



Violencia ginecobstétrica contra niñas, jóvenes y mujeres en Honduras

Introducción

En el país, las publicaciones sobre violencia ginecobstétrica contra las niñas, jóvenes y mujeres hondureñas son pocas o casi inexistentes; ante ello, el CDM ha asumido el reto de producir y difundir información que evidencie y sensibilice sobre esta forma de violencia.

Para la elaboración del presente boletín, tomamos en cuenta datos cualitativos; exploramos la bibliografía de otros países latinoamericanos que tratan el mismo tipo de violencia; realizamos una encuesta¹, que fue respondida por 128 personas; además, entrevistamos a integrantes de organizaciones que trabajan para erradicar esta problemática y a psicólogas que atienden sobrevivientes de violencia ginecobstétrica.

Así, recibimos apoyo de la Asociación Dar a Luz – Honduras que, desde 2007, ha desarrollado diferentes iniciativas y proyectos por los derechos durante la atención de embarazo, parto y posparto, y por la prevención y la reducción de la violencia ginecobstétrica en el país; también recibimos apoyo del Centro de Promoción en Salud y Asistencia Familiar (CEPROSAF), organización que desde 1994 impulsa en el país el desarrollo de las familias y comunidades, promoviendo el goce de la salud con un enfoque integral.

¹ La encuesta fue realizada de forma electrónica y difundida en octubre de 2022 entre varios grupos organizados de mujeres a nivel nacional.

1. Los derechos de las niñas, jóvenes y mujeres en el contexto actual

Honduras es un país que persiste en invisibilizar e invalidar los derechos de las niñas, jóvenes y mujeres. Pese al aumento en las cifras de los diferentes tipos de violencia contra las niñas, jóvenes y mujeres, el desinterés del Estado en la creación de planes estratégicos que salvaguarden la integridad física y psicológica de todas ellas continúa siendo evidente. A la par, las autoridades no reconocen su falta de acción para detener la violencia gineco-obstétrica que por años se ha perpetuado en el sistema sanitario, afectando de forma directa a millones de hondureñas.

Tras la instalación de un nuevo Gobierno en enero de 2022, se aspira a un cambio, al menos parcial, de las radicales medidas conservadoras que han caracterizado a Honduras como un Estado antiderechos, que ha dejado en segundo plano los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, endureciendo la violencia sexual y gineco-obstétrica.

De enero a junio de 2022, el Ministerio Público (MP) registró 1,615 denuncias por violencia sexual contra mujeres, jóvenes y niñas, esto equivale a 269 denuncias por mes; pero, al no incluir las agresiones sexuales a las víctimas y sobrevivientes que no denuncian por amenazas o temor a sus agresores, dicha cifra no refleja la realidad.

Muchas de estas niñas, jóvenes y mujeres son violentadas por su pareja, expareja, familiares o conocidos que ejercen sobre ellas su posición de poder, obligándolas a callar; además, el Estado no ha brindado espacios seguros para proteger la integridad física y psicológica de las mujeres, jóvenes y niñas tras ser agredidas.

Según datos proporcionados por la Secretaría de Salud (SESAL), entre 2011 y 2021 se registraron 10,098 partos en niñas de entre 10 y 14 años de edad; asimismo, el registro indica que, durante el mismo periodo, 315,598 niñas de 15 a 19 años de edad dieron a luz.

A diciembre de 2022, la SESAL contabilizó como dato preliminar 4 casos de partos en niñas menores de 10 años, 835 casos en niñas entre los 10 y 14 años; en cuanto a jóvenes de entre 15 y 19 años, el registro indica un total de 17,985 casos.

Por otra parte, entre 2011 y 2021 se contabilizaron 878 casos de abortos en niñas de entre 10 y 14 años de edad, y 17,579 casos en menores de edad de 15 a 19 años. Este reporte solo cuenta con datos de hospitales, clínicas y centros asistenciales públicos; se desconocen las estadísticas de los centros privados y el número de abortos inseguros y clandestinos realizados; por lo tanto, es posible que las cifras sean mayores.

Los embarazos en menores de edad traen consigo el aumento del índice de pobreza, incremento del analfabetismo por deserción escolar, explotación infantil y hogares violentos; sin embargo no es lo único que afecta a las niñas, jóvenes y mujeres hondureñas, ya que el riesgo de muerte materna es latente: del año 2014 al tercer trimestre de 2022, 37 menores de edad de 10 a 19 años murieron en labor de parto, y 187 mujeres de entre 20 y 49 años murieron en las mismas condiciones.

En 2021 el Congreso Nacional reformó el artículo 67 de la Constitución de la República, considerando “prohibida e ilegal la práctica de cualquier forma de interrupción de la vida por parte de la madre o un tercero al que está por nacer”, contemplando penas de 2 a 8 años de cárcel.

La posibilidad de legalizar el aborto por mínimo tres causales (1. en caso de violación, 2. en caso de que la vida de la madre corra riesgo y 3. malformaciones fetales que impidan una vida digna) parece muy difícil en Honduras debido a que el fundamentalismo religioso continúa teniendo influencia en las decisiones sobre los derechos humanos de las mujeres.

Aunque finalmente se aprobó el Protocolo de Atención a Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Sexual, la prohibición absoluta del aborto demuestra que el Estado hondureño no prioriza los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

La Plataforma Somos Muchas interpuso un recurso de inconstitucionalidad en contra del decreto legislativo relativo a la prohibi-

ción absoluta del aborto en el país; pero, a más de un año, la Corte Suprema de Justicia (CSJ) no ha respondido.

Si bien esto no erradicaría por completo la problemática, la disminución de la misma asegura menos mujeres sometidas a hogares violentos, más niñas viviendo su infancia adecuadamente, menos mujeres luchando por su vida en salas de parto, más maternidades deseadas, respetadas y conscientes.

Cabe recalcar que el sistema sanitario prioriza la atención en torno a los derechos reproductivos, sin brindar una atención integral a las mujeres. Esto sucede, por ejemplo, cuando a la mujer se le niega el procedimiento de la ligadura de trompas de Falopio porque, a consideración del médico, está muy joven; y pone como requisito que ya haya tenido hijos o la autorización de padres o pareja, ignorando una decisión personal, vigilando que la mujer cumpla con la obligación patriarcal de ser validada socialmente solo si ejerce la maternidad, negándole el poder de decidir sobre su cuerpo.

2. ¿Qué es la violencia ginecobstétrica?

El término violencia ginecobstétrica nació en Latinoamérica para nombrar el abuso de poder y las formas de maltrato perpetradas por el personal de salud hacia las mujeres que ejercen su derecho al acceso a la salud sexual y reproductiva².

Esta forma de violencia, a pesar de que muchas mujeres la sufren a nivel mundial, no tiene todavía una sistematización de carácter internacional y no hay mucha bibliografía al respecto.

2 Belén Castrillo, “Violencia obstétrica: qué, cómo, cuándo, dónde, por qué y quiénes. Reflexiones a partir de una investigación situada en Argentina”, *Revista DEP-Deportate, Esule e Profughe*, Universidad Nacional de La Plata, 2021.

En 1985, en la Declaración de Fortaleza³, la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirmó que

Toda mujer tiene derecho a una atención prenatal adecuada y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los “embarazos de bajo riesgo” pueden sufrir complicaciones. [...] Es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales⁴.

La Declaración de Fortaleza establece las buenas prácticas que el sistema de salud a nivel mundial tendría que adoptar para garantizar a las mujeres el acceso a un servicio de salud sexual y reproductiva digno y adecuado. Sin embargo, no identifica el incumplimiento de estas prácticas como violencia ginecobstétrica.

Fue en 1998 que el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) conceptualizó como violencia de género y violencia ginecobstétrica cualquier maltrato o abuso realizado contra una mujer por parte del sistema de salud:

es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. Involucra el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no⁵.

El primer país en Latinoamérica en reconocer y penalizar esta forma de violencia y brindar una definición reconocida a nivel mundial fue Venezuela que, en 2007, mediante la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la definió como:

toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales⁶.

Entre las varias definiciones de violencia ginecobstétrica que logramos encontrar en el curso de nuestra investigación, esta última es la que nos parece más completa y la que tomamos en consideración de aquí en adelante como base del análisis que presentamos en esta publicación.

³ En abril de 1985, la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) celebraron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto en la ciudad de Fortaleza, Brasil, con la asistencia de parteras, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres.

⁴ https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/DECLARACION_DE_FORTALEZA.pdf

⁵ <https://cladem.org/wp-content/uploads/2018/11/sist-incidencia-cladem.pdf>

⁶ https://venezuela.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ley_mujer%20%281%29_0.pdf

3. Resultados de la encuesta sobre las formas de violencia ginecobstétrica en Honduras

Definir qué es violencia ginecobstétrica, como hemos hecho en el apartado anterior, es un paso imprescindible. Pero tan importante o más es entender cómo esta se expresa. En atención a lo anterior, la encuesta realizada, cuyos resultados y conclusiones presentamos a continuación, se enfocó en detectar las expresiones de dicha violencia en el país.

3.1 Características de la población consultada

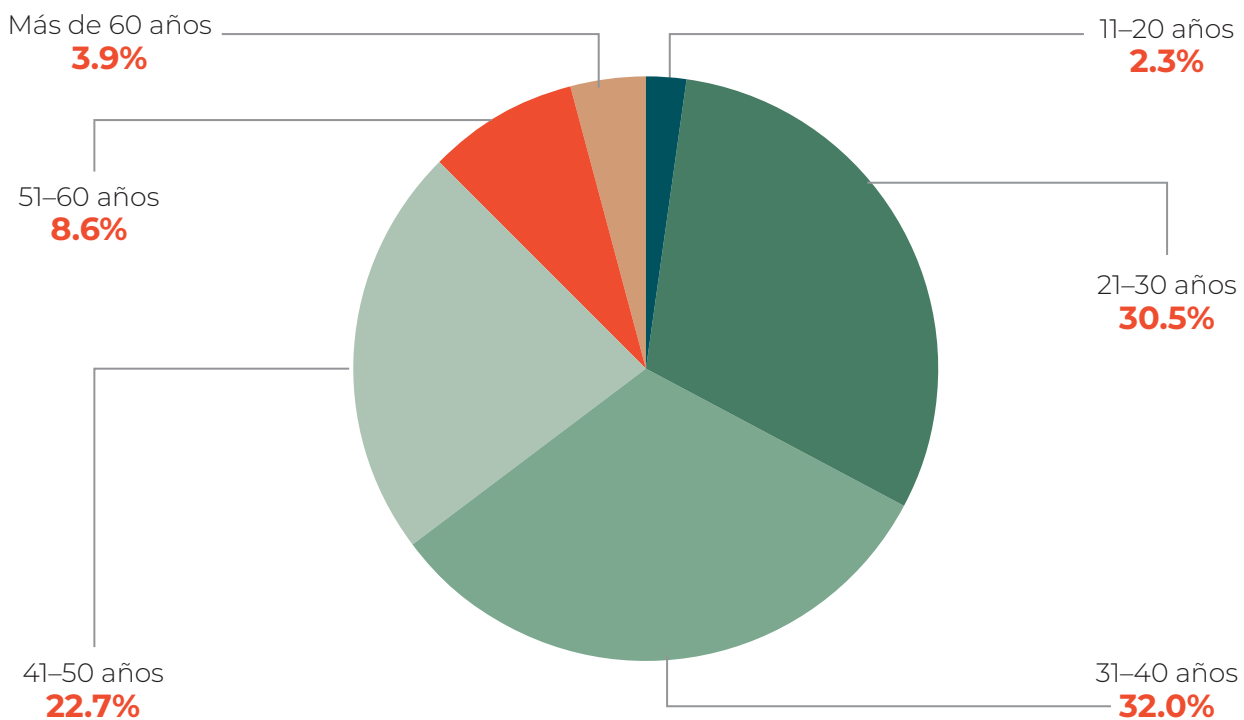
Como hemos mencionado anteriormente, realizamos una encuesta en línea con el objetivo de recolectar datos sobre las formas de violencias ginecobstétricas que se ejercen de manera más frecuente en Honduras y sobre la población afectada.

De las 128 respuestas que obtuvimos, 126 personas se identificaron como mujeres, 1 como no binaria y 1 no especificó. De este total, 93 personas declararon ser heterosexuales y 35 parte de la comunidad LGTBIQ+.

En cuanto al nivel educativo, la mayoría tiene un título universitario (42), seguido por universidad incompleta (27), secundaria completa (22), secundaria incompleta (6), maestría (13), primaria completa (12) y primaria incompleta (6).

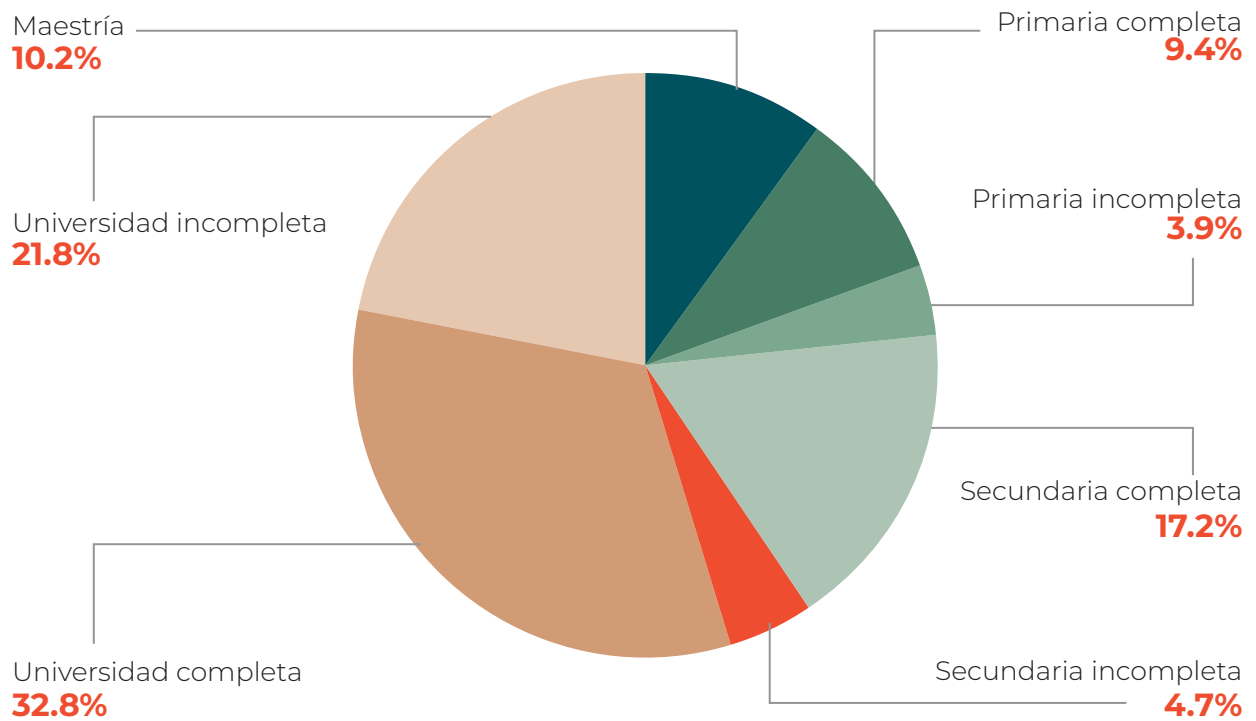
Igualmente preguntamos si tienen hijos e hijas: 42 contestaron no tener, mientras que 86 afirmaron tener por lo menos un hijo o hija.

Gráfico 1: Edad de las personas que respondieron la encuesta



Fuente: Observatorio del Centro de Derechos de Mujeres con base en datos de la encuesta referida.

Gráfico 2: Nivel de educación de las personas que respondieron la encuesta



Fuente: Observatorio del Centro de Derechos de Mujeres con base en datos de la encuesta.

De estas últimas, el 37% tiene 2 hijos/hijas, el 23% tiene 1 y el 17% tiene 3, mientras que el restante declara tener entre 4 y 6 hijos/hijas.

Del total de respuestas a la encuesta, 73 afirmaron haber sufrido violencia ginecobs-tétrica y 55 no haberla sufrido. Es importante remarcar que de las 73 personas que afirman haber sido víctimas de esta forma de violencia, 47 declaran que fue solo un episodio, 20 que fueron varios episodios de violencia no relacionados y 6 que fue una violencia de larga duración.

No se logró confirmar el número total de episodios violentos en el caso de las 20 personas que afirmaron haber sufrido más de una agresión en el curso de sus vidas. Quienes reportaron este dato hablaron de entre 2 a 4 agresiones sufridas y, en la mayoría de las veces, suele corresponder a un parto.

Tabla 1. Formas de violencia ginecobstétrica más frecuente

Tipo de violencia	Cantidad
Abuso verbal, discriminación, humillación	49
Abuso físico, trato deshumanizado, grosero	19
Ausencia de confidencialidad y/o intimidad durante proceso asistencial	13
Negación a atención de salud (servicio, prácticas, medicamento, tratamiento)	15
Negación acceso de métodos anticonceptivos (DIU, ligadura de trompa)	11
Negación acceso a anestesia durante el parto o en los legrados (procedimiento que se realiza para raspar el interior del útero después de un aborto)	9
Suministro no consentido y deseado de servicios, prácticas, medicamentos, tratamientos	6
Realización de prácticas invasivas no justificadas	10
Suministro de medicación no justificado	5
Omisión de información sobre las distintas intervenciones médicas y alternativas	10
Falta de respeto de los tiempos y de las posibilidades del parto biológico	18
Omisión de consideración de las pautas culturales	7
Ausencia de recursos y calidad inapropiada en los proceso de atención de salud	29
Otra	4
Ninguna de las anteriores	38

3.2 Sobre las formas de violencia ginecobstétrica

Para identificar las formas de violencia ginecobstétrica más frecuentes en el país, solicitamos a quienes respondieron la encuesta que identificaran en un listado predefinido cuál de esas formas de violencia habían sufrido, dejando abierta la posibilidad de anotar más de una forma de violencia a la vez. La tabla 1 refleja el listado predefinido y resultados obtenidos.

En un segundo momento pedimos a las personas participantes contar, de manera más precisa, en qué consistió la violencia sufrida. A continuación compartimos algunos testimonios que nos parecen representar lo que las mujeres hondureñas pueden sufrir a diario cuando necesitan atención en salud sexual y reproductiva.

Me practicaron un legrado, y fue espantoso todo lo que me decían cuando me lo practicaron. Yo lloraba del dolor, y me decían que no había llorado así cuando había tenido relaciones sexuales. Se iban por tiempo de la sala, y me dejaban temblando de dolor.

Había pocos recursos humanos para la atención de mi parto, fueron practicantes de medicina quienes atendieron mi parto.

Estoy embarazada y me hicieron sentir culpable por estar en un hospital, la enfermera me dijo que ahí podía adquirir una encefalitis y que eso era no amar a mi hijo.

Me pidió que me desnudara toda, aunque no era necesario.

Me negaron el uso de método anti-conceptivo.

Me hablaron de manera inapropiada y con tono sexual.

Me discriminaron por mi orientación sexual.

Me negaron la ligadura de trompas, a pesar de expresar el deseo de hacerlo.

Durante el parto me obligaban a hacer fuerzas y de tanto sufrir me pusieron suero abortivo, me dijeron que era mi culpa porque había subido de peso. También por descuido me dejaron gasa dentro de mis órganos.

Me insertaron un dedo en el ano sin vaselina.

La ginecóloga me realizó una citología y me lastimó mi vagina.

No me aplicaron anestesia para suturarme por desgarre en el parto.

El médico me dijo que no había sido valiente al parir a mi hija por cesárea, una enfermera me regañó porque había tomado agua, otra me humilló porque mi hija no quería tomar pecho y me dijo que era una mala madre, que si no sabía dar pecho porque había abierto las piernas.

Anestesiada y con la mitad del cuerpo que no respondía me hicieron pasar sola a la camilla en la sala de puerperio, no dejaron que mi mamá me ayudara a levantarme, me pusieron boca abajo el día después de la cesárea para ponerme una inyección.

Me violaron.

Me negaron la atención en parto por ser menor.

Me insultaron y golpearon a pesar de que estaba embarazada.

No me brindaron anestesia durante suturas en el parto, me negaron corte de trompas provocando tres embarazos más, me insultaron y humillaron durante mis partos, brindaron malas condiciones para mí y mis hijos y me negaron verlos.

El doctor intentó hacer procedimientos que no solicité, como la revisión vaginal e hizo toda la revisión sin guantes.

En el parto de mi hija, sufrí prolongación del parto porque no quisieron hacer una cesárea; y una enfermera se paró en la guía de catéter y me dejó mientras me estaba desangrando.

A la hora de revisar la dilatación, me dijeron que no tenía que hacer ruido, moverme o gritar porque no lo hice cuando estaba haciendo el bebé. Después del parto me dejaron por más de 30 minutos sin limpiarme, más de una hora sin entregarme a mi niño, me hicieron puntos sin anestesia y, por último, un doctor me tomó fotos y videos cuando llegó a revisarme el siguiente día.



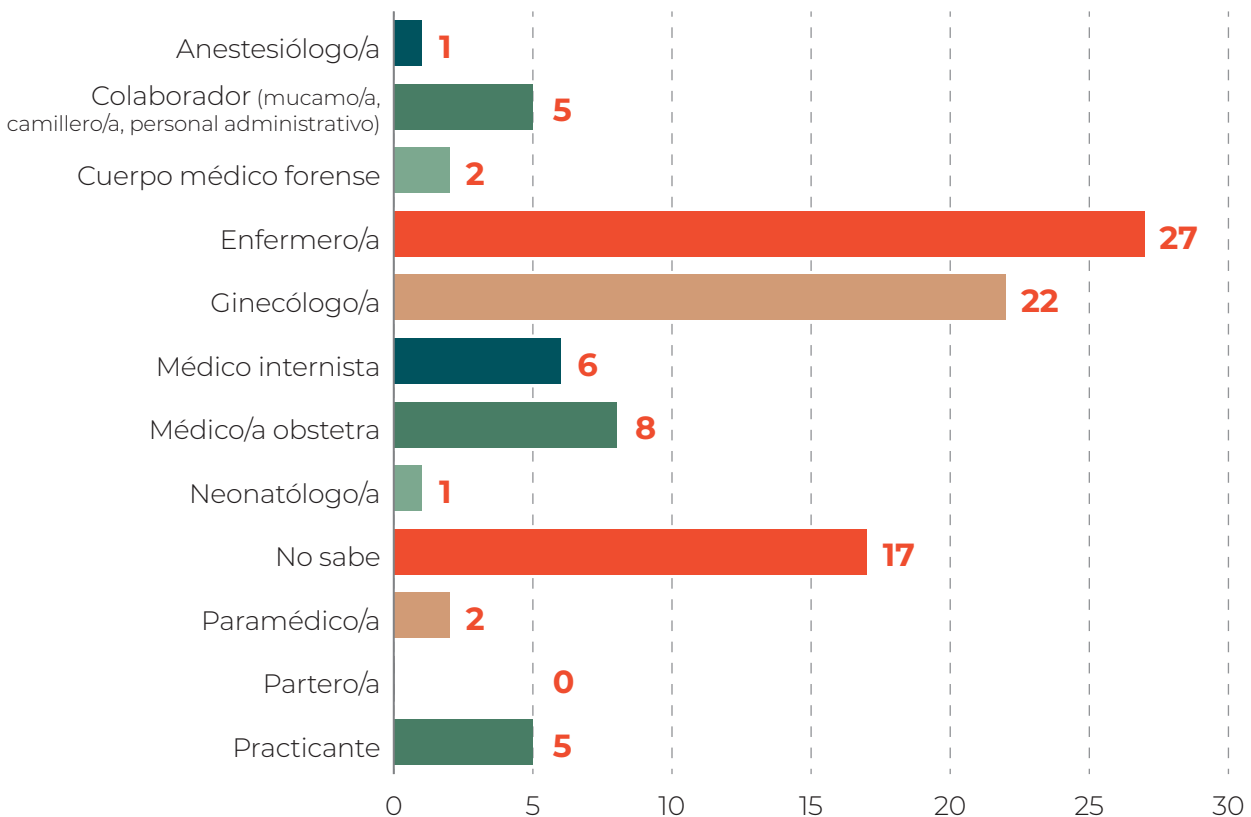


3.3 Las personas agresoras directas

Las 73 personas que declararon haber sufrido violencia ginecobstétrica, expusieron que en 36 casos las agresiones fueron cometidas por mujeres, en 29 casos por hombres y en 8 casos tanto por mujeres como por hombres.

En cuanto a la ocupación de los agresores, la agresión provino de enfermeras/enfermeros (27 casos), de ginecólogas/ginecólogos (22 casos), de médicas/médicos obstetras (8 casos), de médicas/médicos internistas (6 casos), de colaboradores -mucama/o, camillera/o, personal administrativo- (5 casos), de practicantes (5 casos), de cuerpo médico forense (2 casos), de paramédicas/paramédicos (2 casos), de anesestióloga/o (1 caso), de neonatóloga/o⁷ (1); 18 personas contestaron que no lograron establecer la ocupación del agresor.

Gráfico 3: Ocupación de la persona que ejerció violencia ginecobstétrica, según la encuesta



7 La pregunta se formuló de manera abierta para permitir a las personas identificar las diferentes ocupaciones, en caso de que hubieran sufrido más de una agresión o fuera más de un agresor.

3.4 Consecuencias de la violencia experimentada

Por último, preguntamos sobre las consecuencias que sufrieron debido a la violencia ginecobstétrica. A corto plazo, las 73 personas que sufrieron agresiones reportaron haber tenido consecuencias emocionales, sintiéndose culpables, humilladas, discriminadas, devastadas, vulnerables e infelices. A largo plazo, en 47 casos relataron haber

sufrido consecuencias psicológicas, como fuerte sentimiento de rabia, impotencia y miedo al regresar a cita médica, ansiedad y depresión; 13 reportaron consecuencias físicas, al punto de haber recurrido a cirugía en clínica privada para reparar el daño; y 5 personas reportaron haber tenido también secuelas económicas; 16 contestaron no haber sufrido ninguna consecuencia a largo plazo relacionada con la violencia ginecobstétrica⁸.

4. Sistematización y análisis de la información recolectada sobre violencia ginecobstétrica

4.1 Tipos de violencia ginecobstétrica

Comprendemos que enumerar de manera exhaustiva todas las formas a través de las cuales se puede expresar la violencia ginecobstétrica, es pretencioso y una tarea imposible con nuestros recursos. Pero considerando agresiones de carácter físico y psicológico registradas en nuestra investigación, hemos logrado identificar 14 tipos de violencia ginecobstétrica en el sistema sanitario público y privado en Honduras:

1 Ausencia de recursos y calidad inapropiada en los procesos de atención de salud: esta forma de violencia implica, por ejemplo, no garantizar un espacio seguro y privado a la mujer que tiene que parir en la misma sala con muchas otras; también cabe mencionar, entre otros puntos, la falta de máquinas para hacer ultrasonidos, la falta de medicamentos o la falta de anticonceptivos, como el implante DIU.

2 Ausencia de confidencialidad y/o intimidad durante el proceso asistencial: la negación de privacidad en el proceso de una consulta o de un parto es una forma

de violencia. De hecho, en los hospitales públicos se acostumbra utilizar el parto como momento educativo para los practicantes de medicina, permitiendo que entre 20 y 30 practicantes asistan al mismo parto, sin pedir el consentimiento de las mujeres.

3 Ausencia de información oportuna y completa sobre el estado de salud, las distintas intervenciones o procesos médicos, las alternativas y los riesgos.

4 Abuso verbal, discriminación, humillación: esta violencia consiste principalmente en insultos, malos tratos, expresiones irrespetuosas, humillantes y amenazantes que pueden causar fuerte estrés durante la atención médica y traumas. Parte de las mujeres entrevistadas mencionaron las frases que les dirigían, entre estas: “si usted no empuja el niño se va a morir y va a ser su culpa”, “usted es una inservible”, “usted es buena para tener relaciones sexuales pero ahorita se lamenta”. También es común una forma de discriminación in-

⁸ La pregunta fue formulada de manera abierta para permitir a las personas identificar y señalar más de una consecuencia después de las agresiones.

directa, como no llamar a las mujeres por su nombre, sino darles un número (“cama 4 se lamenta”) o hablar con ellas tratándolas de “vos”.

5 Abuso físico, trato deshumanizado, grosero: obligar a las mujeres a parir en una posición que resulta más cómoda al personal médico, negarle la posibilidad de moverse, no consentir el acceso al baño, no permitir el acompañamiento de alguien de confianza, incluido el esposo, no permitir ver a sus familiares hasta muchas horas después del parto.

6 Omisión de consideración de las pautas culturales: la falta de respeto a las costumbres ancestrales de los grupos étnicos, el no reconocimiento de la figura de las parteras, y violación del derecho a registro del nacimiento cuando este ocurre fuera del sistema de salud.

7 Negación a atención en salud: se manifiesta cuando el personal de salud niega el acceso a servicios, prácticas, medicamentos o tratamientos, no por falta de recursos sino por razones personales (objeción de conciencia), o por otras motivaciones que no tienen relación con la salud de la mujer (“usted es demasiado joven para ponerse un DIU”, “todavía no ha tenido hijos, no le puedo hacer el corte de las trompas de Falopio”, “usted resulta positiva de VIH, no la voy a atender”).

8 Negación acceso a métodos anticonceptivos: cuando el personal de salud niega a las pacientes el acceso a cualquier método anticonceptivo (píldora, implante, DIU, ligadura de trompas, etc.) o pone el consentimiento de otra persona (marido, padre, madre, entre otros) como requisito para acceder a este derecho.

9 Negación acceso a anestesia durante el parto, la episiotomía⁹, las dilataciones y legrados.

10 Suministro de servicios, prácticas, medicamentos y tratamientos no consentidos, no deseados o no justificados: cuando no se respeta la voluntad de la madre y su rechazo a algún tipo de servicio o medicamento, o cuando no se le brinda una solución alternativa, aunque esté disponible.

11 Falta de respeto a los tiempos y las posibilidades del parto biológico: la falta de respeto al plan de parto de una mujer sin motivaciones médicas, la práctica excesiva de cesáreas y de episiotomías para apresurar el proceso según la conveniencia del personal de salud y sin considerar las necesidades o la voluntad de la madre.

12 Realización de prácticas invasivas no justificadas o ilegales: insertar dedos en el orificio anal sin lubricar, sin avisar u obtener el consentimiento de la mujer; realizar más de un corte o realizar cortes y suturas más grandes de lo necesario en la ejecución de una episiotomía; realizar la maniobra de Kristeller¹⁰, que puede provocar en la mujer consecuencias muy graves, como desgarros vaginales y perianales, prolapso urogenital¹¹, fractura de costillas, rotura o inversión del útero.

13 Violencia sexual en atenciones gineco-obstétricas: cuando la violencia sexual es ejercida por el personal de salud durante la atención médica. Incluye las diferentes formas de violencia sexual reconocidas, desde actos de lujuria hasta violación. Algunos ejemplos

9 Episiotomía: es una cirugía que ensancha la abertura de la vagina durante el parto, consiste en un corte de la piel y los músculos entre la abertura vaginal y el ano.

10 Consiste en presionar el abdomen de la mujer para acortar el parto. La OMS no aconseja el uso de esta maniobra y la considera una mala práctica.

11 Cuando los músculos que sostienen los órganos de la pelvis se debilitan y abultan dentro e incluso fuera de la vagina.

que recolectamos: tocar los senos o las partes íntimas de una mujer sin su consentimiento o relevancia médica, pedirle que se desnude en un proceso de atención cuando no es necesario, hacer comentarios de carácter sexual sobre su cuerpo, hasta la penetración.

14 Esterilización forzada: la esterilización es el acto que vuelve a una mujer incapaz de reproducción sexual a través de un procedimiento quirúrgico, que puede consistir en la ligadura o corte de las trompas de Falopio o en una histerectomía (extirpación total o parcial del útero, el cuello uterino, los ovarios, las trompas de Falopio y otras estructuras circundantes). La esterilización forzada ocurre cuando una persona es esterilizada tras haber rechazado el procedimiento, cuando este se aplica sin su conocimiento o cuando la persona no tiene la oportunidad de dar su consentimiento con conocimiento de causa.

En el transcurso de nuestras lecturas, analizando las diferentes formas a través de las cuales se expresa la violencia ginecobstétrica, identificamos que puede ser definida como una violencia de género y de poder en la relación médico-paciente y como una violencia institucional.

4.2 Consecuencias psicológicas de la violencia ginecobstétrica

Después de haber descrito las diferentes formas en que la violencia ginecobstétrica puede presentarse, es importante resaltar y profundizar las consecuencias psicológicas que dichas agresiones generan.

El **estrés postraumático** es uno de los trastornos más comunes que experimentan las sobrevivientes de violencia ginecobstétrica, ya que las agresiones recibidas pueden considerarse aterradoras y paralizantes, generando miedo a vivir situaciones similares,

insomnio, pesadillas, agorafobia, fobia social, depresión y dificultad para incorporarse nuevamente a la cotidianidad de sus vidas.

Este tipo de estrés, en casos de violencias durante el parto, produce también fobias como la tocofobia, una fobia clasificada en 1997 por la OMS como miedo al parto, que puede inducir a las mujeres a posponer o evitar el embarazo para evitar vivir el dolor del parto, así como los malos tratos crueles, inhumanos y degradantes que se asocian.

El **estrés postraumático** es frecuentemente causado por la pérdida de control de la mujer sobre su propio cuerpo y sobre su experiencia del parto. La falta de privacidad en el proceso, la humillación, la violencia ejercida sobre su cuerpo, la falta de respeto del plan del parto, la toma de decisiones sin su consentimiento, la negación de información sobre su salud o la de su bebé causan una fuerte sensación de pérdida de control y de ansiedad en las madres.

Producto de las malas prácticas al momento del parto, muchas mujeres han perdido el útero o, tras una episiotomía innecesaria o mal hecha, experimentan dolor en sus relaciones sexuales; y un porcentaje sufre de incontinencia fecal y urinaria por esta intervención, provocando humillación, rechazo al contacto físico; y afectando o anulando las relaciones sexuales e íntimas en la pareja.

Igualmente es importante mencionar que el maltrato en el parto puede provocar trastornos en el apego precoz, o sea el apego natural que se crea entre la madre y su bebé en los primeros momentos después del parto. Tomando en cuenta que pocas salas de parto permiten ese contacto inmediato e ininterrumpido, eso puede traducirse en una incapacidad de la mujer para leer las necesidades de su bebé, trastornos de ansiedad, dificultad de lactancia, hasta el rechazo hacia el recién nacido.

El trastorno de ansiedad no solo es ocasionado por la falta de contacto entre el recién nacido y la madre, también ocurre porque durante el parto el personal de salud genera culpas, miedos y sentimientos de fracaso en la paciente, con palabras de rechazo y señalamientos inhumanos como “si no pujas se va morir el bebé por tu culpa”, “tu cuerpo no sirve para parir, tu hijo va sufrir las consecuencias”, culpando a la madre por los posibles malos resultados que, en la mayoría de los casos, se deben a negligencias médicas.

Las **secuelas que pueden dejar las malas experiencias durante el parto** son múltiples y muy graves, condicionan y afectan de manera muy fuerte la vida cotidiana de las mujeres que la sufrieron:

- Alteraciones en el sueño y el apetito.
- Dificultad para realizar las actividades cotidianas: bañarse, alimentar a su bebé, pequeñas actividades que antes realizaba sin problema.
- Imposibilidad de retomar las relaciones sexuales o la penetración.
- Irritabilidad, constante sentimiento de rabia y desconfianza hacia su pareja.
- Miedo de ir a consulta o enfrentarse a médicos, y desconfianza en el sistema de salud.
- Tocofoobia y rechazo a la posibilidad de otro embarazo.
- Rechazo a la maternidad y desconocimiento del vínculo con el bebé.
- Depresión posparto, ansiedad, ataques de pánicos, estrés postraumático y agorafobia.
- Imposibilidad de reincorporación en la vida social, aislamiento total y abandono profesional.



La formación para la atención de partos humanizados es fundamental, debería ser obligatorio y parte de la bioética, yendo de la mano con el respeto a la autonomía de las mujeres durante el embarazo o el parto.

4.3 Quiénes ejercen la violencia ginecobstétrica

Conviene también señalar a los actores que ejercen esta violencia. En primera línea, aparece como actor directo, mayoritariamente, el personal médico y paramédico tanto del sistema sanitario público, como del privado, relacionado con la atención en salud reproductiva y sexual de las mujeres; pero también hay otros actores que no podemos ni debemos dejar de señalar.

La violencia del Estado: normalización e incumplimiento de las normas

También hay que ubicar al Estado como actor directo de la violencia ginecobstétrica. En este caso la violencia institucional no sólo se expresa con la negación o falta de acceso a algunos tratamientos o medicamentos, sino también con la falta de una infraestructura adecuada, protocolos con perspectiva de género y la falta de penalización de esta forma de violencia.

La normalización de los procesos violentos en el sistema de salud pública y la no aprobación de una ley integral que recoja este tipo de violencia, se traducen en una agresión sistemática por parte del Estado, que falla en garantizar un proceso de atención sexual y reproductiva libre de violencia.

Recordemos que la violencia ginecobstétrica puede ejercerse de diferentes maneras, como negar los derechos sexuales y reproductivos, violentar con insultos y tratos degradantes a la mujer durante el parto, practicar cesáreas o episiotomías sin con-

sentimiento de la madre, sobre todo sin ser necesarias y de forma rutinaria para acortar el proceso natural del parto a beneficio del personal sanitario, aun cuando estas prácticas son consideradas tortura, ocasionando daños físicos y psicológicos en la paciente.

Este tipo de violencia se ha perpetuado en el sistema sanitario público ya que las leyes hondureñas aún no la reconocen, permitiéndole al personal de salud violentar deliberadamente a niñas, jóvenes y mujeres en edad reproductiva.

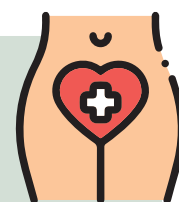
Esto deja en evidencia la desprotección y abandono por parte del Estado de los derechos humanos de las mujeres, jóvenes y niñas. Pese a que el país es parte de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), las autoridades nacionales demuestran que la vida de las mujeres no es su prioridad; y son cómplices al perpetuar las variantes de este tipo de violencia.

Las niñas continúan enfrentándose a maternidades forzadas, coartando el derecho de la infancia, obligándolas a ser madres al negarles el acceso al aborto, abonando a un retroceso en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

Los derechos de las mujeres continúan sin ser importantes para el sistema de salud, muchas mujeres con VIH se siguen enfrentando a la esterilización forzada, cuya práctica es ignorada por los operadores de justicia, al no investigar y penalizar a los perpetradores de este acto atroz.

La violencia ginecobstétrica ha sido tan normalizada que ha pasado a ser casi invisible, muchas mujeres aún no identifican que fueron o están siendo violentadas. De igual forma, el personal de salud reproduce estas prácticas en la enseñanza impartida a los estudiantes que hacen su servicio social en los centros públicos del país.

Si bien se cuenta con una Norma Nacional sobre Atención al Parto, publicada en 2015, que establece una serie de directrices sobre cómo evitar prácticas consideradas violencia obstétrica, resulta preocupante la falta de socialización y conocimiento de la misma. De acuerdo con dicha norma, es preciso evitar tanto la violencia física como la psicológica durante las diferentes etapas relacionadas con el embarazo y el parto. La norma define de este modo qué es violencia física y qué es violencia psicológica:



Violencia física:

- Parto atendido por personal no calificado.
- Tactos vaginales innecesarios.
- Tactos vaginales durante la contracción.
- Dilatación digital del cérvix.
- Maniobra de Kristeller.
- Revisión uterina sin analgesia/anestesia.
- Cesáreas sin indicación.
- Episiotomía de rutina.
- Episiotomía y/o episiorrafia (sutura de la episiotomía) sin anestesia.
- Obviar medidas de bioseguridad.
- Suministro de medicación innecesaria.
- Parto operatorio por personal sin experiencia.
- Manipulación vaginal durante la expulsión.
- Extracción manual de la placenta sin anestesia/analgésico.
- Restricción de las necesidades básicas de la mujer.
- Divulgación de imágenes o información sin consentimiento.
- Obligar o negar el derecho a recibir un método de planificación familiar.



Violencia psicológica:

- Lenguaje inapropiado y grosero.
- Discriminación.
- Humillación.
- Burlas y críticas con respecto al estado de la madre y a su hijo.
- Omisión de la información sobre la evolución del embarazo por parte del personal de salud.
- Irrespeto a la dignidad de la mujer.
- No ser llamada por su nombre.

La mayor parte del personal desconoce esta norma y el Estado no se ha encargado de socializarla y velar por el cumplimiento de los puntos antes expuestos, negando a las mujeres servicios sanitarios de calidad que respetan sus derechos.

4.4 Plan de Gobierno y la esperanza de las mujeres por un cambio

Las cifras de violencia sexual, embarazos, aborto en menores de edad y muertes maternas continúan creciendo sin que el Estado preste atención especial a estos casos.

En su plan de Gobierno, la presidenta Xiomara Castro prometió facilitar el acceso libre a la pastilla anticonceptiva de emergencia (PAE), promesa que cumplió el 8 de marzo, Día Internacional de la Mujer. Pero tiene una batalla dura relacionada con la despenalización del aborto por tres causales y la aprobación, por el Congreso Nacional, de la propuesta de Ley Integral contra las Violencias hacia las Mujeres.

Propuesta de Ley Integral contra las Violencias hacia las Mujeres

En 1982 el Estado de Honduras adoptó una obligación internacional ratificando la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), comprometiéndose a la eliminación de las violencias contra las mujeres; sin embargo, el Congreso Nacional no incluyó en la agenda legislativa de 2022 las obligaciones que derivan de la ratificación de este convenio.

El movimiento feminista y las mujeres organizadas han trabajado por la implementación de la Ley Integral contra las Violencias hacia las Mujeres en Honduras, con el objetivo de que el Estado reconozca las diferentes formas de violencia que han sido invisibilizadas por generaciones, dejando de lado el respeto a los derechos fundamentales y negándose a cumplir las obligaciones internacionales del Estado de Honduras con respecto a las niñas, jóvenes y mujeres.

La propuesta de una ley integral busca la implementación de acciones para la prevención, detección, atención y sanción de violencias hacia la mujer, asegurando servicios de calidad en el sistema de salud, dignos y libres de prejuicios, previniendo la revictimización, creando protocolos integrales que aseguren la vigilancia e investigación de violaciones a los derechos humanos de las mujeres, procurando que la recepción de denuncias salvaguarde la integridad física y psicológica de la víctima/sobreviviente de violencia.

Es importante destacar que esta propuesta busca sancionar formas de violencia no reconocidas, como la violencia ginecobstétrica, y agregar sanciones adicionales a las ya reconocidas por el Código Penal; también contemplar sanciones para los operadores de justicia que no apliquen adecuadamente y con rapidez esta ley.

Con el reconocimiento e inclusión de este y otros tipos de violencia en una ley integral, se abre la posibilidad de llevar un control de víctimas y sobrevivientes, ya que sobre violencia ginecobstétrica es posible recabar datos a nivel cualitativo, gracias a testimonios de jóvenes y mujeres, pero es imposible hacerlo a nivel cuantitativo. Hasta ahora, es posible reconocer estas prácticas, más no cuantificar las víctimas que las sufren diariamente en centros de salud y hospitales.

Por el momento, a falta de una ley integral que las proteja de las diferentes formas de violencia, las pocas alternativas que tienen las niñas, jóvenes y mujeres son denunciar, mediante reclamos, en oficinas de derechos humanos o en la superintendencia de los centros de salud; interponer una denuncia civil o demanda administrativa, apegándose al reglamento de deberes y derechos de los usuarios o pacientes de la SESAL; o acudir al Comité Nacional de Prevención Contra la Tortura (CONAPREV) y denunciar tortura, trato cruel, inhumano y degradante.

Oficina central

Colonia Lara Norte, avenida Manuel José Arce,
calle Lara, N. 834, Apartado postal 4562,
Tegucigalpa M.D.C., Honduras
Teléfonos: (504) 2221-0459 / 2221-0657 / 2221-4368
cdm@derechosdelamujer.org

Zona norte

Barrio El Centro, 5 calle, 5 y 6 avenida, S.O.
Edificio Gámez Pan Chamé, primer piso, local 5 y 6,
San Pedro Sula, Honduras
Teléfonos: (504) 2552-8498 / 9816-7488
adminsps@derechosdelamujer.org

www.derechosdelamujer.org



@cdmhonduras

