

UNIVERSIDAD NACIONAL
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PROGRAMA DE POSGRADO DEL INSTITUTO DE ESTUDIOS DE LA MUJER

MAESTRÍA EN PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LOS DERECHOS HUMANOS

ESTUDIO DE CASO DE CUATRO MUJERES SOMETIDAS A
PROCEDIMIENTOS DE HISTERECTOMIZACIÓN EN LA CAJA
COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL DURANTE LOS AÑOS 2010-2015:
UNA LECTURA DE SUS EXPERIENCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DE
GÉNERO Y EL DERECHO A LA SALUD

ANDREA CAMPOS RAMÍREZ

HEREDIA, 13 DE OCTUBRE DE 2023

Trabajo presentado para optar al grado de Magister en Perspectiva de Género en los Derechos Humanos. Cumple con los requisitos establecidos por el Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad Nacional. Heredia. Costa Rica.

Este trabajo de investigación aplicada fue aceptado por el Tribunal Examinador de la Maestría Perspectiva de Género en los Derechos Humanos, como requisito para optar por el grado de Magistra.

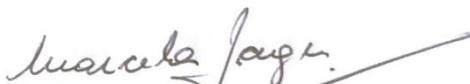
INTEGRANTES DEL TRIBUNAL EXAMINADOR



Máster Bibiana Núñez Alvarado
Coordinadora del posgrado a.i.



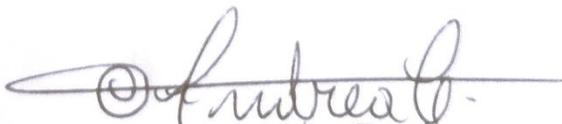
Dra. Fannella Giusti Minotre
Tutora de tesis



M.Sc. Marcela Jager Contreras
Lectora de tesis



M.Sc. Ericka García Zamora
Profesora a.i. del curso Taller de Investigación Aplicada II



Andrea Campos Ramírez
Sustentante

RESUMEN

El presente Trabajo Final de Graduación tuvo como propósito analizar las formas en que las microviolencias de género se materializan en el acto médico y repercuten en el cumplimiento cabal del derecho a la salud de las mujeres. Para esto, se trabajó metodológicamente con estudios de casos entrevistando a cuatro mujeres que se sometieron a un proceso quirúrgico ginecológico llamado histerectomía (extracción de su sistema sexual total o parcial), con el fin de identificar las manifestaciones concretas de estas microviolencias en la práctica médica, así como las argumentaciones desde donde se justifica ese ejercicio de poder por parte del sistema médico. Por último, se determinó la manera en que las prácticas experimentadas inciden en el cumplimiento del derecho a la salud, enfatizando en dos de sus componentes más relevantes: el acceso a la información para la toma de decisiones y el principio de autonomía corporal. A partir del análisis se concluye que aún persisten sesgos de género en el discurso médico que justifican las microviolencias en la práctica profesional, en este caso la visión reproductivista heteronormativa en el abordaje de la salud ginecológica de las mujeres, así como la mirada medicalizadora de sus malestares. Estos sesgos tienen un asidero en discursos hegemónicos que producen corporalidades y que justifican relaciones jerárquicas entre el personal médico y las mujeres usuarias de los servicios. Se concluye además que, mientras el sistema médico siga leyendo el cuerpo de las personas con útero autoidentificadas mujeres en esta investigación, desde una matriz de inteligibilidad heteronormativa, no podrá ser respetuoso del derecho a la salud, comprendido este como la posibilidad de ejercer la autonomía corporal en la toma de decisiones informadas con relación a situaciones de salud-enfermedad.

Palabras clave: microviolencias de género, práctica médica, relaciones de poder, derecho a la salud, acceso a la información en salud, autonomía corporal.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a todas las personas que amorosamente acompañaron este proceso. Un agradecimiento especial a Clara, Luna, Luz y Mara por compartir sus experiencias.

DEDICATORIA

A Lily.

ÍNDICE

RESUMEN	v
AGRADECIMIENTOS	vi
DEDICATORIA	vii
LISTA DE TABLAS	x
LISTA DE ABREVIATURAS	xi
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO	12
1.1. Introducción	12
1.2. Justificación	16
1.3. Antecedentes	17
1.3.1. Antecedentes internacionales.....	17
1.3.2. Antecedentes nacionales.....	31
1.4. Objetivos	36
1.4.1. Objetivo general.....	36
1.4.2. Objetivos específicos.....	36
1.4.3. Objetivo propositivo.....	37
CAPÍTULO II: PREMISAS TEÓRICAS	38
2.1. Microviolencias de género en la práctica médica	38
2.1.1. Sesgos de género en salud.....	41
2.2. Relaciones de poder en el acto médico	48
2.3. Derecho a la salud de las mujeres: acceso a la información para la toma de decisiones	51
2.3.1. Derecho a la salud de las mujeres como un derecho humano.....	51
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	57
3.1. Tipo de estudio	57
3.2. Área de estudio	60
3.3. Población de estudio	60
3.4. Fuentes de información	67
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de la información	67
3.6. Etapas del proceso de recolección, ordenamiento y análisis de la información	69
3.7. Limitaciones de la investigación	70
3.8. Consideraciones éticas	71

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LA INFORMACION	72
4.1. Violencias que suelen pasar desapercibidas: sesgos de género en la práctica médica	73
4.1.2. La mirada heteronormativa	81
4.1.3. La mujer inestable: medicalizando el malestar	83
4.2. Relaciones en los servicios de salud	87
4.2.1. La medicina como discurso de saber-poder	88
4.2.2. Ejercicios de poder: puesta en escena	89
4.3. Derecho de las mujeres a la salud: el acceso a la información para la toma de decisiones	96
4.3.1. Acceso a la información como garantía del cumplimiento del derecho a la salud	97
4.3.2. Mi cuerpo, mi decisión.....	102
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES	106
5.1. Conclusiones	106
Sobre los sesgos de género que justifican las microviolencias en el acto médico.....	106
Sobre las argumentaciones desde donde se justifica este ejercicio del poder	107
Sobre la manera en que las microviolencias experimentadas inciden en el cumplimiento del derecho a la salud	108
Las mujeres y sus resistencias	109
5.2. Recomendaciones	111
REFERENCIAS	114
ANEXOS	127
Consentimiento informado	127
Instrumento para recolección de información	131

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Instrumentos internacionales que hacen referencia al derecho a la salud	26
Tabla 2. Instrumentos internacionales que hacen referencia al derecho a la salud de las mujeres	27
Tabla 3. Instrumentos internacionales que hacen referencia al derecho de las mujeres a una vida libre de violencia	30
Tabla 4. Instrumentos nacionales que hacen referencia al derecho a la salud	34
Tabla 5. Instrumentos nacionales que hacen referencia al derecho a la salud de las mujeres	35
Tabla 6. Instrumentos nacionales que hacen referencia al derecho a una vida sin violencia	36
Tabla 7. Características generales de las mujeres entrevistadas	63
Tabla 8. Propuesta operativa	64

LISTA DE ABREVIATURAS

Siglas	Significado
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CREC	Centro de Registro de Enfermedades Congénitas
INCIENSA	Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud
MEP	Ministerio de Educación Pública
OEA	Organización de Estados Americanos
ONU	Organización de Naciones Unidas
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO

1.1. Introducción

“De todo lo que se escribe sólo me interesa aquello que se escribe con la propia sangre. Escribe con sangre y sabrás que la sangre es espíritu.”
(Nietzsche, 1996, p.27)

Este trabajo surge desde la propia experiencia de la investigadora como mujer consultante de los servicios de ginecología: desde ese lugar se decide emprender este trabajo de investigación, un espacio conocido, vivenciado. Primero, para responder algunas inquietudes que surgieron de la experiencia personal de la investigadora y de la escucha de otras experiencias y, en segundo lugar, para brindar una reflexión académica que permita de algún modo dialogar y repensar las formas en que la ciencia médica ha mirado los cuerpos de las mujeres o cuerpos con útero, ya que a partir de esa mirada se realiza el abordaje de su salud.

El interés de este ejercicio es analizar las experiencias de cuatro mujeres (se identifican a sí mismas de esta forma), vinculadas a la atención de su salud, en este caso concreto, sus vivencias alrededor de un proceso quirúrgico llamado histerectomía.

Del griego *hystéra* 'matriz-útero' y *ectomía* 'extirpación', la histerectomía es un procedimiento mediante el cual se extrae parte del sistema sexual¹ de las mujeres, concretamente el útero, pero además puede también incluir la extracción de ovarios, trompas de Falopio y cérvix, dependiendo de cada situación específica. Antiguos médicos como Areteo de Capadocia (griego), Avicena (persa) y Avenzoar (hispanoárabe), entre otros, han referido en sus escritos que observaron mujeres

¹ En esta investigación se utiliza el término sistema sexual para referirse a lo que se suele denominar aparato reproductor por la ciencia médica, en primer lugar, porque cuando se habla de aparato se piensa más bien en un objeto, y en segundo lugar porque este complejo sistema sexual no sólo se relaciona con la reproducción (siendo esta sin lugar a dudas una de sus funciones), sino también con el desarrollo pleno de la sexualidad humana y las diversas formas en que esta pueda ser vivenciada por las personas a través de sus cuerpos.

que “luego de haber sido extraído su útero pudieron vivir sin esta víscera” (García y García, 2019, p. 19), lo que demuestra que han sido practicadas desde la antigüedad.

Luego de las cesáreas, es la cirugía ginecológica más común que se realiza a las mujeres (Berek, 2008). En Costa Rica; según datos del Área de Estadística en Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, de 2000 a 2015, es decir, en 15 años, 69 071 mujeres fueron sometidas a este procedimiento quirúrgico, la mayoría de las cuales se ubica en un rango de edad de 20 a 64 años (CCSS, 2016).

Hay distintos tipos de histerectomías: subtotal, total o radical; las causas por las que se suele practicar este procedimiento quirúrgico son diversas, por ejemplo, las obstétricas, que se relacionan con complicaciones vinculadas al parto, y las ginecológicas como la presencia de fibromas uterinos, sangrados disfuncionales, dolor pélvico crónico, cáncer, prolapso genital, entre otras (Berek, 2008); además, estas pueden realizarse por diferentes vías, dependiendo de una serie de elementos que son evaluados por el personal de salud a partir de la situación de cada persona consultante.

Ahora bien, Nikolas Rose (2012) afirma que nuestras individualidades se encuentran unidas “en parte al menos a nuestra existencia carnal y corporal, y se experimentan, se expresan, juzgan y actúan sobre sí mismas, en parte en el lenguaje de la biomedicina” (p. 65). Es desde este lugar que se producen narrativas sobre la condición humana que se convierten a su vez, en discursos productores de corporalidades; estos discursos científicos, que en teoría son objetivos y basados en evidencia, han sido subjetivados por las personas, justamente porque brindan un lenguaje para hablar de lo que se es y, por tanto, ha incidido en la forma en que se materializa el género. ¿Cómo es que la ciencia médica ha logrado esto?: mediante la producción de discursos con carácter de verdad sobre la salud y la enfermedad, lo normal o lo patológico.

A partir del siglo XVIII, el discurso médico ha gozado de legitimidad para nombrar lo que se espera de los cuerpos, tomando como punto de partida aspectos puramente fisiológicos, funcionando como un discurso ortopédico, es decir,

moldeador de corporalidades, y es en las prácticas cotidianas que estas narrativas se materializan, en normas y mandatos para cada cuerpo de acuerdo a su genitalidad. Este reduccionismo biológico convierte la diferencia sexual en justificación de la jerarquización de saberes, tareas y espacios entre hombres y mujeres (Esteban, 2013), patologizando además, los cuerpos que no pueden ser clasificados de acuerdo a esa binariedad hegemónica (aún hoy los cuerpos intersexuales son catalogados como defectuosos por el sistema de salud costarricense²).

En el caso de la atención de la salud, el acto médico es el espacio en el cual este imaginario que se ha construido alrededor de la biología de los cuerpos, se traduce en sesgos de género que tienen un asidero histórico en visiones sociales estereotipadas sobre lo que un cuerpo de mujer es o debe ser, pues al fin y al cabo la ciencia médica es un conocimiento social que refleja una cultura y un momento histórico, por lo que no se le puede pensar ajeno a la realidad.

Esta mirada sesgada sobre el cuerpo, así como estas relaciones de poder jerarquizadas (el personal médico posicionado como emisor legítimo de la verdad sobre los cuerpos, y la persona usuaria de los servicios como la que no conoce ni comprende lo que le pasa) se suelen traducir en microviolencias de género entendidas estas como actos que transcurren de una forma tan sutil y naturalizada que resulta ser imperceptible para ambas partes. Lo que preocupa es que este abordaje de la salud de las mujeres repercute negativamente en su derecho a la salud (toma de decisiones informadas sobre los procedimientos a los cuales la persona será sometida y autonomía personal, por ejemplo).

² En el Protocolo de Vigilancia de Defectos Congénitos en Costa Rica publicado en 2018 por el Ministerio de Salud de Costa Rica (MINSa), en conjunto con el Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), se contempla la intersexualidad como un defecto en el sistema génito-urinario que debe ser reportado al Centro de Registro de Enfermedades Congénitas (CREC), mediante una boleta. Sin embargo, para Alcántara e Inter (2015) “La intersexualidad es efecto de una expresión congénita en donde la información genética prenatal produce diferencias en la conformación de las gónadas, el aparato reproductor, y/o los genitales. Esos componentes suelen ser interpretados como la evidencia natural de la feminidad o de la masculinidad en el cuerpo y esto es un error porque en el ser humano no hay una correspondencia inmediata entre anatomía e identidad. Esto quiere decir que no existen mujeres naturales ni hombres naturales”. Es hasta hace poco tiempo que en Costa Rica las personas intersexuales eran intervenidas quirúrgicamente al nacer para poder nombrarlas dentro de los parámetros de la binariedad hegemónica como hombre o mujer, procedimientos que actualmente son catalogados por la Organización de Naciones Unidas como una violación a los derechos de las personas intersexuales.

Si bien en el pasado se han justificado prácticas violatorias de los derechos humanos de las mujeres en la atención de su salud con argumentos de carácter gerencial (se asocia con falta de recursos económicos para sensibilizar al personal de salud o falta de tiempo disponible en las consultas médicas, etc.), lo cierto es que responden a una violencia estructural de género que impregna la práctica médica y que se traduce en una violencia institucional en salud (Castro y Erveti, 2015). Por tanto, es el interés de esta investigación acercarse al análisis de los argumentos que justifican estas microviolencias³, y así determinar si se respeta a cabalidad el derecho a la salud de las mujeres.

Para esto, en primer lugar, se visibilizan las manifestaciones de microviolencias de género en la práctica médica a partir de las vivencias de cuatro mujeres vinculadas a sus experiencias de histerectomización, y que son producto de los sesgos de género en la atención en salud. Para efectos de este trabajo, se entiende práctica médica como el acto en que la persona prestataria de los servicios de salud (en este caso la médica o médico) ejerce como profesional de la medicina para prevenir, diagnosticar, pronosticar y tratar a una persona usuaria de dichos servicios.

En segundo lugar, se exponen las argumentaciones desde donde se justifica este ejercicio de poder, para, finalmente, determinar la manera en que estas microviolencias experimentadas inciden en el derecho a la salud de las mujeres a la hora del abordaje de su salud. Analizar las formas en que las microviolencias de género se materializan en el acto médico y repercuten en el cumplimiento del derecho a la salud, a partir de la experiencia de cuatro mujeres sometidas a procedimientos de histerectomización en la CCSS durante los años 2010-2015.

Recopilar recomendaciones que permitan la reflexión sobre la necesidad y urgencia de superar, en la práctica médica, microviolencias de género que puedan ir en detrimento del cumplimiento cabal del derecho a la salud de las mujeres.

³ Más adelante se ahondará en esta definición pero es importante anotar que se hace referencia a formas naturalizadas de abuso y violación de derechos de las mujeres en la práctica médica, que pasan desapercibidas por su cotidianidad en la atención de la salud.

1.2. Justificación

A partir del siglo XVIII se consolida un discurso sobre los cuerpos y sobre la sexualidad que incide en la visión del cuerpo humano que prevalecerá en el sistema biomédico en los siglos posteriores. Foucault (1991) afirma que toda materialidad es producto de una forma de poder, por lo que esta visión médica, heredera del paradigma positivista de la ciencia, ha creado cuerpos de mujeres y discursos sobre su sistema sexual que dan especial énfasis a la labor reproductiva, más que a su propia salud integral.

Si las mujeres han sido pensadas e imaginadas desde esta postura epistemológica, será preciso determinar cómo estos discursos inciden e impactan sus cuerpos y experiencias, e indagar sobre el significado que estos cuerpos tienen para un sistema médico que controla todo lo referente a la vida y la reproducción. Si el sistema médico realiza un abordaje de la salud de las mujeres principalmente fertilista, ¿qué pasa con los cuerpos que ya no pueden cumplir con su principal fin que es la reproducción?

La histerectomía es una cirugía que tiene un impacto significativo en la vida de las mujeres; es una intervención directa sobre un lugar cargado de simbolismo que históricamente se ha relacionado con la función por excelencia de la mujer: su rol de madre. Es también un complejo sistema que cumple una serie de funciones en el cuerpo, que son invisibilizadas o medicalizadas, con el fin de priorizar y maximizar su función reproductiva.

Se considera necesario reflexionar sobre la salud de las mujeres desde una perspectiva crítica con enfoque de género y derechos humanos, principalmente para analizar las prácticas médicas relacionadas con la salud ginecológica desde una visión política e histórica. Afirma Foucault (1990) que las personas que investigan fenómenos sociales se encuentran en el compromiso político de cuestionar la forma en que se ha ejercido el poder desde algunos nichos de conocimiento racional, desde los que se ha construido y narrado la realidad, y se han pretendido establecer verdades absolutas basadas en esencialismos biológicos no superados aún.

Es importante resaltar que, en ningún momento, fue el interés de este trabajo cuestionar la histerectomía como tal o las causas por las cuales se decide realizarla, el propósito es más bien develar los argumentos que alimentan y justifican las prácticas y los abordajes médicos, así como el ejercicio de poder, para reflexionar e imaginar nuevos abordajes de la salud respetuosos de los derechos humanos, brindando a las personas un espacio seguro con información fidedigna para que pueda decidir sobre su propio cuerpo de manera informada y segura.

1.3. Antecedentes

En el siguiente apartado se exponen los trabajos relacionados con el tema que se estudia. En primer lugar, se presentan las investigaciones que hacen mención de las microviolencias de género en la práctica médica, en segundo lugar, se realiza un repaso por investigaciones que abordan la histerectomía, para, en tercer y último lugar, exponer los antecedentes normativos y legislativos relacionados con el tema de investigación.

Dicha información está dividida en antecedentes internacionales y nacionales, a partir de documentos del año 2005 en adelante. Las palabras o frases referentes para la búsqueda fueron: microviolencias de género en la práctica médica, sesgos de género en salud, histerectomía y derecho a la salud de las mujeres.

1.3.1. Antecedentes internacionales

Investigaciones que abordan las microviolencias de género en la práctica médica:

Para este apartado, se consideraron trabajos que en algunos casos no se refieren de forma explícita al término microviolencia, pero hacen alusión a situaciones en la atención de la salud de las mujeres donde se ejercen violencias que pasan desapercibidas por estar naturalizadas en las prácticas cotidianas.

Es el caso de los sesgos de género, que no permiten el buen cumplimiento del derecho a la salud, específicamente la garantía de los derechos vinculados a la salud sexual y salud reproductiva de las usuarias de los servicios de salud. A continuación, se sintetizan algunas de estas investigaciones.

Sara Fernández (2007), en su artículo titulado *La violencia de género en las prácticas institucionales de salud afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud*, analiza la violencia de género en las prácticas institucionales en el sistema hospitalario de Ciudad de México, violencias que se han naturalizado y que pasan casi inadvertidas.

La autora señala tres aspectos como las causas principales que generan estas conductas: 1) la falta de formación del recurso humano en temas relacionados con género y el derecho a la salud de las personas usuarias; 2) las dinámicas de poder (jerarquías) que son aprendidas e interiorizadas por el personal de salud desde su formación profesional; y 3) el hecho de que las instituciones de salud son instituciones sociales y, por tanto, inciden en las relaciones sociales y pueden convertirse en reproductoras de sesgos de género, colaborando así en su perpetuación. (p. 56).

Valls (2009) dedica un capítulo de su libro *Mujeres, salud y poder* al tema de las microviolencias en la atención sanitaria; en su texto analiza aquellos actos en los que, al reproducirse estereotipos o sesgos de género, se incurre en prácticas que violentan el derecho de las mujeres a la salud. Tanto para esta autora como para Fernández (2007), estas prácticas emergen en una visión médica heredada de siglos atrás, que reproduce una mirada negativa sobre el cuerpo de las mujeres y, por tanto, medicaliza sus procesos fisiológicos, que suelen ser vistos como “enfermedades”.

Así también Valls et. al. (2008), en el artículo *Morbilidad diferencial entre hombres y mujeres*, analizan cómo el paradigma positivista de la ciencia, al posicionar al hombre como el parámetro de lo humano, invisibiliza las diferencias y particularidades en la forma de enfermar de los cuerpos, materializándose este hecho en un abordaje de la salud irrespetuoso de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, porque se obvian factores propios de los roles sociales de género asignados que inciden en estas formas de vivenciar la salud-enfermedad.

Ruiz-Cantero (2009) en su artículo *Sesgos de género en salud*, investiga cómo se manifiestan estos sesgos en la práctica profesional; afirma que estos se traducen en prácticas desiguales y discriminatorias en los servicios sanitarios para un sexo respecto al otro, en este caso para las mujeres con respecto a los hombres (p. 27). Uno de los principales sesgos de género en los que se incurre con frecuencia, según la autora, es caracterizar a las mujeres como un grupo de riesgo único y homogéneo con base en su capacidad biológica reproductiva únicamente.

Tasa-Vignals, Mora-Giral y Raich-Escursell (2015) se adscriben en una línea de investigación similar; el objetivo de su investigación titulado *Sesgos de género en medicina: concepto y estado de la cuestión*, es analizar los sesgos de género en la práctica médica y las consecuencias que se generan a nivel práctico en la atención de la salud de las mujeres. Las autoras concluyen afirmando que los sesgos de género se manifiestan o identifican principalmente en dos líneas: en la investigación en salud, que a menudo se centra en los cuerpos de los hombres como parámetro de universalidad, y en la práctica clínica, donde la atención suele centrarse en la reproducción en los cuerpos de las mujeres.

Castro y López (2010) en el texto *Poder médico y ciudadanía: conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*, del cual son editores presentan seis artículos que se inscriben en la línea de investigación que aborda “el origen social de las resistencias que oponen diversas instancias de poder frente a los procesos de apropiación y subjetivaciones de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres” (p.7).

Los artículos analizan desde diversos lugares teóricos y utilizando metodologías cualitativas, las relaciones de poder entre el personal médico y las usuarias de los servicios de salud, coincidiendo en que se presenta una serie de relaciones de poder que establecen marcadas jerarquías entre médicos y mujeres en la práctica o campo médico, violentando los derechos de las usuarias. Estas relaciones de poder son reproducidas desde la formación y entrenamiento de las y los profesionales de la salud, convirtiéndose en un “habitus” que reproduce sesgos de género.

En esta misma línea de investigación, Joaquina Erveti (2013) en su artículo *Mujeres, cuerpos y medicina. Un estudio con médicos en su servicio de salud sexual* analiza el tema de la mirada médica sobre los cuerpos de las mujeres, al igual que Valls et. al. (2008), Valls (2009), Castro y López (2010) y Baeza (2017). El objetivo de su investigación es “profundizar en el origen social de las construcciones médicas de los cuerpos femeninos, y de cómo esto incide en las prácticas profesionales y en el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres” (p.38).

Como conclusión se desprende que las demandas de atención en los servicios de salud reproductiva se dan en el contexto “de un orden corporal generizado donde históricamente se ha construido el cuerpo femenino como un objeto social inherentemente patológico, sobre el que se han dirigido distintas formas de control y vigilancia” (p. 138).

Por su parte, Castro y Erveti (2015) en el libro *Sociología de la práctica médica: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*, sostienen que desde la práctica médica se ejerce “autoritarismo” en las relaciones con las mujeres que consultan el servicio de salud, producto de “una violencia estructural institucional que se manifiesta en la estructura del campo médico y el habitus del personal de salud (...), se reproduce en las prácticas diarias o cotidianas en articulación con el habitus de las usuarias”. (p.28).

De igual forma, Baeza (2017) en el artículo titulado *Vulneración de derechos sexuales y cáncer cervicouterino: violencia avalada por el Estado* afirma, refiriéndose al análisis del sistema de salud chileno, que no existen estrategias, programas o terapias explícitas de acompañamiento para el abordaje de la sexualidad como un derecho de las personas (p. 84), siendo la causa el abordaje esencialista de la mujer (basar la consulta y la respuesta terapéutica únicamente en su función reproductiva), que aún predomina en la ciencia médica, priorizando de esta forma lo reproductivo y descuidando lo sexual.

En general, se puede decir que los trabajos revisados coinciden en que hay prácticas en las rutinas de atención de la salud de las mujeres (principalmente salud

sexual y salud reproductiva) que reproducen sesgos de género y que suelen estar naturalizadas, y por tanto pasan desapercibidas tanto para el personal de salud como para las propias mujeres.

Estas prácticas tienen su origen en el discurso médico sobre los cuerpos de las mujeres que sostiene y justifica una violencia estructural e histórica que ha colocado a las mujeres y sus procesos fisiológicos en un sitio cargado de prejuicios (Fernández, 2007; Castro y Erveti, 2015; Valls, 2009).

También se rescatan, en esta línea de investigación, las reflexiones que realizan Fernández (2007), Castro y López (2010), Castro y Erveti (2015) sobre lo que llaman el hábitus médico, es decir: las formas de jerarquización y relacionamiento que desde la formación profesional reciben las y los profesionales de la salud y que son aprehendidos y reproducidos como “naturales”, cuando en realidad son jerarquías que justifican relaciones de poder desiguales que van en detrimento de los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, especialmente las mujeres. Esta situación se ve reforzada por las carencias y voluntad para atender la temática; lo que refuerza las relaciones de poder.

Abordaje de la histerectomía

La práctica de la histerectomía ha sido estudiada principalmente desde dos disciplinas: la ciencia médica y la psicología. Desde la ciencia médica se han abordado aspectos relacionados con temas anatómo-fisiológicos, enfatizando sobre todo en la recuperación post-operatoria de las usuarias de los servicios, cómo han respondido las mujeres de acuerdo al procedimiento elaborado (histerectomía total o parcial, ya sea mediante un procedimiento vaginal o laparoscópico), sólo por citar algunos ejemplos. Estos estudios han sido realizados la mayoría de las veces por personal de medicina o enfermería y la metodología utilizada ha sido sobre todo cuantitativa.

Por otro lado, desde la psicología, las investigaciones giran en torno a tres aspectos principalmente:

- los sentimientos de las mujeres con relación a la cirugía y los significados que éstas le asignan al procedimiento o a la experiencia en general (ansiedad, temor, desinformación, etc.) (Cánovas *et al.*, 2001, Hernández *et al.*, 2006),
- la autopercepción de las mujeres después del procedimiento quirúrgico (Morales *et al.*, 2010; Urrutia *et al.*, 2013; Svetlanova, 2014; De Mendonça y Da Costa, 2016),
- los trabajos que enfatizan en la calidad de vida después de la cirugía y su vivencia de la sexualidad (Miranda, 2013).

A continuación, se mencionan algunos de ellos:

En España, Cánovas, Moix, Cos y Foradada (2001), en el artículo titulado *Apoyo psicológico en mujeres que se someten a histerectomía*, analizan en qué medida el acompañamiento psicológico prepara a las mujeres de una forma satisfactoria para el proceso quirúrgico y sus efectos posteriores. Mediante este estudio se determinó que las mujeres que son acompañadas con consejería psicológica durante el proceso hospitalario sufren menos ansiedad, depresión y dolor, además que muestran una mejoría física más satisfactoria que las que no recibieron acompañamiento.

En este sentido, Hernández, Reza, Castillo y Olivia (2006) desarrollaron un estudio con 20 mujeres a las que se les había programado una histerectomía abdominal en dos hospitales públicos de México, con el fin de identificar los conocimientos que las mujeres tenían sobre el procedimiento, así como sus actitudes y necesidades. En el artículo titulado *Histerectomía abdominal: vivencias de 20 mujeres* se presentan los resultados de la investigación, concluyendo que entre más información tienen las mujeres sobre el procedimiento quirúrgico, participan más activamente y se reducen sus miedos y preocupaciones.

El estudio de Morales, Huerta, Páramo y Capaccione (2010) cuyos resultados fueron presentados a través del artículo titulado *El autoconcepto de mujeres sometidas a histerectomía* se analiza la percepción que las mujeres tienen sobre sí mismas después de la histerectomía. Se concluye en esta investigación

que existe la necesidad de desarrollar un programa de apoyo y acompañamiento psicológico para las mujeres antes de la operación, durante la hospitalización y posteriormente, por tratarse de un procedimiento que puede impactar en la vida de algunas mujeres, debido a las implicaciones culturales y sociales que tiene el sistema sexual femenino en una sociedad que relaciona útero con maternidad como único fin.

De igual forma, Urrutia, Araya, Flores, Jara, Silva y Lira (2013), en el artículo *Histerectomía: la experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres chilenas*, analizan el significado de esta cirugía para un grupo de 52 mujeres usuarias de un servicio hospitalario en Santiago de Chile. Concluye la investigación en cuanto a la necesidad de que las y los profesionales en salud comprendan e integren las dimensiones socioculturales de las mujeres histerectomizadas a la hora de abordar el proceso previo y post-operatorio, y no asumirlo como un simple tratamiento a una enfermedad, pues el útero está impregnado de una serie de significados culturales y sociales.

Svetlanova (2014) trabaja en este mismo sentido en *(Re)Visiones entorno a la identidad de género en mujeres histerectomizadas*. Su principal objetivo fue analizar las concepciones en torno a la identidad de género de nueve mujeres que fueron histerectomizadas, además de conocer los miedos y consuelos que las mujeres experimentan al enfrentarse al procedimiento quirúrgico y al sistema médico. Concluye la autora diciendo que la histerectomía, como práctica que se desarrolla en el cuerpo de las mujeres, tiene repercusiones sobre la construcción de las identidades femeninas, principalmente por el peso social que se le asigna al sistema sexual de las mujeres.

De Mendonça y Da Costa (2016), en su trabajo titulado *La mujer que experimenta las cirugías ginecológicas: enfrentando los cambios impuestos por la cirugía*, se proponen conocer las sensaciones y percepciones que las mujeres experimentan sobre sí mismas después de cirugías ginecológicas, entre ellas la histerectomía. Concluyen diciendo que las mujeres se ven enfrentadas a una reconfiguración de su identidad social después de la intervención, por el significado

que la sociedad asigna a sus sistemas reproductores (la maternidad como un mandato obligatorio, por citar un ejemplo), pues la identidad de las mujeres está íntimamente ligada a los procesos fisiológicos de su cuerpo.

Con relación a la calidad de vida de las mujeres histerectomizadas, en Ecuador, Cristina Miranda (2013), en su tesis titulada *Impacto de la histerectomía en la calidad de vida de las pacientes entre 35 a 55 años de edad del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Alfredo Noboa Montenegro durante el periodo febrero-agosto 2012*, analiza cómo estas cirugías impactan la calidad de vida de las mujeres y cómo también hay una incidencia en sus entornos familiares. Se enfatiza en la necesidad de evaluar la situación de las mujeres, ya que su calidad de vida se ve afectada, para así brindar una atención integral y un acompañamiento afín a sus necesidades.

Un punto de coincidencia de la mayoría de los estudios revisados es que evidencian una falta de información sobre los procedimientos quirúrgicos y sus consecuencias posteriores, por parte del personal de los centros de salud con respecto a las mujeres. Esto genera sentimientos de incertidumbre y ansiedad; por eso es una necesidad plantear estrategias para que las usuarias de los servicios de salud puedan comprender mejor sus procesos y puedan desempeñar un rol más activo en la toma de decisiones relacionadas con su cuerpo. De esta forma, se podría contribuir a garantizar el cumplimiento de sus derechos sexuales y reproductivos.

Al considerarse el útero como representativo de lo femenino, por la asociación que se hace con la capacidad reproductiva de los cuerpos de las mujeres, para ellas la histerectomía no es sólo un procedimiento quirúrgico, sino una intervención que las hace replantearse su identidad, tal y como lo sostienen también Urrutia et al. (2013), Svetlanova (2014) y Mendonca y Da Costa (2016). Por eso, es relevante tomar en cuenta el entorno sociocultural y las creencias de las mujeres a la hora de brindarles la atención y la información que requieren.

Urrutia, Beoriza y Araya (2016) llegan a esta misma conclusión en el estudio titulado *Barreras en la comunicación percibidas por un grupo de mujeres*

histerectomizadas: un desafío para entregar una educación apropiada. Este estudio concluye que las mujeres no gozan de la información y la educación suficiente porque existen barreras por parte del personal médico (lenguaje técnico no comprensible, falta de tiempo, indicaciones contradictorias, enojo, etc.) y por condiciones propias de las mujeres (timidez, vergüenza de preguntar, miedo, conformidad). Por esta razón, las investigadoras sostienen que las personas profesionales de salud deben desarrollar técnicas para una comunicación respetuosa del derecho a la información y a la salud de las mujeres.

Instrumentos internacionales de derechos humanos relacionados con la salud de las mujeres

La Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH, 1948) señala en su Artículo 25 que todas las personas tienen derecho a condiciones de vida que garanticen su salud; son los Estados los llamados a asegurar la debida diligencia para garantizar los compromisos que los países han ratificado en los instrumentos internacionales.

Cabe destacar que, al incorporar un enfoque de género en el derecho, se ha planteado como una necesidad desarrollar una lectura crítica de las desigualdades históricas que las mujeres y otras identidades genéricas no hegemónicas han tenido que enfrentar para que la legislación responda de forma atinada a estas especificidades.

Como bien lo indican Casas y Cabezas (2016), “el término género como categoría de análisis se ha ido incorporando en la narrativa de las normas internacionales responsables de revertir la desigualdad de género, que impacta negativamente en las mujeres” (p.9). Es desde esta postura epistemológica que se ha hecho hincapié en visibilizar los derechos de las mujeres, en este caso el derecho a la salud de las mujeres como un derecho humano.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer conocida como Belém do Pará (Organización de Estados Americanos, 1994), se refiere a la violencia contra las mujeres como “Cualquier

acción o conducta basada en género, que cause muerte, daño o su sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado” (Artículo 1).

En cualquiera de sus formas, la violencia constituye una violación de derechos humanos, por lo que es necesaria su prevención, sanción y erradicación para procurar el “desarrollo individual y social de las mujeres” (OEA, 1994, p.1), la garantía de sus derechos humanos, especialmente el derecho a vivir una vida libre de violencia. Comprender y denunciar cómo operan las violencias contra las mujeres, en este caso aquella vinculada con el derecho a la salud, representa un paso en esta dirección.

En la primera tabla, se recopilan los instrumentos internacionales que hacen alusión al derecho a la salud de las personas, en la segunda, se exponen los que de forma específica se refieren al derecho a la salud de las mujeres y, por último, se citan los instrumentos que contemplan el derecho de las mujeres a una vida sin violencia.

Tabla 1. Instrumentos internacionales que hacen referencia al derecho a la salud

Instrumento	Clasificación	Año	Observaciones
Declaración Universal de Derechos Humanos	ONU	1948	Art. 25.1. “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar (...)” (p.52).
Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre	OEA	1948	Art. 11. Derecho a la preservación de la salud y el bienestar. “Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad” (p.3).
Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales (Ley N° 4229-A del	ONU	1966	Art. 12.1. “Los Estados Partes (...) reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” (p.5).

11 de diciembre de 1968-CR)			
Protocolo de San Salvador (Ley N° 7997 del 03 de setiembre de 1999-CR)	OEA	1988	Art. 10. Derecho a la salud. "Toda persona tiene derecho a la salud entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social". (p.3)

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Instrumentos internacionales que hacen referencia al derecho a la salud de las mujeres.

Instrumento	Clasificación	Año	Observaciones
Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW) (Tratado Internacional N° 6968 del 02 de octubre de 1984-CR).	ONU	1979	Art.12, inciso 1. "Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia" (p.6).
Recomendación general 19 (CEDAW).	ONU	1992	Párrafo 19. "El artículo 12 requiere que los Estados Partes adopten medidas que garanticen la igualdad en materia de servicios de salud. La violencia contra la mujer pone en peligro su salud y su vida" (p.3).
Recomendación General 24 (CEDAW).	ONU	1999	Párrafo 31. b) Garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud, inclusive en la esfera de la salud sexual y genésica (...) (p.6). e) "Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa" (p.7).
Programa de Acción de la	ONU	1994	Capítulo VII.

<p>Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo).</p>			<p>7.3. “Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso” (p.37).</p> <p>7.4 “La aplicación del presente Programa de Acción debe orientarse por esta definición amplia de salud reproductiva, que incluye la salud sexual” (p.38).</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Se enfatiza en una vida sexual satisfactoria en donde las personas elijan libremente si desean procrear o no y cuando desean hacerlo. ● Se posiciona la participación activa de los hombres en cuanto a paternidad responsable, crianza y cuidado. ● Se centra la atención en las personas más que en datos estadísticos únicamente.
<p>Declaración y Plataforma de Acción Beijing.</p>	<p>ONU</p>	<p>1995</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Considera el derecho de la mujer a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. ● La Declaración censura los estereotipos y discriminaciones de género en Programas y Sistemas de Salud. ● Asume la salud reproductiva como un estado pleno donde se tiene la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y la libertad de procrear o decidir no hacerlo. ● Promueve la igualdad en el trato y el acceso a servicios de salud accesibles, económicos y de calidad tanto a hombres como a mujeres. ● Posiciona el tema del respeto a los derechos humanos y normas éticas no

			<p>sexistas en la atención de salud de las mujeres, para lo cual se debe contar con su consentimiento responsable y voluntario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pretende “adoptar todas las medidas para acabar con las intervenciones médicas perjudiciales para la salud, innecesarias desde un punto de vista médico o coercitivas y con los tratamientos inadecuados o la administración excesiva de medicamentos a las mujeres, y hacer que todas las mujeres dispongan de información completa sobre las posibilidades que se les ofrecen” (p.106, Objetivo C.1). <p>“17. El reconocimiento explícito y la reafirmación del derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular su propia fecundidad, es básico para la potenciación de su papel” (pag.8)</p> <p>“30. Garantizar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación y la atención de salud y promover la salud sexual y reproductiva de la mujer y su educación” (p.19).</p>
<p>Recomendación general N° 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos (CEDAW).</p>	<p>ONU</p>	<p>2010</p>	<p>Dicha recomendación relaciona los artículos de la Convención con el envejecimiento de las mujeres y señala las múltiples formas de discriminación que sufren conforme envejecen. Con relación al tema de la salud, se afirma que “El derecho a la libre determinación y consentimiento con respecto a la atención de la salud de las mujeres de edad no siempre se respeta” (p.3).</p> <p>45. Los Estados partes deben adoptar una política integral de atención de la salud orientada a proteger las necesidades de salud de las mujeres de edad, de conformidad con la Recomendación general N° 24 (1999) del Comité, relativa a la mujer y la salud” (p.8).</p>

<p>Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo.</p>	<p>ONU</p>	<p>2013</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reafirma que los derechos sexuales y reproductivos son parte integral de los derechos humanos. • Plantea que la atención libre de discriminación y violencia implica el respeto a la identidad y orientación de género de todas las personas.
--	------------	-------------	--

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Instrumentos internacionales que hacen referencia al derecho de las mujeres a una vida libre de violencia

Instrumento	Clasificación	Año	Observaciones
<p>Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Belém do Pará) (Tratado Internacional N°7499 del 02 de mayo de 1995-CR).</p>	<p>OEA</p>	<p>1994</p>	<p>Art.1. "(...) debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado" (p.3).</p> <p>Art.3. "Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia (...)".</p> <p>El derecho a vivir una vida libre de violencia de género (Art.3) no había sido explicitado en un instrumento legal hasta 1994, cuando fue explicitado como un derecho humano en la Convención de Belem do Pará (Facio, 2010, p.3).</p>
<p>Declaración y Programa de Acción de Viena.</p>	<p>ONU</p>	<p>1993</p>	<p>Recalca la importancia de considerar los derechos humanos de las mujeres y de las niñas como parte fundamental de los derechos humanos universales; subraya además que la garantía de la participación de mujeres y niñas en condiciones iguales en la vida social, económica, política y civil, garantizará la erradicación de violencias como la discriminación contra estos grupos poblacionales.</p>
<p>Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población</p>	<p>ONU</p>	<p>1994</p>	<p>Plantea de forma explícita el tema de la salud sexual y reproductiva; se reconoce la necesidad de eliminar toda forma de violencia y discriminación contra las mujeres para el</p>

y Desarrollo (El Cairo)			cumplimiento de sus derechos sexuales y reproductivos.
-------------------------	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

1.3.2. Antecedentes nacionales

Microviolencias en la práctica médica

Este trabajo de investigación no pretende abordar la violencia obstétrica⁴, aunque se puede sostener que las microviolencias de género en la práctica médica son también una expresión de esta violencia. La atención de este trabajo se centra en las prácticas que no son percibidas abiertamente como violentas o no se encuentran tipificadas en la legislación relacionada con esta forma de violencia (la obstétrica). Es importante destacar los aportes de Arguedas (2014, 2016) con relación al ejercicio del poder biomédico o “poder obstétrico”, como ella lo nombra, para referirse a prácticas violatorias de los derechos humanos de las mujeres vinculados con su salud.

La autora comprende el poder obstétrico como el que ejerce un saber que se dice verdadero (como la ciencia médica) sobre el cuerpo de las mujeres. Utilizando el concepto de poder disciplinario de Michel Foucault, Arguedas (2014) busca “dar cuenta de qué es, cómo opera y cuáles efectos tiene la violencia obstétrica sobre las mujeres” (p.146). Sostiene que el poder obstétrico produce cuerpos, los disciplina para controlarlos de formas sutiles, pero igualmente violentas y ante todo violatorias del derecho a la salud de las mujeres.

Por su parte, Eugenio Flores Rodríguez (2020) realiza un aporte desde la investigación cuantitativa en su tesis titulada *Violencia obstétrica y su relación con determinantes sociales de la salud a partir de evidencia estadística en Costa Rica*

⁴ Se comprende por violencia obstétrica “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización 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” (Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela, 2007, pág. 7).

(2009-2011 Y 2016-2018) analiza información estadística buscando la relación entre la violencia obstétrica y los determinantes sociales de la salud. Para esto, se posiciona desde una perspectiva de salud pública y desde el enfoque de género (relaciones del poder). En la misma línea de Arguedas (2014) señala, basado en información estadística, que en la violencia obstétrica se evidencian relaciones de poder entre el personal de salud y las mujeres que hacen uso de dichos servicios a la hora del parto y procesos vinculados a este.

A partir de este hecho concreto, Flores (2020) definió variables que permiten identificar las conductas que se consideran como violentas durante la atención del parto, contempladas en el Modelo Vigente de la CCSS (2017), institución que atiende el 95% de los partos del país. Algunas de estas prácticas son: no brindar privacidad, no consultarle sobre aplicación de medicamentos o procedimientos, no recibir información comprensible, entre otras.

Flores (2020) concluye que el sufrir violencia obstétrica es más bien la norma y no la excepción en el país; sostiene que hay una naturalización de la violencia obstétrica por parte de las mujeres, sobre todo las que tienen menor acceso a recursos económicos y a recursos educativos. Para este investigador es importante hablar de una “violencia obstétrica ampliada”, haciendo referencia con este término a prácticas que van más allá del momento del parto. Recomienda trabajar en la sensibilización y capacitación de las personas prestatarias de los servicios de salud con relación a estos temas, además de sensibilizar a las mujeres desde las consultas prenatales para que puedan identificar la violencia obstétrica y buscar mecanismos efectivos y ágiles de denuncia.

Ambas investigaciones evidencian, desde distintos lugares metodológicos, cómo se ejerce un poder desde el personal de salud que violenta el derecho a la salud de las mujeres, que suele no ser percibido como tal por dicho personal ni por las usuarias de los servicios, por ser prácticas que se encuentran naturalizadas.

Abordaje de la histerectomía

En Costa Rica, el tema de la histerectomía no ha sido ampliamente desarrollado, como sí sucede en otros países de Latinoamérica, por ejemplo, México, Brasil y Chile, donde hay una producción importante al respecto. Exponemos en este apartado las investigaciones encontradas en el país. La investigación de Maricel Díaz y Ericka Ondoy (2009), tesis de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica, titulada *Vivencias de la sexualidad en cinco mujeres histerectomizadas por diagnóstico médico en la provincia de Guanacaste*, se planteó como objetivo conocer la vivencia de la sexualidad en mujeres histerectomizadas, y de qué manera esta intervención quirúrgica repercutió en sus relaciones de pareja.

La conclusión que se deriva de esta tesis es que existen ideas a nivel social e ideológico que atraviesan a estas mujeres, haciendo que ellas se replanteen su sexualidad y también su vida después de este momento vivido, no sólo por lo que implica la extracción del sistema sexual interno, sino por el hecho de estar vivas después de una experiencia que les provocó temor y miedo de morir.

Por otro lado, la tesis de Licenciatura en Psicología de la Universidad de Costa Rica de Viviana Argüello y Yazmín Menjívar (2012), titulada *Vivencia de la sexualidad integral de mujeres en adultez media diagnosticadas con cáncer cervical*, aunque no trata el tema de la histerectomía directamente, hace referencia a la vivencia de las mujeres que, por su condición de cáncer de cérvix, fueron sometidas a la extirpación de su sistema sexual interno.

Esta investigación coincide en una de sus conclusiones con otros trabajos mencionados en el apartado de internacionales, pues sostiene que las mujeres se sienten inseguras y con temores al carecer de la información adecuada sobre lo que les sucede a nivel físico. Debido a que han sido intervenidas directamente sobre sus sistemas sexuales, manifiestan molestias y cambios hormonales que les producen una disminución del deseo sexual coital, situación que repercute en su vida sexual. En algunos casos, las mujeres histerectomizadas manifiestan estos

sentimientos, pero por lo general no son tomados en cuenta por el personal de salud y, por tanto, no se brinda un acompañamiento oportuno.

Legislación nacional relacionada con el derecho a la salud de las mujeres

Como es bien sabido, Costa Rica ha ratificado los convenios internacionales relacionados con los derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud de las mujeres. De igual forma, ha reafirmado su compromiso con la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres, a nivel internacional y mediante legislación nacional que garantice el cumplimiento de los compromisos asumidos.

En las siguientes tablas se resume la principal legislación que respalda el tema de investigación. Al igual que en el apartado de antecedentes internacionales, se presenta en primer lugar la legislación nacional relacionada con el derecho a la salud en general, para luego hacer alusión a la relacionada con el derecho a la salud de las mujeres, y finalmente mencionar las leyes que refieren al derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

Tabla 4. Instrumentos nacionales que hacen referencia al derecho a la salud.

Instrumento	Año	Observaciones
Constitución Política de Costa Rica	1949	Art.21. "La vida humana es inviolable." (p.7)
Ley General de Salud N°5395	1973	Art.2. "Es función esencial del Estado velar por la salud de la población". (p.1) Art. 22. "Ninguna persona podrá ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico que implique grave riesgo para su integridad física, su salud o su vida, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada a darlo legalmente si estuviere impedido para hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de urgencia". (p.6)
Sala Constitucional, Resolución N° 6347	2011	"El Derecho a la Salud es en su concepción actual un derecho fundamental de amplias dimensiones, en el que el Estado debe actuar en el plano individual en resguardo de contenidos mínimos de prestación positiva, y en el plano colectivo con la definición de políticas y prestaciones públicas que garanticen su tutela. Hoy el Derecho a la Salud supone algo más que la ausencia de enfermedad, está íntimamente relacionado con el bienestar

		corporal, físico, psíquico, moral y con el derecho al desarrollo integral de cada ser humano”. (p.4)
--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5. Instrumentos nacionales que hacen referencia al derecho a la salud de las mujeres.

Instrumento	Año	Observaciones
Ley General de Salud N° 5395	1973	Hace referencia a los derechos reproductivos, pero no a los derechos sexuales.
Decreto Ejecutivo N° 27913-S. Salud, Derechos reproductivos y sexuales (esterilizaciones)	1999	De este decreto interesan dos puntos en particular: <ul style="list-style-type: none"> • El establecimiento de la Comisión Interinstitucional sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales y las Consejerías en Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales en todas los centros públicos y privados que brinden servicios en salud sexual y reproductiva, con el fin de divulgar información y capacitar al personal. • El consentimiento informado se vuelve el único requisito necesario para realizar la anticoncepción quirúrgica; anterior a esto la mujer requería la autorización de la pareja o del padre.
Reglamento del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial en la CCSS (Reglamento N° 8601)	20 setiembre de 2012	Es un proceso de comunicación que permite a la persona usuaria de los servicios de salud tomar decisiones libres y autónomas con respecto a la realización de los procedimientos clínicos que se le van a practicar.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Instrumentos nacionales que hacen referencia al derecho a una vida sin violencia.

Instrumento	Año	Observaciones
Ley de Promoción de la Igualdad Social de la Mujer N° 7142	1990	Art.1. “Es obligación del Estado promover y garantizar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres en los campos político, económico, social y cultural.” Art.2. “Los poderes e instituciones del Estado están obligados a velar porque la mujer no sufra discriminación alguna por razón de su género y que goce de iguales derechos que los hombres (...).”
Ley Reforma Ley de Penalización de la Violencia contra las Mujeres y Código Penal N°9975	14 de mayo de 2021	Protección de los derechos de las mujeres a una vida sin violencia; establece las sanciones para las violencias específicamente en una relación de matrimonio, en unión de hecho, noviazgo, de convivencia o no, sea esta casual o similar aunque medie el divorcio o la separación.

Fuente: Elaboración propia.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Analizar las formas en que las microviolencias de género se materializan en el acto médico y repercuten en el cumplimiento del derecho a la salud, a partir de la experiencia de cuatro mujeres sometidas a procedimientos de histerectomización en la CCSS durante los años 2010-2015 para elaborar algunas recomendaciones que permitan reflexionar sobre el abordaje en la atención ginecológica de los cuerpos con útero.

1.4.2. Objetivos específicos

1. Identificar en la experiencia de cuatro mujeres manifestaciones de microviolencias de género producidas en el acto médico vinculantes a sus experiencias de histerectomización.
2. Estudiar las argumentaciones desde donde se justifica este ejercicio del poder que se traduce en las microviolencias de género.

3. Determinar la manera en que las microviolencias experimentadas inciden en el cumplimiento del derecho a la salud en la práctica médica.

- 1.4.3. Objetivo propositivo

Recopilar recomendaciones que permitan la reflexión sobre la necesidad y urgencia de superar, en la práctica médica, microviolencias de género que puedan ir en detrimento del cumplimiento cabal del derecho a la salud de las mujeres.

CAPÍTULO II: PREMISAS TEÓRICAS

2.1. Microviolencias de género en la práctica médica

El término microviolencia ha sido utilizado para referirse principalmente a prácticas cotidianas que por lo general no se reconocen o catalogan como violentas, por el contrario, suelen pasar desapercibidas porque están naturalizadas y aceptadas cultural y socialmente; el prefijo “micro” no pretende de ninguna manera hacer alusión a algo menor o de poca importancia, más bien refiere al nivel en que operan estas prácticas. (Castro y Erveti, 2015).

Siguiendo a Foucault (2002, 1980) cuando se refiere a la *microfísica del poder*, las microviolencias se inscriben en una tecnología política del cuerpo, es decir, tienen que ver con el ejercicio de un poder que opera estratégicamente con un fin productivo⁵ a niveles más íntimos y cotidianos.

El término también ha sido utilizado de forma análoga al de micromachismo por el psicólogo Luis Bonino (1995, 2003), para referirse a

... prácticas de dominación y violencia masculina en la vida cotidiana del orden de lo micro que atentan contra la autonomía y libertad de las mujeres, y cuyo propósito es perpetuar los privilegios que los hombres gozan en la sociedad actual (p.16).

Aunque el autor hace referencia a las microviolencias o micromachismos como prácticas que son sutiles y pasan desapercibidas para las personas que las sufren, no analiza los discursos que dan origen a esas conductas, que es precisamente el planteamiento foucaultiano: buscar el origen discursivo que nutre las prácticas que se catalogan como microviolencias, y es justo el interés del presente trabajo.

Para Michel Foucault (2007), se ha tendido a pensar que la violencia es necesariamente algo que se desata de forma desordenada o desequilibrada, por el contrario, sostiene que en espacios como la institución médica (que fue uno de sus

⁵ Para Foucault (2002a) “el cuerpo sólo se convierte en fuerza útil cuando es a la vez cuerpo productivo y cuerpo sometido” (p. 26).

campos de estudio), el ejercicio del poder es meticuloso y calculado, su alcance es capilar, con estrategias “perfectamente definidas, y en el interior mismo de sus estrategias se ve con mucha exactitud cuáles son el lugar y el papel de la violencia” (p.31).

Destaca además que todas las violencias se ejercen sobre el cuerpo, pues reconoce que el poder es físico (Foucault, 1980, 2007) y por tanto el cuerpo siempre será sobre lo que se materialice este poder. Por esto el autor insiste en utilizar el término microfísica del poder para referirse a enunciados o, en este caso, discursos que se presentan como legítimos y verdaderos y cuyo fin es la producción de subjetividades y relatos sobre el cuerpo y sus funciones con carácter de verdad. La medicina es uno de esos discursos.

Su planteamiento es estudiar el ejercicio del poder allí donde tiene una intención clara, “en el interior de prácticas reales y efectivas (...) allí donde se implanta y produce efectos reales” (Foucault, 1980, p.143), agregaría, allí donde pasa desapercibido por su familiaridad.

Para el autor, la microfísica es meticulosa, se manifiesta mediante prácticas y técnicas de exclusión, aparatos de vigilancia y control, medicalización de la locura y la sexualidad, por citar algunos ejemplos. Es a través de prácticas disciplinarias que se producen los cuerpos, comprendidas estas como “métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad” (Foucault, 2002, p. 126).

Es en los siglos XVII y XVIII que estos métodos disciplinarios dan como resultado lo que el autor llama el nacimiento de una anatomía política. Para Foucault (2002) la anatomía política es el producto de múltiples y sutiles procesos que se venían dando en distintos espacios, que a menudo se repetían, se imitaban o se apoyaban unos a otros: “Se les encuentra actuando en los colegios, desde hora temprana más tarde en las escuelas elementales; han invadido lentamente el espacio hospitalario, y en unas décadas han reestructurado la organización militar”. (p.127).

Este conjunto de prácticas disciplinarias que clasifican, organizan, controlan e individualizan, propician espacios útiles para el ejercicio de la ciencia médica: “Poco a poco, un espacio administrativo y político se articula en espacio terapéutico, tiende a individualizar los cuerpos, las enfermedades, los síntomas, las vidas y las muertes”. (Foucault, 2002, p. 133).

Por lo tanto, cuando se hace referencia a las microviolencias en la práctica médica se comprende que se está ante:

... formas naturalizadas de abuso y violación de derechos, y que contemplan a aquellas formas de maltrato que, al no estar tipificadas como delito, no son trasladables a los tribunales, y que al no traducirse en un daño evaluable de la salud física de las personas tampoco son reclamables al interior de la propia institución de salud (Castro y Erveti, 201, p. 87).

Estas a menudo pasan desapercibidas para el personal de salud y hasta para las propias personas usuarias de los servicios precisamente por el carácter “natural” que las envuelve.

Por prácticas se comprenden los “modos y maneras socialmente convencionales de actuar, es decir, modelos tipificados de rutinas para actuaciones, que son recogidos, aprendidos, convertidos en habituales y desempeñados por diferentes actores con más o menos aportaciones creativas o tácticas.” (Keller, 2010, p. 35). Para esta autora, un ejemplo de prácticas son los procedimientos médicos que funcionan a su vez como dispositivo en los que se evidencian los efectos reales del poder⁶.

Para Foucault (1991), un dispositivo es “un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos (...) en resumen, los elementos del dispositivo pertenecen

⁶La pregunta que se hace Foucault (2007) es “¿en qué medida puede un dispositivo de poder ser productor de una serie de enunciados, de discursos y, por consiguiente, de todas las formas de representaciones que a continuación pueden derivarse de él?” (p. 30).

tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos” (p.128).

Recalca el autor dos puntos fundamentales con relación al dispositivo: en primer lugar, el vínculo que se establece entre los elementos heterogéneos que lo constituyen, y en segundo lugar señala que su conformación responde a una necesidad concreta en un momento histórico por lo que se encuentra en una posición estratégicamente dominante.

Ha sido la disciplina médica un saber desde el que se han legitimado roles tradicionales de género partiendo de características meramente biológicas para justificarlos; ha gozado de la legitimidad para definir el sexo de los cuerpos desde su nacimiento partiendo de una genitalidad funcional, es decir óptima para la reproducción. Por esto Ledesma (2015) afirma que “estudios han indagado la influencia del discurso médico, entre otros, para definir sexualidades “normales” y “patológicas” a través de la construcción de la heterosexualidad como norma” (p. 2), violentando a otras corporalidades llamándolas defectuosas en sus protocolos médicos.

Sin embargo, suele perderse de vista el hecho de que el mismo conocimiento científico como discurso de saber-poder es también producto de un juego de fuerzas sociales, culturales y económico-políticas desde donde se producen múltiples relaciones de poder con fines claros, por lo que su mirada tiene objetivos concretos y para nada azarosos: la producción de subjetividades sobre la salud, la enfermedad y sobre los cuerpos mismos.

2.1.1. Sesgos de género en salud

Antes de exponer lo que se comprende en esta investigación por sesgos de género en salud, es necesario hacer alusión al concepto de género. Aunque dicho concepto empieza a ser utilizado en las ciencias sociobiológicas en los años 60's (Money y Ehrhardt, 1982 así como Masters et. al.,1996), desde la disciplina antropológica se venía reflexionando sobre las construcciones socioculturales de los cuerpos.

Destacan los planteamientos de la antropóloga Gayle Rubin (1986), quien sostiene que las sociedades organizan los cuerpos a partir de criterios biológicos: diferenciación sexual como una construcción cultural que nada tiene de natural. Analiza el caso de sociedades no occidentales, en donde no es la genitalidad lo que define a la persona sino su función o rol en la sociedad (si en dicha sociedad se ha asignado a la mujer la cestería, cualquier cuerpo que elabore cestas será relacionado con lo femenino).

La autora, por tanto, quiere dejar claro que en sociedades occidentales (con Estado), el género ha sido una construcción de los cuerpos a partir de una lectura en clave heterosexual, en donde la binariedad y correspondencia de hombre-mujer responden a fines políticos. Aunque Rubin (1986) da un paso más allá con respecto a pensamientos feministas de su época que aún conservaban ideas un tanto esencialistas sobre los cuerpos, cae en el sesgo de imaginar a las mujeres como una gran categoría homogénea, obviando la diversidad de cuerpos que podían autodenominarse de esa forma, siendo unas muy distintas de otras.

Judith Butler (2001, 2007) desestima la idea de un sexo biológico que exista fuera de la cultura, además de cuestionar el carácter binario que se le impregna. Para esta autora, se accede a la realidad a través del lenguaje y la cultura por lo que el sexo también es una interpretación y una narración de lo que se espera de los cuerpos, y es mediante una serie de dispositivos disciplinarios (el dispositivo médico, por ejemplo), que se crean los significados asignados para lo que se llamaría mujer u hombre, siempre tomando en cuenta, además, la necesidad de situar culturalmente estos cuerpos.

Para Mary Luz Esteban (2013), ser mujer para Butler es "convertirse en una mujer, adaptar el cuerpo a una idea histórica, concreta, de lo que es ser mujer". (p. 64). Es en este cuerpo culturalizado en donde se materializan los discursos mediante prácticas, por tanto, para Butler (2007) el género-sexo es materializado por procesos de repetición de actos que se ejecutan de manera permanente en el tiempo, en la cotidianidad: las repeticiones cotidianas de las normas de género crean el género.

Es pues, esta lectura del género desde la que parto para comprender de forma sucinta el cómo estos discursos y prácticas sobre los cuerpos (en este caso los cuerpos de las mujeres) han sido contruidos desde dispositivos como la ciencia médica y materializados en la atención sanitaria mediante abordajes sesgados de la salud. En esta misma línea, Yuderkis Espinosa (2007) sostiene que

... tanto la raza, como el género, son ficciones, son constructos culturales, que sólo tienen sentido dentro de un marco de regulación de los cuerpos y de sus significados, para su control (...) estas ficciones actúan como verdad y en los contextos cotidianos, se han establecido mecanismos que permiten perpetuar la creencia de una coherencia interna y una causalidad entre sexo-género, fisonomía-raza. (p. 32).

Esteban (1994) sostiene que un importante aporte de los movimientos feministas, sobre todo a partir de los años 60's ha sido visibilizar esta mirada sesgada cuyo origen es posible rastrear siglos atrás, y que ha repercutido notoriamente sobre el derecho a la salud de las mujeres.

Para esta autora, el sistema médico-científico (como lo llama) ha sido un lugar desde el cual se justifican las desigualdades y las discriminaciones entre los cuerpos a partir de hechos biológicos que son asumidos como naturales y legitimados por un conocimiento que se hace llamar objetivo y racional. Y justo desde acá es que surgen los sesgos de género que aún persisten en la práctica médica.

Los sesgos de género tienen más probabilidades de perjudicar a las mujeres, pues el desconocimiento o negligencia sobre las formas de enfermar, de sanar y de vivenciar sus enfermedades puede degenerar en una forma inadecuada del abordaje de su salud.

Un ejemplo de este desconocimiento que repercute negativamente sobre las mujeres es justamente el no destinar recursos para la investigación de enfermedades o condiciones que las afectan, por ejemplo, la endometriosis - condición que presenta el 10 % de las mujeres del mundo (Carrillo, et al, 2021)-, y

que sigue pasando desapercibida y sobre la cual existe aún poca comprensión por parte de la ciencia médica. También se perciben riesgos al recetarles medicamentos que solo han sido probados en los cuerpos de hombres biológicos en ensayos clínicos, desconociendo por completo los efectos que puedan tener con el ciclo menstrual que supone cambios hormonales durante el mes. (Tasa-Vignals et al., 2015 y Ruiz, 2004).

Para autoras como Ruiz-Cantero (2004, 2009) y Tasa-Vignals *et al.* (2015), - y justo acá se inscribe la investigación-, los sesgos de género en salud son prácticas que asumen como naturales ciertos roles que han sido asignados a los cuerpos social y culturalmente partiendo de su genitalidad, que se traducen en desiguales y ejercicios de poder verticales y autoritarios en los servicios de salud.

Los sesgos de género que se analizan son los que abordan el sexo como algo natural desculturalizado y parten de que el género es la expresión al fin y al cabo de ese sexo, reproduciendo esencialismos y lecturas de la realidad desde una visión binaria mecanicista (mujer-hombre/ normal-anormal, bueno-malo, etc.).

Para este ejercicio académico se analiza el abordaje fertilista que aún hoy impregna a las disciplinas médicas y que mira los cuerpos con útero en función de la reproducción, asumiendo, por ende, la heterosexualidad y las prácticas sexuales que se vinculan a ella como las esperadas, obviando la diversidad de cuerpos y de vivencias existentes en torno a la sexualidad como un ámbito de la vida humana.

En segundo lugar, se analiza la mirada que patologiza y medicaliza el malestar de las mujeres; desde este lugar se asumen sus procesos fisiológicos como enfermedades y sus sentimientos como desequilibrios físicos que deben ser tratados con medicamentos. Con esto no se pretende asumir que no existan miradas disidentes dentro del personal de salud, nuevas formas de abordar la diversidad de cuerpos y de vivencias, por eso se subraya que el interés es analizar la práctica médica en su institucionalidad como dispositivo, como bien se expuso líneas antes.

2.1.1.1. *El abordaje fertilista: la mujer madre heterosexual*

Desde las ciencias biológicas, se ha tendido a esencializar la maternidad, quitándole su carácter sociocultural e histórico, negando de esta forma la diversidad de maternazgos que se pueden ejercer y que no necesariamente pasan por temas físico-biológicos.

Asimismo, como bien se ha dicho, tanto los cuerpos como los discursos que los producen son hechos socioculturales, surgen en un contexto histórico determinado y responden a necesidades e intereses hegemónicos. Sin querer para nada ser exhaustiva con relación al origen histórico de los discursos sobre la maternidad, pues no es el tema central del presente trabajo, expongo brevemente algunos de esos lugares que han influido en la visión de la mujer madre heterosexual y, por ende, en este abordaje fertilista que se hace de sus cuerpos.

En primer lugar, el judeocristianismo como cuerpo de ideas, concretamente con la creación del culto mariano, crea una figura femenina que servirá como modelo a seguir. Althaus-Reid (2000), refiriéndose al culto a la Virgen María, afirma que “la mariología crea una historia de género a partir de un artefacto: una supuesta mujer que no tiene una actividad sexual reconocible es convertida en código sexual” (p. 82), y modelo para las mujeres.

La virgen es madre por excelencia, no se le reconoce en las historias de este pensamiento doctrinal ninguna otra función, pero además se suele recalcar su obediencia y amor por sus hijas e hijos, como sus dos grandes virtudes en función de su “ser mujer”. De esta forma, se recalca desde este lugar que ser mujer y ser madre son hechos intrínsecamente unidos y naturales.

Desde un análisis más político-económico, afirma Ortiz (1999) que el útero se convirtió en sinónimo de reproducción en el contexto del “auge de las ideas mercantilistas y de políticas demográficas. Pero a partir del siglo XVIII la sexualización fue más allá del útero y alcanzó al cuerpo femenino en todas sus partes, anatómicas primero, funcionales y mentales después” (p. 25).

En esta misma línea de ideas, Silvia Federici (2004) sostiene que en los siglos XVI y XVII, la crisis poblacional producto de pandemias, así como el surgimiento del mercantilismo, fueron las condiciones para que los Estados europeos incipientes se apoderaran del discurso de la reproducción humana y lo convirtieran en asunto estatal:

Mantengo además que la intensificación de la persecución de las “brujas”, y los nuevos métodos disciplinarios que adoptó el Estado en este periodo con el fin de regular la procreación y quebrar el control de las mujeres sobre la reproducción tienen también origen en esta crisis. (Federici, 2004, p.132).

Según la autora, fue este contexto político-económico el medio que propició el despojo, por parte de la ciencia médica incipiente, de los conocimientos que sobre sus cuerpos y sus procesos habían desarrollado las mujeres durante siglos.

Unido al discurso de la maternidad natural de las mujeres viene aparejada la heterosexualidad como la orientación sexual “normal” y esperada. Molina (2000), haciendo referencia a Butler sostiene que “la sexualidad femenina definida desde el varón, es un producto discursivo atento a servir a los intereses de la reproducción” (p. 262). Para Butler (2007), esta visión resulta opresiva para las mujeres, sobre todo para las lesbianas que se colocan fuera de la reproducción heterosexual. Precisamente el asumir la heterosexualidad de las mujeres consultantes es otro sesgo de género que violenta su derecho a la salud de las personas.

Para Monique Wittig (2006), la heterosexualidad funciona como un régimen político, porque responde a los intereses y a las necesidades de un sistema económico y político. Leonor Silvestri ahonda en este planteamiento proveniente de la autora francesa:

Estamos en el capitalismo, que no solo es un sistema político-económico, también es un sistema de producción de subjetividad y necesita un dispositivo de sexualidad que de natural no tiene nada, por eso a mí me gusta hablar del heterocapitalismo (...) porque en el capitalismo no hay relaciones que no estén interceptadas por el poder y las instituciones (...) por eso Wittig

dice que la heterosexualidad no es una elección de objeto, un tipo de sexualidad, una práctica sexual, sino un régimen político. (Silvestri, 2022, 9 m 15).

Preciado (2008), partiendo también de autoras como Wittig y Butler, sostiene que la heterosexualidad es un concepto económico que tiene que ver con la no remuneración de los trabajos que socialmente se han asignado a las mujeres y afirma que “la ascensión del capitalismo resulta inimaginable sin la institucionalización del dispositivo heterosexual como modo de transformación en plusvalía de los servicios sexuales, de gestación, de cuidado y crianza realizados por las mujeres y no remunerados históricamente” (p. 95).

2.1.1.2. Medicalizar los procesos fisiológicos y el malestar de las mujeres

Cuando se habla de medicalizar se hace referencia al uso de intervenciones médicas o de medicamentos de forma no justificada o innecesaria sobre los cuerpos de las personas, con el fin de que estas puedan restablecer su salud. La medicalización es efecto de una visión unicausal de la enfermedad, en donde se asume que todo lo relacionado con el enfermar o sanar es meramente físico y por lo tanto su abordaje resulta farmacológico únicamente, dejando de lado una serie de determinantes de la salud como lo son los factores sociales, ambientales, culturales, económicos y de género, por ejemplo.

Tiene que ver también con el auge de la industria farmacéutica y biotecnológica que se desarrolla posterior a la Segunda Guerra Mundial “cuando la jurisdicción de la medicina comenzó a extenderse y redefinir ámbitos que previamente se entendían en términos morales, legales o sociales, como el alcoholismo, la drogadicción o la obesidad” (Clarke et al. citado por García, 2015, p. 27).

Es así como prácticamente todos los aspectos de la vida de los seres humanos se enmarcan como temas que deben ser abordados por la ciencia médica,

por ejemplo, la sexualidad, la alimentación, el envejecimiento y los estados anímicos.

Afirma María Alva (2019) que:

...a partir de las teorías científicas se construyen modelos médicos concretos acerca de la salud y la enfermedad en general. En el caso de las mujeres, la esencia de estos modelos fue establecer la existencia de una conexión fisiológica entre el sistema reproductor y el sistema nervioso. (p. 106).

Lo anterior conllevó a relacionar sus emociones con el sistema sexual. Aunque esta relación no es necesariamente nueva, lo que sí es indispensable recalcar es que esta industria farmacéutica incipiente en las primeras décadas del siglo XX, y sobre todo después de las guerras mundiales posa su mirada sobre procesos fisiológicos de la vida de las personas y los presenta como problemas o dificultades que deben ser tratados con sustancias fabricadas por laboratorios: “En los países ricos, a partir de la Segunda Guerra Mundial, las enfermedades infecciosas dejan paso a las enfermedades ligadas al envejecimiento y a la gestión de la sexualidad, de modificación de los afectos y de control del psiquismo”. (Preciado, 2008, p.128).

2.2. Relaciones de poder en el acto médico

Las relaciones en el acto médico hacen referencia a un encuentro entre dos personas o más, una de ellas consultante de los servicios de salud y la otra u otras personas profesionales de la salud, en donde:

se establece una relación terapéutica, se desarrolla un sistema que tiene por objeto la interacción en el que tanto uno como otro, se han de encontrar comprometidos con una causa que promueve a ambos en la consecución de un fin. En la relación médico-paciente se tiene como fin inmediato restaurar la salud del enfermo. (Mejía y Romero, 2017, p. 832).

Esta relación varía de acuerdo al contexto social y cultural en el que se encuentre, y se vivencia de formas distintas de acuerdo a diversos factores como el género, la clase, la orientación sexual, la procedencia étnica, por citar solo algunas.

Ahora bien, se comprende como acto médico una acción:

... personal, libre y responsable, entre una persona legalmente autorizada para ejercer la profesión médica y en beneficio del paciente asumiendo el valor fundamental de la vida y respetando la dignidad de la persona humana, tanto de quien lo ejecuta como de quien lo recibe. (Vega, 2009, p. 65).

Tanto la promoción de la salud como la prevención de la enfermedad, los diagnósticos, los tratamientos e intervenciones son parte de este acto médico. Foucault (2004) sugiere que, para comprender las relaciones de poder, en este caso específico en el acto médico, es necesario analizar los saberes que han dado forma a los discursos que reproduce y lo perpetúan:

... hay que admitir que el poder produce saber (...) que poder y saber se implican directamente el uno al otro; que no existe relación de poder sin constitución correlativa de un campo de saber, ni de saber que no suponga y no constituya al mismo tiempo unas relaciones de poder (p. 34).

La propuesta para la comprensión de las relaciones de poder es pues el análisis de sus mecanismos de funcionamiento, de sus herramientas, sus técnicas y sus instrumentos para, de esta forma, comprender sus efectos. Siguiendo esta línea, queda pues en evidencia que el concepto de poder no puede ser definido en sí mismo porque no existe en abstracto; lo que sí se puede determinar es cómo se ejerce, cómo se ponen en acción sus mecanismos de funcionamiento, cómo se traduce en prácticas disciplinarias sobre el cuerpo.

Desde el punto de vista foucaultiano, no se comprenderán o estudiarán acá los discursos como conjuntos de signos que remiten a contenidos o representaciones, sino como prácticas que forman o crean los objetos a los que hacen referencia, en este caso, el cuerpo biológico de las mujeres.

Asimismo, la medicina habla desde la objetividad y racionalidad que le impregna su carácter de ciencia. Desde este sitio, mira al cuerpo y lo narra utilizando un lenguaje técnico-científico propio y complejo que guarda celosamente, porque le

coloca en una posición privilegiada. En el Nacimiento de la Clínica, Foucault (2001) se refiere a esta nueva forma, o este nuevo carácter que adquiere la medicina:

... entonces se trataba no solo de no ser comprendido y de mantener, al nivel de fórmulas del lenguaje, los privilegios corporativos de una profesión: ahora se trata de adquirir dominio operativo sobre las cosas por un justo uso sintáctico y una difícil familiaridad semántica del lenguaje. La descripción, en la medicina clínica, no tiene por sentido poner lo oculto, o lo invisible, al alcance de los que no tienen acceso a ello; sino hacer hablar lo que todo el mundo ve sin verlo, a los únicos que estén iniciados en la verdadera palabra. (p. 166)

Este discurso o narración sobre los cuerpos a los que hago referencia, se sustentan a su vez en un sistema heteronormativo jerarquizante que ha ubicado históricamente a las mujeres en una posición de desventaja con relación a los cuerpos de los hombres (partiendo de la clasificación binaria a partir de lo biológico claro está), creando argumentos con categoría de saber⁷, que justifican estas desigualdades. Como bien afirma Ledesma (2015).

La medicina se constituyó en uno de los soportes fundamentales del sistema patriarcal. Primordialmente, a través de la biología –y luego, de las especialidades médicas (endocrinología, sexología y ginecología) – coadyuvó a legitimar modelos sexuales y genéricos de varones y mujeres. (p.1)

Los sesgos de género se sustentan en estos discursos que son puestos en escena por el personal médico en sus prácticas profesionales, es allí, en estas relaciones en donde se establecen las jerarquías y los relacionamientos autoritarios: “estos/as profesionales están formados/as bajo un modelo positivista de la ciencia, que enfatiza la objetividad y la separación entre el sujeto que conoce y los objetos

⁷ “Entendiendo este como el espacio de las cosas a conocer, la suma de los conocimientos efectivos, los instrumentos materiales o teóricos que lo perpetúan”. (Foucault, 1996, p. 22)

que son conocidos y tienden entonces a dirigir autoritariamente”. (Canevari, 2017, p. 87).

2.3. Derecho a la salud de las mujeres: acceso a la información para la toma de decisiones

2.3.1. Derecho a la salud de las mujeres como un derecho humano

Los derechos humanos son derechos inherentes a todas las personas, se caracterizan por ser inalienables, interdependientes, indivisibles, integrales, universales y progresivos (con esto último se quiere recalcar que están en constante movimiento y progresión de acuerdo a las demandas sociales y culturales de cada momento histórico).

Se puede decir que son “la suma de derechos individuales y colectivos reconocidos por los Estados soberanos y consagrados en su legislación nacional y en las normas internacionales (...) que definen las relaciones entre los individuos y las estructuras de poder, especialmente el Estado” (ONU, 2010, pp.19-20), y que buscan como fin último que las personas gocen de una vida digna en toda su integralidad.

La salud se contempla como un derecho humano desde que se promulgó la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948; en el artículo 25 de dicha Declaración se decreta que toda persona tiene derecho a la salud y al bienestar, derecho a la asistencia médica, a la alimentación, a la vivienda, todas estas, necesidades básicas para la sobrevivencia humana. Así también, en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su Artículo 12 se hace referencia a este derecho.

El Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como “Protocolo de San Salvador”, que fue ratificado en Costa Rica el 29 de septiembre de 1999, se pronuncia sobre el derecho a la salud en su artículo 10:

Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a

adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud y f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables. (Organización de Estados Americanos, 1988, p. 83)

El derecho a la salud se considera un derecho fundamental por su vinculación directa con otros derechos como el derecho a la vida, a la privacidad, derecho a la igualdad y no discriminación, derecho a la libertad y seguridad, a una vida libre de violencia, a la información y educación, derecho a los beneficios del adelanto científico, entre otros.

Se concibe la salud como un estado general de bienestar físico, mental y social, que implica condiciones de vida dignas, el acceso a información relacionada con la salud y acceso a servicios de calidad de forma oportuna que garanticen un trato digno, equitativo e igualitario, siendo “una violación a los derechos humanos en salud cualquier trato inequitativo, excluyente, desigual, degradante o estigmatizador que obstaculice el desarrollo de las personas.” (Quirós, 2005, p. 2).

Para esta investigación se considera relevante señalar que el derecho a la salud está además íntimamente relacionado con el derecho a una vida libre de violencia en todas las esferas de la sociedad incluyendo el no ser violentada en los espacios de atención de la salud.

En 1979 fue aprobada la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), acuerdo fundamental en la defensa y protección del derecho a la igualdad y a la salud de las mujeres, pues enfatiza en la condición de sujetas de derechos de estas. En su Artículo 12, dicha Convención hace referencia al derecho a la salud y atención médica de las mujeres en lo que respecta al proceso relacionado con el embarazo, parto y postparto. Pero es en 1993, tal y como muestran Díaz y Solano (2010) que:

...los derechos de las mujeres fueron específicamente reconocidos como derechos humanos en la Declaración emitida por la Conferencia Mundial de

Derechos Humanos de las Naciones Unidas celebrada en Viena, Austria (...) gracias a la enorme presión del movimiento feminista internacional (p. 19).

Una de las reivindicaciones más importantes en torno a los derechos humanos de las mujeres, concretamente el derecho a la salud, es la distinción que se ha establecido entre la sexualidad y la reproducción. Por mucho tiempo, la sexualidad de las mujeres se relacionó exclusivamente a su capacidad reproductiva, dejando de lado la importancia del gozo y del placer para los cuerpos en general, no siendo los cuerpos de las mujeres la excepción.

Es en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) que se visibiliza este componente de la salud de las mujeres; se comprende la salud reproductiva como:

... un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994, p.16)⁸

La Defensoría de los Habitantes de Costa Rica subraya que es preciso referirse a los derechos reproductivos y a los derechos sexuales justamente en esta misma línea de visibilización:

... los derechos sexuales y reproductivos se traducen y manifiestan en el ejercicio y disfrute plenos de la sexualidad, en el acceso a una educación integral en salud sexual y reproductiva, al decidir sobre el número de hijos e hijas y el intervalo entre éstos, al recibir servicios de salud, en el acceso al uso de métodos anticonceptivos y a la esterilización voluntaria, en la visita y cuidado sin discriminación alguna y a en la atención en salud en casos de

⁸ Esta Declaración fue reforzada con la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial de la Mujer, celebrada en Beijing en 1995.

violencia sexual, garantizando respeto a la confidencialidad y privacidad. (2011, p. 37).

Aunque existen una serie de instrumentos internacionales de derechos humanos y legislación nacional que establece claramente las medidas y prácticas que se conciben como protectoras de los derechos humanos de las mujeres, en el caso específico del derecho a la salud aún existen prácticas que los violentan. Afirma Castro (2013) que “la violación de los derechos de las mujeres en los servicios de salud reproductiva es un epifenómeno de la estructura de poder dentro del campo médico” (p. 147).

Para este autor, el campo médico está formado por:

... el conjunto de instituciones políticas que regulan, mediante leyes y reglamentos, la cuestión sanitaria de la sociedad, por las instituciones de salud y seguridad social que prestan servicios directamente a la población; por las instituciones que forman a los nuevos cuadros profesionales (...) por los centros de investigación que generan el conocimiento científico y hegemónico (pp.148-149).

2.3.1.1. Acceso a la información para la toma de decisiones en salud

El derecho a la información ha sido contemplado como fundamental para el cumplimiento del derecho a la salud. Para la toma de decisiones en salud, es fundamental contar con información clara, confiable y accesible, que permita a las personas tomar decisiones libremente con relación a su estado de salud general. La Corte Interamericana de Derechos Humanos (2011) afirma que:

El derecho al acceso a la información es especialmente relevante en el ámbito de la salud y específicamente en el área de la sexualidad y la reproducción ya que contribuye a que las personas estén en condiciones de tomar decisiones libres y fundamentadas respecto de aspectos íntimos de su personalidad. (CIDH, 2011, p. 1).

2.3.1.2. *Autonomía corporal*

Afirma UNFPA (2021) que “el poder que tiene una mujer para controlar su propio cuerpo está relacionado con el control que tiene en otros ámbitos de su vida” (p. 38); por esto se destaca la importancia del ejercicio de la autonomía corporal como requisito para que otros derechos humanos se vean respetados. Para que las personas puedan ejercer su derecho a la autonomía corporal es necesario garantizar el acceso a información y a educación en salud.

Tanto la ONU (1995), como UNFPA (1994) plantean que la autonomía corporal en el contexto de la salud sexual y salud reproductiva de las mujeres hace referencia a la posibilidad de estas, de acceder a información que les permita tomar decisiones informadas sobre procedimientos o tratamientos en relación con su cuerpo, de forma libre y segura.

Como bien sostiene la CEPAL:

La autonomía física de las mujeres, en el marco del ejercicio de su total autonomía, se expresa en dos dimensiones de la ciudadanía: los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres y los derechos a una vida libre de violencia, lo que se vincula directamente con la libertad y la autonomía sobre sus cuerpos, en cuanto territorio personal y privado, sobre el cual cada mujer debe tener la potestad y capacidad de tomar decisiones soberanas. (2016, p. 88).

El consentimiento informado es una figura que tiene como fin garantizar la autonomía corporal en los centros de salud. El Reglamento del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial emitido por la Caja Costarricense de Seguro Social (2012) establece en su Artículo 4 que dicho consentimiento es un proceso comunicativo entre la persona médica y las usuarias de los servicios de salud, cuyo fin es que brindar información y criterios técnicos a las usuarias de los servicios de salud para que puedan tomar decisiones libres e informadas. Es un documento escrito que debe ser aprobado y firmado previo a la intervención:

El consentimiento informado implica la existencia de un vínculo horizontal entre médico y paciente. Si bien los profesionales de la salud son quienes conocen mejor las condiciones físicas de los desórdenes de los pacientes y las medidas más apropiadas para la prevención y tratamiento, los pacientes conocen mejor su propia disposición y temperamento, incluyendo la experiencia previa de tratamientos anteriores, preferencias y miedos. (OEA, 2011, p. 14).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo de estudio

Para el desarrollo de esta investigación se utilizó metodología cualitativa; por metodología se comprende el conjunto de procedimientos teórico-prácticos mediante los cuales se transforma la realidad en datos que se pueden aprehender y colaboran en la comprensión del sujeto de estudio. Para Maribel Ríos (2012), el trabajo metodológico en Ciencias Sociales consiste en “establecer una relación entre la teoría y una manera de operar del quehacer de investigación, lo cual implica definir el tipo de vínculos que se entretajan en la relación teoría-práctica en el trabajo científico”. (2012, p.179).

Los métodos cualitativos parten de que la realidad no es independiente de las personas, pues son los seres humanos quienes interpretan y dan sentido desde sus subjetividades a la realidad misma. El interés de este tipo de investigaciones es identificar y analizar dichos significados y reconocer cómo estos se relacionan con las conductas y prácticas sociales. (Castro, 1996, p.64).

Se privilegió esta propuesta metodológica, pues desde sus inicios el interés de esta investigación ha sido conocer las experiencias de cuatro mujeres que vivieron una serie de prácticas médicas institucionalizadas en un proceso de tratamiento de su salud ginecológica, en este caso la histerectomía (el instrumento que se aplicó queda adjunto en los anexos).

Se busca, en este sentido, comprender las relaciones que median en dicho proceso de atención médica, a la luz del enfoque de género en los derechos humanos: “es la metodología cualitativa la que provee herramientas para desarrollar la comprensión de los hechos sociales, no sólo buscar explicaciones sino profundizar con una intencionalidad”. (Stake, 1999).

El estudio es explicativo, pretende aportar en la comprensión de un fenómeno social estableciendo relaciones de causalidad entre variables, en este caso los sesgos de género en la práctica médica, el poder biomédico (relación de la persona médica y la usuaria de los servicios de salud) y el derecho a la salud de las mujeres.

Ha sido la intención comprender el funcionamiento a nivel microfísico, de un discurso de verdad y sus prácticas, específicamente en el acto médico desde las experiencias concretas de las personas.

Castro (1996) sostiene que:

para poder llevar a cabo una adecuada comprensión de los factores subjetivos, los sujetos y las situaciones de estudio deben ser abordados en un plano de análisis micro, de tal manera que las particularidades interpretativas de los procesos sociales puedan ser aprehendidas (p. 65).

Este Trabajo Final de Graduación se enmarca en las líneas de investigación del posgrado que corresponden a la perspectiva de género en los derechos humanos. La perspectiva de género es un enfoque teórico, pero también una práctica metodológica que posibilita repensar las identidades genéricas de las personas y las formas en que se ejerce el poder: “en efecto, entender las diferencias socioculturales entre los géneros para la aplicación de los derechos humanos contribuye a mejorar su protección y vigencia”. (IIDH, 2008, p. 15).

Desde los instrumentos internacionales de derechos humanos se han tomado acciones concretas para dimensionar las especificidades de las personas, con el fin de reconocer sus necesidades particulares. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Convención CEDAW), así como la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará), son dos instrumentos internacionales de derechos humanos que justamente responden a esta necesidad de subrayar la condición históricamente desigual que han ocupado las mujeres en sociedades heteronormativas.

Realizar este abordaje de los derechos humanos a la luz de la perspectiva de género permitió reconocer que las vivencias de las mujeres (y no cabe duda que las de otras identidades genéricas no hegemónicas también) son diferentes con

respecto a los cuerpos de los hombres y esto se traduce en prácticas y abordajes de la salud distintos.

El enfoque de género en los derechos humanos permitió:

- a) Comprender las relaciones entre el personal de salud (médicas-médicos) y las personas usuarias de los servicios, como relaciones desiguales de poder por el estatus que socialmente ha sustentado el conocimiento médico-científico, reconociendo además que estas lecturas científicas del cuerpo y de la salud han partido históricamente de visiones heteronormativas de la realidad.
- b) Considerar la subjetividad de la investigadora. La investigadora es una mujer heterosexual usuaria de los servicios de salud del seguro social del país, quién no se abstiene totalmente de las vivencias narradas, y de haber subjetivado también discursos de poder-saber hegemónicos, sin embargo, se diseñó una estrategia metodológica sistemática para obtener un análisis que respondiera a los objetivos investigativos de este caso en particular.
- c) Partir de las experiencias y las necesidades de las mujeres. A raíz de conversaciones que la investigadora ha tenido con mujeres usuarias de los servicios de salud, surgió el interés por explorar el tema, desde las fuentes secundarias (lectura constante de artículos y textos relacionados), hasta la conversación con mujeres usuarias de los servicios. Es también esta forma de construir el conocimiento lo que condujo este enfoque de género de los derechos humanos. (Harding, 1998).

Es por todo lo anterior que se privilegia el abordaje de la salud de las mujeres desde la mirada de ambos enfoques o líneas investigativas, pues esta visión conjunta aportó en la comprensión de estas prácticas desde una visión política e histórica que cuestiona la forma en que se ha construido y narrado la realidad desde algunos enclaves de conocimiento racional.

Por consiguiente, cuando se habla del abordaje de la salud con enfoque de género y de derechos humanos, partimos del “rechazo de la naturalización de las desigualdades basadas en las diferencias anatómicas”. (Araya, 2014, p. 292).

3.2. Área de estudio

Para esta investigación se desarrollaron cuatro entrevistas semiestructuradas; cada una de las mujeres participantes eligió un espacio para llevar a cabo la conversación de forma privada y segura.

El lugar reunía condiciones básicas: un espacio confortable, privado, donde se pudo realizar un registro en audio de la entrevista luego de haber sido presentado y firmado el consentimiento informado por las participantes, y que a su vez cumplió con las disposiciones sanitarias que por ley establecía el Ministerio de Salud del país ante la pandemia por Covid-19. Los espacios se localizan dentro del Área Metropolitana (provincias de San José y Heredia).

3.3. Población de estudio

Al ser una investigación con un enfoque de género, se decidió trabajar con mujeres que son pares de la investigadora, es decir, que pertenecen al grupo “mujeres universitarias que ejercen su profesión”.

Por lo general, en las investigaciones de las Ciencias Sociales se suele trabajar con grupos humanos a los que no pertenece la persona que investiga; en este caso, por el contrario, el interés fue indagar y analizar las experiencias de mujeres que finalizaron su formación universitaria y trabajan en sus campos profesionales.

¿Por qué con estas mujeres? Durante los años de formación académica de la investigadora, así como de práctica profesional, se ha compartido con colegas, amigas y compañeras, experiencias relacionadas con la atención y abordaje de nuestra salud ginecológica.

Estas conversaciones han sido enriquecedoras y reveladoras pues se ha coincidido en preocupaciones y sentires sobre los abordajes de la salud y las

relaciones con el personal, principalmente con el personal médico. Este hecho despertó el interés en esta población, pues llevó a la investigadora a reflexionar que el acceso a la educación conlleva acceso a información.

Justamente en 2018, el Banco Mundial publicó el informe titulado *Oportunidades perdidas: el alto costo de no educar a las niñas*⁹, en el que brindaba cifras con relación al acceso de las niñas a la educación; el Informe sostiene que cuanto mayor es el acceso de las niñas y adolescentes mujeres a la educación, más probabilidades tienen de generar ingresos propios y de gozar de otros beneficios económicos y sociales (acceso a salud, vivienda, al ejercicio de sus derechos, etc.) tanto para ellas como para sus familias.

Por otro lado, a partir del hallazgo que realiza en su investigación relacionada con la violencia obstétrica y los determinantes sociales de la salud¹⁰, el sociólogo Eugenio Flores (2020) concluye afirmando:

Un hallazgo de interés fue que, a mayor quintil de riqueza de las mujeres, mayor es la probabilidad de haber vivenciado actos de violencia obstétrica, lo cual genera la hipótesis de trabajo de una normalización o naturalización de este tipo de violencia en las mujeres de menor nivel socioeconómico (Flores, 2020, p. 140).

Fue el interés de esta investigadora también conversar con mujeres que pertenecen a este quintil (las cuatro mujeres entrevistadas ejercen su profesión y poseen independencia económica) precisamente porque son las que reportan o afirman haber vivido este tipo de violencias como bien lo evidencia Flores (2020) en su trabajo: a menor quintil de riqueza (sin que esto sea una generalización, pero sí para el caso de su investigación), las mujeres no reportan

⁹ Su nombre original en idioma inglés es *Missed Opportunities: The High Cost of Not Educating Girls*.

¹⁰ Trabajo final de investigación aplicada para optar al grado de Master Profesional en Salud Pública con énfasis en Gerencia de la Salud, que lleva por título "*Violencia obstétrica y su relación con determinantes sociales de la salud a partir de evidencia estadística en Costa Rica (2009-2011 Y 2016-2018)*".

haber sufrido violencias pues, según su hipótesis, han naturalizado ciertas prácticas y no las conciben como tales, es decir como violentas.

Por tanto, los criterios de selección fueron los siguientes:

- Ser mayor de edad.
- Haberse sometido a un proceso de histerectomización entre 2010 y 2015 (esto con el afán de que no haya pasado mucho tiempo, pues las experiencias podrían ser lejanas).
- Haber concluido estudios universitarios y ejercer como profesional.
- Haber manifestado interés en participar de la investigación. Las mujeres fueron contactadas mediante la técnica bola de nieve como se señaló.

En tabla se muestran las características de las cuatro mujeres entrevistadas:

Tabla 7. Características generales de las mujeres entrevistadas (se utilizan seudónimos como parte del compromiso ético de confidencialidad)

Seudónimo participante	Ocupación	Año en que se realizó la cirugía	Edad que tenía en ese momento	Motivo por el que se la realizaron	Tipo de hysterectomía realizada	Hijas e hijos
Clara	Profesional de las Ciencias Sociales	2015	43 años	Displasia moderada	Total	No
Luz	Profesional de género	2014	40 años	Miomas uterinos que causaban sangrados	Conservación de ovarios	No
Luna	Filóloga y comerciante	2011	23 años	Cáncer en ovario	Total	No
Mara	Profesional de las Ciencias Sociales	2010	37 años	Quistes en ovarios a raíz de un tratamiento de cáncer de mama	Total	5

Fuente: Elaboración propia.

Categorías de análisis y propuesta de operativización

Tabla 8. Propuesta operativa.

Objetivos específicos	Categoría	Definición conceptual	Dimensión	Definición conceptual	Operacionalización	Técnica utilizada
1. 1. Identificar en la experiencia de cuatro mujeres manifestaciones de microviolencias de género producidas en el acto médico vinculantes a sus experiencias de histerectomización.	Microviolencias de género	“Formas naturalizadas de abuso y violación de los derechos de las mujeres que, al no estar tipificadas como delito, no son trasladables a los tribunales. Pueden no ser percibidas como tales por los prestatarios de servicios de salud y, a veces, por las propias mujeres. (Castro y Erveti, 2015, p.87)	Sesgos de género en la práctica médica	Son supuestos o creencias que asumen como naturales ciertos roles que han sido asignados a los cuerpos social y culturalmente, partiendo de su genitalidad, y que se traducen en prácticas desiguales y discriminatorias en los servicios de salud, respecto a un sexo con relación al otro. En este caso, para las mujeres con respecto a los hombres.	Abordaje de la atención: °Visión reproductivista °Heteronormatividad °Medicalización del malestar.	Entrevistas a las mujeres participantes
2. Estudiar las argumentaciones desde donde se	Relación de poder en el acto médico	Hace referencia a una relación entre personas, en donde	Relaciones entre el personal	Encuentro entre dos personas o más, una de ellas consultante de los	Legitimación de los síntomas.	Entrevistas a las mujeres participantes

<p>justifica este ejercicio del poder que se traduce en las microviolencias de género.</p>		<p>al menos una de ellas (en este caso la persona médica) ejerce un poder que deviene de la jerarquización (posición de autoridad) que social e históricamente se le ha asignado. A partir de esta jerarquización, cada persona ejerce un rol específico.</p>	<p>médico y la mujer usuaria de los servicios de salud</p>	<p>servicios de salud y la otra (u otras) profesional de la salud, en donde se establece una relación terapéutica (puede ser preventiva, o para intervenir ante una enfermedad o padecimiento).</p>	<p>Toma de decisiones.</p>	
<p>Determinar la manera en que las microviolencias experimentadas inciden en el cumplimiento del derecho a la salud en la práctica médica.</p>	<p>Derecho a la salud de las mujeres</p>	<p>Son las acciones que aseguran y garantizan que las mujeres sean tratadas con dignidad, igualdad y respeto en los diferentes espacios donde se</p>	<p>Acceso a la información para la toma de decisiones</p>	<p>Hace referencia a la acción de acceder a información veraz, actualizada e integral sobre los procesos de salud que afrontará una persona usuaria de los servicios de salud, para que, con base en esa información, pueda tomar</p>	<p>Información brindada. Autonomía corporal.</p>	<p>Entrevistas a las mujeres participantes.</p>

		desarrollan y atienden todos los asuntos vinculados a los procesos de salud-enfermedad.		decisiones informadas sobre su situación particular. Estas decisiones deben ir acompañadas de las explicaciones necesarias por parte del personal especializado en salud, con el fin que la persona pueda ejercer su derecho a la autonomía corporal.		
--	--	---	--	---	--	--

Fuente: elaboración propia.

3.4. Fuentes de información

Primarias: información obtenida luego de entrevistar a cuatro mujeres que pasaron por la experiencia de la histerectomía; estas conversaciones fueron grabadas y transcritas.

Secundarias: libros, revistas, trabajos finales de graduación e investigaciones vinculados a los temas que se desarrollan en este trabajo.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de la información

Se empleó la técnica de entrevista semiestructurada que consiste en “reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, estos encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras”. (Taylor y Bodgan, 1992: 101).

Este tipo de entrevistas plantea preguntas abiertas, con el propósito que la persona participante pueda narrar libremente sus experiencias tal y como las recuerda, para que posteriormente la investigadora las interprete y analice a la luz de la teoría social y del contexto sociocultural e histórico que permitirá su correcta comprensión. (Castro, 1996).

Las mujeres participantes fueron contactadas mediante la técnica bola de nieve: se conoció a una persona que se había sometido a una cirugía para la extirpación de su útero y esta persona conocía a otra persona y así se contactó a las mujeres. Cada una de ellas eligió un seudónimo para guardar la mayor confidencialidad, los audios de las entrevistas fueron borrados luego de su transcripción y los consentimientos informados (dicho documento se encuentra en los anexos) fueron manipulados con estricta confidencialidad para garantizar a las participantes su privacidad en el proceso; esto como parte de los compromisos éticos desde los que partió esta investigación.

Para el análisis de la información se utilizó el análisis de contenido, que es una técnica de la metodología cualitativa cuya finalidad es la interpretación de textos

a partir de ciertas categorías y unidades de análisis, definidas previamente durante el proceso de elaboración del marco teórico.

En este caso, se analizaron los discursos como prácticas de saber-poder y de producción de significado, que, como bien lo expone Keller (2010), se inscriben dentro de la propuesta foucaultiana. Se asume entonces que son las prácticas sociales los escenarios donde se desarrollan las relaciones o juegos de poder; por esta razón, el análisis desarrollado trascendió el texto como documento meramente lingüístico, asumiéndolo como un texto vivo situado social e históricamente.

Los textos analizados fueron los relatos de las cuatro mujeres con relación a su experiencia concreta; para esto las entrevistas fueron transcritas y posteriormente interpretadas o leídas desde una mirada crítica del poder con enfoque de género. Conviene recalcar que “los discursos no hablan por sí mismos, sino que sólo cobran vida mediante actores sociales y sus actos de habla en campos de prácticas sociales y estructuras institucionales”. (Keller, 2010, 34).

La información fue clasificada a partir de la categorización expuesta en la tabla 8. Posteriormente, se elaboró una lectura desde el análisis crítico del poder con enfoque de género, partiendo de los fundamentos teóricos desarrollados en el marco conceptual.

El análisis crítico del discurso con enfoque de género pretende develar las relaciones de poder y analizar las materializaciones discursivas que producen efectos reales en la vida de las mujeres, esto con el fin de proponer discusiones necesarias para erradicar de la práctica médica esencialismos biologicistas que a menudo prevalecen en la mirada sobre el cuerpo y que se traducen en visiones sesgadas que dificultan el cumplimiento cabal de su derechos vinculados a la atención de su salud ginecológica.

La triangulación fue un proceso de acción y discusión reflexiva, un ir y venir entre la teoría contemplada en el marco conceptual y las voces de las mujeres, un diálogo entre las experiencias y la lectura crítica del poder desde una perspectiva de género. Esto implicó un posicionamiento ético con relación a la investigación

social, lo que permitió una lectura no parcializada de la información obtenida (tomando siempre en cuenta que como sujeta social la investigadora no puede abstraerse de la realidad).

Se utilizó el estudio de caso, que pretende la comprensión de la “particularidad y la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes”. (Stake, 1999, p.11).

El uso de esta técnica me permitió analizar diversos sesgos de género, que en un primer momento no habían sido elegidos para su estudio, pero que a raíz de la escucha de las experiencias de las mujeres fueron develados por sus propias experiencias: por ejemplo, la maternidad asumida como hecho natural, la heterosexualidad asumida como norma y la medicalización del malestar de las mujeres.

En ningún momento se pretendió generalizar sobre estos casos sino profundizar en sus especificidades, que como pude constatar, eran muchas. Precisamente por esto se utilizó este abordaje y no otro, pues su propósito es la comprensión de casos específicos, situados social e históricamente.

3.6. Etapas del proceso de recolección, ordenamiento y análisis de la información

Primera etapa: El tema de mi investigación ha sido una inquietud de la investigadora, a partir de sus propias experiencias y las de mujeres cercanas, pero fue la Maestría el espacio que facilitó las herramientas teórico-metodológicas para organizar y plasmar en un documento el tema de investigación. El proceso investigativo implicó una primera etapa que consistió en la revisión de fuentes secundarias: libros, tesis, artículos y leyes; la información obtenida fue analizada y clasificada. Esta primera etapa facilitó un acercamiento al objeto de estudio y su delimitación.

Segunda etapa: Se inició con la redacción de los antecedentes investigativos, el marco teórico (que permitió la definición de 3 categorías de análisis de la investigación, así como la redacción del diseño metodológico, que incluyó el diseño

del cuestionario o instrumento. En esta fase, se contactó con las 4 personas participantes de la investigación mediante la técnica bola de nieve. Se mantuvo una conversación personal con cada una de ellas para explicarles la idea de la investigación y así conocer su anuencia de compartir sus experiencias.

Tercera etapa: Se desarrolló el trabajo de campo (mediante las fuentes primarias) que consistió en entrevistar a cuatro mujeres (entrevista semiestructurada que se adjunta en los anexos) posterior a la firma del consentimiento informado, el cual en un primer momento fue enviado por correo electrónico para que las participantes lo pudieran leer con calma. Cuando hubo consenso sobre su participación en la investigación, se mantuvo un encuentro personal con cada una de ellas en el lugar previamente fijado. Antes de iniciar cada entrevista se discutió presencialmente el consentimiento informado y se procedió a la firma del documento una vez que no quedó ninguna duda; las conversaciones fueron grabadas con previa autorización.

Cuarta etapa: Posteriormente, la información obtenida se transcribió y clasificó de acuerdo con las 3 categorías de análisis planteadas en el marco teórico.

Quinta etapa: Se elaboró el análisis de resultados y la redacción del informe final que incluyó recomendaciones y conclusiones generales.

3.7. Limitaciones de la investigación

La principal limitante fue sin duda desarrollar este proceso investigativo durante la pandemia de Covid-19, lo que supuso una planificación específica para los encuentros con las participantes que en otro momento no se hubiera contemplado, por ejemplo, planear con rigor el lugar donde se desarrollaron las entrevistas, el uso de mascarillas, por citar dos ejemplos.

Selección de personas participantes: aunque se contó con la posibilidad de elegir a otras mujeres (con otras características) para mi investigación, mi interés fue conversar con mujeres con formación universitaria (anteriormente se justificó el porqué de esta población). Por tanto, no se pretende elaborar generalizaciones a partir de esta investigación, de hecho, el estudio de caso no lo permitiría pues, por

su propia naturaleza, dirige su atención a la comprensión en profundidad de casos específicos y no está dentro de sus objetivos la extrapolación de resultados a otros grupos poblacionales.

La investigadora, como antropóloga social, reconoce que hay una serie de aspectos que no quedan del todo plasmados en la transcripción textual de una entrevista (por ejemplo, gestos o tonos de voz, así como se reconoce también que el hecho de grabar una conversación puede crear un ambiente, por decirlo de alguna forma, menos espontáneo en la conversación. Estos hechos fueron valorados y en la medida de lo posible fueron tomados en cuenta a la hora de desarrollar los encuentros con las participantes. La investigadora tomó notas en una especie de diario de campo, de gestos, entonaciones y otros detalles que consideró relevantes durante el encuentro con las participantes para enmendar la situación que se mencionó.

3.8. Consideraciones éticas

Este Trabajo Final de Graduación fue avalado por el Comité Ético-Científico de la Universidad Nacional e inscrito ante el Consejo Nacional de Investigación en Salud del Ministerio de Salud; se garantiza de esta forma que se desarrolló en total apego al respeto de los derechos humanos de las mujeres participantes.

Antes de desarrollar el trabajo de campo, se entregó a las personas participantes un consentimiento informado en donde se explicitaron los detalles de la investigación; se expresó claramente que las personas estaban en completa libertad de aceptar o no participar, así como de abandonar el estudio en cualquier momento.

En el transcurso de esta investigación no medió ningún tipo de conflicto de interés entre las personas participantes y la investigadora.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LA INFORMACION

En este capítulo se exponen los resultados de investigación obtenidos a partir del análisis de la información arrojada por las entrevistas, a la luz de los objetivos planteados que fueron operativizados en las categorías que se definieron en el marco teórico. La información se presenta en tres apartados, en el primero se exponen las reflexiones en torno a los sesgos de género presentes en la práctica médica que se traducen en microviolencias.

En la segunda parte se analizan las relaciones entre las personas médicas y las mujeres consultantes de los servicios de salud, tomando en consideración que las primeras son representantes de un discurso con carácter de verdad. Desde este lugar la medicina dialoga con las personas usuarias, que requieren información pertinente y oportuna para tomar decisiones relevantes sobre sus cuerpos y su salud.

Por último, se analiza el derecho a la salud enfatizando en dos de sus componentes más relevantes: el acceso a la información para la toma de decisiones y el principio de autonomía corporal, ambos en el marco de los procesos de atención en salud ginecológica que devinieron en una cirugía de histerectomización.

En esta investigación las mujeres entrevistadas son consideradas por la persona investigadora, sujetas que interactúan en juegos de poder, relacionándose cada una desde un lugar social que puede privilegiarle o no. Como bien afirma Vargas y López (2010):

...el cuerpo no se entiende exclusivamente como pasivo, víctima de dominaciones, sino como entidad que también evoca rebeldía, desobediencia, un lugar que tiene voz y capacidad de generar quebrantos en el sistema (...) En coherencia, el cuerpo es un espacio donde ocurren negociaciones sociales y políticas entre las personas, y en este sentido se constituye como un territorio micropolítico (p. 20).

4.1. Violencias que suelen pasar desapercibidas: sesgos de género en la práctica médica

El sesgo está relacionado con una mirada o forma de percibir a una persona, un grupo o hecho social a partir de una idea preestablecida de lo que esta persona o hecho deben ser. En la sociedad heteronormativa, los sesgos de género parten de una lectura meramente biologicista de los cuerpos que son narrados desde una binariedad sexual hegemónica. Afirma Ledesma (2015) que “la medicina se constituyó en uno de los soportes fundamentales del sistema patriarcal. Primordialmente, a través de la biología –y luego, de las especialidades médicas (endocrinología, sexología y ginecología) – coadyuvó a legitimar modelos sexuales y genéricos de varones y mujeres” (p.1).

Laqueur (1994) sostiene que la visión de cuerpo que imperaba en la antigüedad era la del cuerpo-hombre, la mujer biológica era una especie de hombre imperfecto cuyo sistema sexual se asumía era igual al masculino pero a la inversa; de esta forma se construye un imaginario desde el que se elaboran argumentos científicos que justifican esta jerarquización:

...cuando los expertos en la materia se sentaron a escribir sobre las bases de la diferencia sexual, no vieron necesidad de desarrollar un vocabulario preciso de la anatomía genital (de la mujer) porque si el cuerpo femenino era menos caliente, menos perfecto (...) las diferencias orgánicas y mucho menos las genitales, tenían importancia. (p.72).

Ahora bien, cuando se habla de sesgos de género en la práctica médica se está ante prácticas que asumen como naturales roles socialmente asignados a los cuerpos a partir de su biología, y que inciden en la forma de abordar sus procesos de salud-enfermedad. Para Tasa-Vignals et al. (2015), estos sesgos pueden expresarse o materializarse de diversas maneras: en la aplicación de procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos, en la vinculación de la salud de las mujeres con su salud reproductiva únicamente, en la medicalización de malestares emocionales que expresan] mujeres así como sus procesos fisiológicos,

por mencionar solo algunas. Además del sesgo de género, para las autoras es relevante destacar que se interceptan otros sesgos como el de clase social, el grupo étnico, el grupo etáreo, la procedencia geográfica, entre otros, que inciden de igual forma en la atención de la salud.

Para la Comisión Económica para América Latina (2016):

... los efectos diferenciadores del género en la salud de las personas se observan (...) en la sobremortalidad femenina por cáncer durante la edad adulta; los efectos nocivos de la tecnología anticonceptiva; la baja proporción de la esterilización masculina en comparación con la femenina; **el abuso de las cesáreas e histerectomías** o los costos físicos y psicológicos de las mayores cargas de trabajo de las mujeres (p.89).

Este panorama que expone la CEPAL demuestra que, si se asume el abordaje de la salud de las mujeres desde discursos sesgados, en las prácticas y procedimientos se materializarán estos efectos, lo que repercute en la atención de su salud.

Para efectos de este trabajo se analizaron tres sesgos de género: en primer lugar, la mujer biológica como madre por naturaleza; en segundo lugar y vinculado con el anterior, la presunción de heteronormatividad de los cuerpos; y en tercer y último lugar, la medicalización del malestar de las mujeres, que reduce sus sentires y tristezas a aspectos meramente corporales que son abordados desde la farmacología, sin analizar las múltiples causas que pueden impactar sus vidas.

4.1.1. “El útero sirve para dos cosas: para generar miomas o para parir carajillos”.

Las preocupaciones vinculadas a los cuerpos de las mujeres estuvieron íntimamente ligadas a la procreación. Pensadores que se dedicaron al estudio incipiente de la medicina, entre los que destacan el romano Galeno (teoría de los humores), el griego Hipócrates (escribió una vasta obra dentro de la cual se

encuentran diez tratados sobre ginecología¹¹), así como Avicena (retomó en su obra parte del pensamiento grecorromano) mostraron un claro interés por comprender la naturaleza del útero pues era en este lugar donde se desarrolla la vida. (Laqueur, 1994).

Luz, una de las mujeres entrevistadas comenta que cuando llegó la primera vez a la consulta ginecológica en el Hospital Calderón Guardia, ella tenía un tumor benigno en el útero llamado mioma y la médica que le atendió no dudó en decirle que el útero no tiene otra función en el cuerpo más que la relacionada con albergar el feto:

Esta mujer médica se me queda viendo, mira mi ultrasonido y me dice tajantemente, el útero solo sirve para generar miomas o para parir carajillos...es que una se queda como pensando, ¿será?, es difícil imaginar que de veras no cumpla ninguna otra función, o es que no lo han investigado tal vez". (Luz, comunicación personal)

Desde la ciencia médica se ha tendido a esencializar la maternidad asumiéndola únicamente como un hecho fisiológico (cuerpo con útero como sinónimo de materno); al pensarla de esta forma se suele invisibilizar su carácter sociocultural e histórico, es decir, las maternidades han sido distintas a través de la historia y su vivencia también ha dependido del lugar cultural desde el cual se desarrollen (se conoce de experiencias de maternidades más colectivas en pueblos no occidentales).

Se reconoce la maternidad (tanto biológica o mediante otras formas), como una posibilidad en la vida de las personas, y se resalta su valor social, siempre que sea una elección libre y autónoma. Pero la pregunta que surge cuando se analiza este discurso de la maternidad instintiva de los cuerpos con útero construidos

¹¹ Hipócrates planteaba la movilidad del útero fuera de su cavidad por otras partes del cuerpo, presentando la capacidad de unirse a otros órganos como el corazón, el hígado o el cerebro; esta movilidad era causada por la sequedad que se producía por la carencia de relaciones sexuales, por lo que el útero buscaba la cercanía de órganos más húmedos. (Laqueur, 1994).

mujeres es ¿de dónde procede y a qué intereses responde y por qué ha tenido tanto peso a partir del siglo XVIII en las sociedades occidentales?.

En primer lugar, el judeocristianismo, concretamente con el desarrollo del culto mariano que tomó fuerza en la Edad Media, ha promovido una visión de la mujer como madre por excelencia. De esta manera, la imagen de la Virgen se convierte en "...elemento efectivo de sujeción femenina a una moral que controlaba su sexualidad, la cual sólo puede desarrollarse con fines reproductivos en el seno del matrimonio católico." (Pérez et al., 1994, p.119), alejando por completo esta imagen de la realidad de las mujeres pues trasciende los límites de lo humano al ser virgen y madre al mismo tiempo.

En segundo lugar, y desde una lectura sociohistórica y económica, la autora Silvia Federici (2004) plantea que fue en los siglos XVI y XVII en que coinciden, por un lado el surgimiento del mercantilismo, modelo económico que necesitaba de cuerpos con ciertas subjetividades para su reproducción, con una crisis poblacional causada por enfermedades pandémicas (la peste bubónica por ejemplo), y por conflictos bélicos que eran comunes en esas épocas; había preocupación por el descenso poblacional, por lo que en esta época como afirma la autora "se introdujeron sanciones severas en los códigos legales europeos destinadas a castigar a las mujeres culpables de crímenes reproductivos". (p.133).

Federici (2004) señala la cacería de brujas como la estrategia que se gesta desde un poder pastoral-clerical añejo y un conocimiento científico en auge, para desplegar prácticas y producir discursos que criminalizaban a las mujeres que autónomamente ejercían saberes vinculados a su cuerpo y al ejercicio de la sexualidad, convirtiéndose en adelante, el discurso científico en el emisor social y políticamente válido para hablar sobre sexualidad.

Es en esta coyuntura que la reproducción se vuelve un tema biopolítico que necesita de ciertas corporalidades y ciertas prácticas para su despliegue, entre ellos el cuerpo de la mujer doméstica (de su casa, para su casa y para cuidar y reproducir a otros seres) como un eslabón fundamental para la expansión del capitalismo.

Como lo señala Federici (2004), el enclaustramiento de las mujeres en el espacio doméstico era fundamental para que aportaran gratuitamente en la reproducción de las personas que necesitaba este nuevo modelo económico. De esta forma, la domesticación de la mujer fue la base para el sostenimiento del capitalismo.

Así lo confirman las experiencias de las personas entrevistadas; para ellas el abordaje en los servicios de salud, concretamente en los servicios ginecológicos, aún se realiza desde una visión de la mujer como cuerpo reproductor heterosexual. Afirman que, desde el inicio de su experiencia como consultantes, se hizo énfasis en si se tenían hijas e hijos, y a partir de este hecho, se tomaron las decisiones, sin preguntarles a ellas cuáles eran sus deseos o preocupaciones.

Mara, una de las mujeres que participó en la investigación comenta que antes de la histerectomía pasó por un cáncer de mama, posteriormente tomó por dos años una serie de bloqueadores hormonales cuyo efecto secundario fue el desarrollo de quistes en los ovarios; ante esto se le programó una laparoscopia para conocer en detalle su estado de salud, y si era necesario, extraer un ovario. Cuando despertó, luego de la intervención laparoscópica tenía una herida en su abdomen y se le indicó que hubo que practicarle una histerectomía total vía abdominal pues su sistema sexual se encontraba con quistes en ovarios y un mioma en el útero. Se le dijo que se había realizado la operación por su salud y para garantizarle calidad de vida.

Afirma que durante sus procesos de consulta y hospitalización constantemente se le preguntó si era madre, y al ser su respuesta positiva (ha tenido cuatro partos, uno de ellos gemelar), las personas profesionales de la medicina asumían que podían realizar ciertos procedimientos con más tranquilidad. Al respecto dice:

Una cosa que vos siempre vas a escuchar es ¿tiene hijos?, uuuyyyy qué suerte, te quitaron el útero, pero tiene hijos. ¡Bendición divina! Pueden hacer lo que quieran, total...yo ya tengo hijos. Es como un mensaje de: su cuerpo ya cumplió su función, ahora podemos mutilarlo. (Mara, comunicación personal).

Clara, coincide con Mara. Ella tenía 44 años de edad cuando le realizaron la operación, una citología vaginal arrojó un diagnóstico que le llevó a tomar la decisión: una displasia en grado 3. Considera que su caso no representó una dificultad para el personal médico principalmente por su edad; de inmediato se pensó que hacer la histerectomía era la opción pues ya ella no se encontraba en una edad para la reproducción:

Sentí que en el hospital asumieron que el útero es para tener niños, si no es para eso, entonces no lo ocupás, yo lo sentí... y en mi caso todavía peor, ya estaba entrada en los 40 años entonces ya sacarlo era lo de menos. Al final ese tema reproductivo está siempre en el centro de las decisiones, no porque una lo ponga ahí sino más bien porque ese es el enfoque médico: estás en edad reproductiva o no, tenés hijas-hijos o no, pareciera que de eso dependen las decisiones, pero es que no te lo preguntan a vos, ellos lo asumen así. (Clara, comunicación personal).

Lo mismo sostiene Luz; desde su punto de vista el abordaje de su salud siempre se realizó sin ni siquiera valorar su orientación sexual ni sus prácticas sexuales, sencillamente se asumió que ella era una mujer heterosexual que en algún momento se embarazaría. Para ella "*la maternidad está sobrevalorada*", y desde el sistema de salud pública se miran los cuerpos de las mujeres en función de la reproducción, o de la anticoncepción, pero no se contemplan otras corporalidades que, aunque con útero, sus deseos en nada se vinculan con la procreación.

Cuando una mujer se quiere operar para no tener hijos, la mandan a una charla, la mandan a psicología, le hablan de opciones anticonceptivas... pero las mujeres en esta situación previa a la cirugía solo recibimos una charla preoperatoria nada más... Quizá para algunas esto pueda ser muy fuerte por el tema de los estereotipos de género, pero no se le da la importancia que si se le da a la salpingectomía, porque al final ves que el abordaje es fertilista más que cualquier otra cosa. (Luz, comunicación personal).

Luz narra una anécdota que reafirma su sentir. Recuerda que desde que menstruó por primera vez sintió dolores fuertes; en una ocasión consultó a un médico y la respuesta de este fue que cuando ella tuviera su primer parto todo se iba a aliviar, asumiendo en primer lugar, su heterosexualidad (Luz es lesbiana) y, en segundo lugar, minimizando su dolor menstrual incurriendo en una situación de negligencia pues no se le realizaron los exámenes y análisis necesarios para descartar cualquier otra situación de salud:

Es que esas ideas de maternidad para todas las mujeres son tan arcaicas... Siempre desde los 11 años que me vino la menstruación, me daban unos dolores horribles, eran 3 días por lo menos bien dolorosos, incómodo en términos de usar toallas, o sea, incomodidad... una vez voy y consulto a un médico y me dice: Luz, cuando tengás tu primer hijo se te van a quitar... y yo tenía 16 años...y lesbiana...nunca me ha pasado por la mente la maternidad. (Luz, comunicación personal).

En el caso de Luna, queda claro que la maternidad está sobrevalorada, casi sobre la vida misma de la mujer. A Luna le extrajeron un quiste de gran tamaño que tenía en su ovario izquierdo; cuando le realizaron la biopsia de rutina se concluyó que presentaba células cancerígenas por lo que era necesario realizar una histerectomía total y posteriormente someterla a quimioterapia. Luna tenía en ese entonces 23 años:

Llega un doctor y me dice que hay que hacer la histerectomía, -yo ya estaba muy tranquila y determinada con eso-, me dice muchacha ¿por qué no se embaraza?, usted tiene que firmar un papel para decir que está de acuerdo con la histerectomía, pero mejor diga que no, mejor usted se va y se embaraza, tiene al bebé y luego le hacemos la histerectomía, y yo dije, o sea no..., cómo pretende ese médico que yo me embarace y después esté con cáncer y no pueda estar con mi hijo, solo por tener un hijo, para mí eso no tenía lógica, ni siquiera había padre posible y yo solo podía pensar en salvar mi vida, en no morir. (Luna, comunicación personal).

Las experiencias de las cuatro entrevistadas muestran que el abordaje de la salud ginecológica de las mujeres aún se suele realizar desde un enfoque fertilista o reproductivista¹², que vincula de inmediato cuerpo con útero a maternidad como destino natural, basta con subrayar que aún se llama al sistema sexual del cuerpo aparato reproductor).

Al privilegiar este abordaje se incurre fácilmente en una consulta sesgada que descuida otras experiencias que también se vivencian con el sistema sexual y que no necesariamente tienen que ver con maternar, sino más bien con el gozo y el placer únicamente.

Asumir los cuerpos con útero como madres, es reducirles, encasillarles en un rol que no es natural sino creado a partir de la subjetivación de una corporalidad que responde a intereses político-económicos, y esto contribuye negativamente en la petrificación de sesgos de género, restando importancia al hecho de que la maternidad es una posibilidad, una decisión. Llama la atención, además, que se tomen decisiones sobre el cuerpo de la mujer a partir de hechos como si tuvo o no tuvo hijas e hijos, en lugar de enfocarse en lo que cada persona considere relevante.

Aunque no se pretende discutir las funciones del útero en este trabajo, se quiere mencionar que es un poco desconcertante pensarle como una entraña que sólo sirve para la reproducción, o por el contrario se vuelve una especie de enemigo de las mujeres en el que se desarrollan patologías. Pareciera que, aunque varios siglos han pasado desde que algunos médicos de la antigüedad hablaban de úteros errantes que perjudicaban a las mujeres, se sigue percibiendo como una amenaza inminente para la salud.

¹² Es necesario hacer dos acotaciones. En primer lugar, no se pretende restar importancia a la salud reproductiva de los cuerpos con útero, pues si estos tienen prácticas sexuales heterosexuales podrían embarazarse; lo que se quiere discutir es el hecho de que la mayoría de las veces el abordaje se realiza desde la heteronormatividad y por lo tanto desde la fertilidad-no fertilidad, dejando de lado otros aspectos de la sexualidad. Y, en segundo lugar, se quiere aclarar que no hay afán de generalizar con relación al personal médico, por esto se dice que es lo común, pero no lo único.

4.1.2. La mirada heteronormativa

Como se ha expuesto, desde finales del siglo XVIII, las narrativas médicas han sido uno de los discursos productores de cuerpos partiendo de hechos biológicos presentados como verdades absolutas y por tanto incuestionables; desde esta disciplina los cuerpos se clasificaron de forma binaria complementaria: hombre/mujer en relaciones heterosexuales, presentando esta categorización como hecho natural.

Según sostiene Martínez (2009), haciendo referencia a Wittig (2006):

... la heterosexualidad no puede pensarse solamente como una orientación sexual, sino como un régimen de poder discursivo hegemónico, cuyas categorías fundadoras -varón y mujer- también son normativas y excluyentes. La matriz de inteligibilidad heterosexual, entonces, opera a través de la producción y el establecimiento de identidades en cuyas bases se ubica el presupuesto de la estabilidad del sexo binario (p.12).

Fue precisamente el sistema médico científico desde donde se puso en marcha ese régimen biopolítico heterosexual con sus diagnósticos y categorizaciones de los cuerpos, que pregonó desde sus inicios lo que Preciado (2008) llama una “linealidad causal entre sexo anatómico, género y sexualidad” (p.96). De igual forma, desde las doctrinas religiosas y por supuesto, desde toda la estructura social, se reproduce e implanta una subjetividad heteronormativa con un fin claramente político, que justo va de la mano con la maternidad porque ambas ideas son útiles para la reproducción de la fuerza de trabajo que el capitalismo necesitó para su consolidación.

Para Luz, las consultas ginecológicas han sido un tema complejo en su vida. Ella como lesbiana ha tenido que enfrentarse constantemente con personal médico que asume que ella es heterosexual:

...hay que comprender que para una el tema de la ginecología, pues... una parte también de sus propios prejuicios y hay una resistencia a ir a exponerte

donde un ginecólogo hombre... porque la mayoría de las veces son hombres... y una como lesbiana... tal vez para algunas sea difícil venir a ginecología y hablar de su orientación sexual con libertad, si no siente la confianza y la apertura, o decirle al personal de salud, incluso para los exámenes físicos, mire vea, dentro de mis prácticas sexuales no está la penetración, por lo tanto si tiene que hacerme algún tacto le agradezco que sea considerado. (Luz, comunicación personal).

Sostiene, además, que durante la entrevista que la persona médica realiza, las preguntas están elaboradas partiendo de la salud reproductiva pues el énfasis siempre se concentra en la diada embarazo-anticoncepción. Considera importante que el personal de salud no asuma la heterosexualidad como hecho natural, sino que converse con la consultante y a partir de su vivencia, se enfoque la consulta. Dice al respecto:

... cuando empieza el médico del hospital en la primera cita... ¿cuántos hijos tiene?, porque ya te ven de cierta edad y asumen que por lo menos tenés uno, o que si ha tenido abortos, que cuál método anticonceptivo usa y cuando él llega a cuántos compañeros sexuales ha tenido, y yo le digo que ninguno, y me quedo esperando y él no reacciona, le digo ¿cuándo me va a preguntar por compañeras sexuales?, y el médico ahí sí alzó la vista y se paralizó todo...siempre se asume la heterosexualidad de los cuerpos, y se parte de que todas queremos reproducirnos...cuando la realidad es muy distinta. (Luz, comunicación personal).

Luz es una mujer que ha participado en el movimiento feminista durante décadas, conversa abiertamente de su orientación sexual, pero se cuestiona si será así para otros cuerpos no heterosexuales, pues desde su experiencia no es tan simple para algunas personas conversar con el personal de salud sobre su sexualidad, por lo que considera absolutamente necesario que la ciencia médica supere este modelo androcéntrico que exalta la heterosexualidad como norma, para no irrespectar el derecho a la salud de ninguna persona:

Los médicos no pueden seguir pensando que la gente va a ingresar al consultorio y va a decir hola soy Ana y soy no binaria, o sea, tal vez algunas mujeres lo hagan, no sé, pero no es tan simple porque ya una ha vivido experiencias no muy buenas...acá lo importante es cambiar el enfoque de salud, dejar esa mirada tradicional hetero". (Luz, conversación personal).

4.1.3. La mujer inestable: medicalizando el malestar

Como se ha visto, y se viene analizando, la reproducción humana fue un aspecto de interés considerable para los estudiosos, poniendo un especial interés en el útero, entraña descrita por Galeno como un órgano hueco capaz de retener el feto y al cual se le atribuía la capacidad de moverse, lo que lo convertía en un peligro para la salud de las mujeres. Según este autor, el útero se movía por el cuerpo, era errante, pudiendo producirse ahogos si este subía hasta el corazón, causando además inestabilidad emocional en el cuerpo que lo cargaba. (Laqueur,1994).

Es en este contexto antiguo donde por primera vez se habla de lo que en siglos posteriores será un referente de lo femenino: la histeria. La histeria¹³ (útero en griego):

... aparece por primera vez en los escritos médicos en Egipto dos mil años antes de nuestra era, pero no fue hasta la época de Hipócrates, en el siglo V a.C., cuando empezó a tomar forma la definición clínica occidental de la enfermedad (Maines, 2010, p. 43).

La histeria hace alusión al placer sexual no satisfecho, a fluidos no evacuados, a un útero que toma vida propia, como un animal, dentro de otro animal, dirá Aristóteles. (Laqueur, 1994).

Estos discursos, aunque posteriormente serán cuestionados o replanteados desde la ciencia médica occidental, tuvieron un gran peso en el desarrollo del

¹³ La etiología de la enfermedad ha pasado por diversos momentos históricos; en un primer momento se relacionó directamente con el sistema sexual de las mujeres, con el útero concretamente, posterior a esto se consideró como un tipo neurosis y avanzado el siglo XX fue clasificada como un tipo de psicosis. (López, 2013)

pensamiento occidental moderno, incidiendo en el imaginario social e individual, reproduciendo una serie de ideas que vinculaban el sistema sexual de las mujeres con su sistema nervioso, por lo que un padecimiento o enfermedad del primero conllevaba un desequilibrio psíquico, o a la inversa. López (2013) afirma que

... los discursos médicos higienistas, alopáticos, (...) herederos de la medicina hipocrática y galénica –al igual que los provenientes de la biología–, coincidieron en mantener la idea de una supuesta naturaleza femenina anclada a la anatomía y fisiología de un solo órgano del cuerpo: el útero. De ahí en adelante, la imagen metonímica de la mujer-útero representó el lugar común de referencia para explicar los llamados estados patológicos femeninos y sus características adyacentes. (p.55).

De esta forma, se justifica desde la biología, una tendencia de los cuerpos con útero (construidos mujer por el sistema médico), a una fragilidad emocional, leído este rasgo como debilidad y por tanto inferioridad¹⁴. Cualquier comportamiento que se salía de este discurso normalizador médico-científico era intervenido desde dicha institucionalidad médica para restablecer el orden y la normalidad.

Unido a lo anterior, y con el desarrollo de la industria farmacéutica y su despliegue en los años 50's, se desarrollaron una serie de medicamentos para la atención de estos diagnósticos “específicamente femeninos como la menarquia, la menstruación, el embarazo, el puerperio, el climaterio, (..) de la misma forma que habían sido consideradas la histeria y la ninfomanía en todas sus formas de manifestación” (Flores, 2013, p. 123). Los procesos fisiológicos fueron interiorizados y subjetivizados por tanto, como enfermedades que había que medicalizar.

La vivencia de Mara ilustra cómo aún persiste una visión fragmentada del abordaje de la salud de las personas que parte de una separación entre cuerpo y emociones, asumiéndose que un malestar de tipo físico-emocional debe de ser abordado únicamente en su componente orgánico, dejando de lado una serie de

¹⁴ Esta visión de inferioridad de lo femenino no es nueva, desde la antigüedad, se conocen textos, sobre todo vinculados a la historia de Occidente, que manifiestan esta misoginia, muestra de esto son textos religiosos como la Biblia, El Corán, o tratados de medicina antigua.

factores como la situación personal que enfrentan las usuarias de los servicios, la personalidad de cada una, su vivencia que engloba una serie de determinantes sociales.

Mara Ingresó al hospital para realizarse una laparoscopia con el fin de extraer unos quistes de sus ovarios; cuando despertó tenía una herida en su abdomen, le habían realizado una histerectomía radical o total. Comenta que venía presentando cambios hormonales a raíz del tratamiento para el cáncer de mama que enfrentó años antes. Para ella, la noticia de la histerectomía total fue sorpresiva, además había entrado en menopausia de inmediato porque ya no tenía ovarios:

Para mí lo más dramático de todo fue el cambio en el estado anímico. A mí me apagaron... fue una cuestión fuertísima. Quitando esa carga emocional de feminidad, no me refiero a eso, no me deprimí por sentirme menos mujer...fue una cuestión física. Yo no podía ni levantarme de la cama, no tenía fuerzas. Y ¿qué hicieron en ginecología?, pasarle el problema a psiquiatría. Terminé con tratamiento psiquiátrico para la supuesta depresión que me dijeron que tenía, así sin más, nunca nadie me explicó que esa descompensación hormonal podía llegar. (Mara, comunicación personal).

Para Mara, es necesario un acompañamiento integral de los procesos de salud; sostiene que, desde su experiencia, enviarla a tomar antidepresivos así sin más, no le hizo sentir bien, por el contrario, siente que era necesario otro tipo de solución, más bien de acompañamiento:

En los servicios de salud si te tratan por depresión es por depresión... y así es, nos tratan como a pollos de supermercado, si me duele el dedo izquierdo voy donde el médico del dedo izquierdo, si me duele el de al lado, pues voy donde otro, no hay integralidad en el abordaje, y la histerectomía, al menos la total conlleva un cambio hormonal que genera cambios físicos y emociones que deben ser acompañadas. (Mara, comunicación personal).

Esta “reducción de la causalidad de los síntomas que presenta una persona a uno sólo para tratarlo farmacológicamente” (López, 2009, p.2), es una manifestación de la medicalización que se realiza desde el sistema médico que, suele producir sobretreatamientos químicos para abordar procesos o situaciones que posiblemente no lo ameriten, si se piensan más integralmente:

A mí me gustaría procesos más integrales para las mujeres, sobre todo en temas vinculados con las emociones, con cómo te sentís... por ejemplo, caso típico que una escucha... a la señora le sacaron los ovarios y nunca más pudo dormir y de una métale pastillas, cuando hay otras alternativas que a lo mejor son más a largo plazo, pero menos invasivas... de inmediato se soluciona con medicamento. (Mara, comunicación personal).

Carme Valls (2009), médica española se pregunta “¿por qué no se estudian los problemas que realmente padecen las mujeres y en cambio se crean nuevos problemas cuando se trata el dolor y el malestar con psicofármacos, sin averiguar las causas o patologías subyacentes?” (p.21) Su respuesta apunta en dos direcciones, en primer lugar, plantea que se subestiman o se resta importancia a los malestares que expresan las mujeres o a sus condiciones, la endometriosis es uno de esos casos; y, en segundo lugar, porque hay intereses económicos de las grandes corporaciones farmacéuticas detrás de esta medicalización.

En esta misma dirección apunta Mara cuando plantea la necesidad de hurgar un poco más en las circunstancias y condiciones de vida de las personas usuarias de los servicios de salud, y no solamente recetar más medicamentos, como si las píldoras por sí solas solucionaran la diversidad de circunstancias que median en el transcurso de la vida de las personas:

Sí, me gustaría más empatía, más comunicación para mi caso, consultas postoperatorias con una psicóloga y con ginecología también, mirar cómo sigue todo, la vejiga, tu reacomodo corporal en general, tu vida sexual, tus emociones. En los hospitales no hay un soporte emocional, aparte del sacerdote... se supone que psicología, al menos a mí nunca me dieron una

cita con una profesional de esta área, sino que más bien me remitieron al psiquiatra que me recetó imipramina y un antidepresivo. Puede haber una persona a la que no le da nada que te llegue la menopausia de socollón, y a otra le va a dar todo, hay que tener cuidado con eso, no se puede generalizar, cada caso es único y requiere de atención, de esto depende la calidad de vida futura. (Mara, comunicación personal).

4.2. Relaciones en los servicios de salud

Las relaciones entre las personas representantes del dispositivo médico y las usuarias de los servicios de salud están basadas en la desigualdad histórica; la ciencia médica es un saber hegemónico desde el que se emiten discursos sobre los cuerpos basados en evidencia científica que se supone objetiva, pero que no deja de ser una lectura de la realidad desde un lugar social, cultural y sobre todo político. Al mismo tiempo, estos cuerpos que llegan a la consulta en los sistemas de salud han subjetivado¹⁵ un discurso sobre ellas mismas, sobre sus cuerpos y sus procesos físicos que es precisamente el que se narra desde la medicina.

Es desde este lugar que se analiza esta relación de poder, este diálogo sobre el cuerpo de la usuaria a la luz de la mirada médica, en este caso concreto, enmarcado en la toma de decisiones relevantes para la vida de las mujeres: una cirugía ginecológica en la que se extraería parte o la totalidad de su sistema sexual.

La vinculación del sistema sexual con la vivencia de la sexualidad de las personas, así como el desarrollo futuro de su salud general, lleva a las mujeres a manifestar dudas y sentires con relación a esta cirugía, por lo que el diálogo y el acompañamiento por parte de la institución médica es relevante.

No ha sido el afán de la investigación, como se ha mencionado antes, cuestionar los diagnósticos médicos con relación a la práctica de la histerectomización, más bien el interés ha sido explorar esas relaciones dialógicas

¹⁵ Cuando se hace referencia a la subjetivación se refiere a la forma en que los sujetos se construyen a sí mismos a partir de los discursos de saber-poder y cómo participan en una serie de relaciones de dominación que les atan o sujetan. (Foucault, 1978). Para Butler (2001) "el género es un modo de situar al sujeto en un lugar para sujetarlo". (p.97).

entre el personal médico y las usuarias asumiendo que ellas también juegan un rol activo en esta experiencia “como agentes de su propia vida y no exclusivamente como víctimas de un determinado sistema de género y de una cultura corporal hegemónica de Occidente”. (Esteban, 2013, p.14). La autora, citando a Foucault, sostiene que los cuerpos elaboran resistencias frente a las imposiciones culturales y sociales, dejando claro, que hay movimiento en ambas vías, y, por consiguiente, no debe perderse de vista que las personas, tanto de forma individual como colectiva, están inmersas en relaciones de poder.

4.2.1. La medicina como discurso de saber-poder

El ejercicio o despliegue del poder biomédico¹⁶ está relacionado con una forma de dispositivo disciplinario que desarrolla un lenguaje propio y complejo para nombrar los cuerpos y sus operaciones buscando como fin último su sometimiento: “a estos métodos que permiten el control minucioso de las operaciones del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les impone una relación de docilidad-utilidad, es a lo que se puede llamar las disciplinas” (Foucault, 2002, p.126).

La institución médica, con la racionalidad específica de su campo, produce subjetividades, modela identidades y regula las visiones del mundo, se presenta como único interlocutor válido de discursos relacionados con el cuerpo, su funcionamiento, la salud y la enfermedad, respaldándose en “el modelo epistemológico de la verdad médica, de la observación, de la objetividad, que iba a permitir a la medicina inscribirse efectivamente dentro de un dominio de discurso científico”. (Foucault, 2005, p. 28).

Gabriela Arguedas (2014) llama poder obstétrico a “esa forma de poder disciplinario enmarcada dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres y, por lo tanto, se ejerce en un territorio género-específico: los cuerpos que

¹⁶ “(...) el capitalismo, que se desenvuelve a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. (...) Para la sociedad capitalista era lo biológico, lo somático, lo corporal, antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica” (Foucault, 1996, p.87)

pueden embarazarse y parir”. (p. 156); la autora habla de este ejercicio de poder principalmente en el espacio gineco-obstétrico. Lo que para efectos de este trabajo interesa subrayar es este hincapié que hace la autora sobre su carácter disciplinario, a partir de la lectura que realiza de Silvia Federici (2004) y Michel Foucault (2002).

Al igual que lo hace Foucault (1988) en *El sujeto y el poder*, se insiste en aclarar que no es la intención de esta investigación criticar la profesión médica como tal, ni dudar de las capacidades profesionales y humanas del personal de salud; el interés ha sido evidenciar cómo los discursos se materializan en prácticas concretas. Al ser la ciencia médica heredera de un poder pastoral, y representante de un discurso científico con carácter de verdad, funciona como un dispositivo productivo, que reproduce sesgos de género en el ejercicio de su práctica profesional.

Para Valls (2001, 2009) esta materialización de la mirada sesgada de la ciencia médica se puede observar mediante tres operaciones concretas:

- en primer lugar, cuando se naturalizan y justifican los discursos, que, aunque científicos, han reproducido sesgos sociales que hablan de la inferioridad de los cuerpos con útero, aportando a su estigmatización y su construcción sociocultural desvalorizada;
- en segundo lugar, al fragmentar el cuerpo y la experiencia de salud-enfermedad lo que no les permite a las personas la comprensión de lo que les sucede y por lo tanto difícilmente pueden jugar un rol activo en la toma de decisiones sobre su salud;
- por último, al objetivar los cuerpos, dejando de lado la multiplicidad de factores que inciden en los procesos de salud-enfermedad, sobre todo si pensamos en las mujeres y los mandatos sociales de género.

4.2.2. Ejercicios de poder: puesta en escena

Cuando se conversó con las entrevistadas sobre las relaciones con el personal médico, el diálogo en las consultas previas, durante y posterior a la cirugía,

Luz comenta, a partir de su experiencia, que a menudo tiene la sensación de que el personal de salud espera que ella no les cuestionara o no solicitara más información: “Los médicos esperan que tengamos una fe ciega en ellos, está bien que una no se sienta del todo bien, pero tenés derecho a querer más información...no podemos solo creer porque ellos lo dicen y ya”. (Luz, comunicación personal).

Mara tuvo la misma sensación, sentía que el personal de salud esperaba que ella depositara su confianza en ellas y ellos per se; asegura que se hubiera sentido más tranquila con mayor comprensión de lo que estaba sucediendo. Como ya se comentó, ella estuvo emocionalmente afectada posterior a la cirugía pues tuvo un proceso de menopausia inmediata: “Cuando yo le pregunto al psiquiatra si tenía depresión, él me dice mire confié, es decir, no me explica nada, sólo me dice que él sabe lo que debe hacer”. (Mara, comunicación personal).

Mara comenta en esa misma dirección que hubo un momento durante el procedimiento quirúrgico en que su vida se vio comprometida y ella luego supo que un sacerdote le aplicó lo que se conoce como los santos óleos, costumbre católica en la que se aplica o unge de aceite a la persona que se encuentra con posibilidad de morir, pero que para Mara es irrespetuoso pues ella no es para nada religiosa

Me da una risa cuando veo en mi expediente un timbre religioso, porque estuve mal y los médicos solicitaron asistencia religiosa para mí, ja, ja... ellos asumen que si te estás muriendo tiene que venir el cura... ¿cómo deciden esas cosas por vos?, es como una actitud de semidios. (Mara, comunicación personal).

Tanto para Luz como para Mara, el personal de salud espera que las personas usuarias no pongan en duda sus criterios o cuestionen sus recomendaciones, el diálogo no es horizontal. Es evidente que el personal médico posee un conocimiento con respecto al cuerpo, pero es necesario que decisiones tan relevantes como la histerectomización, se tomen en el contexto de un diálogo

con las mujeres, escuchando sus preocupaciones, sus temores, acompañando más que ordenando.

Para Luz, la palabra del personal de salud, - con los rangos jerárquicos propios que le caracteriza-¹⁷ está por encima de lo que la usuaria, piensa, sienta, o hasta desea:

La gente le tiene un respeto a la profesión médica, el médico puede decir lo que sea y es la santa palabra y usted casi ni puede cuestionarlo, parece que no importa que diga muchas cosas que usted no entiende... y una no va a preguntar porque te responden como les da la gana, algunos más, otros bien... hay un asunto social y cultural, en donde se le cede un poder al médico impresionante. (Luz, comunicación personal).

Al encontrarse la ciencia médica en esta posición de poder, pues su práctica está directamente relacionada con la vida y con la muerte, y al ser heredera de un poder que en el pasado ejerció el personal religioso¹⁸ quienes hasta mediados del Siglo XVIII fueron los encargados de la atención hospitalaria:

... genera un sometimiento espontáneo, porque la figura del médico viene cargada de poder, como también viene cargada la figura del sacerdote, así como la del militar. El médico tiene una sabiduría semejante a la que tenían los chamanes, que de alguna manera hace que el paciente se sienta indefenso. (Díaz, 2018, p. 1).

Y por supuesto que también influye la vulnerabilidad propia de saberse intervenida físicamente para quitar una parte del cuerpo.

¹⁷ En los centros de salud el personal médico está claramente jerarquizado; estudiantes que realizan sus prácticas profesionales a menudo deben tolerar relaciones de poder abusivas por parte del personal que ya culminó su formación y labora de forma definitiva en los centros hospitalarios. Se ha llegado a plantear que este tipo de relaciones son aprehendidas por el personal en formación y luego reproducidas con las personas usuarias, así como con las nuevas generaciones del estudiantado.

¹⁸ Para Foucault (2001), luego de la Revolución Francesa surge lo que llama un clero de la terapéutica médica que no es más ni menos que "una profesión médica nacionalizada, organizada a la manera del clero e investida, en el nivel de la salud y del cuerpo, de poderes parecidos a los que éste ejerce sobre las almas". (p.57)

Otro aspecto que señalan las entrevistadas con relación a estos encuentros y diálogos con el personal de salud, refiere a cómo la ciencia médica asume que las mujeres no conocen sus cuerpos por lo que suelen subestimar sus narraciones vinculadas a su estado de salud-enfermedad. Para ilustrar este argumento se analiza la situación de Luna.

Luna comenta que a los 23 años (actualmente tiene 35), asistió a una consulta médica, había estado sufriendo de colitis desde tiempo atrás. La médica que la atendió la examinó y le dijo que ella estaba embarazada porque al palpar su abdomen percibió una masa de gran tamaño, ella de forma contundente le explica que no existe ninguna posibilidad de embarazo, lo dice con toda certeza porque tenía meses de no mantener contactos sexuales con ningún hombre; la médica, duda de su palabra:

... me revisa la doctora y me dice muchacha usted está embarazada, y le digo que no, que es absolutamente imposible porque no había estado con nadie en meses... Me realizaron una revisión general y una toma de sangre, no me dijeron para qué era la muestra. La cuestión es que me llaman en la tarde y me dicen muchacha usted no está embarazada, ahí me di cuenta que me habían hecho la prueba de embarazo, porque la médica no me había creído, a pesar de que yo fui muy clara de que era imposible. (Luna, comunicación personal).

Aunque se podría argumentar que la prueba de embarazo se realiza por rutina, lo cierto es que también genera en la usuaria una sensación de irrespeto por parte del sistema de salud al no creer en su palabra, y no considerar ninguna otra posibilidad hasta que esa sospecha fuera descartada. Para Luna también tiene que ver con la forma en que se hacen las cosas:

... tal vez si la médica se comunicara diferente, con más empatía y te dijera, claro muchacha le creo, vamos a hacer una prueba de sangre porque así lo solicita el protocolo, pero también vamos a realizarle un ultrasonido porque hay que ver qué es esa pelota, pero no...llegan a hacerte un examen

prácticamente a tus espaldas... no es la forma. (Luz, comunicación personal).

Luz narra otra experiencia que ilustra la forma en que se suele desacreditar, o no tomar suficientemente en serio el malestar que manifiestan las mujeres. Sufría de dolores con sus menstruaciones desde pequeña,

Desde los 11 años que me vino la menstruación, me daban unos dolores horribles, eran 3 días por lo menos bien dolorosos...muy incómodos. Como a los 16 años me llevaron a ver a un médico y este me revisó y me dijo que cuando me casara y tuviera hijos los dolores se me iban a quitar, increíble...no me mandó chequeos, no hubo seguimiento...nada, no se tomó en serio lo que le dije, entonces una se va y cree que la regla es así, dolorosa e incómoda. (Luz, comunicación personal).

Además, para Luz no ha sido fácil asistir a consultas ginecológicas pues como se comentó en el apartado anterior, se suele asumir la heterosexualidad como la norma, entonces los diálogos suelen elaborarse de ese lugar:

Creo que vos como lesbiana debés poder entrar a una cita, sobre todo si es en ginecología, y que la persona que te va a atender no te asuma heterosexual, porque ya ese tema rompe esa lógica de atenderte sólo en función de la reproducción. Incluso las mujeres heterosexuales son más que eso, que cuerpos para la reproducción, pero creo que tiene que ver con que seguimos viéndolas con un hombre a la par. Creo que seguimos viendo la ginecología en función de los hombres, no de las mujeres y jamás de las diversidades corporales. (Luz, comunicación personal).

Aunque su activista le ha brindado herramientas para enfrentarse a estas consultas de forma activa sin temor a hablar de su orientación sexual, cuando estaba más joven no era tan simple porque se encontraba en una situación de mayor vulnerabilidad. Ante esto, se cuestiona sobre las experiencias de otras mujeres lesbianas en los servicios de salud:

Y dije yo desde mi ser lesbiana, suave un toque... ¿qué pasa con las lesbianas que no están empoderadas y se cohíben ante la figura de poder de los médicos? Es que se necesita sentir cierta confianza y apertura para hablar abiertamente sobre una, creo que todas las personas en general lo necesitan...y no sucede, porque todo se habla y se asume desde la heterosexualidad, es como el parámetro del cual se parte para todo, y parece que, aunque una les diga a los médicos la necesidad de escuchar, no suponer, ... ellos no tienen humildad para decir sí mira es cierto, siguen pensando que cositas así no son relevantes. (Luz, comunicación personal).

Con respecto a las decisiones finales con relación a la cirugía, otro momento complejo en el proceso que vivenciaron las entrevistadas, el diálogo con el personal de salud es fundamental. No interesa analizar acá el acceso a la información en sí misma (se volverá sobre este aspecto concreto más adelante), sino centrar el interés en la relación que se teje, en el flujo de información y en el peso que tienen los argumentos, dependiendo desde donde se emiten.

Mara comenta que, desde su experiencia, el personal médico suele mantener el control de la situación de salud de las mujeres porque se asume que ellas no están preparadas para comprender lo que les sucede. Para ella, a excepción de algunas personas médicas más jóvenes que empiezan a romper ciertos paradigmas clásicos de atención de la salud, las médicas y médicos no suelen realizar esfuerzos por comunicar de una forma sencilla a las personas los que les sucede:

Todo lo deciden ellos, los médicos, y te informan lo que le van a hacer a tu cuerpo cuando las decisiones ya están tomadas, hay excepciones claro, a veces te topás por ahí con gente joven más respetuosa, como que empiezan a abrirse un poco... Pero por lo general el médico te dice que vos podés decir que no estás de acuerdo, claro, en teoría sos libre para decidir, pero tenés miedo de hacer algo que vaya en contra de su criterio porque al final siempre te han dicho que ellos son los que saben. (Mara, comunicación personal).

Para las entrevistadas es difícil tomar una decisión que vaya en contra de la recomendación médica porque no se han construido espacios horizontales de intercambio de información, tampoco se educa en salud, por el contrario, el sistema médico ha tendido a despojar a las personas usuarias de la posibilidad de gestión, descalificando cualquier otra terapéutica o forma de abordaje del cuerpo que no sea la científica occidental. Además, la desobediencia tiene un precio, para Mara, este precio es alto:

Ni dentro del hospital, ni en los procesos de clínica te explican claramente para que vos podás tomar una decisión. Siempre es una decisión como en una sola dirección porque solo tenés un punto de vista, el de ellos. Ahora... si vos llegás a plantear que no te parece el tratamiento o preguntás si hay otra opción, es como que se te tiran encima, se acabó el mundo...vos no sabés nada...y si te salís de ese programa quedás fuera del sistema, muérase en la calle.. ahí afuerita porque nosotros no la vamos a atender...hay temor en no hacer lo que el médico te recomienda. (Mara, comunicación personal).

Clara también habla desde su experiencia; para ella, la cosificación que se realiza de los cuerpos en la atención de la salud en instituciones como la CCSS es violenta y sutil porque se deshumaniza a la persona y la despoja de su capacidad de gestión y autonomía corporal. Comenta que antes de la histerectomía le realizaron otro procedimiento llamado colposcopia. El médico que le atendía en consulta ginecológica no fue claro al hablar del examen, que para ella resultó bastante fuerte a nivel físico; ella asistió sola el día del procedimiento:

Yo iba sola, no sabía a lo que iba...una se sentía como en la Edad Media, con las piernas abiertas y el médico quemando...y para colmo, estaba yo ahí y afuera del consultorio había un gentío y has de creer que alguien abrió la puerta. Una sale de ahí sintiendo que no vale nada. (Clara, comunicación personal).

Luz siente que desde que la persona ingresa al sistema de salud se convierte en un cuerpo portador de una enfermedad, la categoría de persona se desdibuja: “cuando estás en el hospital a vos te define la enfermedad, no la persona, no sos Luz la de las cervicales, son las cervicales de un cuerpo que no importa cómo se llama”. (Luz, comunicación personal).

Lo mismo vivenció Luna; cuando estaba recibiendo quimioterapia, posterior a la histerectomización, comenta que en una ocasión llegó a la cita, una médica la estaba revisando, de repente se volvió y empezó a llamar a algunas personas estudiantes que se encontraban cerca para que miraran lo que ella llamaba una lesión:

Tuve que recibir quimioterapia, y una vez en una cita de control me dice una médica, usted tiene una lesión, y llamaba a todo el mundo... a los internos...que vení ve la lesión... horrible eso, una se siente como un bicho raro, todo el mundo mirándote... cosificándote...deberían de consultarte a vos, pedirte autorización para hacer algo así. (Luna, comunicación personal).

En un sistema de salud saturado, las relaciones son superficiales, raramente el personal médico puede explorar en la vida de las personas que atiende porque los tiempos de consulta son cortos, pero está claro que despersonalizar a las usuarias, tratarlas a todas como si fueran iguales, no aporta en la construcción de la gestión de la salud, por el contrario, reproduce el sesgo de que al final ellas no saben, no comprenden, decantando el diálogo en monólogo: la persona profesional de la salud hablando desde el saber hegemónico y la mujer volviéndose paciente, siendo despojada de la capacidad de hablar de su propio cuerpo.

4.3. Derecho de las mujeres a la salud: el acceso a la información para la toma de decisiones

El acceso a la información es un derecho indispensable en temas relacionados con la salud. Para garantizar el derecho a la salud, es necesario brindar suficiente información y acompañamiento a las personas usuarias de los

servicios pues sólo de esta forma, podrán tomar decisiones informadas con total autonomía y seguridad.

La salud es un derecho humano fundamental; la OMS/OPS (2010) sostiene que “el goce de la salud y el ejercicio de los derechos humanos actúan en sinergia” (p. 4), pues se necesita un nivel de salud básico para ejercer los derechos, pero al mismo tiempo el cumplimiento de dichos derechos puede garantizar a las personas cierto grado de salud física y mental, así como su violación incidiría de forma negativa en su bienestar integral.

El derecho a la salud es muy amplio, y como se señaló, está íntimamente vinculado a otros derechos humanos. En este trabajo se quiso señalar dos aspectos que se consideraron fundamentales en el ejercicio del derecho a la salud: el acceso a la información para la toma de decisiones y la autonomía corporal. Se hace hincapié en ambos aspectos por considerarlos fundamentales para asegurar la capacidad de las personas de decidir sobre su propio cuerpo y los procesos a los cuales será sometida.

4.3.1. Acceso a la información como garantía del cumplimiento del derecho a la salud

Las cuatro mujeres que participaron en esta investigación afirman que durante sus procesos clínico-hospitalarios la falta de información fue una constante. A menudo no se les brindaba la información que ellas requerían para comprender mejor lo que les estaba sucediendo y poder tomar decisiones al respecto; para todas fue necesario su propio agenciamiento para acceder a mayor información.

Mara, Clara y Luna sostienen que hubo aspectos, principalmente los relacionados con su vida sexual, que fueron dejados de lado o abordados superficialmente por el personal de salud previo a la cirugía, cuando en realidad esa era una de sus principales preocupaciones. Clara comenta:

Una cosa que a una la asusta mucho es el asunto sexual, y pues no te dicen mucho al respecto. Yo estaba preocupada pensando que mis orgasmos ya

no iban a ser igual, como que no te dan información en esa línea. (Clara, comunicación personal).

Luna también tenía inquietudes al respecto; para ese entonces ella tenía 23 años y con la histerectomía radical que se le practicó su estado hormonal cambió abruptamente entrando en menopausia:

Vos te preguntas si funcionarás igual en la vida sexual, y pues sí, pero a una le cuesta, es cierto, al no ovular tu vagina no te prepara de la misma manera para las relaciones sexuales coitales... y en la Caja no te brindan mucha información ... si una lo comprende y se prepara todo está bien, pero si no, puedes pasarla mal y frustrarte...y yo tenía una vida por delante. (Luna, comunicación personal).

La menopausia abrupta como consecuencia de la extracción de los ovarios suele ser otro de los temas que inquieta a las mujeres y del que no se suele hablar de forma integral. Una vez más la solución que se les ofrece es la farmacológica, es decir, en los casos que sea posible, la ingesta de terapia de remplazo hormonal posterior a la cirugía. En el caso de Luna, por el tipo de cáncer que presentó, no se le recetó este tipo de terapia, pero tampoco se le brindó acompañamiento, a pesar de sólo contar con 23 años:

En esa época no hubo nadie como de mi edad que me dijera yo pasé por eso, todas eran como señoras ya grandes, yo era como la excepción a la regla. Y bueno después de la extirpación de todo vino la menopausia, que es muy loca, a mí me duró 10 años, y es que por el tipo de cáncer que tuve no me recomendaban pastillas de hormonas, pero tampoco hubo acompañamiento, y yo era muy joven. (Luna, comunicación personal).

Clara coincide con Luna. Para ella fue sorpresiva la menopausia pues en teoría no iban a extraer sus ovarios; posterior a su histerectomía total entró en menopausia y sostiene que se sintió bastante afectada física y emocionalmente por el cambio hormonal, sin embargo afirma no haber recibido información satisfactoria

sobre estos aspectos que su cuerpo empezaba a vivenciar. Uno de esos temas del que no le hablaron con claridad fue la resequedad que empezó a sentir en su piel y vagina “Y el tema de la resequedad vaginal...al principio aquello era un papel arrugado, por eso en parte decidí tomar hormonas, es que el cambio es muy abrupto y no te explican, no te dan opciones...tips....” (Clara., comunicación personal). Ella buscó información con amistades, con otras personas médicas y usando medios tecnológicos para hacerle frente a esos vacíos:

Mirá...cuando a vos te sacan los ovarios tenés que comprarte un dildo para estimularte la vagina, esto yo lo vi en internet y lo consulté con mi médico privado, él me dijo que lo usara de una a dos veces por semana, porque lo que no se usa se atrofia. Pero es que con la menopausia el deseo sexual disminuye, no es que disminuya la intensidad, sino la frecuencia con la que lo necesitás, y pues a mí me pasó de manera más abrupta, entonces como que yo no uso el dildo como debería. Pero yo te digo esto ahora, a mí en el hospital no me hablaron de esto. (Clara, comunicación personal).

Para Clara, es relevante que los centros de salud, en este caso, el hospital, específicamente el Servicio de Ginecología, brinde a las mujeres información que permita el ejercicio de una sexualidad digna y satisfactoria. Por ejemplo, Clara sostiene que para ella fue muy importante la información que le brindó su médico privado con relación a los ejercicios para el suelo pélvico que podía realizar previo a la operación para tonificar esa zona y evitar posibles prolapsos en el futuro:

Yo consulté con una médica y un médico privado antes de someterme a la histerectomía, este último me puso desde antes de la operación a hacer ejercicios para el suelo pélvico, porque esa es otra cosa, las consecuencias con la vejiga porque se puede caer...entonces él me dijo haga así y asá, veinte veces en la mañana y veinte por la noche. Es que esta información y este tipo de prácticas deberían de ser sí o sí parte de un protocolo, casi que facilitar un folleto a cada mujer con estos ejercicios, porque nos puede ayudar en el futuro. (Clara, comunicación personal).

La experiencia de Mara fue similar a la de Clara; en un primer momento no se habló de practicarle una histerectomía total, pero la operación laparoscópica terminó en una cirugía abdominal con extracción de útero y ovarios. Para ella, como se analizó anteriormente, fue impactante a nivel emocional y físico; sostiene que la información que se le facilitó en la charla pre-operatoria fue escasa, general y no abordó aspectos emocionales que posteriormente fueron complejos de manejar:

Una asume las cosas como vienen porque nadie te dice nada, nadie te explica. En mi caso, entré al hospital a sacar unos quistes y terminé sin aparato reproductor y cuando querés que te expliquen bien por qué sucedió eso, solo te dicen una y otra vez fue por el bien de una, que fue para salvarle la vida y más bien casi que se impresionan porque vos no les agradecés. Yo me sentía mal, descompensada, y así salí, así me fui para la casa, solo con las pastillitas psiquiátricas pero sin un seguimiento integral. (Mara, comunicación personal).

Mara también plantea que otro aspecto a señalar con relación al acceso a la información, es el hecho de que no existe un espacio para que otras personas cercanas al núcleo íntimo de las usuarias de los servicios obtengan asesoría con relación a la situación de salud y acompañamiento que podrían brindar a las mujeres:

La CCSS no tiene una estructura para darle continuidad a tu caso, saber quién viene con vos, darles una charla para que sepan cómo podrían ayudarte, nada. En mi caso peor, porque como mi histerectomía total no fue planeada, no tuve ni charla preoperatoria. Pero en general, no se le brinda información a las personas que están cercanas a vos, y ellos también tienen miedo, se sienten inestables porque entienden menos que vos, y ellos te hacen preguntas, te cuestionan, que por qué te sacaron todo, que qué va a pasar ahora. (Mara, comunicación personal).

Mara plantea que durante todo su proceso tuvo dudas, preguntas que no fueron respondidas satisfactoriamente por el personal de salud, y sostiene que esta situación la hizo reflexionar sobre la forma en que ella ejercía su derecho a la salud:

Es que vos te ponés a pensar si realmente los procedimientos que te hacen son los únicos o los más apropiados, la verdad yo a veces dudé, pensaba que tal vez había otras alternativas que yo no conocía o no había explorado, no lo sé...y entonces yo digo, ¿de verdad tomé yo las decisiones a partir de información de calidad, o yo solo acepté lo que me dijeron?. Y cuando una lee todo ese discurso del derecho a la salud, el derecho a la información y a las decisiones informadas, te digo, no me sentí como que muy empoderada, al final estás en un momento de vulnerabilidad y tenés miedo (Mara, comunicación personal).

Luna coincide con las otras entrevistadas. Aunque ella tomó la decisión de practicarse la histerectomía basada en información que su médica privada le brindó, afirma que “Después de todo este proceso, puedo decir que en la Caja te dan poca información o casi nada, yo la obtuve por dos médicos ginecólogos privados y porque busqué por mi propia cuenta” (Luna, comunicación personal).

Desde la experiencia de las mujeres entrevistadas, la información que se les brindó durante sus procesos de salud fue poca, no satisfizo sus necesidades, y se centró principalmente en lo que el personal de salud consideró que ellas necesitaban saber, en ningún momento se les consultó sobre sus propias necesidades. Sostienen además, que se sintieron vulnerables y este sentimiento les llevó muchas veces a no solicitar más detalles sobre los procedimientos que se les practicaban o los medicamentos que se les administraban, sobre todo porque al repreguntar o solicitar más información se encontraban con una actitud poco asertiva por parte del personal médico.

4.3.2. Mi cuerpo, mi decisión.

Como bien se sostuvo en las premisas teóricas, el acceso a la información para la toma de decisiones es fundamental cuando se habla del derecho a la salud, sobre todo en el contexto de una cirugía ginecológica como la histerectomía que implica la extracción de una parte del cuerpo. Para las entrevistadas este tipo de decisiones tan complejas deben de tomarse a partir de un análisis minucioso de la información que brinde el personal de salud.

Ahora bien, cuando se les consultó si consideran que se respetó el principio de autonomía corporal, entendido este como el derecho de cada persona de decidir sobre su cuerpo con base en información obtenida y en plena libertad, ellas consideran que aunque, en teoría, el consentimiento informado debería de garantizar este derecho, en la práctica las situaciones suelen complejizarse.

Luz considera que ella tuvo la posibilidad de tomar su decisión de forma autónoma porque desde tiempo atrás había consultado con una ginecóloga privada, y tuvo tiempo para reflexionar y pensar su decisión:

Yo llego a ginecología del Hospital Calderón Guardia, después de haber pasado por mi ginecóloga privada, para una operación que tengo clara (...) yo apuesto por una libertad y un derecho a decidir sobre mi cuerpo, estaba tomando una decisión consciente sobre mi cuerpo, de hecho unas amigas me dijeron que cómo, que nada sobra en el cuerpo de una y no sé qué, pero la verdad la estaba pasando mal y tomé la decisión de hacerlo. (Luz, comunicación personal).

Para ella, desde su experiencia, es muy importante que cada una de las personas que van a pasar por este proceso tengan esa oportunidad de sentir que están decidiendo por ellas mismas. Recalca que le sorprende la ligereza con la se trata este tipo de temas por parte del personal médico, pues aunque para algunas mujeres, como en su caso, la cirugía era algo deseado y esperado, para otras puede significar un tema cargado de sentimientos encontrados:

Una pierna tiene mayor implicancia en la vida cotidiana cuando te la cortan, pero un seno o el útero está cargado de un valor simbólico, tiene un valor emocional para muchas mujeres, y no se considera ese valor. Debería de tomarse muy en serio esto de charlar con las mujeres cuando se les va a extraer un pedazo de su cuerpo cargado de todo esto, no se puede tomar a la ligera, tiene que ser una decisión de cada una, tenés que sentir que sos vos la que está tomando una decisión de esa dimensión, porque muy feo quedarse con eso en el corazón, con la sensación de que vos no decidiste en completa libertad y a partir de información seria. (Luz, comunicación personal).

En el caso de Luna, no había mucho que ella pudiera decidir pues se le diagnosticó un cáncer de ovario por lo que había que realizar una histerectomía total:

Me hacen la histerectomía y todo bien, pero tuve que recibir seis meses de quimioterapia, no podía elegir, era sí o sí, más bien pensaba, qué dicha que el cáncer fue ahí, una parte del cuerpo que podés sacar y seguir con vida. Igual con la quimioterapia... es que con 23 años, sólo querés estar bien... querés no morir..., y lo que ellos te digan que te puede curar, vos lo hacés y ya, no le ponés mucha mente (Luna, comunicación personal).

Clara y Mara vivenciaron una experiencia que no fue grata en este sentido. Clara ingresó al hospital con el fin de realizar una histerectomía con conservación de ovarios porque no tenía ningún problema de salud en ellos; se le dijo que había que extraer el útero y el cuello del mismo para evitar un posible cáncer en el futuro pues su citología vaginal había salido alterada presentando una displasia en tercer grado:

Cuando yo me desperté y me dijeron que me sacaron los ovarios le hice un berrinche al médico...me enteré porque en el expediente decía y una enfermera me lo dijo...entonces cuando llegó la médica que me había operado le dije que yo había firmado un consentimiento para que me sacaran

el útero no los ovarios, entonces la médica me dijo, para gran humillación, ja, ja, ja... que mis ovarios eran unas cositas arrugaditas como una pasa, que mejor sacarlos de una vez para evitar complicaciones a futuro (Clara, comunicación personal).

Clara siente que su autonomía corporal fue violentada, porque una médica decidió sobre sus ovarios sacándolos sin que ella lo haya consentido. Para ella, la firma del consentimiento informado no garantiza el respeto a las decisiones de las mujeres “hay cosas que no entiendo, cuando te hacen firmar el consentimiento informado, ponen ahí útero, pero mirá, eso es una payasada, a la hora de la hora hacen lo que ellos consideren.” (Clara, comunicación personal).

Considera que además de la violencia con la que se decidió sobre su cuerpo sin ella consentirlo, está la forma en que la médica se refirió a sus ovarios como dos pasas arrugadas. Para ella, la médica actuó desde el sesgo, mirándola con 43 años y asumiendo que como ya ella no se iba a reproducir, no necesitaba conservar sus ovarios. Clara entró en menopausia de inmediato, esto le generó malestares físicos pero sobre todo el sin sabor de haber firmado un consentimiento que fue irrespetado completamente por la médica que le practicó la cirugía:

Siento que el consentimiento debe ser más claro, decir, por ejemplo, no le vamos a sacar los ovarios, a menos que...que te lo expliquen, que vos sepás que podría ser una posibilidad. Cuando fui a la cita en donde me dijeron lo de la histerectomía, no me dijeron nada de eso, porque yo me hubiera preparado...porque eso ya son otros cien pesos, te llega a vos la menopausia, y para eso, no me había preparado...es fuerte. Al mes de la operación, cuando volví a mis cosas nuevamente me sentía como un carro sin direccional, como si no fuera yo, el organismo completamente desorientado, sin hormonas, diciendo qué pasó. ...pero entonces, aquí es donde viene el asunto, ¿para qué te hacen la payasada de firmar el consentimiento? (Clara, comunicación personal).

La experiencia de Mara fue similar. Como se ha dicho, su laparoscopia tenía como objetivo extraer unos quistes de sus ovarios, pero terminó con una histerectomía total. Mara siente que el personal de salud no debería de tomar este tipo de decisiones tan complejas por ella. Sabe que en algunos casos los argumentos de médicas y médicos se relacionan con salvar la vida de las personas, o no someterlas a dos operaciones por el riesgo que implican (hacer la laparoscopia, despertar a la persona para consultarle y luego realizar otra cirugía), sin embargo insiste en decir que esas decisiones sólo pueden ser tomadas por la persona afectada y por nadie más:

Yo entré al hospital a una cirugía de un tipo, pero luego el médico que me operó decidió realizar otro procedimiento, obviamente bajo argumentos de que es para salvar tu vida, etc. Pero entonces... ¿para qué insisten tanto en el consentimiento informado si luego ellos toman las decisiones?. Entiendo que también es un tema de recursos económicos, o sea, que es para no hacer más cirugías de la cuenta, por un asunto de plata y de riesgos para una misma, pero...como te digo...no te pueden sacar una parte de vos sin que vos digás que sí, me parece una violación total a mis derechos...a mi cuerpo... (Mara, comunicación personal).

Para las mujeres entrevistadas en esta investigación, el sistema de salud debe ser cuidadoso en garantizar a las personas usuarias la información adecuada para que sean ellas las que tomen sus propias decisiones. Por más que el personal de salud considere que una persona debe de practicarse cierto procedimiento, es la persona la que debe tomar esta decisión a partir de información de calidad y libre de sesgos de género; así también, se considera que el consentimiento informado debe ser un documento más riguroso, claro e individual, que sea redactado a partir de cada caso específico y que su contenido sea respetado a cabalidad, sólo así, podrá garantizar a la personas usuarias su derecho a la salud.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES GENERALES Y RECOMENDACIONES

Después del recorrido realizado por las experiencias de cuatro mujeres que se sometieron a la histerectomía, se desprenden una serie de conclusiones, en mayor medida de las propias participantes y cuyo fin es visibilizar situaciones de microviolencias de género en la práctica médica para sugerir, desde sus vivencias, acciones que puedan generar cambios que contribuyan a su erradicación.

5.1. Conclusiones

Sobre los sesgos de género que justifican las microviolencias en el acto médico

A partir de la experiencia de las cuatro personas entrevistadas se concluye que el sistema médico aún hoy realiza un abordaje sesgado de la salud ginecológica de los cuerpos con útero pues parte de sesgos de género como:

- Los cuerpos con útero consultan los servicios de salud ginecológica para atender su salud reproductiva, dejando de lado otros factores como la revisión por autocuidado.
- Las mujeres tienen prácticas coitales de penetración vaginal y por lo tanto podrían embarazarse, obviando que hay un sinnúmero de prácticas sexuales que no se relacionan con el embarazo y que también vivencian los cuerpos con útero. Se sigue asumiendo la heterosexualidad como norma.
- Las mujeres suelen exagerar sus dolores, malestares y emociones.

Por tanto, se sostiene que aún se continúa abordando la consulta ginecológica desde una visión reproductivista heteronormativa que prevalece en la sociedad y de la cual no está exenta el personal de salud; todavía se reproducen ideas sobre los cuerpos a partir de su fisiología.

Otro aspecto a destacar, es la mirada médica que aún prevalece sobre la causalidad orgánica de los problemas de salud de las mujeres sin explorar otras dimensiones, otros determinantes de la salud que son relevantes. Esta reducción

refleja el abordaje fragmentado con que se sigue mirando al cuerpo, trayendo como consecuencia su medicalización.

Se sigue asumiendo al útero como un enemigo (el útero que si no es para parir es una entraña casi con vida propia que se enferma y daña la salud de las mujeres); esta idea tan antigua tiene un gran peso en la subjetivación que las propias mujeres realizan de sus cuerpos, especialmente sobre su sistema sexual.

Otro hecho que conduce a concluir que se siguen reproduciendo sesgos de género en la consulta ginecológica, es el hecho de dejar en segundo plano aspectos relacionados con la vida sexual y el placer después de la histerectomía. Pareciera que el sistema de salud no pone su mirada en la vida sexual de los cuerpos sin útero, no porque no exista, sino porque ya no son cuerpos que producirán otros cuerpos, lo que conduce nuevamente a pensar que la salud ginecológica de las mujeres importa en tanto se encuentre en edad reproductiva, porque al final su abordaje sí es fertilista.

Sobre las argumentaciones desde donde se justifica este ejercicio del poder

El discurso médico desde su posición hegemónica, ha construido un discurso anatomo-biológico de los cuerpos que justifica un ejercicio del poder jerárquico. Históricamente este poder biomédico que se consolidó con la alianza entre el Estado y la institución Iglesia Católica tuvo como fin apropiarse de saberes que ciertas mujeres poseían (y que cumplían con una función social comunitaria), para posteriormente estigmatizarlas y perseguirlas. Claramente todos estos hechos enmarcados en fines político-económicos que buscaron su domesticación, colocándolas en una posición desfavorable social y culturalmente, justificando desde lo biológico esta desigualdad.

Aunque se podría pensar que estos acontecimientos sucedieron hace ya varios siglos, son los pilares que sostienen una disciplina que hoy sigue posicionada como un saber hegemónico que produce corporalidades y que se ha convertido en único interlocutor válido para hablar de la salud-enfermedad. Desde este lugar, se sitúa a la persona consultante como la que desconoce su cuerpo o como incapaz

de tomar decisiones acertadas sobre él, esto, por un lado, deja a las mujeres en una posición de obediencia ante el temor de que no hacer lo que se le recomienda genere un desmejoramiento de su salud, y por otro, le otorga al personal de salud la posibilidad de ejercer un poder casi paternal sobre dichos cuerpos.

Desde este dispositivo médico se sigue vinculando el sistema sexual de las mujeres con reproducción, con heterosexualidad, inestabilidad emocional, y debilidad, como se mencionó anteriormente. Ese ejercicio de poder solo se puede desplegar gracias a la posición social, cultural y simbólica que ocupa la persona profesional en medicina dentro de la sociedad.

Importante visibilizar y reconocer los aportes de los movimientos y luchas sociales de las corporalidades no hegemónicas, porque con sus demandas han develado estructuras desde donde se ha ejercido el poder de forma vertical, abusiva e irrespetuosa justificado por discursos que se traducen en prácticas que son consideradas como naturales pero que son sociales y culturales.

Sobre la manera en que las microviolencias experimentadas inciden en el cumplimiento del derecho a la salud

Se concluye, a partir de la experiencia de las mujeres entrevistadas que la información para la toma de decisiones en salud, en sus casos particulares, fue incompleta y sesgada pues respondía más a lo que el personal de salud consideraba que ellas debían saber, sin consultarles a ellas mismas cuáles eran sus preocupaciones e inquietudes.

De igual forma, se concluye que el principio de autonomía corporal no siempre fue respetado; aunque los argumentos que brinda el personal de salud para justificar este hecho tienen que ver con criterios técnico-profesionales (no se despierta a una persona de una cirugía para consultarle su opinión y luego se anestesia otra vez y se continúa porque existen riesgos en esta práctica, por citar un ejemplo), es necesario que la persona que ha sido sometida a la extracción de su sistema sexual tome la decisión y este muy clara al respecto, porque solo de esta

forma puede ejercerse este principio y garantizar el respeto del cuerpo de la persona.

El personal médico no puede asumir que las personas no saben sobre sus cuerpos, o asumir a las personas como iguales, sin historia y sin otros determinantes de la salud que también inciden en esta; sin embargo, cuando una persona se enfrenta al sistema de salud, suele pedírsele una actitud pasiva, como el término paciente lo indica (que sufra calladamente), esperando a que el personal médico decida. Es necesario abrir esa visión fragmentada y jerarquizada desde donde se realiza la consulta médica para garantizar una atención en salud respetuosa de los derechos humanos de las mujeres, tal y como se ha ratificado en documentos internacionales y legislación nacional.

Aunque la Ley por sí misma no hará que la realidad cambie, fija conductas que con el tiempo generan cambios en la cotidianidad, en las relaciones sociales; la Ley también desnaturaliza situaciones que han sido violatorias de los derechos de las mujeres, precisamente porque se encontraban asumidas social y culturalmente como “naturales”. Por tanto, se considera relevante que se siga trabajando en la creación de leyes y políticas que garanticen a las mujeres una atención de la salud respetuosa y digna de sus corporalidades, sin que medien sesgos ni ejercicios de poder que les violente.

Por último, se concluye que, mientras el sistema médico siga leyendo el cuerpo de las personas con útero, autoidentificadas mujeres en esta investigación, desde una matriz de inteligibilidad heteronormativa, no podrá ser respetuoso del derecho a la salud, comprendido este como la posibilidad de ejercer la autonomía corporal en la toma de decisiones informadas con relación a situaciones de salud-enfermedad.

Las mujeres y sus resistencias

Las mujeres han echado mano de conocimientos que provienen de esferas no académicas o científicas para vivir sus procesos de salud-enfermedad, han utilizado herramientas de otras terapéuticas para acompañar el proceso alópático,

han trabajado el componente emocional-psicológico de forma diversa de acuerdo a lo que cada persona ha necesitado y sobre todo, se ha escuchado al personal de salud respetuosamente, considerando valioso su saber, pero también sabiendo que es un discurso de saber-poder.

La vivencia de estos casos analizados demuestra que estas mujeres resisten contando sus historias desde una visión crítica que desacraliza la investidura de la medicina y la pone en el plano terrenal. Ese es su resistir.

Nunca fue la intención de esta investigación colocarlas como víctimas de un saber médico porque ellas elaboran una resignificación de dicho saber y de dicha profesión (los médicos como los representantes de ese discurso) a partir de los saberes que también ellas poseen; aunque ellas han subjetivado discursos sobre sus cuerpos hegemónicos y se narran a través de ellos, siempre encuentran formas para descolocar estos discursos de poder, para re-imaginarse y reivindicar también lo que saben ellas sobre sí mismas.

Las mujeres que participaron en la investigación afirman que durante sus procesos terapéuticos no se les habló lo suficiente de su vida sexual posterior a la cirugía. Podría pensarse que la ciencia médica reproduce una mirada hasta un tanto moralista al pensar a las mujeres hysterectomizadas como asexuales. Por esto, ellas buscan información con amigas y tienen estrategias para desarrollar una vida sexual satisfactoria y placentera.

Actualmente se ofrece una cita prequirúrgica en donde un grupo de profesionales de la medicina, con la presencia de la usuaria, discuten su caso, evacúan dudas y explican en qué consiste el procedimiento, así como cuidados y posibles efectos adversos; cuando las cuatro personas entrevistadas vivieron sus cirugías este tipo de espacio no existía así tal cual, por lo que se considera un avance importante en tanto la usuaria de los servicios goce de la capacidad de incidir activamente en la toma de decisiones.

5.2. Recomendaciones

A partir de las experiencias analizadas se realizan varias recomendaciones que surgen de las mismas entrevistadas y del análisis de sus historias: un cambio de esta dimensión es lento porque es un cambio sociocultural pero también es político y económico, mueve simientes.

Al Hospital Calderón Guardia (CCSS):

- Es necesario contar con un protocolo de atención dirigido a este tipo de cirugías ginecológicas, que garantice un acompañamiento integral que se traduzca en procesos de salud-enfermedad satisfactorios para las personas usuarias, y sobre todo que garanticen su derecho a la salud. Este protocolo debe contemplar las preocupaciones de las usuarias vinculadas con el desarrollo de su vida sexual, pues las personas entrevistadas coinciden en que es una preocupación constante que actualmente no se está cubriendo. Es fundamental desvincular las prácticas sexuales de la reproducción, porque desde esta matriz de sentido se interpreta que un cuerpo que no se va a reproducir, ya no es sexualmente activo y esta idea repercute sobre el abordaje de la salud ginecológica.
- Acompañamiento postoperatorio, pues hay miedos y dudas relacionadas con los cambios físicos; aunque la vida sexual puede continuar de forma satisfactoria (según la experiencia de las entrevistadas), se dan cambios corporales que requieren de estrategias para integrarlos a la vida, por ejemplo, hablar de ejercicios para el suelo pélvico, humectación de la vulva, uso de dildos con lubricantes para que la vagina no se achique, entre otras.
- Propiciar espacios o redes de apoyo y cuidado para las mujeres que se someten a cirugías como la histerectomía.

A los centros de enseñanza superior que forman profesionales en medicina:

- Reformular o incluir en la malla curricular de la formación médica cursos que permitan la reflexividad del estudiantado en relación con los cuerpos de las

personas que hacen uso de los servicios. Es necesario que la profesión médica trascienda la comprensión de la salud y la enfermedad a partir únicamente de pruebas biomédicas, e integre en su abordaje lo sociocultural, lo psicológico, ambiental y económico, para que de esta forma las personas puedan ser abordadas en su integralidad.

- Fundamental reflexionar desde este espacio académico de producción de conocimiento sobre la matriz de inteligibilidad desde la cual históricamente se ha construido a las mujeres.
- Incluir también en la formación del personal de salud cursos sobre comunicación asertiva con las personas usuarias de los servicios. No se trata únicamente de comunicar, sino de hacerlo de forma clara y partiendo de las necesidades de cada persona. Aunque actualmente existen problemas estructurales que limitan significativamente el tiempo de consulta, se debe cambiar el abordaje, la comunicación debe procurarse horizontal y comprensible. No se debe perder de vista que las personas que asisten a un servicio de salud para ser sometidas a una cirugía, se encuentran en una posición de vulnerabilidad, de temor, así que un acto de humanidad básico consiste en comunicarse empáticamente con ellas.

Al Ministerio de Educación Pública:

- Es necesario un cambio en el enfoque de salud sexual que se realiza desde esta institución, que no parta de la reproducción como el único fin posible de los cuerpos sino que enfatice en una educación integral en sexualidad tomando en cuenta la diversidad de cuerpos y de prácticas; sólo cambiando este régimen heteronormativo, se podrán producir cambios sustanciales. Claro está, que hay intereses que se oponen a este tipo de abordajes desesencializadores, pero si no se va a la raíz, los cambios serán únicamente cosméticos. Continuar reproduciendo discursos hegemónicos solo conducirá a la perpetuación de los sesgos de género.

Al Estado de Costa Rica:

- Educar en salud a la población en general para que las personas tomen decisiones informadas, y sobre todo, para que tomen la responsabilidad de su salud y no la dejen únicamente en manos de la institución médica. Se podrían realizar campañas de comunicación, así como desarrollar políticas de dirigidas a la educación en salud.

REFERENCIAS

- Alcántara, E. y Inter, L. (2015). Intersexualidad y derechos humanos. *Dfensor*, 28-32. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r34720.pdf>
- Althaus-Reid, M. (2000). *La teología indecente. Perversiones teológicas en sexo, género y política*. Ediciones Bellatierra.
- Alva, M. (2019). Representación simbólica de la menopausia, subjetividad y sexualidad. *Cuicuilco*, vol. 26 (76). Escuela Nacional de Antropología e Historia. <https://www.redalyc.org/journal/5295/529562815005/movil/>
- Araya, S. (2014). La categoría analítica de género: notas para un debate. *Hallazgos* 12(23), 287-305. <http://www.scielo.org.co/pdf/hall/v12n23/v12n23a15.pdf>
- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476947241008>
- Arguedas, G. (2016). Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica. *Solar*, 12(1), 65-89. <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/75204/Articulo%20Gabriela%20Arguedas%20RCIEM197.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Argüello, V. y Menjívar, Y. (2012). *Vivencia de la sexualidad integral de mujeres en adultez media diagnosticadas con cáncer cervical*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica]. <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/2135/1/34112.pdf>
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1973). *Ley General de Salud* 5395. <http://extwprlegs1.fao.org/docs/pdf/cos78041.pdf>
- Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela. (2007). Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Gaceta Oficial de la

República Bolivariana de Venezuela. N° 38.647.
<https://virtual.urbe.edu/gacetas/38647.pdf>

- Baeza, C. (2017). Vulneración de derechos sexuales y cáncer cervicouterino: violencia avalada por el Estado. *Sustentabilidad(es)* 8(15), 96-104.
http://www.sustentabilidades.usach.cl/sites/sustentable/files/paginas/4_baeza_fin_al.pdf
- Berek J. (2008). Ginecología de NOVAK. 14ª edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana.
- Bonino, L. (1995). Desvelando los micromachismos en la vida conyugal. En: Corsi, J. (ed.). *Violencia masculina en pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. (pp. 191-208). Paidós.
- Bonino, L. (2003). *Los micromachismos y sus efectos*. Claves para su detección.
- Butler, J. (2001). *Mecanismos psíquicos del poder*. Teorías sobre la sujeción. Ediciones Cátedra.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Ediciones Paidós.
- Canevari, M. (2017). Las prácticas médicas y la subalternización de las mujeres. Derechos, autonomía y violencia. [Tesis de Doctorado en Antropología, Universidad de Buenos Aires].
http://repositorio.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/4340/uba_ffyl_t_2017_se_canevari.pdf?sequence=2
- Cánovas, M., Moix, J., Cos, R. y Foradada, C. (2001). Apoyo psicológico en mujeres que se someten a histerectomía. *Revista Clínica y Salud*, 12(1), 71-89.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618320004>
- Carrillo, P., Martínez, M. y Carmona, F. (2021). Endometriosis: un largo camino. *Revista Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 48 (4).
<https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-ginecologia-obstetricia-7-articulo-endometriosis-un-largo-camino-S0210573X21000459>

- Casas, M. y Cabezas, G. (2016). *Los derechos sexuales y reproductivos desde la perspectiva de género en América Latina: entre el control y la autonomía*. Centro de Derechos Humanos, Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/142698>
- Castro, R. (1996). En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En: Szasz, I. y Lerner, S. (Ed.). *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad* (p. 64-85). Colegio de México.
- Castro, R. (2013). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista mexicana de sociología*, 76(2), 167-197. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018825032014000200001&lng=es&tlng=es
- Castro, R. y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. UNAM. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20170511032438/pdf_1464.pdf
- Castro, R. y López, A. (eds). (2010). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Comisión Sectorial de Investigación Científica-Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género-Facultad de Psicología. Universidad de la República, Uruguay.
- CCSS. (2017). Modelo de atención calificada en el embarazo, parto, postparto; centrado en la mujer, la familia gestante, la gestión humanizada y la pertinencia cultural en las Maternidades de la Caja Costarricense de Seguro Social. <https://www.mamasol.com/wp-content/uploads/2019/12/Modelo-ATENCION-CALIFICADA-EN-EL-EMBARAZO-PARTO-POSPARTO-ULTIMO.pdf>
- CCSS. (2016). *Egresos hospitalarios debidos a histerectomías por año según grupo de edad 1997-2015*. Área de Estadística en Salud.
- Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social. (2012). *Reglamento del Consentimiento Informado en la Práctica Asistencial en la CCSS*. www.cendeisss.sa.cr

- CIPD. (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo 1994*. http://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf
- Comisión Económica Para América Latina. (2016). *Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible*. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40633/4/S1601248_es.pdf
- Comité CEDAW. (Julio, 2017). *Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Costa Rica*. CEDAW/C/CRI/CO/7. Naciones Unidas.
- De Mendonça, C. y Da Costa, O. (2016). La mujer que experimenta las cirugías ginecológicas: enfrentando los cambios impuestos por la cirugía¹. *Rev. Latino Americana Enfermagem*, 24. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02780.pdf
- Defensoría de los Habitantes. (2011). *Una agenda país en derechos humanos de las mujeres: Pendientes en el ámbito laboral, salud sexual y reproductiva y acceso a la justicia en violencia*. Impresiones Unicornio. <http://www.unfpa.or.cr/index.php/documentos-y-publicaciones-14/genero/126-una-agenda-pais-en-derechos-humanos-de-las-mujeres/file>.
- Díaz, A. (noviembre de 2018). *La medicina genera un sometimiento espontáneo porque la figura del médico viene cargada de poder*. Entrevista por Gonzalo Giuria. <https://salud.ladiaria.com.uy/articulo/2018/11/alvaro-diaz-berenguer-la-medicina-genera-un-sometimiento-espontaneo-porque-la-figura-del-medico-viene-cargada-de-poder/>
- Díaz, M. y Ondoy, E. (2009). *Vivencias de la sexualidad en cinco mujeres histerectomizadas por diagnóstico médico en la provincia de Guanacaste*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica].
- Díaz, S. y Solano, M. (2010). *Módulo de capacitación en derechos humanos de las mujeres: derechos sexuales y/o reproductivos, abogacía para el cambio*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos.

- Erveti, J. (2013). Mujeres, cuerpos y medicina. Un estudio con médicos en su servicio de salud sexual. En: Agoff, C., Casique, I. y Castro, R. (eds.). *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra las mujeres en múltiples ámbitos*. UNAM. https://www.researchgate.net/publication/274636250_Visible_en_todas_partes_Estudios_sobre_violencia_contra_las_mujeres_en_multiples_ambitos/citation/download
- Espinosa, Y. (2007). *Escritos de una lesbiana oscura: reflexiones críticas sobre feminismo y política de identidades en América Latina. en la frontera*. Buenos Aires-Lima. <http://www.reduii.org/cii/sites/default/files/field/doc/Escritos%20de%20una%20lesbiana%20oscura.pdf>
- Esteban, M. (1994). *Relaciones entre feminismo y sistema médico-científico. Curso "Mujeres de Ciencia. Pasado y Presente"*. Seminario de Estudios de la Mujer de la Universidad de Granada. .
- Esteban, M. (2013). *Antropología del cuerpo: Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Ediciones Bellaterra. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6111490/mod_resource/content/1/Esteban%20-%20Antropologia%20del%20cuerpo.pdf
- Facio, A. (2010). Los derechos de las mujeres son derechos humanos. En: *Protocolo Facultativo de la CEDAW*. IIDH. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r31195.pdf>
- Federici, S. (2004). *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Traficantes de sueños*. <https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/Caliban%20y%20la%20brujaTdS.pdf>
- Fernández, S. (2007). La violencia de género en las prácticas institucionales de salud afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. *Gerencia y Políticas De Salud*, 6(12), 52-76. <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2699>
- Flores, E. (2020). *Violencia obstétrica y su relación con determinantes sociales de la salud a partir de evidencia estadística en Costa Rica (2009-2011 Y 2016-2018)*. [Tesis de

Maestría, Universidad de Costa Rica].
<https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/81289/Eugenio%20Fuentes%20Rodr%C3%adquez%20Salud%20P%C3%ablica%20TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Flores, M. (2013). *Locura y género en Costa Rica (1910-1950)*. Editorial UCR.

Foucault, M. (1980). *Microfísica del poder*. La Piqueta.

Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*.
https://monoskop.org/images/7/70/Foucault_Michel_Tecnolog%C3%ADas_del_yo_y_otros_textos_afines_1990_2008.pdf

Foucault, M. (1991). *Saber y verdad*. La Piqueta.
https://derecho.aulavirtual.unc.edu.ar/pluginfile.php/55744/mod_resource/content/1/4.%20El%20juego%20de%20Michel%20Foucault%20-Saber-y-Verdad.pdf

Foucault, M. (1996). *La vida de los hombres infames*. Editorial Altamira.

Foucault, M. (2001). *Los anormales. Curso del Collège de France (1974-1975)*. Ediciones Akal.

Foucault, M. (2002). *Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones*. Alianza.

Foucault, M. (2002a). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.

Foucault, M. (2004). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI.

Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico*. Curso en el Collège de France. Fondo de Cultura Económica. Primera reimpresión.

García, E. y García, J. (2019). Histerectomía vaginal. Apuntes históricos. *Gaceta Médica Espirituana*, 21(1).
<https://revgmespirituana.sld.cu/index.php/gme/article/view/1770/2173>

Gobierno de Costa Rica. (1949). *Constitución Política de la República de Costa Rica*.
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.as

px?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=871&nValor3=101782¶m2=3&strTipM=TC&IResultado=28&strSim=simp.

Harding, S. (1998). ¿Existe un método feminista? En: Bartra, Elizabeth (ed.). *Debates en torno a una metodología feminista* (p. 9–34). Universidad Autónoma Metropolitana.

Hernández, A., Reza, G., Castillo, E. y Olivia, C. (2006). Histerectomía abdominal: vivencias de 20 mujeres. *Enfermería*, 15(52-53), 11-15. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000100003&lng=es&tlng=es.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2008). *Herramientas básicas para integrar la perspectiva de género en organizaciones que trabajan derechos humanos*.

Laqueur, T. (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Ediciones Cátedra.

Ledesma, N. (2015). Entre la mujer y la madre. Discursos médicos y la construcción de normas de género (Argentina, 1930-1940). *Trabajos y Comunicaciones* (42). <http://www.trabajosycomunicaciones.fahce.unlp.edu.ar/article/view/TyC2015n41a07>

López, M. (2009). La medicalización de la vida y la salud de las mujeres. *Revista Mujeres y Salud*. <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-del-chaco-austral/articulacion-basico-clinica-comuniartia-i/medicalizacion-de-la-vida-y-la-salud-xarxa-de-salut-margarita-lopez-carrillo/29693703>

López, O. (2013). Expresiones emocionales y locura en México 100-1930: la parte negada de la cultura. p. 546-560. En: Muñiz, Elsa y List, Mauricio. *Memorias del VI Congreso Internacional de Ciencias, Artes y Humanidades*. <http://cuerpodescifrado.com>

Maines, R. (2010). *Tecnología del orgasmo. La histeria, los vibradores y la satisfacción sexual de las mujeres*. Trad. Jesús Ortiz Pérez del Molino. Editorial Milrazones.

- Money, J. y Ehrhardt, A. (1982). *Desarrollo de la sexualidad humana: diferenciación y dimorfismo de la identidad de género desde la concepción hasta la madurez*. Ediciones Morata.
- Morales, A., Huerta, M., Pàramo, D. y Capaccione, K. (2010). El autoconcepto de mujeres sometidas a histerectomía. *Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá* 29(1), 23-27. <http://www.redalyc.org/pdf/912/91213729005.pdf>
- Nietzsche, F. (1996). *Así habló Zaratustra*. Madrid, Alianza.
- Organización de Estados Americanos. (1948). *Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre*. www.oas.org
- Organización de Estados Americanos. (1988). *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Protocolo de San Salvador. www.oas.org
- Organización de Estados Americanos. (1994). *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención Belém Do Pará"*. <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Organización de Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- Organización de Naciones Unidas. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. www.ohchr.org
- Organización de Naciones Unidas. (1992). *Recomendación General 19. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. www.un.org/womenwatch/daw/cedaw
- Organización de Naciones Unidas. (1993). *Declaración y Programa de Acción de Viena*. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G93/142/36/PDF/G9314236.pdf?OpenElement>

- Organización de Naciones Unidas. (1994). *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, Programa de Acción*.
https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf
- Organización de Naciones Unidas. (1995). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*.
<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
- Organización de Naciones Unidas. (1995). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Declaración política y documentos resultados de Beijing*. www.acnur.org
- Organización de Naciones Unidas. (1999). *Recomendación General 24. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*.
www.un.org/womenwatch/daw/cedaw
- Organización de Naciones Unidas. (2010). *Recomendación General N° 27 sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos humanos*.
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8335.pdf>
- Organización de Naciones Unidas. (2013). *Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*. www.acnur.org
- Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. (2010). *La salud y los derechos humanos*. Documento 50, Consejo Directivo.
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-12-s.pdf>
- Ortiz, T. (1999). *Feminismos, ciencias naturales y biomedicina: debates, encuentros y desencuentros*. La Aljaba, vol. IV. Universidad Nacional de Luján.
- Pérez, Isabel; Vicente, Marta; Ibero, Alba; Carrasco, Eva y Gil, Antonio. (1994). *Las mujeres en el antiguo régimen. Imagen y realidad (S. XVI-XVIII)*. ICARIA Editorial.
- Poder Ejecutivo de Costa Rica. (1999). *Decreto Ejecutivo N°27913-S Comisión de Salud, Derechos Reproductivos y Sexuales Esterilización* www.pgrweb.go.cr
- Preciado, B. (2008). *Testo Yonqui*. Editorial Espasa Calpe S.A.

- Presidencia de la República de Costa Rica. (1990). Ley N°7142 de Igualdad de Oportunidades para la Mujer. *Diario Oficial La Gaceta*, 59. <https://www.tse.go.cr/pdf/normativa/leydepromociondelaiqualdad.pdf>
- Presidencia de la República de Costa Rica. (1996). *Ley N° 8589 Penalización de la violencia contra las mujeres*. https://www.ciem.ucr.ac.cr/IMG/pdf/ley_8589_penalizacion_de_la_vcm-2.pdf
- Quirós, E. (2005). Algunas definiciones relacionadas con los derechos humanos en salud. Dirección de Servicios de Salud, Ministerio de Salud de Costa Rica. <https://docplayer.es/13078439-Algunas-definiciones-relacionadas-con-los-derechos-humanos-en-salud.html>
- Ríos, M. (2012). Metodología de las Ciencias Sociales y perspectiva de género. En: Blazquez, N., Flores, F. y Ríos, M. (coord.) *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*. https://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/ceiich-unam/20170428032751/pdf_1307.pdf
- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNIPE Editorial Universitaria. DOI:10.14409/dys.v1i35.5688
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política del sexo”. *Nueva Antropología*, VIII(30), 95-145. <http://caladona.org/grups/uploads/2007/05/EI%20trafico%20de%20mujeres2.pdf>
- Ruiz-Cantero, M. (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Serie Nueva Salud Pública, Vol (4). Escuela Andaluza de Salud Pública. <https://www.easp.es/?wpdmact=process&did=ODYuaG90bGluaw==>
- Ruiz-Cantero, M. y Verdú, M. (2004). Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl. 1), 118-125. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400019&lng=es&tlng=es
- Sala Constitucional. (2011). *Resolución N°06347*. <https://nexuspj.poder-judicial.go.cr/document/sen-1-0007-516756>

- Silvestri, L. [Haciendo amigos con Leonor] (30 de octubre de 2022). *¿El eje del mal es el amor romántico?* [Vídeo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=41ispIERPt0>
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudios de caso*. Ediciones Morata.
- Svetlanova, I. (2014). *(Re)Visiones entorno a la identidad de género en mujeres histerectomizadas*. [Tesis de Licenciatura, Universidad de Barcelona]. http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65974/1/Svetlanova_Irena_TFG.pdf
- Tasa-Vinyals, E., Mora-Giral, M., y Raich-Escursell, R. (2015). Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. *Revista Iberoamericana de Psicosomática* (113), 14-25. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5207966>
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Editorial Paidós. <https://asodea.files.wordpress.com/2009/09/taylor-s-j-bogdan-r-metodologia-cualitativa.pdf>
- Urrutia, M., Araya, A., Flores, C., Jara, D., Silva, S., y Lira, M. (2013). Histerectomía: la experiencia de no tener útero para un grupo de mujeres chilenas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 78(4), 262-268. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262013000400004>
- Urrutia, M., Beoriza, P. y Araya, A. (2016). Barreras en la comunicación percibidas por un grupo de mujeres histerectomizadas: Un desafío para entregar una educación apropiada. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 218-222. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300008>
- Valls, C., Banqué, M., Fuentes, M. y Ojuel, J. (2008). Morbilidad diferencial entre hombres y mujeres. *Anuario de Psicología* (39) 1, 9-22. <https://doi.org/10.1344/%25x>
- Valls, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Ediciones Cátedra.
- Valls, C. (2001). El estado de la investigación en salud y género. En: Miqueo, C., Tomás, C., Tejero, C., Barral, M., Fernández, T. & Yago, T. (Eds.), *Perspectivas de género*

en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Minerva Ediciones.

- Vargas, J. y López, A. (2010). Factores emocionales en pacientes sometidas a histerectomía. *Centro Regional de Investigación en Psicología*, 4(1), p. 5-10. <http://cpti.com.mx/contenido/publicaciones/PsicologiaClinica/Efectos%20psicologicos%20de%20la%20salpingoclasia.pdf>.
- Vega, F. (2009). Consideraciones jurídicas y médico legales en torno a la definición de Acto Médico emitida por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, en sesión ordinaria 2008.07.23, mediante acuerdo SJG.7783.08.08. *Medicina Legal de Costa Rica*, 26(1), 65-72. www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152009000100006&lng=en&tlng=es.
- Wittig, M. (2006). *El pensamiento heterosexual y otros ensayos.* Egale Ediciones. <https://kolectivoporoto.cl/wp-content/uploads/2015/11/Wittig-Monique-El-Pensamiento-Heterosexual.pdf>

ANEXOS

Consentimiento informado

Firmado por RANDALL GUTIERREZ VARGAS (FIRMA)
PERSONA FÍSICA, CPF-01-0740-0989.
Fecha declarada: 14/06/2022 11:50 AM

IP (número de identificación personal): _____

CI-CECUNA-01 CI Estudio Observacional sin Muestras Biológicas

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO VERSION 3 02 de junio de 2022.

(Dirigido a _____)

Proyecto:

Estudio de caso de cuatro mujeres sometidas a procedimientos de histerectomización en la CCSS durante los años 2010-2015: una lectura de sus experiencias desde la perspectiva de género y el derecho a la salud

Código (o número) de proyecto SIA (si aplica): _____

Nombre de la investigadora principal: Andrea Campos Ramírez

Seudónimo de la participante: _____

PROPÓSITO DEL PROYECTO

Andrea Campos Ramírez es estudiante egresada del Posgrado de Género en los Derechos Humanos del Instituto de Estudios de la Mujer de la Universidad Nacional y desarrolla esta investigación que busca analizar la manera en que las microviolencias de género en el acto médico¹ violentan el derecho a la salud de las mujeres. El término microviolencia hace referencia a prácticas cotidianas que por lo general no se reconocen ni catalogan como “conductas violentas”, por el contrario, suelen pasar desapercibidas pues están naturalizadas y aceptadas culturalmente, por ejemplo los sesgos o estereotipos de género.

En este proyecto, “Estudio de caso de cuatro mujeres sometidas a procedimientos de histerectomización en la CCSS durante los años 2010-2015: una lectura de sus experiencias desde la perspectiva de género y el derecho a la salud” en primer lugar, se identificarán en la experiencia de cuatro mujeres manifestaciones de microviolencias de género producidas en el acto médico vinculadas a su experiencia de histerectomización (la histerectomía es la cirugía que consiste en la extirpación del útero), para en segundo lugar, estudiar las

¹ Para efectos de este trabajo se entiende como acto médico toda clase de tratamiento médico, intervención quirúrgica o exámenes con fines de diagnóstico, terapéutica o de rehabilitación llevados a cabo por un especialista en medicina.



argumentaciones desde dónde se justifican dichas prácticas o manifestaciones con el fin de determinar la manera en que las microviolencias experimentadas inciden en el derecho a la salud de las mujeres.

QUÉ SE HARÁ

Lo que haré será entrevistarla para conocer su vivencia, es decir, comprender cómo inició esta historia (cuándo asistió a la consulta ginecológica, qué se le diagnosticó y por qué se decidió practicarle una cirugía de este tipo); luego hablaremos sobre la experiencia hospitalaria y por último sobre lo que vino después de la cirugía. Para esto, aplicaré un cuestionario que contiene preguntas abiertas, esto quiere decir que usted tendrá la libertad de narrar lo que guste con relación a la pregunta. La aplicación de este cuestionario tomará alrededor de una hora.

La entrevista se realizará en el lugar que usted considere oportuno porque reúne las condiciones que la hacen sentir cómoda y a gusto para mantener esta conversación. Si en algún momento considera necesario detener la entrevista, por la razón que sea, su deseo será respetado, de igual forma si en algún momento considera que desea retirarse de esta investigación, está en la absoluta libertad para hacerlo. Se entrevistará a cuatro mujeres en total.

Posterior a la entrevista, se le podrá solicitar de nuevo su participación si considerara que debo aclarar con usted alguna situación que no haya quedado del todo clara en el primer encuentro. También le solicito autorización para grabar la conversación, siempre y cuando usted esté de acuerdo. Las grabaciones serán archivadas, con un pseudónimo y no serán divulgadas por ningún medio, solamente la estudiante investigadora tendrá acceso a ellas para transcribirlas, una vez realizada esta tarea, los archivos serán borrados.

La única persona autorizada para desarrollar la entrevista será la estudiante-investigadora.

RIESGOS: Le haré preguntas de índole personal, guardando su completa confidencialidad. La participación en este estudio puede significar que usted tenga que recordar e identificar situaciones que le lleven a meditar sobre su situación de vida; pero, en lo posible espero que las preguntas no afecten sus sentimientos durante la entrevista ni después de que termine. Si en algún momento se siente afectada, la entrevista se detendrá y podremos conversar, de forma más informal sobre la situación. Si usted siente que esta conversación sobre su vivencia relacionada con el proceso de salud que enfrentó la está afectando emocionalmente deseo que me lo comunique para que juntas tomemos la decisión más segura para usted, esta puede ser reprogramar el encuentro o también podría usted retirarse de la investigación. Lo que más importa acá es que usted esté bien.

BENEFICIOS: Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo; sin embargo, la información que usted brinde se utilizará para elaborar recomendaciones que permitan la reflexión sobre la necesidad y urgencia de superar de la práctica médica microviolencias de género que puedan ir en detrimento del cumplimiento cabal del derecho a la salud de las mujeres. A partir del análisis de su experiencia, es posible sugerir estrategias que puedan llevarse a la práctica médica y que permitan a las mujeres que en el futuro deban someterse a este tipo de cirugías, vivir experiencias

RANDALL
GUTIERREZ
VARGAS
(FIRMA)

Firmado digitalmente
por RANDALL
GUTIERREZ VARGAS
Fecha: 2022.06.14
14:08:36 -0500'



amigables con el derecho a la salud. Esta investigación puede ser un insumo importante para la elaboración de un protocolo de atención construido con sensibilidad de género.

¿QUÉ PASARÁ EN EL FUTURO? Cuando estén listos los resultados generales del estudio me comprometo a brindarle información explicando los resultados obtenidos. Es importante aclarar que los resultados de esta investigación estarán listos en octubre de 2022, fecha en la que se hará defensa del trabajo de investigación.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA: Su participación en este estudio es voluntaria, esto es que usted participa solo si desea hacerlo. Puede negarse a participar o bien, no contestar algunas de las preguntas que le haré, si no lo desea. Así mismo, puede solicitar que termine la entrevista en cualquier momento y esto no le ocasionara problema alguno.

PARTICIPACIÓN CONFIDENCIAL: Su participación en este estudio es confidencial: toda la información que usted brinde será identificada con un seudónimo y no con sus datos personales (nombre, apellidos, número de teléfono, dirección). No se le dirá a nadie que usted está participando en el estudio y no se dará información personal sin su permiso. En las publicaciones de los resultados de la investigación, su información será manejada de forma confidencial, su nombre y su ubicación no serán mencionados en ningún momento.

Si quisiera más información en el futuro, puede obtenerla llamando a la estudiante investigadora, Andrea Campos Ramírez al 8863-9571 a la hora y el día que así lo desee. Usted también puede consultar sobre los derechos de los sujetos y sujetas participantes en proyectos de investigación en la Ley Reguladora de Investigación Biomédica. Cualquier consulta adicional puede realizarla al Comité Ético Científico de la Universidad Nacional al teléfono 2277-3515.

Recibirá una copia de este documento firmado, para su uso personal.

No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

- * He leído la información sobre esta investigación antes de firmar.
- * He hablado con la investigadora y me ha contestado todas mis preguntas en un lenguaje entendible para mí.
- * Participo en este estudio de forma voluntaria.
- * Tengo el derecho a negarme a participar, sin que esto me perjudique de manera alguna.
- * Para cualquier pregunta puedo llamar a Andrea Campos Ramírez al 8863-9571.
- * He recibido una copia de este consentimiento para mi uso personal.

RANDALL
GUTIERRE
Z VARGAS
(FIRMA)



Nombre, cédula y firma de quien participa

Fecha

Nombre, cédula y firma del testigo

Fecha

Nombre, cédula y firma de la investigadora que solicita el consentimiento

Fecha

RANDALL
GUTIERREZ
VARGAS
(FIRMA)

Firma digitalmente por RANDALL
GUTIERREZ VARGAS FIRMA
Fecha: 2022.02.14 10:09:20 -0500



Instrumento para recolección de información

ESTUDIO DE CASO DE CUATRO MUJERES SOMETIDAS A PROCEDIMIENTOS DE HISTERECTOMIZACIÓN EN LA CCSS DURANTE LOS AÑOS 2010-2015: UNA LECTURA DE SUS EXPERIENCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y EL DERECHO A LA SALUD

Información general
Fecha:
Seudónimo:
Autodenominación genérica:
Escolaridad:
A qué se dedica:
Edad:

Preguntas

El proceso previo

- 1) Cuénteme, ¿cómo inicia este relato?, ¿cuál fue la razón de la consulta médica inicial?
- 2) ¿Cuál fue el diagnóstico médico?
- 3) ¿Qué proceso pasó a nivel médico para llegar a ese diagnóstico? (exámenes realizados)
- 4) Antes de practicar la histerectomía, ¿hubo otros tratamientos?, coméntelos
- 5) ¿Cómo se toma la decisión de la histerectomía?, cuénteme cómo fue el diálogo con el personal médico (sus dudas fueron escuchadas y aclaradas/ qué factores mediaron para tomar la decisión)
- 6) ¿Había escuchado antes sobre ese procedimiento?, ¿qué había escuchado?
- 7) ¿Buscó algún otro criterio médico, o de otro tipo?
- 8) ¿Cómo considera que fue la relación con el personal médico en términos de la comunicación?, ¿considera que el personal médico le escuchó y tomó en cuenta sus inquietudes?
- 9) Con relación a la información pre-quirúrgica, ¿satisfizo sus necesidades/fue accesible o comprensible/le fue útil para tomar decisiones/cuáles fueron las fuentes?
- 10) Recibió alguna charla antes de la cirugía? Coménteme al respecto.
- 11) ¿Cómo se sintió durante todo este proceso?

La cirugía

- 12) ¿Hubo alguna preparación previa para la cirugía? (del tipo que sea: física, espiritual, etc.)

ESTUDIO DE CASO DE CUATRO MUJERES SOMETIDAS A PROCEDIMIENTOS DE HISTERECTOMIZACIÓN EN LA CCSS DURANTE LOS AÑOS 2010-2015: UNA LECTURA DE SUS EXPERIENCIAS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y EL DERECHO A LA SALUD

13) ¿En qué momento le presentaron el consentimiento informado para que lo firmara? (lo consultó con alguien / realizó algún tipo de consulta al personal médico/ quedó satisfecha con el documento?)

14) Ahora nárreme su estadía en el hospital (lo que más la hizo sentir cómoda/lo que menos le satisfizo/ recibió información sobre los procedimientos que se le hacían, sobre los medicamentos que se le aplicaban?)

Posterior a la cirugía

15) ¿cómo fue el proceso post-quirúrgico?, ¿hubo citas de seguimiento..., charlas...?

16) ¿Hubo personas que la apoyaron durante el proceso, quiénes y cómo fue ese apoyo?

17) ¿Cómo se siente actualmente, ha cambiado algún o algunos aspectos de su vida después de la cirugía?

18) Después de varios años de la cirugía:

18.1) ¿considera que la información que le brindaron las personas médicas le permitió tomar una decisión informada sobre su cuerpo?

18.2) ¿qué podría mejorar a nivel del personal médico para que este proceso pueda ser vivido de la mejor manera posible por las mujeres.

19) ¿Quisiera señalar algo más antes de terminar nuestra conversación?