el momento del parto.

Por su parte, Michelle, mujer de 24 años originaria de Veracruz, se enfrentó a una violencia obstétrica más gradual a partir del cuarto mes de embarazo, cuando le diagnosticaron VIH en la clínica de su estado. Amnistía Internacional, organización que apoyó el caso, refirió que, en el momento del parto, el ginecólogo que la atendió ejerció coerción para que le pudiera practicar la oclusión tubaría bilateral (OTB), método quirúrgico anticonceptivo permanente:

“¿Qué estás esperando?, ya tienes VIH y vas a traer a un niño enfermo, ¿para qué quieres embarazarte otra vez?”. Sentí mucha presión y vergüenza, pues el médico incluso regañó a mi madre, le dijo que ella como mi madre “debe de entender”; después de diversos señalamientos e intimidaciones, obligó a mi madre a firmar una hoja que autorizaba la intervención, sin explicarnos de qué se trataba, ni proporcionar información sobre los riesgos que podría acarrear (Michelle, 23 años; *Sin embargo*, 2016).

También se presentaron indiferencias para la asistencia dentro del hospital para realizar actividades básicas como ir al sanitario, proporcionarle alimentos (en platos de unicel diferenciado de las demás), o bien, cuando Michelle presentó hemorragia y el personal le dio un trapo para que ella limpiara su sangre, pues se tenían que evitar contagios.

Lupita y Michelle, al igual que Katia, Luna, Sonia, Miriam, Marilú, Elena, Alicia, y Laura (Balance, 2017b), son mujeres latinoamericanas que desearon ejercer la maternidad, algunas con desconocimiento de su situación serológica y otras con la información sobre su salud; sin embargo, el Estado y la sociedad se encargaron de que esta última fuera la guía para anteponerse a lo esperado de un embarazo: esperado, deseado, sorpresivo y alegre. Por el contrario, fueron víctimas de un sistema

que no toma a bien ser más profesional para el área médica que labora, así como de la atención humanista que requiere tratar a una persona. “Este tema es importante en la medida en que las instituciones de salud marcan un antes y un después en la vida de las personas y modifica mucho de sus aspectos como la autopercepción, el significado de las conductas pasadas y presentes a la luz de la norma, la relación con el cuerpo y las prácticas de cuidados, entre otros” (Herrera, Kendall y Campeiro, 2014: 88)

En estos discursos no solo se habla de una sola violencia, sino de silencios, vacíos, expresiones que no podemos ver y, sin embargo, muestran la crueldad de tratar el cuerpo de las mujeres bajo una tecnificación que, sumado a la condición de salud, implica violaciones que trasgreden el derecho humano a una vida libre de violencia, a la atención de calidad y científica, así como a la reproducción de ésta bajo un modelo obsoleto de atención médica.

## Reflexiones finales

De acuerdo con lo revisado a lo largo del texto se pretendió dar cuenta de las nuevas manifestaciones de la violencia obstétrica y su vinculación con las mujeres que viven con VIH que ejercen su maternidad, retomando trabajos de organizaciones de la sociedad civil e investigación documentada.

Aunque las mujeres expuestas en este escrito pertenecen a contextos diferentes, las violencias son las mismas, unas más marcadas que otras, pero al final con los mismos paradigmas de discriminación y violencia estructural. Al ejercer una sexualidad y vida reproductiva con VIH-sida, parece que todos los derechos se pierden en un velo de ignorancia que implica un cúmulo de violaciones surgidas ante la necesidad de atención médica.

Describir lo que es la violencia, y en especial la violencia obstétrica, ha tenido diferentes perspectivas; sin embargo, al enfatizarla en concordancia con la condición de VIH-sida, aún quedan resquicios para visibilizar en su totalidad y que las situaciones descritas no queden naturalizadas socialmente, más bien por el contrario, exigir su reconocimiento legal y la modificación de políticas públicas integrales en la materia.

En el ámbito gubernamental se tiene que hacer un esfuerzo por informar a la población, y en específico a las mujeres que viven con VIH, que en caso de ejercer la maternidad pueden quedar embarazadas de forma segura, tener un parto sin violencia y con una persona recién nacida libre del virus.

Lo anterior valdría la pena que se diseñara bajo la perspectiva de género, con miras a que los diferentes servicios en materia de salud sexual y materna tengan una atención integral, en las que las acciones enfocadas garanticen el acceso a un servicio humanizado y oportuno para lograr una respuesta a las mujeres que desean vivir libres de violencia obstétrica.

Es importante revisar el pendiente en la agenda de derechos sexuales y reproductivos sobre la vinculación con el tema de VIH/sida tal como se mostró en el estudio ECHO (2019), sobre la falta de percepción de riesgo de las mujeres a una posible infección de transmisión sexual, en tanto que acuden a solicitar servicios de planificación familiar. Esto podría ayudar a identificar más casos y ampliar los estudios, sobre todo cualitativos, de cómo las mujeres viven un embarazo con la condición de VIH/sida.

## Referencias bibliográficas

- Arguedas, Gabriela (2014), "La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense", *Cuadernos Interc.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, vol. 11, núm. 1. Recuperado de: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476947241008>>, consultada el 4 de agosto 2019.
- Atkin, Lucille *et al.* (1998), "Sexualidad y fecundidad adolescente", en A. Langer y K. Tolbert (eds.), *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, México, The Population Council / Edamex
- Balance, A. C. (2017a), *Violencia obstétrica hacia las mujeres con VIH*. Recopilación de 10 testimonios de mujeres con VIH de México y Centroamérica que vivieron violencia obstétrica. Recuperado de: <<https://www.youtube.com/watch?v=T5YugMhx-7s>>.
- (2017b), *¿Eres mexicana y tienes VIH? Conoce tus derechos*. Recuperado de: <<http://www.redbalance.org/recursos/eres-mexicana-%C2%BFy-tienes-vih-conoce-tus-derechos>>.
- Bastida, Leonardo (2015), "Ejercen en Oaxaca violencia obstétrica contra menor con VIH", *Letra S*, suplemento de *La Jornada*. Recuperado de: <<http://www.metropolitanoenlinea.com/?p=99563>>.
- Bowser, Diana, y Kathleen Hill (2010), *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth: Report of a Landscape Analysis*, Cambridge, USAID-TRAction Project/Harvard School of Public Health. Recuperado de: <[https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful\\_Care\\_at\\_Birth\\_9-20-101\\_Final1.pdf](https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf)>.
- Castro, Roberto, y Joaquina Erviti (2003), "La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio", en Paz López y Ana Blanca Rico (eds.), *Hacia una política de salud con enfoque de género*, México, SSA/UNIFEM, pp. 245-63.
- (2014), "25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México", *Revista Conamed*, vol. 19, núm. 1, enero-marzo, pp. 37-42. Recuperado de: <[https://www.academia.edu/18618481/Castro\\_y\\_Erviti\\_revista\\_CONAMED\\_2014](https://www.academia.edu/18618481/Castro_y_Erviti_revista_CONAMED_2014)>.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (Censida) (2018), Informe Rendición de cuentas 2012-2018, México, Secretaría de Salud. Dis-

- ponible en: <[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/413766/Informe\\_Rendici\\_n\\_de\\_Cuentas\\_Censida.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/413766/Informe_Rendici_n_de_Cuentas_Censida.pdf)>.
- Collins, Randal, 2004, *Cadenas de rituales de interacción*, Anthropos, México.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos (CDHDF) (2018), Recomendación No. 36/2018 sobre el caso de violencia obstétrica y violación al derecho a la protección de la salud en agravio de v1 y v2, en el Hospital de gineco-obstetricia No. 4 "Luis Castelazo Ayala", del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la Ciudad de México. Informe. Disponible en: <[http://informe.cndh.org.mx/uploads/menu/40088/Rec\\_2018\\_036.pdf](http://informe.cndh.org.mx/uploads/menu/40088/Rec_2018_036.pdf)>.
- D'Oliveira, Ana, Simon Diniz, y Blima Schraiber (2002), "Violence against women in health-care institutions: an emerging problem", *The Lancet*, vol. 101, núm. 359. Recuperado de: <<https://pdfs.semanticscholar.org/c231/2f9c85b50cda777dacede68b06b41fad965.pdf>>.
- Foucault, Michel (1996), *Tecnologías del yo*, trad. Mercedes Allende Salazar, Barcelona, Paidós.
- García, Guadalupe, (2009), "Cuerpo y narrativa: una aproximación etnográfica al proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres viviendo con VIH en la ciudad de Buenos Aires", *Horizontes Antropológicos*, año 15, vol. 32. Recuperado de: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-71832009000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832009000200011)>.
- Goffman, Erving (2001), *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires, Amorrortu.
- Hernández, Mónica, Yesenia Peña, y Maira Chávez (2017), "Procesos de alternación en mujeres con VIH: estrategias para la disminución de riesgos vinculados con la salud sexual y reproductiva", *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, vol. 1, núm. 8, pp. 18-35.
- Herrera, Cristina (2010), "De 'pacientita' a ciudadana: el largo y sinuoso camino de las mujeres dentro del orden médico en México", en R. Castro y A. López Gómez (eds.), *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*, Montevideo / México, Facultad de Psicología-Universidad de la República/CRIM-UNAM.
- , Tamil Kendall, y Lourdes Campero (2014), *Vivir con VIH en México: experiencias de mujeres y hombres desde un enfoque de género*, México, El Colegio de México.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal, en *Gaceta Oficial del Distrito Federal* (2007). Recuperado de: <<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV.pdf>>, consultada el 18 de agosto 2018.

- Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (LGAMVLV) (2019 [2014]). Disponible en: <<https://www.gob.mx/conavim/documentos/ley-general-de-acceso-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia-pdf>>.
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela (LOAMVLV) (2019 [2007]). Disponible en: <<https://vlexvenezuela.com/vid/ley-organica-derecho-mujeres-740020129>>.
- López, Paz, Blanca Rico, Ana Langer, y Guadalupe Espinoza (comps.), *Género y política en salud*, México, Secretaría de Salud, 2003.
- Magnone, Natalia (2009). "Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la humanización", IX Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo, Udelar. Recuperado de: <[http://cienciassociales.edu.uy/wpcontent/uploads/2013/archivos/Mesa\\_1\\_Magnone.pdf](http://cienciassociales.edu.uy/wpcontent/uploads/2013/archivos/Mesa_1_Magnone.pdf)>.
- Mawar, N. (2007), "Experiencias de mujeres que participan en un estudio de viabilidad de intervención a corto plazo para la prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo", *Cultura, Salud y Sexualidad*, vol. 92, núm. 2.
- , S. Saha, A. Pandit, y U. Mahajan (2005), "The third phase of HIV pandemic: social consequences of HIV/AIDS stigma & discrimination & future needs", *The Indian Journal of Medical Research*, vol. 122, núm. 6, pp. 471-484.
- Mesquita, Maiane de, Artenira da Silva, Amanda Silva Madureira (2018), "Marcas (in)visibles: un análisis de la violencia obstétrica psicológica", ponencia para la III Convención Internacional de Salud Pública, Cuba Salud 2018, La Habana, 23-27 de abril.
- Norma Oficial Mexicana NOM 007 SSA2-2016 Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. Recuperado de: <[http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016)>, consultada el 15 de agosto 2018.
- NOM-10 SSA2-1993 Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Recuperado de: <<http://www.salud.gob.mx/idades/cdi/nom/m010ssa23.html>>, consultada el 19 de julio 2018.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento en el binomio madre-hijo con infección por el VIH*, México, Secretaría de Salud. Recuperado de: <<http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/catalogoMaestroGPC.html>>, consultada el 3 de noviembre 2016.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH y el sida (ONUSIDA, 2019), Recuperado de: <<https://www.unaids.org/es/whoweare/about>>.
- Romo-Medrano, Karina (2009), "Missing Bodies: Experiences of Pregnancy Loss in a Public Hospital in Mexico City", tesis de maestría, Universidad de Ámsterdam, Amsterdam. Recuperado de: <<http://amma.socsci.uva.nl/theses/romomedrano.pdf>>, consultada el 4 de septiembre 2018.

- Sin embargo (2016), "AI: México somete a mujeres con VIH y embarazadas a esterilización forzada", *El Diario*, 8 de marzo 2016. Recuperado de: <<https://eldiariony.com/2016/03/08/ai-mexico-somete-a-mujeres-con-vih-y-embarazadas-a-esterilizacion-forzada/>>.
- Steiner, George (1989), *Real Presences*, Chicago, The University of Chicago Press.
- "The evidence of contraceptive options on HIV outcomes. ECHO Trial Consortium 2019. Primary Results", IX Conferencia Mundial sobre VIH. Recuperado de: <<http://echo-consortium.com/wp-content/uploads/2019/06/ECHO-primary-HIV-results-SA-AIDS-slides-final20190613.pdf>>, consultada el 4 de agosto 2019.
- Velzeboer, Marijke, Mary Ellsberg, Carmen Clavel-Arcas, y Claudia García-Moreno (2003), *La violencia contra las mujeres, responde el Estado*, Washington, D. C., Pan American Health Organization/WHO. Recuperado de: <<http://siteresources.worldbank.org/INTGENDER/Resources/Health.pdf>>.
- Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/sida en México. Registro Nacional de Casos de Sida. Actualización al 1er. trimestre de 2019*, México, CENSIDA/SSA/DGE. Recuperado de: <[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/468354/RN\\_1erTrim\\_2019.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/468354/RN_1erTrim_2019.pdf)>, consultada el 3 de agosto 2019.