



Facultad de Ciencias Sociales

Escuela de Trabajo Social

**“ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA EXPERIENCIA EN TORNO A  
LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN PROGENITORAS DE LA  
ESCUELA REPÚBLICA ARGENTINA, DE LA REGIÓN DE  
VALPARAÍSO.”**

**INFORME FINAL DE PROYECTO DE TÍTULO PARA OPTAR AL GRADO  
ACADÉMICO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL Y EL TÍTULO DE  
TRABAJADOR SOCIAL**

**ESTUDIANTES:**

STEPHANIE CASALINO RETAMAL.

CAMILA MUÑOZ MUÑOZ.

CRISTIAN NÚÑEZ NÚÑEZ

**PROFESORA GUÍA:**

KETTY CAZORLA BECERRA.

**2020**

REF.: Informa evaluación y calificación Proyecto de Título I y II de alumnos que indica.

VALPARAISO, 16 de marzo de 2020.-

**SEÑOR DECANO:**

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Guía, cumpro con informar a Ud. la evaluación practicada y calificación que he asignado al Proyecto de Título I y II denominado: **“ANÁLISIS CUALITATIVO DE LA EXPERIENCIA EN TORNO A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN PROGENITORAS DE LA ESCUELA REPÚBLICA ARGENTINA, DE LA REGIÓN DE**

**VALPARAÍSO”**, cursado durante el período académico 2019 por los alumnos de la Escuela de Trabajo Social, *Srtas. STEPHANIE NICKOL CASALINO RETAMAL, CAMILA FERNANDA MUÑOZ MUÑOZ y Sr. CRISTIAN ANDRÉS NÚÑEZ NÚÑEZ.*

Para efectos de la calificación se ha evaluado:

- a) Importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional;
- b) Aspectos metodológicos;
- c) Amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la bibliografía utilizada;
- d) Régimen formal de citas;
- e) Carácter de la redacción y calidad del vocabulario técnico utilizado.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Proyecto de Título I y II con las siguientes notas:

*Proyecto de Título I: 6,7 (seis coma siete)*

*Proyecto de Título II: 7,0 (siete coma cero)*



**KETTY CAZORLA BECERRA  
PROFESORA GUÍA**

AL SEÑOR  
**JUAN SANDOVAL MOYA**  
DECANO  
FACULTAD DE  
CIENCIAS SOCIALES  
PRESENTE  
KCB/fpu.-

## Índice de Contenidos

<b>Presentación .....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I: Contextos de la Experiencia.....</b>	<b>2</b>
Contexto Institucional.....	3
Contexto Socio Sanitario .....	13
<b>Capítulo II: Marco Teórico Conceptual.....</b>	<b>24</b>
<b>Eje 1: Violencia de Género .....</b>	<b>25</b>
Conceptualización de Violencia de Género.....	25
<b>Eje 2: Violencia Obstétrica .....</b>	<b>27</b>
Desarrollo conceptual .....	27
Manifestaciones de la violencia obstétrica .....	27
Factores que explican la violencia obstétrica .....	29
Violencia Institucional .....	31
Consecuencias de la violencia obstétrica.....	32
<b>Eje 3: Normativa Sanitaria en relación con la Violencia Obstétrica ...</b>	<b>35</b>
Derechos humanos y violencia obstétrica .....	35
Normativa legal en relación con la Violencia Obstétrica en países de América Latina.....	36
<b>Capítulo III: Marco Metodológico.....</b>	<b>41</b>
Diseño de Investigación.....	42
Fundamentación de la temática de investigación.....	42
Fundamentación metodológica .....	44
Enfoque metodológico .....	45
Pregunta de investigación.....	46
Objetivos de Investigación .....	46
Delimitación de la investigación cualitativa .....	46
Plan de análisis.....	49
Pauta de Entrevista .....	54
<b>Capítulo IV: Análisis de Resultados .....</b>	<b>58</b>
<b>Análisis Objetivo Específico N° 1 .....</b>	<b>59</b>
Dimensión Física de las Manifestaciones de Violencia Obstétrica .....	59
Dimensión Psicológica de las Manifestaciones de Violencia Obstétrica.	61

Dimensión del Desarrollo Sexual y Reproductivo de la Mujer .....	70
<b>Análisis Objetivo Específico N° 2 .....</b>	<b>74</b>
Asimetría entre Hombres y Mujeres .....	74
Asimetría Médico-Paciente .....	76
Control Estatal de los Procesos Reproductivos.....	79
<b>Análisis Objetivo Específico N° 3 .....</b>	<b>86</b>
Depresión Perinatal .....	86
Afectación de Vínculo Madre e Hijo .....	90
Identidad y Representaciones de la Imagen Materna .....	95
<b>Análisis Objetivo Específico N° 4 .....</b>	<b>99</b>
Normativa Nacional .....	99
<b>Capítulo V: Conclusiones y Reflexiones.....</b>	<b>108</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>120</b>

### Índice de Tablas

<b>Tabla N°1:</b> Estamentos que conforman la Escuela República Argentina.....	9
<b>Tabla N°2:</b> Caracterización de la comunidad Educativa .....	12
<b>Tabla N°3:</b> Reportes MINSAL, Egresos Hospitalarios .....	22
<b>Tabla N°4:</b> Técnicas de análisis de contenido .....	49
<b>Tabla N°5:</b> Principales Criterios Éticos .....	50
<b>Tabla N°6:</b> Criterios de Rigor .....	52

### Índice de Ilustraciones

<b>Ilustración 1:</b> Así son los Partos en Chile .....	14
<b>Ilustración 2:</b> Así son los Partos en Chile .....	15
<b>Ilustración 3:</b> Intervenciones obstétricas incluidas en informe de resultados, primera encuesta sobre nacimiento en Chile .....	16
<b>Ilustración 4:</b> Recomendaciones para una experiencia positiva del parto ..	17

## PRESENTACIÓN

La presente investigación es presentada por el autor y autoras, Stephanie Casalino Retamal, Camila Muñoz Muñoz y Cristian Núñez Núñez, alumnos seminaristas de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, en el marco del Proyecto de Título, centrada en poder analizar las experiencias respecto a la violencia obstétrica vivenciadas por las progenitoras de alumnos y alumnas de la Escuela República Argentina de la región de Valparaíso, lo anterior se orienta principalmente en las manifestaciones, factores, causas y normativas sanitarias de la violencia obstétrica.

A continuación, es preciso mencionar los capítulos que conforman y otorgan sustento a la presente investigación, desde la contextualización institucional de las dependencias de la Escuela República Argentina, hasta las conclusiones y reflexiones que afloraron a lo largo del estudio llevado a cabo.

El primer capítulo, se asocia a los **contextos de la experiencia**, en el cual se presenta el contexto institucional referente a la Escuela República Argentina de la región de Valparaíso y, el contexto socio sanitario alusivo a los antecedentes generales del sistema de atención obstétrica.

El segundo capítulo, **marco teórico conceptual**, se exponen los principales ejes que permiten guiar la investigación, en primer lugar, se aborda la violencia de género, posteriormente la violencia obstétrica y, para finalizar las normativas sanitarias en relación con la violencia obstétrica.

El tercer capítulo, **marco metodológico**, aborda las principales decisiones y fundamentos metodológicos que propicia el presente estudio, además de los instrumentos pertinentes para el levantamiento de información.

El **análisis de resultados**, como cuarto capítulo, permite plasmar las narraciones de las mujeres participantes de la investigación, señalando los elementos centrales que se cruzan con el marco teórico conceptual y los hallazgos de la temática presentada.

Y, por último, las **conclusiones y reflexiones** están orientadas directamente a la temática desarrollada en la investigación, las decisiones metodológicas para el estudio y la relación de la problemática con el trabajo social.

Lo anterior, se sustenta en un paradigma cualitativo, enfocado en la violencia obstétrica como foco de estudio, con objeto de levantar información desde el enfoque social que tenga impacto en la intervención e investigación desde el Trabajo Social.

# ***Capítulo I***

## ***Contextos de la Experiencia***

---

## CONTEXTO INSTITUCIONAL

### **Identificación de la Institución**

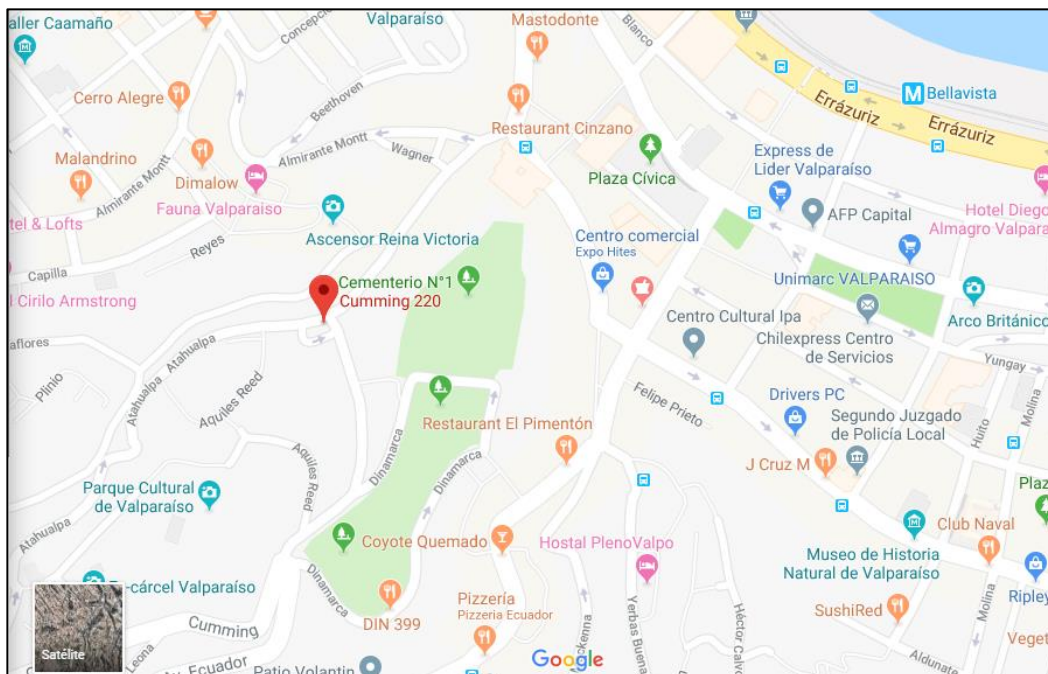
La **Escuela República Argentina**, ha consagrado y compartido a través del tiempo, principios, valores y creencias que orientan e imprimen un sello distintivo al quehacer educativo del establecimiento. Es administrada por la Corporación Municipal de Valparaíso.

**Directora:** Nancy Méndez Montenegro.

**Sostenedor:** Corporación Municipal de Valparaíso para el Desarrollo Social.

### **Ubicación Geográfica:**

Dirección, Cumming N°220, Cerro Cárcel, Valparaíso.



**Fono:** 32 - 2135074

**Correo:** [escuelaargentina02@gmail.com](mailto:escuelaargentina02@gmail.com)

**Cobertura:** En cuanto a la cobertura de la **Escuela República Argentina**, el establecimiento tiene una población aproximadamente de **272 niños, niñas y adolescentes**, de los cuales 178 son ingresados por la Subvención Escolar Preferencial (SEP) equivalente a un 68,73%, distribuidos en 12 cursos, desde Educación Pre Básica (PB) y Educación General Básica (EGB).

**Infraestructura Educativa:** La Escuela República Argentina, está ubicada en Cumming N°220, Cerro Cárcel, Valparaíso. El establecimiento cuenta con Biblioteca, Sala de usos múltiples, Sala de computación con internet, tecnología en el aula (proyector, computadores, telón).

**Radio de Acción:** Desde la perspectiva territorial, el sector de cobertura se emplaza en los diversos espacios que conforman la comuna de Valparaíso,

por lo cual los alumnos y alumnas pertenecen a localidades como; Viña del Mar, Laguna Verde, Placilla, entre otros.

### ✚ Estructura Organizacional

El establecimiento educacional es dependiente de la Corporación Municipal de Valparaíso, lo que determina su estructura. Su organización se distribuye en **cinco estamentos**: el equipo directivo, equipo docente, asistentes de la educación, alumnos y alumnas, centro de padres y apoderados.

- **Equipo Directivo:** Está integrado por la Dirección General, subdirección Académica y Subdirección de Convivencia. Pueden incluirse también según el área de gestión del equipo, la oficina de UTP, Inspectoría, Orientación, Departamento Psicosocial y Subdirección.
- **Equipo Docente:** Cuenta con cuerpo pedagógico de 21 docentes (Ministerio de Educación, 2019), divididos en áreas académicas y directivas. Los docentes son dependientes de la Corporación.
- **Asistentes de la Educación:** Está compuesto por paradocentes, administrativos, auxiliares, vigilantes nocturnos y otros.
- **Alumnos y Alumnas:** Forman parte del establecimiento 272 niños, niñas y adolescentes aproximadamente, distribuidos en 12 cursos, desde Educación Pre Básica (PB) y Educación General Básica (EGB).
- **Centro de Padres y Apoderados:** Realizan talleres de formación, actividades de integración, recreación y esparcimiento.

### ✚ Antecedentes Históricos

La **Escuela República Argentina** fue fundada según Decreto 456 del 20 de Febrero de 1928, funcionando con el nombre de Escuela Básica N° 21 de 1° a 6° año Básico. Luego pasó llamarse “Escuela 21 República Argentina”, nombre que fue ratificado por Decreto 1056 del 22 de Agosto de 1978, con la finalidad de estrechar vínculos con la República Argentina, lo cual se manifiesta cada 25 de Mayo, fecha en la cual se celebra junto con el Consulado de la República Argentina y Argentina residentes, su fiesta nacional Aniversario de la Escuela.

En 1981 pasó del Ministerio de Educación a la **Corporación Municipal para el Desarrollo Social de Valparaíso**, siendo el Decreto Cooperador 7033 de 1981 con el rol Base Datos 001568-7. En 1983 se fusionó con la Escuela F N° 295 ex. 81, que realizaba su labor educativa en el edificio arrendado en la

calle Guillermo Rivera 495. Su función significó aumentar la matrícula de 120 a 365 alumnos.

Hoy cuenta con una matrícula 272 alumnos, los cuales trabajan en dos jornadas, mañana se encuentran Pre-Kínder, kínder, 5º a 8º año Básico y la tarde de Pre- Kínder a 4º año Básico.

Actualmente se le conoce como **Escuela República Argentina F N° 297** se encuentra y desarrolla su quehacer en un local de emergencia desde 1965, pero con el firme convencimiento que la Reforma Educacional, nos permita que con sus 1027m2 pueda construir su edificio donde albergue de Pre kínder a 8º año Básico con grandes áreas verdes, talleres, laboratorios, en el cual sus alumnos realicen sus sueños de **aprender y ejercer sus derechos a estudiar con dignidad** y poder lograr así la Misión de la Escuela (Proyecto Educativo Institucional, 2016 - 2018).

#### **Política de la Institución**

En el marco legal, la **Escuela República Argentina** se abocó a la delicada tarea de revisar y actualizar su **Proyecto Educativo Institucional**, dando cumplimiento a las disposiciones legales vigentes que establecen las directrices funcionales de todo establecimiento educacional en Chile. (Proyecto Educativo Institucional, 2016 - 2018)

El Proyecto Educativo de esta Escuela (Proyectando la Cultura Tradicional Porteña de Valparaíso del Mañana), se adscribe a los siguientes lineamientos legales:

- i) Constitución Política de la República de Chile de 1980
- ii) Nueva Ley General de Educación 09 de Abril de 2007 LEY NÚM. 20.370
- iii) Ley 19.410 de 1995 sobre Plan Anual de Desarrollo de la Educación Municipal
- iv) Ley 19.070 de 1991, Estatuto de los Profesionales de la Educación y su Reglamento
- v) Decreto Cooperador de la Función Educacional del Estado: 7033/1981
- vi) Decretos de Planes y Programas de Estudio: 289/2001, 81/2000, 481/2000, 220/2000, 92/2002, 625 /2003
- vii) Decretos de Evaluación y Promoción Escolar: 511/1997
- viii) Decreto N° 107/03 Faculta al Director para decidir excepcionalmente sobre la promoción de alumnos(as) de Primer Ciclo de Enseñanza Básica.

## ✚ Objetivos de la Institución

### **Visión:**

Escuela de tradición familiar porteña, depositaria del patrimonio cultural del corazón de Valparaíso, donde se educa con afecto, respeto y en autodisciplina, para formar y proyectar al futuro, personas realizadas, logrando el crecimiento propio y el de su entorno, capaces de superar desafíos con éxito y constituirse en aporte positivo al Chile actual y al futuro.

### **Misión:**

Cultivar y perpetuar los hitos enaltecidos de la cultura familiar porteña, internalizando el valor del afecto y el respeto con autodisciplina, para que, unidos a una sólida formación curricular siempre actualizada, formen personas realizadas, proactivas, capaces de superar desafíos con éxito y constituirse en aporte positivo a la sociedad del Chile de hoy.

### **Objetivo General:**

“Cultivar en nuestros alumnos(as), los valores tradicionales de la familia porteña, a través de un currículum actualizado y desarrollando destrezas y habilidades que les permitan responder de modo asertivo a los desafíos de la nueva sociedad chilena”.

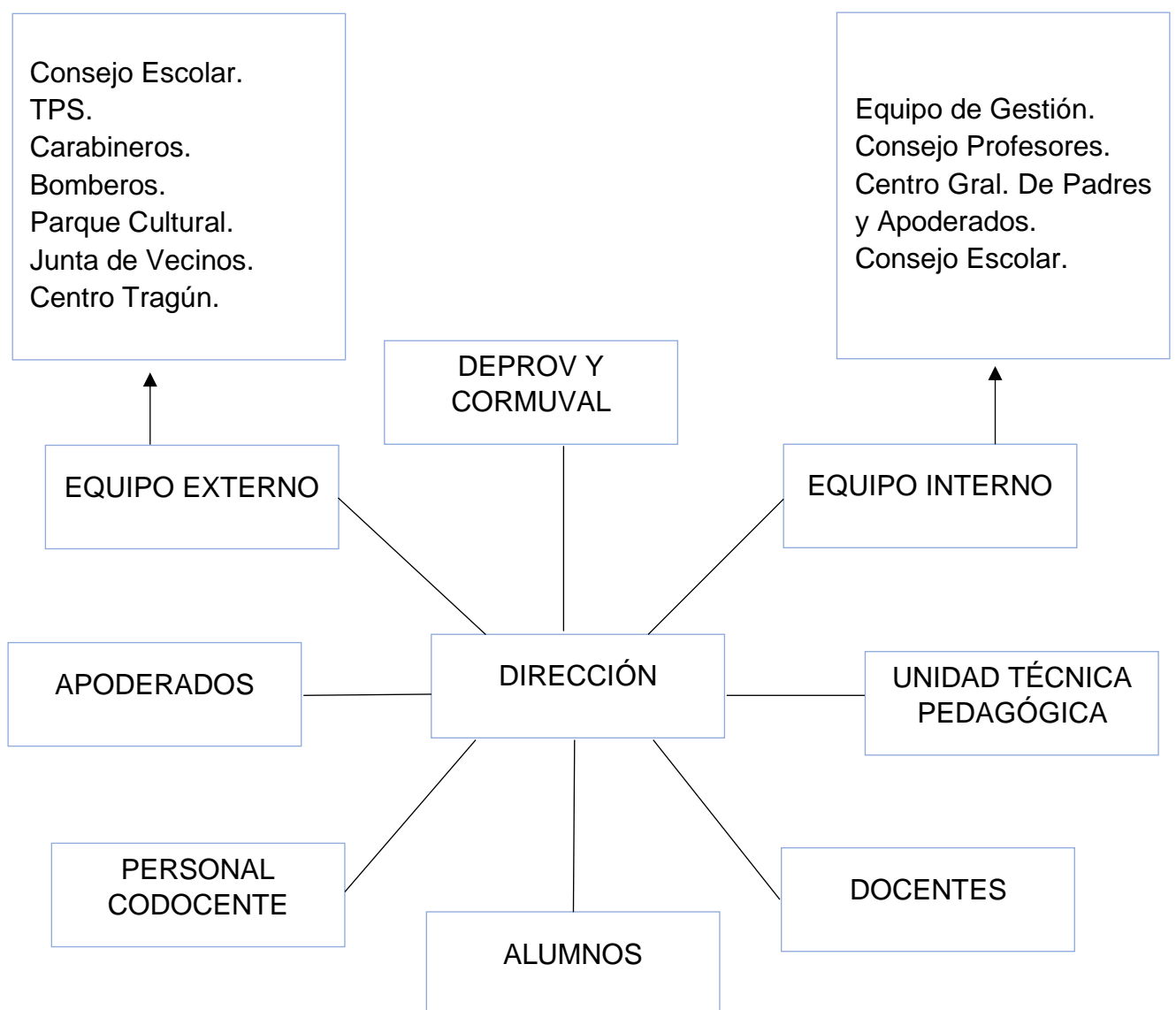
## ✚ Funciones de la Institución

La Escuela República Argentina, como toda institución de larga trayectoria, ha consagrado y compartido a través del tiempo, principios, valores y creencias que orientan e imprimen un sello distintivo al quehacer educativo del establecimiento. Ellos son:

- **Afecto y respeto:** Valores emblemáticos de la comunidad escolar que han trascendido en el tiempo y que son el centro de consolidación afectiva de la comunidad escolar. Promoviendo en los jóvenes el compromiso permanente con los valores que los identifican: responsabilidad, honradez, solidaridad, compromiso y, perseverancia.
- **Autodisciplina:** Destreza enfatizada en los alumnos y alumnas, gravitante en el auto aprendizaje y la autodeterminación.
- **Formación Curricular actualizada:** Considerada un compromiso prioritario y permanente del equipo directivo y docente para con sus estudiantes, de modo que estos puedan responder asertivamente a los desafíos.
- **Formación integral,** para alcanzar la realización personal y aportar a la sociedad.

- **Estimular el desarrollo de habilidades cognitivas** de nivel superior, habilidades procedimentales y actitudinales (competencias actitudinales y perfil valórico).
- Se propicia en el **cuerpo docente el perfeccionamiento continuo**, según las necesidades de nuestra unidad educativa.
- Se reconoce en nuestros docentes la necesidad de **mejorar sistemáticamente sus prácticas pedagógicas**, a través del acompañamiento en aula, intercambio de experiencias, capacitaciones y/o perfeccionamiento.

### ✚ Organigrama Escuela República Argentina



(Fuente: Proyecto Educativo Institucional, 2016 – 2018, Valparaíso.)

## Programas y Proyectos de la Institución

La Escuela República Argentina (F – 297) está acogida a los Planes y Programas Oficiales vigentes del Ministerio de Educación de Chile, como también a sus respectivos Decretos de Evaluación. (Proyecto Educativo Institucional, 2016 - 2018)

### **A. Servicio Nacional de Prevención y Rehabilitación del Consumo de Alcohol (SENDA)**

Coordina y promueve las políticas de prevención del consumo, tratamiento y control del tráfico de drogas. El programa comprende a los principales actores del proceso educativo: corporaciones municipales, directores de escuelas y liceos, padres, apoderados, alumnos y alumnas, profesores y asistentes de la educación. Los programas escolares son: “En Busca del Tesoro” para educación parvularia; “Marori y Tutibú” para primer ciclo de enseñanza básica; “Quiero Ser” para segundo ciclo de enseñanza básica; y “Yo Decido” para educación media.

### **B. Proyecto ENLACES**

El objetivo es contribuir al Mejoramiento de la Calidad de la Educación mediante la información educativa y el desarrollo de una cultura digital en la ciudadanía con calidad, equidad y pertinencia, a través:

- La generación de políticas y normativas en información educativa.
- El fomento de la innovación para acceso y uso de TIC´S en el sistema educativo.
- El desarrollo y acceso a recursos pedagógicos digitales de calidad, coherentes con los contenidos curriculares.
- El aseguramiento de la disponibilidad de infraestructuras TIC´S en el sistema Educativo.
- La entrega de servicios de formación en uso de TIC´S a la comunidad educativa y ciudadana.

### **C. Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas JUNAEB**

Su misión es acompañar a los y las estudiantes en condiciones de desventaja social, económica, psicológica y/o biológica, para contribuir a la igualdad de oportunidades dentro del sistema educacional, a través de la entrega oportuna de bienes y/o servicios. El **Programa de Alimentación Escolar (PAE)** es un convenio con la Ilustre Municipalidad de Valparaíso y JUNAEB.

#### **D. Proyecto de Integración Escolar PIE, de Lenguaje (TEL) y de Trastorno de Relaciones Sociales y de Comunicación (TRSC)**

Se atienden las necesidades educativas y se potencian las competencias sociales, comunicaciones y lingüísticas de niños y niñas con Trastornos de la Comunicación, pertenecientes a las Escuelas Básicas de la Corporación Municipal de Valparaíso, a través de un proceso de integración. Se diseñan e implementan estrategias de asesoramiento y trabajo colaborativo entre docentes y especialistas como Psicóloga, Fonoaudióloga, Educadora de Diferencial y Terapeuta Ocupacional.

#### **E. Grupos de Educación Diferencial**

Según el Mineduc, “la organización escolar denominada Grupo Diferencial tiene como propósito apoyar el proceso educativo de los alumnos y alumnas que presentan problemas de aprendizaje y/o adaptación.

#### **F. Proyecto de Convivencia Escolar**

La Ley N° 20.536, promulga que una buena convivencia escolar, es la coexistencia armónica de los miembros de la comunidad educativa, que supone una interrelación positiva entre ellos y permite el adecuado cumplimiento de los objetivos educativos en un clima que propicie el desarrollo integral de los estudiantes. El establecimiento educacional, debe promover la buena convivencia escolar y prevenir toda forma de violencia física o psicológica, agresiones u hostigamientos.

#### **🚦 Recursos de la Institución**

##### **Recursos Humanos**

La Escuela República Argentina está compuesto por cinco estamentos que conformar el establecimiento:

**Tabla N°1: Estamentos que conforman la Escuela República Argentina**

<b>Equipo Directivo</b>	Dirección General, Subdirección Académica y Subdirección de Convivencia, UTP, Inspectoría, Orientación, Departamento Psicosocial y Subdirección.
<b>Equipo Docente</b>	Cuerpo pedagógico de 21 docentes.
<b>Asistentes de la Educación</b>	Paradocentes, administrativos, auxiliares, vigilantes nocturnos.
<b>Alumnos y Alumnas</b>	272 niños, niñas y adolescentes aproximadamente.

<b>Centro de Padres y Apoderados</b>	Centro General de Padres y Apoderados.
--------------------------------------	--

(Fuente: Elaboración propia, 2019.)

### Recursos Materiales

El establecimiento cuenta con 5 aulas destinadas para los 9 cursos, incluyendo prebásica. Existe un Centro de Recursos para el Aprendizaje, comedor, biblioteca y sala de computación.

Cuenta con dependencias para el trabajo administrativo y profesional, además de contar con 2 baños para niños y niñas, más un baño para docentes y funcionarios.

### Recursos Financieros

La Escuela recibe financiamiento por parte del Estado, siendo la administración de éste de carácter municipal. El establecimiento recibe un monto mensual por alumno/atendido, en relación al nivel básico de enseñanza y media jornada, lo que se denomina monto o factor Unidad de Subvención Escolar (USE).

La subvención base mensual se calcula en base a la multiplicación de la asistencia promedio de los tres meses precedentes al pago, el factor USE y el valor de la USE vigente.

### Trabajo Social en la Institución

#### Objetivos Generales:

“Diagnosticar, elaborar, diseñar e implementar un Plan de trabajo anual que contemple acciones en el apoyo a los estudiantes de Kínder a 8° básico en el ámbito psicosocial y pedagógico, asegurando la permanencia escolar con un acceso equitativo a los aprendizajes”.

#### Objetivos Específicos:

- Establecer un acompañamiento y atención sistemática al alumno y su familia de las unidades escolares, mediante entrevistas y/o visitas domiciliarias.
- Realizar monitoreo y acompañamiento al alumno en situación de inasistencia, atrasos y posible deserción escolar.
- Participación en consejos en áreas de educación y salud.
- Realizar reuniones periódicas en estudios de casos, consejo profesores y equipo dirección / UTP.
- Identificar y articular con la Red Intersectorial.

### **Funciones de Trabajo Social en la Institución**

- Atender, acompañar y orientar a los niños y niñas, a fin de contribuir a la inclusión educativa y social a través del aprendizaje, garantizando el derecho a la educación de los alumnos.
- Función preventiva sobre las causas que generan problemáticas individuales, derivadas de las relaciones humanas y familiares.
- Prestar apoyo psicosocial a los alumnos y sus familias fortalecer el vínculo educativo y afectivo propiciando un clima favorable al desarrollo integral.

### **Niveles de Intervención Social**

Actualmente en la Escuela República Argentina, se desarrolla el Trabajo social de caso, se interviene a nivel individual y familiar de una realidad concreta, poniendo a disposición los recursos necesarios existentes.

### **Situaciones y problemáticas más frecuentes**

Dentro de las problemáticas más frecuentes es la dificultad de respetar normas y reglas, establecidas en Reglamento Interno de la Escuela, por parte de los apoderados y, por otro lado, la disfunción familiar e inestable.

### **Vinculación con redes institucionales o redes sociales.**

- CESFAM
- CONSULTORIOS
- TRIBUNAL DE FAMILIA
- OPD
- PPF

### Caracterización de la Comunidad Educativa

**Tabla N°2:** Caracterización de la comunidad Educativa "Escuela República Argentina, Valparaíso".

<b>Tipo de Familia</b>	Familias monoparentales, familias nucleares, familias extensas y familias reconstituidas.
<b>Estimado de Hijos</b>	3 hijos aproximado por familia.
<b>Edad estimada de Apoderados y Apoderadas</b>	24 a 40 años.
<b>Nivel de Estudios</b>	Enseñanza media incompleta, enseñanza media completa y estudio superiores completos y/o incompletos.
<b>Ocupación</b>	Dueñas de casa, trabajadores dependientes, independientes y/o vendedores ambulantes.
<b>Previsión Social</b>	Predomina afiliación al Fondo Nacional de Salud (Fonasa).
<b>Relación con Establecimiento</b>	La relación se mantiene por medio a que es una Escuela de Tradición, por ende, las familias, padres, hermanos y/o parientes cercanos han estudiado dentro del establecimiento.
<b>Índice de vulnerabilidad escolar básica</b>	El establecimiento cuenta con un porcentaje de un 89% de vulnerabilidad.

(Fuente: Elaboración propia, 2019.)

## **CONTEXTO SOCIO SANITARIO: ANTECEDENTES GENERALES DEL SISTEMA DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA**

El presente contexto, tiene por objeto entregar antecedentes relevantes respecto a la atención del embarazo, parto y postparto en los servicios públicos y privados de salud en Chile. Teniendo en consideración la Guía Perinatal y el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo del MINSAL, además de estadísticas y porcentajes entregados y trabajados de manera colaborativa por el Observatorio de Violencia Obstétrica, los cuales tienen como finalidad plasmar la realidad del nacimiento y sus procesos en Chile.

Debido a que nuestra investigación se centrará en las apoderadas progenitoras de la Escuela República Argentina ubicada en Valparaíso, se considera relevante situar el contexto en la región de Valparaíso, entendiendo la realidad sanitaria en la cual se enmarca y cómo esta influiría en dichos procesos reproductivos.

### **✚ Antecedentes Generales**

Cabe mencionar que en Chile existen dos sistemas de atención en salud, el sistema público el cual abarca atención primaria, secundaria y terciaria, teniendo como principal cobertura previsional a quienes pertenecen al Fondo Nacional de Salud (FONASA). Así mismo, dentro del régimen se da la posibilidad para optar a la atención privada en salud por medio de centros médicos y clínicas, las cuales tienen por objeto brindar atención en los niveles primarios, secundarios y terciarios. Dentro de esta atención, la principal cobertura es con el sistema de ISAPRES, dando opción a quienes coticen en FONASA a elegir cobertura parcial en las instituciones de salud privadas.

Debido a la alta demanda dentro de los servicios de salud impartido por FONASA existe el Bono de Pago Asociado al Diagnóstico (PAD), el cual cubre de manera completa una atención médica, para así acceder a un paquete de procedimientos médicos y quirúrgicos, conociendo de manera previa el monto a pagar y siendo exclusivo para los cotizantes del tramo B, C y D de FONASA (ChileAtiende, 2018).

Dado el eje que mantiene la investigación a desarrollar, cabe mencionar que la existencia del Bono PAD en la salud cubre el nacimiento en una institución privada, siempre y cuando no sea de riesgo, además de que madre e hijo deben estar sanos. Es necesario hacer este alcance, debido a que el pertenecer a un sistema de previsión, no condicionará el tipo de atención que se puede optar. Asimismo, al participar dentro de los sistemas previsionales privados, también existirá la posibilidad de hacer uso de las instituciones públicas de salud, en calidad de particular u indigente.

## ✚ Natalidad

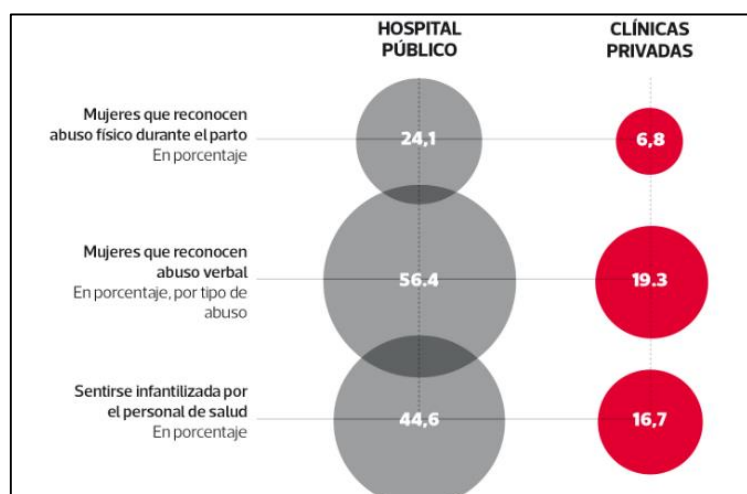
Según datos del Observatorio de Violencia Obstétrica en Chile (2018), el 97,3% de los partos ocurren en hospitales o clínicas. La tendencia a la institucionalización del parto fue un proceso progresivo en el siglo XX, en el cual se trasladó desde los hogares hacia los hospitales. La institucionalización de este proceso lleva consigo la disminución del protagonismo en la mujer y así mismo de sus procesos naturales, pasando a jerarquizar y cosificar el rol de la mujer durante el parto (Sadler, 2003).

Respecto a la información entregada por el Instituto Nacional de Estadística, en Chile hubo un total de 231.749 nacimientos en 2016. En tanto la tasa global de fecundidad, o número promedio de hijos o hijas por mujer, descendió de 1,8 a 1,7 a nivel nacional (INE, 2018).

El año 2014 se estimó que en promedio el 92% de 250.000 nacimientos efectuados en Chile, sufrieron algún tipo de maltrato por parte del personal de salud (Viñals, 2014). Según estudios realizados por el Observatorio de la Violencia Obstétrica, en los últimos tres años, menos del 20% de las mujeres que han sido madres ha logrado tener contacto de 30 o más minutos con sus hijos en el parto, y el 60% de las mujeres en el sistema público y el 20% en el privado no tuvieron un acompañamiento significativo en el momento del parto (Yáñez, 2018).

Los antecedentes pertinentes para el análisis del contexto tienen énfasis, en el que una de cada cuatro mujeres dice haber sufrido abuso físico en hospitales públicos, en la muestra, el 6,8% de las mujeres atendidas en clínicas privadas reportan haber vivido abuso físico, el que sube a 24,1% en los hospitales públicos; el abuso verbal es más frecuente en los hospitales públicos: el 56,4% dice haber sido criticada y/o reprimida por expresar su dolor y emociones en hospitales públicos, mientras que en las clínicas privadas esta forma de abuso llega al 19,3% (Yáñez, 2018).

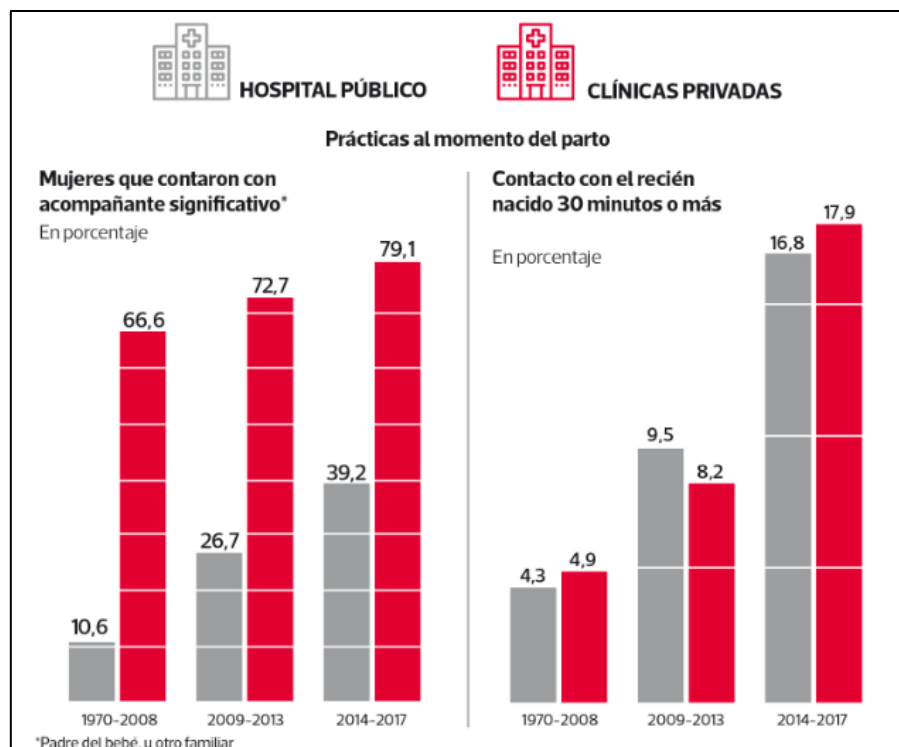
**Ilustración N°1: Así son los Partos en Chile**



(Fuente: Observatorio de Violencia Obstétrica, Chile.)

De acuerdo con los resultados obtenidos, entre 1970 y 2008 solo el 10,6% de las mujeres que contestaron la encuesta pudo tener un acompañante durante el parto en los hospitales públicos, cifra que aumentó al 39,2% en el último período evaluado. Cuando se les preguntó por el contacto con sus hijos, solo el 4,3% pudo lograr ese apego en el sistema público en 1970, y aunque creció a 16,8% en 2017, todavía sigue siendo bajo, según los investigadores. En las clínicas privadas, para el primer período evaluado, el 66,6% de las mujeres dijo haber contado con un acompañante, mientras que hoy el 79,1% lo tiene. Sin embargo, la diferencia en el tiempo de apego no es mucha si se compara con los hospitales públicos. En las clínicas privadas hoy, solo el 17,9% asegura haber estado 30 o más minutos con su hijo tras el parto (Yáñez, 2018).

**Ilustración 2: Así son los Partos en Chile**



**(Fuente: Observatorio de Violencia Obstétrica, Chile.)**

Es de suma importancia, tener como antecedentes una realidad global de lo que se acontece en los diferentes servicios de salud, el cómo condicionan el trato y así mismo se ve deshumanizada la atención hacía la mujer en su proceso de parto.

A continuación, se desarrollará las diferentes intervenciones médicas referidas en lo obstétrico y como así mismo, la existencia de recomendaciones internacionales y nacionales enfocadas en mejorar esta experiencia.

### ✚ Intervención obstétrica y recomendaciones

Tanto el MINSAL como la OMS presentan una serie de recomendaciones respecto a las intervenciones que pueden ser realizadas en el proceso de parto y la frecuencia con que debieran ejecutarse.

**Ilustración N°3:** *Intervenciones obstétricas incluidas en informe de resultados, primera encuesta sobre nacimiento en Chile.*

Intervenciones obstétricas	Recomendación de acuerdo a MINSAL (Chile) y OMS
Rasurado vello púbico	No recomendado.
Enema	No recomendado.
Monitorización fetal continua	No recomendada en mujeres sanas.
Oxitocina	No recomendada de forma rutinaria.
Anestesia/epidural	Se recomienda de acuerdo a las preferencias de la mujer, y siempre que lo solicite.
Rotura artificial de membranas (RAM)	No se recomienda de forma rutinaria.
Maniobra de Kristeller	No recomendada.
Episiotomía	No recomendado de forma rutinaria.
Cesárea	No se recomienda en situaciones en que no exista justificación médica clara.

**(Fuente:** *Observatorio de Violencia Obstétrica, Chile, 2018.*)

En la ilustración N°3 es posible apreciar la prevalencia de las intervenciones obstétricas durante los procesos de parto, las cuales no inciden en el desarrollo positivo del proceso, además de que no se encuentran recomendadas para el MINSAL y la OMS. La experiencia de cesárea se encuentra fuera de estas intervenciones, debido que estas acciones no son pertinentes, el MINSAL y la OMS recomiendan en ese caso la práctica de cesárea siempre y cuando exista una justificación médica. (Observatorio de la Violencia Obstétrica, 2018)

Los datos otorgados por el Observatorio de Violencia Obstétrica (2018) arrojan resultados que varían entre menos de un 10% en los enemas hasta más de un 80% de anestesia en las clínicas, habiendo frecuencias sobre el 30% en aplicación de oxitocina, RAM, Kristeller, episiotomía y cesárea.

Desde factores que promueven una experiencia positiva de parto, las recomendaciones entregadas por los organismos de salud consisten en atenciones complementarias al parto, con un enfoque de autodeterminación de la madre respecto a lo que considera adecuado para su proceso.

**Ilustración N°4:** Recomendaciones para una experiencia positiva del parto incluidas en informe de resultados, Primera Encuesta de Nacimiento en Chile.

Recomendaciones para una experiencia positiva del parto	Recomendación de acuerdo a MINSAL (Chile) y OMS
Acompañamiento	Se recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.
Alimentación	Para las mujeres con bajo riesgo, se recomienda la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto.
Acceso a métodos de alivio no farmacológico del dolor	Se recomiendan técnicas de relajación, respiración, meditación, música. También se recomiendan técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias, para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor durante el trabajo de parto. Dependerá de la preferencia de la mujer.
Movilidad y posición de la madre	Se recomienda alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo.
Posición en el parto con o sin anestesia	Se recomienda alentar a la mujer a que adopte la posición que ella decida, incluidas las posiciones verticales.
Contacto piel con piel	Se recomienda mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia. En Chile, el indicador informado por las instituciones públicas es “Contacto piel con piel mayor a 30 minutos”.

(Fuente: Observatorio de Violencia Obstétrica, Chile, 2018.)

En el apartado de la ilustración N°4, se analizan aquellas recomendaciones que favorecen una experiencia positiva del parto. En este caso no se evalúa la prevalencia de las prácticas, como si se evidencia en las intervenciones obstétricas, sino la privación, restricción o falta de acceso a éstas. Las prácticas analizadas son el acompañamiento por parte de personas significativas de la mujer antes y durante el trabajo de parto, el acceso a métodos no farmacológicos de alivio del dolor, y el contacto piel con piel con el recién nacido reportadas dentro de las experiencias de parto. La alimentación y movilidad durante el trabajo de parto excluye a aquellas mujeres que experimentaron una cesárea electiva, y la posición durante el parto alude directamente a los nacimientos por vía vaginal. (Observatorio de Violencia Obstétrica Chile, 2018)

Otra recomendación entregada por la OMS es la entrega de información por parte del personal de salud, durante el trabajo de parto y parto. La información debe ser entregada de manera efectiva, considerando métodos simples de entrega y lenguaje culturalmente aceptable. En 2012, en Chile, la Ley 20.584 consagra la entrega de información como un derecho de las personas durante la atención en salud. La información que se plantea como necesaria para el proceso de trabajo de parto y parto, se divide en tres

dimensiones de atención, refiere a los riesgos y beneficios de las prácticas obstétricas; riesgos y beneficios de los fármacos y anestesia; y el estado de salud del recién nacido (Observatorio de Violencia Obstétrica Chile, 2018).

### **Gotas de Leche en Chile y Región de Valparaíso**

Históricamente surge en Chile “Gotas de Leche”, iniciativa privada que buscaba proteger a los niños y niñas menores de dos años y a sus madres, las cuales vivían en pobreza. Esta idea, promovida desde Francia, fue concretada por el Patronato Nacional de la Infancia, aunque posteriormente surgieron a lo largo del país otras “Gotas de Leche”, independientes a esta institución.

En 1911 fue inaugurada la primera Gota de Leche en la localidad de San Bernardo. En los años siguientes, debido al éxito de la iniciativa y al impulso de los médicos, los antiguos dispensarios comenzaron a convertirse en Gotas de Leche en distintas poblaciones de Santiago. En los Congresos de Gotas de Leche que se desarrollaron en el país, se definieron políticas y se discutieron diversos temas en torno a la realidad de los niños y niñas en Chile. Surgió la necesidad de difusión y coordinación de la caridad y las políticas estatales en torno a la infancia. Los principios básicos y el reglamento de estos centros explicitaban la preeminencia de un criterio técnico para su organización y funcionamiento (Biblioteca Nacional de Chile).

El principal objeto de estos centros fue propender en forma práctica a la vulgarización de la puericultura, estimulando la lactancia materna y proporcionando alimentación artificial al lactante cuando fuese necesario. A su vez, la institución fomentaba estrechar el vínculo entre madres e hijos entregando un espacio cálido de convivencia.

Cada Gota de Leche contaba con directores y colaboradores voluntarios, personal médico, enfermeras y visitadoras sociales, entre otros funcionarios. El procedimiento de admisión indicaba que el niño debía ser recibido por la visitadora y evaluado por el médico jefe. No se aceptaban niños enfermos, quienes debían ser remitidos a un hospital, y su atención duraba hasta los dos años (Biblioteca Nacional de Chile).

Emilio Toro Canessa da cuenta de la evolución histórica de “Gotas de Leche”, donde el 2 de junio de 1918, comienzan a funcionar en la región de Valparaíso, ubicada en Miramar y Bellavista. Instituciones sin fines de lucro, que generaron una gran ayuda social en favor de los niños y niñas, y también fue el pilar y base de la pronta erradicación de la desnutrición.

Se da cuenta que hacia 1960, ya se habían atendido más de quince mil niños y niñas, además de entregar mamaderas, ropa de vestir y de cama, atención médica, visitas domiciliarias, alimentos leche y medicamentos.

Esta institución actúa en conjunto con otras entidades de asistencia y ayuda social como fueron la Cruz Roja, la Junta Nacional de Beneficencia Escolar, la Protectora de la Infancia de Valparaíso, la Dirección General de protección a la infancia y Adolescencia, la Liga Protectora de Estudiantes Pobres de Valparaíso, los Hogares de asistencia a los niños pobres, el instituto de la Madre y el Niño de Valparaíso y Viña del Mar, las Cajas de Seguro, el Sanatorio Marítimo San Juan de Dios, entre otros. (Canessa, 2016)

A lo largo del tiempo las funciones de dicha entidad fueron mutando, y en consecuencia delegando responsabilidades a instituciones de salud pública, entendiendo que el resguardo a la infancia y a las mujeres en su edad reproductiva debía ser al alero del Estado y sus entidades correspondientes.

Fue así como los controles de niño sano se comenzaron a realizar dentro de los consultorios, se entregó por parte de ello suplemento alimenticio en los casos de aquellos niños y niñas, que no podían lactar directamente de sus madres y esta fue acompañada de manera biopsicosocial por aquellos centros asistenciales.

### **Hospital Carlos Van Buren Región de Valparaíso**

Esta información debe ser contrastada con la realidad sanitaria que se vivencia en la Región de Valparaíso, en este caso El Hospital Carlos Van Buren es uno de los hospitales con mayor historia a nivel nacional, con una evolución constante desde su fundación en el año 1772. Como hito relevante para el desarrollo del contexto, se debe tener en consideración que, en el año 1985, se suma al Hospital los servicios de maternidad, pediatría y especialidad del Hospital Enrique Deformes, para que en el año 1990 el consultorio de especialidades se adosa a las dependencias el Hospital Carlos Van Buren.

El Hospital constituye uno de los tres centros de salud más complejos de Chile, atiende a base del servicio de Salud de Valparaíso – San Antonio (SSVA), de derivación Suprema Regional. (Casalino, 2018)

### **Parto Respetuoso, Hospital Carlos Van Buren**

En mayo del 2018 bajo la conmemoración del Día internacional de Acción por la Salud de la Mujer, se destacó dentro del Hospital Carlos Van Buren, el que cuenta con garantías respecto a condiciones materiales, profesionales y humanas para un parto respetado. (MINSAL, 2018)

El objetivo de la jornada fue difundir el programa de parto respetado, de un hospital público, como el Hospital Carlos Van Buren, donde se permite el acompañamiento de una figura significativa, se hace entrega de placenta en un marco intercultural y se distribuyen productos como cunas, ajuares, materiales educativos como parte del programa Chile Crece Contigo (MINSAL, 2018).

Francisco Álvarez, Seremi de Salud, destacó dentro de la jornada la iniciativa que se encuentra en la Agenda de Género propuesta por el Presidente Sebastián Piñera.

*“Es importante destacar que el parto respetado contempla varias acciones que van enfocadas hacia un **cuidado humanizado de los derechos de la mujer**, dentro de las acciones está la atención continua y personalizada de la mujer que va a dar a luz y, también a las familias desde el parto al parto”. Además, “otra de las acciones es dar un ambiente al interior de la maternidad. **Autonomía, seguridad, acogida y bienestar**, también se ofrecen opciones tanto farmacológicas y no farmacológicas para el alivio al dolor y lo más importante es el contacto piel a piel que se tiene una hora después del parto con el padre, la madre, el hijo o la hija” (Álvarez, 2018)*

Leslie Briones, Seremi de Gobierno, señala bajo este mismo marco que las autoridades *“tenemos que velar para que todas las instituciones públicas entreguen una atención oportuna y de calidad a nuestras mujeres, sin discriminación alguna. Por otro lado, **debemos garantizar el acceso a la salud reproductiva y sexual en el marco de un pleno derecho**, que aún permanece ausente en varios países del mundo. El Presidente **Sebastián Piñera ha reafirmado un fuerte compromiso con nosotras las mujeres**, a través de una agenda que incluye un proyecto de ley para la lactancia libre, el fortalecimiento de las terapias de reproducción asistida y el término en las diferencias de los precios de planes en las Isapres”*. (Briones, 2018)

Valentina Stagno, Seremi de la Mujer y Equidad de Género, resalta la importancia de la conmemoración de este día *“para la atención integral de las mujeres, porque abarca distintos aspectos, uno de ellos es el que nos convoca hoy, relacionado con los derechos sexuales y reproductivos. Otros dicen con tener una vida libre de cualquier tipo de violencia, como también el llevar una vida mental, emocional y físicamente acorde a una salud integral y digna, que es muy coherente con la Agenda Mujer que ha presentado nuestro Presidente durante la semana pasada, en lo que se refiere al derecho de tener una lactancia libre y que ésta también sea respetada en el marco de un acompañamiento a todas las mujeres que vivan su embarazo en situación de vulnerabilidad”* (Stagno, 2018).

La Directora del Servicio de Salud San Antonio, Alís Catalán, hizo referencia a la labor del Hospital Carlos Van Buren que fue destacado dentro de la conmemoración y la preocupación del hospital por la salud de la mujer, «El Hospital Carlos Van Buren siempre ha sido pionero e innovador en la aplicación de nuevas tecnologías y estrategias que fortalecen un parto más humanizado donde se respeta la decisión de la mujer quien es la protagonista en todo este proceso. **El hospital a través de ginecología y del servicio de maternidad entrega todas las alternativas y estrategias para que las madres puedan llevar ese momento tan especial** de la forma más cariñosa con su hijo y también incorporando la participación de quien elijan, que es denominada la persona significativa en ese momento» (Catalán, 2018).

#### **Hospital Santo Tomás de Limache**

El Hospital Santo Tomás de Limache es un hospital de nivel primario (bajo nivel de complejidad) perteneciente al Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, ubicado en el sector de Limache Viejo en la comuna de Limache. Atiende a través del consultorio adosado y la unidad de emergencia, contando con una dotación de 80 camas (Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota., 2015) y es el hospital tipo 4 con mayor tasa de atención de urgencias del país (El Mercurio, Valparaíso, 2009).

#### **Parto Respetuoso, Hospital Santo Tomás de Limache**

Bajo el concepto de parto respetado el Hospital Santo Tomás de Limache, realiza el día 26 de mayo del 2016 una jornada para reflexionar en torno a las actuales condiciones de los nacimientos en el ámbito hospitalario, la forma de evitar la excesiva medicalización de éstos y las condiciones que pueden afectar el bienestar físico y síquico de las madres.

Algunas de las prácticas que se busca evitar dentro del Hospital Santo Tomás de Limache, (sensibilizando en torno al parto respetado), es lograr evitar prácticas que afecten a la madre durante el parto, como es la episiotomía rutinaria (incisión que se practica en el periné de la mujer), el uso de fórceps sin justificación médica, la aplicación de maniobras agresivas, legrado uterino sin anestesia, cesárea sin justificación médica y medicación innecesaria entre otras (Ministerio de Salud, 2016).

Natalia Soto, Matrona Coordinadora del Servicio de Maternidad del Hospital Santo Tomás de Limache, durante la realización de esta jornada resalta la labor que realizan en torno al denominado “parto vertical”, donde ya registran más de 900 partos, *“nosotros llevamos cinco años ofreciendo a las mujeres de Limache y a quienes quieran venir a Limache, la oportunidad de tener un parto vertical, respetado, asegurándonos que los procesos*

*fisiológicos se mantengan, que la mujer pueda vivir el parto que quiera”.*  
Explica: *“el parto vertical es netamente una posición, desde que llevamos a la mamá que está acostada en posición de piernas abiertas y condicionada a que el profesional de la salud tuviese mayor acceso a la realización del parto, ahora a la mujer se le da la oportunidad de ponerse en cualquier posición, la línea vertical está comprobado y de hecho recomendado por el Ministerio de Salud, que es favorable en términos del descenso de la cabeza del bebé, de la amplitud de los diámetros de la pelvis, la disminución del dolor, la eficacia de las contracciones, hay estudios respecto al tema que los comprueban. Aparte que genera una satisfacción mayor que es la libertad de movimiento”.*  
(Ministerio de Salud, 2016)

Resulta de suma importancia destacar la nueva agenda de la mujer propuesta por el Presidente Sebastián Piñera, cuyo objetivo es terminar con la desigualdad entre mujeres y hombres ( Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, 2019). Enmarcando esta iniciativa en el campo de la Salud, recae directamente en la salud reproductiva de la mujer y como deben ser las instituciones quienes se encarguen en velar por ejercer buenas prácticas hacia las mujeres.

#### **Datos del Departamento de Estadística e Información en Salud**

Según datos estadísticos del DEIS (2016), la región de Valparaíso posee una tasa de natalidad de 13 nacimientos por cada mil habitantes, lo que representa un total de 23.598 nacidos vivos inscritos. De dicho número, 23.489 nacimientos ocurrieron bajo atención profesional, DEIS da cuenta al mismo tiempo de la cantidad de egresos hospitalarios, bajo el concepto de obstetricia y las especificaciones bajo las cuales se realizó la causa de egreso. (Departamento de Estadísticas e Información en Salud, 2017)

**Tabla N°3:** Reportes MINSAL, Egresos Hospitalarios.

<b>Egresos Hospitalarios Según Días de Estada y Causa, 2017.</b>		
<b>Región Valparaíso</b>	Embarazo, parto y puerperio	353.503
	Embarazo terminado en aborto	17.536
	Edema, proteinuria y trastornos hipersensitivos en el embarazo, el parto y puerperio.	9.451
	Otros trastornos maternos relacionados principalmente con el embarazo	21.588

Atención materna relacionada con el feto y cavidad amniótica y con posibles problemas del parto	53.870
Complicaciones del trabajo de parto y parto	44.542
Parto	191.738
Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio	3.261
Otras afecciones obstétricas no clasificadas en otra parte	11.607

*(Fuente: DEIS, Ministerio de Salud, 2017)*

La presente tabla N°3 da cuenta de la realidad sanitaria en la cual se ve envuelto en nacimiento y los respectivos procesos obstétricos dentro de la Región de Valparaíso, denotando la existencia de diferentes variables asociadas al parto mismo.

Los procedimientos que se enmarcan de manera concurrente para los reportes del MINSAL, dan relación misma con el parto; embarazado, parto y puerperio, atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas de parto; complicaciones del trabajo de parto y parto; entre otras.

# ***Capítulo II***

## ***Marco Teórico***

### ***Conceptual***

---

## EJE 1: VIOLENCIA DE GÉNERO

### ✚ Conceptualización de Violencia

Definir la violencia obstétrica implica contextualizarla dentro de conceptos relacionados a ella, como violencia, violencia de género y violencia hacia la mujer.

En primera instancia, se puede considerar **violencia** como “*el daño ejercido sobre los seres humanos por parte de otros seres humanos*”. Sumado a esto, hay una intencionalidad psicológica (Jiménez Bautista, 2011) en dicho actuar, lo cual puede implicar no solo la producción del daño sino además una orientación hacia un fin obligando a las víctimas a hacer algo que no quieren. Así mismo existen concepciones de tipo relacional, cultural, estructural, simbólica, moral y que no necesariamente impliquen un uso de la fuerza física y con consecuencias inmediatas y visibles (Martínez Pacheco, 2016).

Considerando que existen diferentes nociones de lo que es y produce la violencia, se concuerda en la producción de daño entre seres humanos o colectivos.

### ✚ Conceptualización de Violencia de Género

Desde la idea de violencia emergen diversas ramas de esta, como las mencionadas anteriormente. Entre éstas existe una en particular denominada **violencia de género**, la cual corresponde a todo acto de violencia que se ejerce contra una persona, debido a su vivencia genérico-sexual. Este expresa un ejercicio de control y poder por parte de quien ejerce la violencia y tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual, psicológico, entre otros. Este tipo de violencia se ejerce principalmente sobre las disidencias sexuales, mujeres y niñas (Acuña, 2019).

El género, como categoría, viene a dar cuenta de la dimensión social que rodea a la dimensión biologicista atribuida al sexo, esto con el fin de superar la identificación de hombres y mujeres, sólo por sus características genitales.

Esta comprensión del sexo ha generado que existan relaciones de poder entre hombres y mujeres, en un orden social que entrega privilegios a los primeros en desmedro de la vida de las segundas. Esto ampara situaciones como la división sexual del trabajo o la separación de espacios, roles y estereotipos de género que son absorbidos, incluso, antes de nacer (Acuña, 2019).

Fernández plantea que para que la violencia de género pueda existir, es preciso que una sociedad haya previamente inferiorizado, discriminado y fragilizado al grupo social femenino. En donde la discriminación debe permanecer oculta; y los discriminados deben articularse con el resto de la sociedad de tal modo que no peligren las reglas de discriminación vigentes (Fernández 1994, 2006).

Tanto la violencia de género como la violencia institucional en salud son posibles porque las sostienen sistemas de poder jerárquicos de género y de salud, respectiva e interconectadamente.

En la historia de occidente el avance en las igualdades formales fue acompañado por el perfeccionamiento de dispositivos de discriminación, marginalización, exclusión, represión, y exterminio. Para sostener la discriminación de género, las instituciones generaron estrategias y dispositivos de violencia represiva y simbólica. De forma naturalizada, imponen la arbitrariedad cultural de la inferiorización femenina mediante diversos discursos, mitos sociales, explicaciones religiosas y científicas (Magnone Alemán, 2011).

Tecla (2000), en su investigación Antropología de la violencia, refiere que la violencia no es innata sino aprendida, y que es producto de ciertos tipos de relaciones y circunstancias que se pueden modificar. El hombre es educado adiestrado y acostumbrado en y para la violencia, que influye en la conciencia de dominio y servilismo que tiene que ver con el poder (Salinas, 2006, pág. 70).

La teoría feminista considera que dicha relación de poder se sostiene a través de un sistema dual de opresión capitalismo/patriarcado en el cual ambos se benefician de la subordinación de las mujeres, por ejemplo, a través de la división sexual que legitima relaciones de poder, donde los varones quedan a la cabeza de este orden social, siendo las mujeres quienes toman el rol de subordinación (Acuña, 2019).

La violencia hacia las mujeres debe considerarse como una forma particular de la violencia de género. El concepto ocupado por las naciones unidas la entiende como, todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer , 1993).

## EJE 2: VIOLENCIA OBSTÉTRICA

### **Desarrollo conceptual**

La **violencia obstétrica** debe ser entendida como una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una **violación a los derechos humanos**. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos (Tamés, 2015). Regina Torres en su informe publicado en el 2013, entrega una de las primeras definiciones claras, debido a que es un concepto reciente que hace referencia a prácticas que degradan, intimidan y oprimen a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y postparto (Arguedas Ramírez , 2014, pág. 146).

Como se ha desarrollado anteriormente, Regina Torres plantea que la violencia obstétrica tendría como aristas la violencia específica hacia la mujer, violación de derechos humanos, violencia Institucional, violencia física, violencia psíquica, la privación o falta de acceso al servicio de salud, medicalización excesiva y así mismo el menoscabo de la posibilidad de decidir de manera libre e informada respecto a sus procesos reproductivos.

### **Manifestaciones de la violencia obstétrica**

Dentro de los tipos de manifestaciones de violencia obstétrica, es oportuno comprender que durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres va desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto, como castigo y la coacción para obtener su “consentimiento”, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos (Villanueva-Egan, 2010).

Dentro de las manifestaciones de violencia obstétrica, es preciso mencionar dos modalidades, por un lado, la **dimensión física**, acentuada en la realización de prácticas invasivas, la medicalización no justificada, además de no respetar los tiempos ni la posibilidad del parto biológico, el hecho de obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, el tacto realizado por más de una persona, el uso de fórceps sin estricta necesidad o consentimiento, el raspaje de útero sin anestesia, el uso de enemas, la rotura precoz y artificial de membranas como procedimiento de rutina previo al parto (amniotomía), la posición fisiológica que adopta la mujer durante el parto, la motorización fetal, el uso de oxitócica sintética, o el uso de prácticas más invasivas como la episiotomía o realización de la maniobra de Kristeller (Vial Solar, 2016, pág. 235).

Y, por otro lado, la **dimensión psicológica**, que incluye el trato deshumanizado, grosero, discriminatorio, humillación al momento de solicitar asesoramiento, o se requiera atención en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto (Tamés, 2015, pág. 13). Los tratos despectivos, denigrantes y humillantes, lo cual se traduce en la utilización de lenguaje inapropiado, burlas sobre el estado o cuerpo de la mujer o su hijo, críticas por manifestar emociones como alegría o dolor durante el parto, la no proporción de información a la mujer o sus familiares, obstaculizar el apego precoz del recién nacido con su madre sin causa médica justificada, y, sobre todo, la imposibilidad de plantear temores e inquietudes durante el proceso de embarazo y parto (Viñals L., 2014).

Por consiguiente, cabe acentuar que la violencia obstétrica, no es solo vivenciada por las mujeres en las etapas de embarazo, parto y postparto, sino por el contrario, es posible que sea experimentada a lo largo de todo su desarrollo sexual y reproductivo de la misma. Asimismo, es posible mencionar las manifestaciones de violencia fuera del periodo de embarazo, parto y postparto de la mujer (Tamayo Muñoz, Restrepo Moreno, Gil, & González Vélez, 2015, págs. 9-12).

#### **Manifestaciones de la violencia obstétrica fuera del período de embarazo**

- a) No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- b) La negación de información sobre diversos tratamientos anticonceptivos.
- c) Colocación de dispositivos anticonceptivos sin el consentimiento de la mujer (métodos anticonceptivos forzados).
- d) Negar el acceso a mecanismos anticonceptivos.

- e) Oposición a la provisión de anticoncepción de emergencia o su impedimento.
- f) Impedir que la mujer obtenga servicios de aborto legal.
- g) Maltratos físicos y psicológicos en procedimientos abortivos.
- h) Esterilización forzada.
- i) Omisión de información sobre tratamientos alternativos frente a la etapa de climaterio y menopausia de una mujer.
- j) Utilización de tratamientos hormonales o no hormonales sin el consentimiento de la mujer, entre otros.

La violencia obstétrica puede manifestarse a través de diversos actos, y durante las diferentes etapas sexuales y reproductivas de una mujer, no debemos negar que son las mujeres en edad reproductiva quienes afrontan las mayores consecuencias de este tipo de violencia, soportando así, el **trato deshumanizado** ejercido por los profesionales de la salud, los cuales resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto de una mujer (Urzúa, 2018, pág. 30).

### Factores que explican la violencia obstétrica

#### Asimetría Médico-Paciente

La experiencia y jerarquía existente dentro de los equipos médicos, ha predominado desde la imposición, la medicalización excesiva, la desinformación respecto a tratamientos y así mismo la capacidad de anular al sujeto, por un sentir inferior desde los departamentos de salud.

La experiencia de las prácticas obstétricas ha sufrido un cambio radical en el último tiempo, producto de los nuevos procesos de tecnificación de la medicina. Es por esto, que el desarrollo reproductivo de la mujer, se entendía como un fenómeno social compartido por la comunidad donde una red de apoyo formada por familiares y amigos que rodean a la mujer, ubicando a la mujer parturienta en un lugar central en relación con las personas que asistían el parto dentro del hogar, ámbito histórico destinado al nacimiento, en donde la parturienta era acompañada tradicionalmente por un grupo de mujeres las cuales ya habían pasado por dichos procesos, existiendo una jerarquía equilibrada entre los participantes (Urzúa, 2018, pág. 31).

A mediados del siglo XIX, y como consecuencia del auge y dominio de la medicina sobre el cuerpo humano, es que el rol protagónico que tenía la parturienta pasa a segundo plano, centrándose ahora su atención, en la figura del profesional, encargados ahora de dirigir y acompañar la etapa de embarazo, parto y postparto de la mujer. Esto, se condice con el traslado del parto desde el hogar al hospital, reemplazándose así, los métodos naturales

de atención, por el empleo de sofisticadas tecnologías (Urzúa, 2018), en ese sentido el parto y sus procesos, pasan de ser una etapa familiar, comunitaria y equilibrada en su jerarquía a un hecho de salud pública, primando a la institución hospitalaria y así mismo, el protagonismo y comodidad del profesional especialista frente a la mujer.

Complejizando como se ha mencionado anteriormente el respeto a los procesos biológicos, el respeto hacia la mujer y el hijo que esta por nacer, y a su vez patologizando procesos propios y naturales de la mujer, esto ha provocado evidenciar el primer factor de violencia obstétrica, respecto a la relación asimétrica que existe entre las mujeres y los profesionales de la salud la cual revela una desigualdad, tanto simbólica como real, que dificulta el ejercicio de los derechos básicos de la mujer (Belli, 2013, pág. 4).

#### **Control Estatal**

Como se vio evidenciado en el primer factor explicativo de la violencia obstétrica, la intervención médica tuvo como principal propósito, el control de los diversos procesos naturales de la mujer, buscando modificar los comportamientos y hábitos que rodeaban su desarrollo sexual y reproductivo.

Es necesario generar el énfasis en que es el Estado el encargado de salvaguardar la sanidad mental y física, de todos quienes competen en su territorio, además de permitir un ejercicio libre y pleno de sus derechos humanos. La Violencia Obstétrica entonces, en este caso debe ser analizada, además, desde su perspectiva institucional, debido a que el Estado y sus agentes deben velar por la prevención, sanción y la erradicación de todo tipo de violencia, ya sea física, psicológica o sexual.

Es así, como obtenemos el segundo factor que contribuye a la existencia de la violencia obstétrica, esto es el control estatal, por un lado permite la hegemonía en torno a las prácticas correctas dentro del desarrollo reproductivo de las mujeres, trayendo consigo beneficios tanto para ellas, como para los recién nacido; pero por otro lado, desplaza el rol protagónico de las mismas en la etapa de embarazo, parto y postparto e incluso durante el puerperio, lugar que pasa a ser ocupado por el profesional de la salud, incrementando de esta forma los abusos y conductas que antes no se daban y ahora son denominadas como “violencia obstétrica” (Belli, 2013, pág. 27).

#### **Asimetría existente entre Hombres y Mujeres**

Desde la perspectiva de violencia contra la mujer, éste se manifiesta en el último factor determinante de violencia obstétrica, es decir, la **asimetría existente entre hombres y mujeres**. Históricamente ha prevalecido el dominio de lo masculino y una subalternidad de lo femenino, lo cual ha definido

a lo largo del tiempo las relaciones de poder entre hombres y mujeres, desencadenando de esta manera, actos discriminatorios hacia las mujeres, la obstaculización de su pleno desarrollo, y la vulneración sistemática de sus derechos básicos (Urzúa, 2018, pág. 34).

La asimetría que existe entre hombres y mujeres en las relaciones de saber/poder regula el conjunto de prácticas concretas en los procesos reproductivos de las mujeres (Belli, 2013, pág. 6), dejando en evidencia que la fuerza y coacción existente en este tipo de relación de poder, anula a la mujer, se somete y margina a una vulnerabilidad de su estado, la cual la hace incapaz de poder elegir, actuar y proceder a su libre elección, ubica al hombre nuevamente en esta jerarquía donde actúa, sin conocer ni formar parte de este proceso únicamente biológico y natural de las mujeres.

### **Violencia Institucional**

Como se ha desarrollado anteriormente, el control Estatal, en conjunto con la violencia institucional, son de gran relevancia para entender la violencia obstétrica como tal, debido a que nos abre la posibilidad que no son solos sujetos apartados quienes ejercen los diferentes tipos de violencia, si no que estos se encuentran al alero de la institución, como un ente del Estado.

Las prácticas de violencias institucionales pueden desarrollarse en los diferentes campos donde actúa el Estado con relación a la prevención, atención, y reparación del daño. Bumiller muestra la complementariedad que se produce con frecuencia entre las estructuras de “bienestar”, como los servicios sociales, y el sistema penal; los dos ámbitos configuran un espacio en el que se desempodera a las mujeres y en el que se establecen nuevas victimizaciones (Antígona, 2014, pág. 7).

En el caso de la violencia obstétrica, se visibiliza anulando la libre acción y decisión de la mujer para y con su cuerpo, con sus procesos naturales y biológicos, patologizándolos al mismo tiempo.

Confluyendo además un entramado multifactorial de la violencia institucional como violencia de género. En ese sentido, la violencia obstétrica es una forma específica de violencia contra las mujeres cometidas por el Estado y constituyen a una violación a los derechos humanos (Antígona, 2014).

Diversas leyes latinoamericanas han recogido esta propuesta y la han concretado en definiciones de violencia institucional, por ejemplo, la *Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia*, México de 2007. En el artículo 18 define la violencia institucional como los actos u omisiones de las y los servidores públicos de cualquier orden de gobierno que

discriminen o tengan como fin dilatar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, así como su acceso al disfrute de políticas públicas destinadas a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar los diferentes tipos de violencia (Antígona, 2014, pág. 3).

Es por ello, que la violencia institucional no sólo incluye aquellas manifestaciones de violencia contra las mujeres en las que el Estado es directamente responsable por su acción y omisión, sino también aquellos actos que muestran una pauta de discriminación o de obstáculos en el ejercicio y goce de derechos (Antígona, 2014).

Desde el ámbito de la salud, se mantiene dentro del lineamiento y el análisis de la violencia institucional, que son aquellos entes quienes principalmente deberían velar por el cumplimiento íntegro de las normativas, para la protección, erradicación y omisión de dichas vulneraciones, quienes no entregan instancias centradas en la protección, donde se vuelve patológico el embarazo, parto y post parto, anulando y deshumanizando procesos naturales.

La discusión acerca de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres tiende a orientarse con mayor publicidad respecto del aborto y la planificación familiar, pero poco se ha hablado en el plano jurídico respecto a los derechos en el proceso del parto: la violencia obstétrica se presenta como una de las modalidades de violencia más duras que pueden ejercerse contra las mujeres en un momento clave de sus vidas, que genera no sólo vulneraciones a la integridad física y síquica de la madre, si no también puede llegar a afectar el vínculo y la salud entre ella y la del recién nacido (Gallaegos, 2018, pág. 90).

### **Consecuencias de la violencia obstétrica**

Para entender de mejor manera aquellas consecuencias de la violencia obstétrica, es necesario desarrollar aquellos factores biológicos, psicosociales y psicológicos del proceso perinatal.

#### **Depresión perinatal**

La Depresión perinatal se presenta en la madre durante el embarazo o con posterioridad al parto y muestra características comunes con la depresión en otras etapas del ciclo vital. En relación a sus síntomas, han sido asociados a ella el cansancio, los sentimientos de soledad, la culpa y la sensación de pérdida de control (Leahy-Warren & McCarthy, 2007), pero la irritabilidad, el ánimo bajo, la labilidad emocional, la ansiedad y los trastornos del sueño, muchas veces han sido considerados parte de las vivencias normales del

embarazo (Halbreich & Karkun, 2006), lo que implica el riesgo de subdiagnosticar el trastorno durante el embarazo.

Para comprender el origen de los trastornos depresivos, Blöschl (1998) desarrolló un modelo etiológico y evolutivo, que los define como el producto de alteraciones en las relaciones de apego temprano, favorecidas por predisponentes biológicos y la estructura de personalidad. Estas alteraciones se perpetúan en forma de representaciones afectivas y cognitivas con un correlato comportamental, así como a través de un funcionamiento particular. El modelo plantea la existencia de factores psicológicos, psicosociales y biológicos que darían origen al síndrome depresivo, a partir de la desregulación de los mecanismos basales de adaptación.

Considerando el modelo de Blöschl, es posible identificar factores de riesgo para el desarrollo de depresión durante la gestación y el postparto en distintos niveles. Al analizar las variables sociodemográficas, algunos estudios muestran una asociación positiva entre depresión en el embarazo, ausencia de pareja, bajos ingresos, edades extremas de la madre y una inadecuada red de apoyo sociofamiliar (Bolton, Hughes, Turton & Sedgwick, 1998; Faisal-Cury & Rossi Menezes, 2007; Patel, Rodrigues & DeSouza, 2002). En relación a esta última variable, se ha descrito que el apoyo social percibido por las embarazadas puede determinar su nivel de bienestar (Spoozak, Gotman, Smith, Belanger & Yonkers, 2009), mostrando la evidencia una asociación entre depresión y la percepción de bajo apoyo social, emocional y práctico (Senturk, Abas, Berksun & Stewart, 2011). Algunas investigaciones sugieren que las redes de apoyo pueden actuar como un factor protector, amortiguando los efectos de condiciones de vida estresantes, aunque, una red extensa en condiciones precarias de vida podría también incrementar la sintomatología (Séguin, Potvin, St-Denis & Loiselle, 1995).

Se han descrito además factores de riesgo individuales asociados a vivencias específicas del embarazo, como son la falta de planificación, un embarazo no deseado y una excesiva ambivalencia frente a la maternidad (Bowen & Muhajarine, 2006).

Otro factor individual asociado a la aparición de trastornos depresivos es el patrón de apego de la madre, mostrando la evidencia que las mujeres embarazadas deprimidas, presentan con mayor frecuencia patrones inseguros (Murray, Stanley, Hooper, King & Fiori-Cowley, 1996; Olhaberry et al. 2014).

Por otro lado, ha sido ampliamente documentado el efecto negativo de las experiencias traumáticas en la infancia en la salud mental, como abuso sexual y maltrato físico, describiéndose una mayor propensión a padecer

sintomatología depresiva en quienes las han vivido, tanto en estudios nacionales como internacionales (Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé, 2015).

### **Vínculo Madre e Hijo**

De manera consistente las investigaciones han planteado que la presencia de psicopatología en la madre afecta negativamente el patrón de apego que establezca con el bebé. La literatura ha descrito una mayor incidencia de apegos inseguros en hijos/as de madres deprimidas (Martins & Gaffan, 2000), especialmente en aquellas que presentan depresiones de mayor severidad y cronicidad (McMahon, Barnett, Kowalenko & Tennant, 2006). Las madres depresivas muestran fallas en las habilidades para interactuar con sus bebés, frecuentemente agrupadas en dos polos. En uno, prima la hostilidad, la crítica y la intrusión y en el otro la evitación, la pasividad y la no responsividad frente a las ofertas comunicativas del niño, siendo ambos asociados a patrones inseguros de apego infantil. Sin embargo, algunas investigaciones destacan que el tipo de vinculación temprana y el patrón de apego no se transmitirían transgeneracionalmente de manera lineal, sino que participarían otros factores que podrían mediar y reducir los efectos de la psicopatología materna (Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé, 2015).

### **Identidad y Representaciones Maternas**

En este sentido, el nacimiento de un hijo implica, no sólo modificaciones físicas, sino también psicológicas y sociales. Estos cambios demandan el desarrollo de nuevas habilidades, asumir nuevas responsabilidades y enfrentar un nuevo rol social; exigencias que pueden generar altos niveles de estrés (Hobbs & Cole, 1976).

Algunos autores plantean que el mundo mental o representacional de una madre influirá en su estilo de relación o de acercamiento a los otros y, por ende, en el tipo de vínculo que desarrollará con su hijo/a. Las representaciones en relación con la maternidad son construidas desde el embarazo a partir de las experiencias interaccionales presentes y pasadas, las fantasías y los deseos, modificándose de manera importante desde el embarazo al parto, momento en que la madre contrasta sus fantasías con la realidad. Varían también según el contexto relacional en el que participa la madre y las interacciones actuales con su bebé, constituyendo la presencia (o ausencia) del padre u otros familiares, los modelos parentales, la relación con los pares, con las instituciones, y las creencias y estereotipos sociales; todos ellos factores influyentes en su construcción (Stern, 1997).

En este sentido al abordar la depresión, cobraría especial relevancia el comprender los cambios en la identidad materna generados a partir del nacimiento de un hijo como un producto de su contexto relacional considerando la representación que la madre tiene de sí misma en la interacción con otros (hijo/a, pareja, madre, familia, pares), y con las creencias y los estereotipos sociales y culturales vigentes.

### **EJE 3: NORMATIVA SANITARIA EN RELACIÓN CON LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

Como ya se aludiera en el capítulo anterior, la violencia obstétrica ha ido transmutándose con el paso del tiempo, tornándose en la actualidad como una práctica no generalizada al interior de los centros de salud pública.

Al contextualizar la violencia de cualquier tipo, es posible tipificar un marco regulador para frenar su avance y aparición en cualquier sociedad. En el siguiente capítulo se realizará un breve recorrido histórico en relación con el desarrollo normativo de los derechos de la mujer en torno a la vivencia de la etapa de gestación de un embarazo, parto y post parto, contextualizando finalmente, su evolución y posición en algunos países de América Latina que se han pronunciado al respecto.

#### **Derechos humanos y violencia obstétrica**

Desde hace más de tres décadas, la sociedad se ha ido manifestando en torno a los derechos humanos y las distintas áreas de la vida, siendo un foco de intervención lo relativo a la mujer, así conferencias llevadas a cabo como la **Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer** en 1979, la **Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer** (1993) en conjunto con la **Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer** (1995) y la **Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres “Convención Belem De Pará”** en 1996 (Nogueira Alcalá, 2003) han permitido no solo visualizar sino que alertar a la población, de la importancia del respeto a la diversidad de género, considerando la diversidad sexual y reproductiva como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales como la esencia que emana de la propia naturaleza humana (F. Belli, 2013, pág. 30) considerando la importancia de la mujer a nivel social, cultural y en especial, para el proceso de perpetuidad de la especie.

A partir de lo anterior y de las distintas normativas y leyes que la sociedad global ha instaurado para intentar proteger los derechos de las mujeres, es que podemos encontrar una serie de legislaciones que hacen

alusión a un trato respetuoso al momento de recibir atención médica durante, antes y después del embarazo. Sin embargo, a partir de la revisión bibliográfica, es posible entender, que estas normativas han ido apareciendo en medida que la sociedad, o en su defecto un grupo minoritario de esta ha manifestado y exigido a sus legisladores políticas públicas que hagan mención al respecto (F. Belli, 2013).

### **Normativa legal en relación con la violencia obstétrica en países de América Latina**

La lucha social en contra de la violencia obstétrica sufrida por cientos de mujeres en el ámbito internacional comenzó a divulgarse a mediados de 1980 con la concepción de que las mujeres tienen derechos durante el parto, lo que llevó a la institucionalización de evidencias sanitarias, legislaciones específicas y declaraciones de la Organización mundial de la Salud (OMS) en torno a la problemática emergente (Ramón Michel & Allori, 2017). A lo largo de la historia latinoamericana, este pronunciamiento data aproximadamente de la década del '90, a raíz de la divulgación de una serie de denuncias de mujeres y sus familias en torno a prácticas negligentes, toma de decisiones de terceros o profesionales médicos sin el consentimiento de la mujer (Gherardi, 2016). De esta forma, algunos años más tarde, Uruguay en el 2001, Argentina en 2004 y Brasil en 2005 se pronunciaron al respecto, enunciando leyes que garantizaran el derecho de la mujer a estar acompañada antes durante y después del parto además de fomentar el denominado “parto respetuoso” (Ramón Michel & Allori, 2017). En 2007, Venezuela fue uno de los primeros países en promulgar una ley específica para atender la violencia obstétrica, posteriormente le siguieron Argentina y México.

En el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CEPAL, 2013) uno de los acuerdos multilaterales principales para América Latina, radica en que todos sus integrantes se comprometieron a brindar y desarrollar una *atención obstétrica humanizada y de calidad*, sin embargo, en la actualidad según la misma CEPAL, pocos países han asegurado en sus prácticas, que los programas de formación del personal de salud se sensibilice en torno a la importancia del respeto de los derechos de la mujeres o han fomentado protocolos de atención que pongan límites a prácticas abusivas, ya sean de tipo verbal y/o psicológica que pueden originarse durante la atención del embarazo o parto.

A continuación, se detallará de manera general, los avances realizados en materia de derecho y legislación de algunos países de América Latina.

## Venezuela

En el año 2007, Venezuela se convirtió en el *primer país de Latino América en definir legalmente la violencia obstétrica y en tipificarla como delito*. En efecto, la **Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**, dictada en Caracas en 2007, reconoce la violencia en contra de las mujeres como un grave problema de salud pública y de violación sistemática de sus derechos humanos, evidenciándose de esta manera, los efectos de la discriminación y subordinación de la mujer por razones de género en la sociedad. (Lira Urzúa , 2018, pág. 107)

A partir de lo señalado anteriormente, la *Ley Orgánica estipula en el artículo 1º*, que la presente Ley tiene por objeto “*garantizar y promover el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, creando condiciones para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos, impulsando cambios en los patrones socioculturales que sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres, para favorecer la construcción de una sociedad justa democrática, participativa, paritaria y protagónica*”. (Instituto Nacional de la Mujer, 2007, pág. 15)

En consiguiente, se define la **violencia obstétrica**, como la “*apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico 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*” (Al Adib Mendiri, Ibáñez Bernález, Casado Blanco, & Santos Redondo, 2017).

## Argentina

En *Argentina*, el 25 de agosto de 2004 fue aprobada la Ley 25.929, respecto a la “*Protección del Embarazo y del Recién Nacido*”, conocida también con el nombre de “*Ley de Parto Humanizado*”, ésta no ofrece una definición de violencia obstétrica, sino, que establece el derecho de la mujer a un parto respetuoso de tiempos biológicos y psicológicos para evitar abusos, prácticas invasivas o medicalización innecesaria, tanto para la persona que habrá de nacer o para la propia parturienta (Quattrocchi, 2018).

Con posterioridad, en el año 2009, y nuevamente en Argentina fue aprobada la Ley 26.485 o “*Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*”. De acuerdo con esta nueva ley, la *violencia*

obstétrica, es considerada como un “*tipo de violencia en la que incurren no sólo los profesionales que intervienen durante el momento del parto, sino también a todo el personal que forma parte de un servicio y que tiene trato con la mujer gestante*”, también es entendida conceptualmente como “*a los actos en el contexto del parto y del nacimiento categorizados como violencia física o psicológica, debido al uso injustificado de intervenciones médicas, al trato deshumanizador y al abuso de patologización de los procesos naturales*”, refiriendo la norma a la especificación de que la violencia obstétrica no sólo implica violencia física, sino también violencia psíquica. (Al Adib Mendiri, Ibáñez Bernález, Casado Blanco, & Santos Redondo, 2017) (Quattrocchi, 2018).

Dentro de las disposiciones generales, el artículo 2°, señala que la presente *ley tiene por objeto promover y garantizar* (Ley de Protección Integral a las Mujeres , 2009):

- a) La eliminación de la discriminación entre mujeres y varones en todos los órdenes de la vida;
- b) El derecho de las mujeres a vivir una vida sin violencia;
- c) Las condiciones aptas para sensibilizar y prevenir, sancionar y erradicar la discriminación y la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones ya ámbitos;
- d) El desarrollo de políticas públicas de carácter interinstitucional sobre violencia contra las mujeres;
- e) La remoción de patrones socioculturales que promueven y sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres;
- f) El acceso a la justicia de las mujeres que padecen violencia;
- g) La asistencia integral a las mujeres que padecen violencia en las áreas estatales y privadas que realicen actividades programáticas destinadas a las mujeres y/o en los servicios especializados de violencia.

#### **México**

En abril de 2014, otro país americano, concretamente México, reconoció expresamente el esfuerzo para erradicar la violencia obstétrica como un desarrollo a favor de la igualdad de género, unificando sus criterios a los de otros países como Argentina o Venezuela, en la lucha contra una de las formas más frecuentes y desapercibidas de violencia (Ramón Michel & Allori, 2017). El Senado mejicano aprobó modificar la “*Ley de Igualdad entre Hombres y Mujeres y la Ley de Derecho de la Mujer a una Vida Libre de Violencia*”, a fin de ofrecer mayores garantías a las trabajadoras y mejorar la protección de la madre en la atención médica, ambas durante el embarazo, parto y puerperio, siendo por tanto posible castigar la violencia obstétrica al

tipificar como delito toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. (Al Adib Mendiri, Ibáñez Bernáñez, Casado Blanco, & Santos Redondo, 2017)

Entró en vigor -a nivel Federal – la **Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia**, la cual tiene por objeto establecer los principios y criterios que, desde la perspectiva de género, orienten las políticas públicas para reconocer, promover, proteger y garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia; así como establecer la coordinación interinstitucional para prevenir, atender, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres (Lira Urzúa , 2018, pág. 114). Es tipificado como delito toda acción u omisión por parte del personal médico y de salud que dañe, lastime, denigre o cause la muerte a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

### Chile

La realidad en nuestro país es bastante distante a las realidades expuestas con anterioridad, puesto que en Chile no existe una definición, ni otra clase de procedimiento específico para los casos de violencia obstétrica, ni siquiera se evidencia la existencia de documentos que contravienen, directamente, prácticas asociadas, o evidencia científica asociada a recomendaciones desde el Ministerio de Salud (Viñals L., 2014).

El Código de Ética del Colegio de Matronas de Chile, a su vez, tampoco aborda la temática en cuestión, mientras que, la Sociedad Chilena de Ginecología y Obstetricia, ha criticado todas las formas de violencia contra la mujer, exceptuando únicamente la de tipo obstétrica. A lo precedente se incorpora el Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género, la cual, tampoco promueve en sus campañas nacionales la visibilización de la violencia de género, mucho menos la relacionada con el parto respetuoso. (Viñals L., 2014)

Sin embargo, es posible realizar denuncias o visualización respecto a lo señalado anteriormente, a través del amparo de la *Ley 20.584*, siempre y cuando esta aluda a un procedimiento administrativo y posicionando el maltrato vivido, como un hecho aislado, es decir *“como una excepción producto del descuido o la negligencia, lo que minimiza su envergadura y naturaleza como forma sistemática de violencia de género”*. (Viñals L., 2014). La ley 20.584 *“regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”*. Esta ley establece estándares de la atención en salud, tanto en los establecimientos públicos como privados. Asimismo, estos derechos son, consecuentemente, aplicables

a las mujeres durante la atención del embarazo, el parto y el postparto (Instituto Nacional de Derechos Humanos, 2016).

Ahora, contextualizando el marco legal, y buscando normativas que puedan ir en beneficio de salvaguardar el respeto por un parto respetuoso desde el momento de quedar embarazada hasta el parto y posterior cuidado tanto de la madre y el recién nacido, llegamos al Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo.

La creación del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo, es definido por el Ministerio de Desarrollo Social como *“una política pública comprensiva, intersectorial y de múltiples componentes que consiste en un complejo sistema de intervenciones de carácter integral que brinda protección de acuerdo a las características y necesidades particulares del desarrollo de cada niño, niña y su familia, poniendo a su disposición múltiples servicios de apoyo, beneficios universales y diferenciados garantizados”* (Bedregal & Torres, 2013, pág. 1).

Chile Crece Contigo está dirigido a los niños y sus familias, desde la gestación hasta los 4 años, y ofrece intervenciones en el área de la salud (gestación, nacimiento y control del niño), educación preescolar (acceso a salas cunas y jardines infantiles gratuitos), subsidios y protección social. Cuenta con diferentes componentes, programas y herramientas de gestión para alcanzar sus objetivos. Pero uno de los aspectos centrales en su operación es el trabajo intersectorial y en red. La gestión intersectorial es un elemento estratégico de cualquier política que busca atender integralmente a niños y niñas. El desarrollo infantil temprano tiene múltiples dimensiones y no es posible pensar que una sola institución puede aborlarlas todas. Lo anterior supone complejidades y desafíos no menores a la hora de instalar y mantener una política de estas características (Bedregal & Torres, 2013).

Este programa, que opera en el sistema de salud pública, ha tomado entre sus bases y funcionamiento, el desarrollo de un trato responsable, respetuoso y oportuno en el desarrollo del embarazo, considerando no solo la intervención temprana en los niños, sino comenzando con el monitoreo y acompañamiento a la madre desde la etapa de gestación.

# ***Capítulo III***

## ***Marco Metodológico***

---

## DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

### Fundamentación de la temática de investigación

La investigación que se desarrollara tiene por objeto **analizar las experiencias respecto a la violencia obstétrica vivenciadas por las progenitoras de alumnos y alumnas de la Escuela República Argentina de la región de Valparaíso**, determinando aquellos factores que guardan concordancia con la temática y la vivencia personal de cada una de ellas.

La violencia obstétrica, se ha entendido y desarrollado dentro de la investigación teórica como una forma específica de violencia contra las mujeres que constituye una violación a los derechos humanos. Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto en los servicios de salud públicos y privados, y consiste en cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos (Tamés, 2015).

Esta puede ser practicada en cualquier mujer, sin incidencia del estrato social, contrario a lo que se cree popularmente, quienes han sido víctimas de ello están divididas dentro del sector público y privado de salud, dejando en evidencia que el nivel socioeconómico o educativo no es determinante en la praxis. Regina Tamés (2015), considera este tipo de maltrato como una violación a los derechos de las mujeres en los diferentes centros reproductivos de salud.

En los últimos años los casos de violencia obstétrica han aumentado, especialmente en aquellos países que no cuentan con redes de apoyo para tratar o tipificar este tipo de violencia.

En Latinoamérica, Venezuela fue el primer país en tipificar la violencia obstétrica y en otorgar tratamiento jurídico. En 2007 se promulgó la “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, donde el artículo 51 puntualiza el concepto de violencia obstétrica y establece sanciones administrativas a quienes la ejerzan.

En el caso de Argentina fue el año 2009 en el artículo 6, sección (e) de la “Ley 26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres”.

En el año 2014 el senado de México aprobó tres dictámenes que modificaron el artículo 6 de la “Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia”.

En Chile, este tema no ha sido desarrollado a cabalidad, ni tipificado como agravante en las negligencias de los equipos médicos de los servicios de salud, debido a la normalización de prácticas violentas, vulnerando la integridad física y psicológica de aquellas mujeres. A medida que se ha generado el debate desde la libre disposición de los procesos biológicos y el control ejercido de manera estatal para el control de la natalidad, se comienza a generar conciencia respecto al tema (Osmer, 2019).

El año 2017, el Observatorio de Violencia Obstétrica en Chile (OVO), realiza el primer cuestionario enfocado en la experiencia del nacimiento en el país, entrevistando a 11.357 mujeres con hijos nacidos entre los años 1970 y 2017.

Dentro de las principales cifras entregadas por el estudio llama la atención que en menos del 20% de los partos en Chile la madre está 30 minutos con su hijo, tiempo que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) debería ser idealmente de una hora. Además un 43% de las mujeres, que dieron a luz en hospitales manifestaron que el personal de salud no respondió a dudas, la desatendieron o acallaron, mientras un 20% de mujeres vivió esto en clínicas privadas; un 73% de las mujeres tuvieron restricción de líquidos y alimentos en hospitales públicos y un 61% en clínicas privadas, un 54% tuvo privación de acompañante en algún momento en el sistema público y un 21% en el privado, entre otras situaciones que revelan prácticas e intervenciones desaconsejadas durante el nacimiento, por los protocolos creados por organizaciones como la OMS y Chile Crece Contigo (Observatorio de la Violencia Obstétrica, 2018).

A partir de los antecedentes, informes y el escaso desarrollo a nivel gubernamental respecto a la violencia obstétrica, surge como necesidad el abordar la temática desde el Trabajo Social, su quehacer desde el ámbito de la salud y la atención temprana y, en conjunto con la pesquisa, poder prevenir y sancionar estas malas prácticas, las cuales vulneran directamente la salud reproductiva de la mujer, como lo estipula el Código de Ética Profesional (2014) en el artículo 4° que busca promover la dignidad y el valor de las personas.

Actualmente, se sitúa el quehacer profesional dentro del programa de Chile Crece contigo, el cual está dirigido a los niños, niñas y sus familias, desde la gestación hasta los 4 años, ofreciendo intervenciones en el área de salud,

preescolar, subsidios y protección social. Fomentando y potenciando el buen trato, los procedimientos respetuosos, responsables y oportunos desde la gestación (Torres, 2013). Es el equipo multidisciplinario de los servicios médicos el principal encargado en velar por el cumplimiento de sus principales ejes.

Al centrar la investigación en aquellas progenitoras apoderadas de la Escuela República Argentina, genera una instancia donde la entrevistada es protagonista de la experiencia de manera tardía, debido a que su vivencia supedita de al menos 5 años aproximadamente de haber sido atendida en los diferentes servicios del sistema de salud respecto al área ginecológica, abordando la temática de manera personal, analítica y crítica, y a su vez reflejándola en los proceso de embarazo, parto, post parto y sus proyecciones en la crianza.

Lo anterior, permite evidenciar la necesidad de llevar a cabo un estudio de visibilización de la violencia obstétrica, debido a la escasez en teorías, artículos y documentos desde la perspectiva social. Asimismo, al ejecutar un análisis centrado en la temática propuesta, a través de bibliografías, artículos científicos, papers, foros y, los relatos expresados por las mujeres, se prevé obtener como resultados un enfoque social de la violencia obstétrica, ligado directamente al accionar de Trabajo Social.

### **Fundamentación metodológica**

La presente investigación se enmarca en un paradigma **cualitativo**. El enfoque cualitativo se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados (Hernández Sampieri, Fernández Collado , & Baptista Lucio , 2014).

Dicha perspectiva se basa en la recolección de datos no estandarizados ni predeterminados completamente. Patton (2011) define los datos cualitativos como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones. (Hernández Sampieri, Fernández Collado , & Baptista Lucio , 2014, págs. 8-9).

Cuenya y Ruetti (2010) consideran que el estudio cualitativo busca comprender los fenómenos dentro de su ambiente usual, utilizando como datos descripciones de situaciones, eventos, personas, interacciones, documentos, etc.

Producto de lo anterior, se opta por la realización de un estudio cualitativo, a modo de captar descriptivamente las experiencias de las apoderadas de la Escuela República Argentina de la región de Valparaíso

respecto a la violencia obstétrica, con el objetivo de analizar dichos relatos y cómo el fenómeno es vivenciado e interpretado por cada participante de la investigación.

### Enfoque metodológico

Por los motivos anteriormente señalados, es que la presente investigación ha sido construida desde un paradigma cualitativo, a través de un **diseño narrativo**, el cual consiste en entender la sucesión de hechos, situaciones, fenómenos, procesos y eventos donde se involucran pensamientos, sentimientos, emociones e interacciones, a través de las vivencias contadas por quienes los experimentaron. Se centran en “narrativas”, entendidas como historias de participantes relatadas o proyectadas y registradas en diversos medios que describen un evento o un conjunto de eventos conectados cronológicamente (Czarniawaka, 2004) (Hernández Sampieri, Fernández Collado , & Baptista Lucio , 2014, págs. 487-488).

El enfoque narrativo, se preocupa de plasmar la problemática de la violencia obstétrica de manera cronológica por parte de los sujetos de investigación, considerando dicho fenómeno en tres momentos contiguos: **embarazo, parto y post parto**. Es por ello, que la investigación se enfoca en la violencia ejercida por el personal de salud en los períodos mencionados y así mismo, en la experiencia vivida por las mujeres en dicho contexto.

Mertens (2010) divide los estudios narrativos en: **a) de tópicos** (enfocados en una temática, suceso o fenómeno), **b) biográficos** (de una persona, grupo o comunidad; sin incluir la narración de los participantes “en vivo”, ya sea porque fallecieron o no recuerdan a causa de su edad avanzada o enfermedad, o son inaccesibles), y **c) autobiográficos** (de una persona, grupo o comunidad incluyendo testimonios orales “en vivo” de los actores participantes) (Hernández Sampieri, Fernández Collado , & Baptista Lucio , 2014, pág. 490).

De acuerdo con las tipologías citadas en el fragmento anterior, se ha considerado necesario abordar la temática desde el modelo de **tópicos**, enfocados en la violencia obstétrica como foco de estudio, debido a la escasa información que existe en la actualidad ligada directamente con el área social.

Por tanto, prevalece en la presente investigación el sujeto en su totalidad y lo que ellas proporcionarán a través de su experiencia, para formar, validar o desechar conocimientos de la temática en estudio.

## ✚ Sistemas de Objetivos

### Pregunta de investigación

*¿Cuáles son las experiencias respecto a la violencia obstétrica vivenciadas por las progenitoras de alumnos y alumnas de la Escuela República Argentina de la región de Valparaíso?*

### Objetivos de Investigación

#### Objetivo General

“Analizar las **experiencias respecto a la violencia obstétrica** vivenciadas por las progenitoras de alumnos y alumnas de la Escuela República Argentina de la Región de Valparaíso”.

#### Objetivos Específicos

1. Identificar las **manifestaciones** de violencia obstétrica durante el embarazo parto y post parto, por las progenitoras de los alumnos y alumnas de la Escuela República Argentina de la región de Valparaíso.
2. Analizar desde una perspectiva de género los **factores** que influyen en la violencia obstétrica durante el embarazo parto y post parto, según los relatos de las progenitoras de los alumnos y alumnas de la Escuela República Argentina de la región de Valparaíso.
3. Reconocer las **consecuencias** de la violencia obstétrica durante el embarazo parto y post parto, por las progenitoras de los alumnos y alumnas de la Escuela República Argentina de la región de Valparaíso.
4. Analizar las experiencias de violencia obstétrica relacionadas con **normativas sanitarias** durante el embarazo parto y post parto, por las progenitoras de los alumnos y alumnas de la Escuela República Argentina de la región de Valparaíso.

### Delimitación de la investigación cualitativa

La presente investigación cualitativa se desarrollará en torno a las experiencias de madres apoderadas de los y las alumnas de la Escuela República Argentina de la Región de Valparaíso.

## ✚ Colectivo de Investigación

- **Colectivo Principal:** Madres apoderadas de alumnos y alumnas de la Escuela República Argentina de la Región de Valparaíso.

### ✚ Criterios de Inclusión Colectivo

#### Criterios de Inclusión:

- ✓ Las madres apoderadas deben expresar el deseo libre y voluntario de participar en el proceso de Investigación Cualitativo.
- ✓ Las madres apoderadas son mayores de 18 años.
- ✓ Las madres apoderadas hayan atendido su proceso de embarazo y/o parto dentro del sistema público o privado de salud chileno.
- ✓ Las madres son apoderadas de al menos un alumno o alumna perteneciente al ciclo Pre Básico y/o Primer Ciclo Básico.

#### Criterios de Exclusión:

- ✗ Apoderadas que no sean madres de los alumnos y alumnas de la Escuela República Argentina (abuelas, hermanas, tías, madrinas, vecinas u otro tipo de parentesco).

### ✚ Muestra

La muestra se entiende como un “*grupo de personas, eventos, sucesos, comunidades, etc., sobre el cual se habrán de recolectar los datos, sin que necesariamente sea estadísticamente representativo del universo o población que se estudia*”. (Hernández Sampieri, Fernández Collado , & Baptista Lucio , 2014, pág. 384)

El tipo de muestra utilizada para el presente proyecto de investigación será **no probabilístico o dirigidas**, cuya finalidad no es la generalización en términos de probabilidad. También se les conoce como “guiadas por uno o varios propósitos”, pues la elección de los elementos depende de razones relacionadas con las características de la investigación (Ragin, 2013, Saumure y Given, 2008 y Palys, 2008) (Hernández Sampieri, Fernández Collado , & Baptista Lucio , 2014).

#### Muestra:

- ✗ La muestra para la siguiente investigación, son madres apoderadas de la Escuela República Argentina, las cuales mayoritariamente son dueñas de casa, trabajadoras dependientes y/o independientes, además de contar con previsión de salud y recibir atención en los sistemas públicos como privados.

### ✚ Saturación de la temática

Este enfoque nos permite definir el tamaño de la muestra cualitativa, el número de unidades elegidas dentro de ciertas condiciones metodológicas y cuyos resultados representan el colectivo, es decir, el objeto de estudio. Además, el punto de saturación del conocimiento es el examen sucesivo de casos que van cubriendo las relaciones del objeto social, de tal forma que, a partir de una cantidad determinada, los nuevos casos tienden a repetir, es decir, saturar el contenido que se obtiene del conocimiento.

### ✚ Técnicas con fines de investigación cualitativa

Las técnicas por utilizar para el levantamiento de datos e información en el proceso de investigación corresponden a:

La **entrevista**, ya que es más íntima, flexible y abierta. Como sostienen Pollit y Hungler (1998) “la vía más directa para saber lo que piensan, sienten, o creen las personas radica en preguntarlo”. La técnica de entrevista le permite al investigador acceder a datos que no se pueden obtener de otra forma.

Se define como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). En la entrevista, a través de las preguntas y respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema (Janesick, 1998).

Las entrevistas se dividen en estructuradas, semiestructuradas y no estructuradas o abiertas (Ryen, 2013; y Grinnell y Unrau, 2011).

En la presente investigación, los instrumentos de recolección de datos que se han considerado pertinentes son:

- **Entrevista semiestructurada**; basándose en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 403).
- **Análisis documental**; consiste en la revisión de documentos, materiales y artefactos diversos. Entrega elementos útiles para entender el fenómeno central del estudio y en conjunto, expone antecedentes del ambiente que engloba el objeto de investigación, así como las vivencias o situaciones que se producen en él y su funcionamiento cotidiano y anormal (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 415). Para obtener dichas referencias se contará en primer lugar con el insumo obtenido de las

entrevistas transcritas, la revisión de noticias relacionadas a la temática y, además, papers o documentos con teoría complementaria al marco teórico, la cual aporte a la fundamentación del análisis a realizar.

### Plan de análisis

#### + Técnica de análisis de contenido

La técnica de análisis de contenido se basa en “la interpretación de textos, ya sea escritos, grabados, filmados u otra forma diferente donde puedan existir toda clase de registros de datos, transcripción de entrevistas, discursos, protocolos de observación, documentos, videos”. (Cáceres , 2003)

Respecto al enfoque de investigación cualitativo, el **análisis de contenido** busca, no sólo circunscribirse a la interpretación del contenido manifiesto del material analizado, sino que debe profundizar en su contenido latente y en el contexto social donde se desarrolla el mensaje.

El procedimiento por realizar consiste en una secuencia de 7 pasos pertinentes para el análisis de la información recopilada durante el proceso de investigación.

**Tabla N°4:** Técnicas de análisis de contenido.

<b>1. Preparar los datos para el análisis</b>	Transcripción de las entrevistas grabadas y conformación del perfil general de las entrevistadas.
<b>2. Revisión en conjunto de los datos (lectura y observación)</b>	Obtención de un panorama general de los insumos para el análisis.
<b>3. Descubrir la(s) unidad(es) de análisis</b>	Selección de fragmentos de las entrevistas que serán objeto para el análisis.
<b>4. Codificación de las unidades. Primer nivel</b>	Clasificar los fragmentos según las primeras categorías de análisis (violencia de género, violencia obstétrica y normativa sanitaria en relación con el estudio).
<b>5. Describir las categorías codificadas que emergieron del primer nivel</b>	Conceptualización. Definiciones. Significados. Ejemplos.
<b>6. Codificación de las categorías. Segundo nivel</b>	Agrupar categorías codificadas en temas y patrones. Relacionar las categorías. Conformación de subcategorías.

	Ejemplificar temas, variables y relaciones con fragmentos de análisis.
<b>7. Generar explicaciones y conclusiones reflexivas</b>	Cabe mencionar que los procesos de investigación cualitativos tienen por principal objeto la conformación de conocimiento por medio de la experiencia en primera persona de aquellos sujetos de estudio. Lo que permitirá exponer conclusiones y reflexiones en cuanto a la temática, metodología y profesión.

(Fuente: Elaboración propia, 2019)

El proceso descrito para el análisis de los datos recopilados es iterativo y simultáneo en todo momento desde la recolección de los datos hasta el punto número siete y último correspondiente a la generación de teorías, hipótesis y explicaciones.

#### **Consideraciones éticas**

La presente investigación se levantará en colaboración a madres apoderadas de los y las alumnas de la Escuela República Argentina como informantes, mediante sus relatos, por lo cual es imprescindible establecer consideraciones éticas, con miras a resguardar la probidad en los procesos de obtención, transcripción, orden y análisis de información.

La investigación cualitativa reconoce la subjetividad de las personas como parte constitutiva de su proceso indagador. Ello implica que las ideologías, las identidades y los elementos de la cultura impregnan todas las fases de la investigación. La ética cualitativa busca el acercamiento a la realidad del ser humano de manera holística y con mínima intrusión, otorgando libertad a los participantes y considerándolos sujetos, no objetos de estudio. (Noreña A. A.-M., 2012, pág. 269)

A continuación, se exponen algunos criterios éticos esenciales en la investigación cualitativa:

**Tabla N°5:** Principales criterios éticos relacionados con la investigación cualitativa.

<b>Consentimiento informado</b>	Los participantes deben estar de acuerdo con ser informantes y conocer sus derechos y responsabilidades.  De acuerdo con la presente investigación se hará entrega de un consentimiento informado a las
---------------------------------	---

	<p>mujeres participantes, adquiriendo una copia ambas partes.</p>
<b>Confidencialidad</b>	<p>Asegurar la protección de la identidad de las personas que participan como informantes de la investigación.</p> <p>Se respetará el principio de confidencialidad estipulado en el consentimiento informado, resguardando la identidad de las mujeres entrevistadas, a través de seudónimos tipo, para la elaboración de los análisis.</p>
<b>Manejo de riesgos</b>	<p>Este requisito tiene relación con los principios de no maleficencia y beneficencia establecidos para hacer investigación con seres humanos.</p> <p>Se expondrá de manera concreta los objetivos y finalidad de la investigación en curso, manteniendo un respaldo en el consentimiento informado.</p>
<b>Observación Participante</b>	<p>La incursión del investigador en el campo exige una responsabilidad ética por los efectos y las consecuencias que pueden derivarse de la interacción establecida con los sujetos participantes del estudio.</p> <p>Para el transcurso y desarrollo de la aplicación del instrumento, se permitirá que él o la entrevistadora pueda modificar y/o explicar las preguntas o temas a tratar.</p>
<b>Entrevistas</b>	<p>Se trata de una interacción social donde no se deben provocar actitudes que condicionen las respuestas de los participantes.</p> <p>El instrumento por utilizar será una entrevista semi estructurada, que permita respuestas abiertas de manera libre y sin intencionalidad en las preguntas (neutralidad).</p>
<b>Grabaciones de audio o video</b>	<p>Deben resguardarse en archivos confidenciales y el investigador necesita ser cauteloso anteponiendo la confidencialidad, el respeto y el anonimato de los participantes.</p> <p>Se mantendrán respaldos a través de audios grabados en las entrevistas, con el fin de mantener la información recabada, y a su vez,</p>

	éste no será expuesto, sino uso exclusivo para el análisis de la investigación.
--	---

(Fuente: *Aplicabilidad de los Criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa*, 2012.)

### ✚ Criterios de rigor en la investigación

El rigor es un concepto transversal en el desarrollo de un proyecto de investigación y permite valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación, y de las técnicas de análisis para la obtención y el procedimiento de los datos (Noreña, Alcaraz Moreno , Rojas, & Rebolledo Malpica, 2012, pág. 265).

La fiabilidad y la validez son cualidades esenciales que deben tener las pruebas o los instrumentos de carácter científico para la recogida de datos (Noreña, Alcaraz Moreno , Rojas, & Rebolledo Malpica, 2012, pág. 266) los cuales soportan el rigor de la investigación cualitativa. A través de la aplicación de los criterios de rigor, la presente investigación busca validar la información obtenida.

**Tabla N°6:** *Criterios de rigor en la investigación cualitativa.*

<b>Criterios</b>	<b>Características del Criterio</b>	<b>Procedimientos</b>
<b>Credibilidad</b>  <b>Valor de la verdad/ autenticidad</b>	Aproximaciones de los resultados de una investigación frente al fenómeno observado.	- Los resultados son reconocidos “verdaderos” por los participantes. - Observación continua y prolongada del fenómeno. - Triangulación.
<b>Transferibilidad</b>  <b>Aplicabilidad</b>	Los resultados derivados de la investigación cualitativa no son generalizables sino transferibles.	- Descripción detallada del contexto y de los participantes. - Muestreo teórico. - Recogida exhaustiva de datos.
<b>Consistencia</b>  <b>Dependencia/ replicabilidad</b>	La complejidad de la investigación cualitativa dificulta la estabilidad de los datos. Tampoco es posible la	- Triangulación. - Empleo de evaluador externo. - Descripción detallada del proceso de recogida,

	replicabilidad exacta del estudio.	análisis e interpretación de los datos. - Reflexividad del investigador.
<b>Confirmabilidad o reflexividad</b>  <b>Neutralidad/ objetividad</b>	Los resultados de la investigación deben garantizar la veracidad de las descripciones realizadas por los participantes.	- Transcripciones textuales de las entrevistas. - Contrastación de los resultados con la literatura existente. - Revisión de hallazgos por otros investigadores. - Identificación y descripción de limitaciones y alcances del investigador.
<b>Relevancia</b>	Permite evaluar el logro de los objetivos planteados y saber si se obtuvo un mejor conocimiento del fenómeno de estudio.	- Configuración de nuevos planteamientos teóricos o conceptuales. - Comprensión amplia del fenómeno. - Correspondencia entre la justificación y los resultados obtenidos.
<b>Adecuación teórico-epistemológica</b>	Correspondencia adecuada del problema por investigar y la teoría existente.	- Contrastación de la pregunta con los métodos. - Ajustes de diseño.

(Fuente: Aplicabilidad de los Criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa, 2012.)

### **PAUTA DE ENTREVISTA**

1. ¿Podría decir por favor su nombre, edad, estado civil, número de hijos, en qué curso(s) asiste(n), qué edad tiene(n)? ¿Cuál es su nivel de estudios, profesión u actividad que realiza actualmente?
2. ¿Podría contarnos qué previsión de salud posee? ¿A qué centros de salud asiste Ud. y su familia en caso de control, enfermedad o urgencias? ¿Qué opina de la atención entregada?
3. ¿A qué edad Ud. tuvo a su hijo (a)? ¿En qué centro de salud controló su embarazo? ¿Dónde nació su hijo (a)?
4. ¿Cómo fue la atención otorgada por el Cesfam donde se atendió su hijo (a)?
5. ¿Podría relatar el momento en el cual Ud. se enteró que estaba embarazada?
6. ¿Cómo fue el proceso de contar su embarazo a sus cercanos? ¿Podrías mencionar las personas más significativas durante su proceso de embarazo?
7. ¿Recuerda Ud. cuáles fueron los procedimientos médicos que se llevaron a cabo para el control de su embarazo? Respecto a los cuidados que le brindó el equipo de salud ¿Cómo los evaluarías?
8. ¿Recuerdas cómo fue su primera ecografía? ¿Cómo fue sentirlo (a) por primera vez? ¿Recuerda cuando se enteró del sexo de su hijo (a)?
9. ¿Cómo considera Ud. que evolucionó su estado anímico durante su proceso de embarazo? ¿Existió un acompañamiento psicológico durante esta etapa?
10. ¿Nos podría contar cómo Ud. imaginaba que sería su proceso de embarazo?
11. ¿Cómo fue el trato recibido por parte del equipo de salud que la acompañó durante su embarazo? ¿Recuerda de qué manera se dirigían hacia Ud.? (uso de diminutivos, apodos) ¿Cree Ud. que este trato es adecuado o inadecuado?
12. ¿Crees que socialmente existen expectativas de la mujer en su rol materno? ¿Crees que tu familia tenía ciertas expectativas hacia Ud. como madre? ¿Cuáles eran las expectativas propias de ejercer su rol materno?
13. En el proceso de parto, ¿Podría relatar las horas previas a comenzar el trabajo de parto y/o cesáreas?

14. Nos podrías relatar cuáles fueron los procedimientos que se llevaron a cabo durante su parto? (episiotomía, epidural, raspaje, rotura de membrana fórceps, tacto vaginal, monitoreo fetal, maniobra de Kristeller, entre otros)
15. ¿Cómo fue el primer contacto con su hijo?
16. De acuerdo con su experiencia ¿Quién crees Ud. que mantuvo un rol protagónico en este proceso?
17. ¿Cómo fue el proceso de comenzar la lactancia?
18. ¿Cómo fue la primera noche con su hijo (a) en el hospital?
19. ¿Cómo describiría su estancia en el centro de salud?
20. ¿Podría relatarnos el momento en que la dieron de alta? ¿Cómo fue su llegada al hogar ya con su hijo (a)?
21. ¿Cómo fue su experiencia durante los posteriores controles post parto? ¿Cómo se sentía dentro de ese espacio?
22. De acuerdo con su experiencia, ¿Existió un acompañamiento psicológico en el desarrollo de los controles post parto?
23. En lo personal, ¿Cómo reaccionabas tú cuando tu hijo por ejemplo lloraba, se quejaba, pedía atención?
24. ¿Cómo fue el proceso de generar un vínculo emocional con su hijo (a)?
25. ¿Podría mencionar en qué momento se empezó a sentir madre?
26. ¿En algún momento dudó de sus capacidades como madre? ¿Creíste que eras capaz de causarle algún daño, de que algo le pudiera pasar por su responsabilidad?
27. ¿Crees tú como mujer o que las mujeres en general son capaces de elegir libremente de sus proceso reproductivos u obstétricos?
28. ¿Qué entiende Ud. por parto respetuoso?
29. ¿Qué entiende Ud. por violencia obstétrica?
30. ¿Crees que es necesaria la incorporación de leyes centradas en la protección de la salud reproductiva de la mujer? ¿Cuál cree Ud. que debería ser el principal objetivo de estas leyes?
31. ¿Cómo evaluarías la información que entrega el Cesfam, o los centros de salud en general respecto a la mujer y sus procesos obstétricos?

32. ¿Qué información maneja respecto al Programa Chile Crece Contigo?

33. ¿Qué opinión general te merece el sistema de salud en Chile?

33. ¿Qué opinas sobre la atención obstétrica en Chile?

34. ¿Existe algún tema o aspecto que no se hubiese tratado en la entrevista y que quisieras comentar?

***Muchas gracias.***

### Consentimiento Informado

Yo \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_ declaro explícitamente mi aprobación para ser entrevistada con fines académicos enmarcados en la fase de levantamiento de información correspondiente al Proyecto de Título de estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, bajo responsabilidad académica de la Profesora guía Ketty Cazorla Becerra (correo electrónico de contacto [ketty.cazorla@uv.cl](mailto:ketty.cazorla@uv.cl)).

La actividad tiene por objeto: *Analizar las experiencias respecto a la violencia obstétrica vivenciadas por las progenitoras de alumnos y alumnas de la Escuela República Argentina de la Región de Valparaíso.*

La entrevista se basará en una conversación relacionada al logro del objetivo del proyecto, la cual tendrá una duración de 90 y 120 minutos. La entrevista será grabada en audio por la persona entrevistadora. Declaro estar al tanto que mi entrevista quedará a disposición de la investigación de proyecto de título y permitirá conocer en profundidad detalles respecto del objetivo del proyecto.

Además, la persona entrevistadora me ha informado que mi participación en la investigación no reporta ningún tipo de riesgo para mí, así también que no recibiré ningún tipo de beneficio o incentivo económico por mi participación, aunque si podré recibir una copia de los productos generados del proyecto, si es que los solicito. Me han informado que mi participación es voluntaria, que tengo derecho a negarme a responder cualquier pregunta que no deseo responder y también que puedo terminar la entrevista en cualquier momento. Mi participación será anónima y el resguardo de mi nombre será asegurado a través del uso de un pseudónimo o de un código.

A la vez, esta información puede ser guardada indefinidamente y podrá ser reutilizada en cualquier circunstancia que la académica responsable y el equipo de trabajo estime conveniente, resguardando los términos de confidencialidad pactados por ambas partes. Doy por entendido que acepto las condiciones que se estipulan y que firmo este documento en duplicado, quedando una copia en mi poder.

Acepto conceder y grabar la entrevista.

<b>NOMBRE ENTREVISTADA</b>	
<b>FIRMA</b>	
<b>LUGAR, FECHA</b>	

# ***Capítulo IV***

## ***Análisis de Resultados***

---

## Análisis Objetivo Específico N° 1

Identificar las **manifestaciones** de violencia obstétrica durante el embarazo parto y post parto, por las progenitoras de los alumnos y alumnas de la Escuela República Argentina de la región de Valparaíso.

Las principales manifestaciones entorno a la violencia obstétrica en el proceso de embarazo, parto y post parto, además de la violencia ejercida en el desarrollo sexual y reproductivo de la mujer, han sido identificadas a través de los relatos de las participantes centradas principalmente en **la dimensión física, dimensión psicológica y la dimensión de desarrollo sexual y reproductivo**, las tres categorías mencionadas tienen una directa relación con la información proporcionada en el marco teórico, elaborado en los acápites anteriores, permitiendo detallar los hallazgos en cada dimensión.

### **DIMENSIÓN FÍSICA DE LAS MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

Con respecto a las manifestaciones de violencia obstétrica inferidas en la presente investigación, se alude a la realización de prácticas invasivas por parte del equipo de salud en directa relación con su cuerpo, principalmente se mencionan: la prolongación del periodo de embarazo, el raspaje de útero sin anestesia, las mujeres entrevistadas que tuvieron un “parto normal”; parieron en posición supina y con las piernas levantadas, lo cual no es una posición biológicamente adecuada, ni facilita el proceso de parto, ya que, va en contra de la ley de gravedad, donde la madre no cuenta con una ayuda natural para parir en posición horizontal, señalando además el uso de oxitocina en el parto, y de prácticas más invasivas que sufren las mujeres, como la realización de la maniobra de Kristeller y episiotomía en algunos casos, este corresponde a una incisión que se practica en la pared vaginal y el periné de la mujer, para agrandar la abertura vaginal y facilitar el parto.

*“(...) me hicieron el tajo, pero al parecer no era suficiente para sacarlo, y le entro aire al útero, entonces los doctores dicen “parece que le entró aire”, y el otro le dice “sí, quiero un tirón, y me rajan con las mismas manos”, con el corte que me hicieron no fue suficiente, tuvieron que abrirme más, o sea, rajan (...)” Entrevista 12*

Pese a que los servicios de salud cuentan con los instrumentos necesarios para llevar a cabo una incisión, ocurren actos como el expuesto en el fragmento anterior, que evidencia una acción violenta por parte del equipo de salud, ya que no están frente a un objeto que pueden romper fácilmente con sus manos, sino que están frente a un ser humano que siente todas las

maniobras que realizan en su cuerpo, lo cual sitúa a la mujer como un objeto de intervención y no como un sujeto de derecho en salud.

*“Yo empecé a pujar tan fuerte que salió, y después de eso la matrona me cosió súper mal y me dejó un pedacito de carne, y después cuando me fueron a ver, tenía súper hinchado al otro día... fue muy bruta, me cosía, me tiraba, y después cuando tenía a mi hijo en el pecho, yo recuerdo que pescaron una jeringa y así en la pierna “taa”, ni siquiera permiso, altiro, entonces fue como muy agresivo todo.” Entrevista 6*

La incisión como la suturación, serían acciones claves para evidenciar las negligencias expuestas en los relatos, debido a que las malas prácticas que la pudiesen acompañar generarían daños directos en el cuerpo de la mujer, retardando la recuperación y/o exponiéndolas al riesgo de contraer algún tipo de infección, propiciando un daño directo en el cuerpo de la mujer.

Lo anterior coincide con lo dicho por algunos autores que plantean que el error médico es el más importante factor causal de eventos adversos o consecuencias indeseadas del proceso de atención médica, en estos casos hablaremos de negligencia médica, entendido por la Real Academia Española, como descuido, falta de cuidado y/o falta de aplicación, por lo cual es un acto mal realizado por parte del equipo de salud que se desvía de los estándares aceptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), causando alguna lesión en las mujeres en el embarazo, parto y post parto.

La dimensión física para el análisis será entendida, además, como el no respetar los tiempos ni procesos biológicos de la mujer, prolongando el proceso gestacional, lo cual repercutiría directamente en la posibilidad de sufrir un parto de alto riesgo.

*“(...) me hicieron la última ecografía a las cuarenta semanas, me dijeron que no, que me iban a dejar hasta las cuarenta y dos, ahí me dejaron hasta las cuarenta y dos (...) ahí en el hospital me vieron que mi hija estaba inhalando meconio, pero en el momento no me lo dijeron (...) no me gustaría que pasara más, que, te dejen tanto tiempo estar con tu embarazo, porque a las 38, 39 semanas una guagua ya puede nacer.”  
Entrevista 7*

Un parto de alto riesgo implica directamente a la madre y al hijo o hija, debido a que se ven expuestas sus vidas al momento del nacimiento, la entrevistada vivencia la prolongación de su parto hasta la semana 42, negando

la posibilidad de realizar una cesárea, entendiéndose que desde la semana 38 se considera un embarazo de término.

La aspiración meconial sería una de las consecuencias de la prolongación gestacional, pero no es la única, debido a que dentro de los casos más difundidos por graves negligencia en tratos obstétricos y que exigen una ley llamada “Ley Trinidad”, es una joven de 19 años, que tenía un embarazo de más de 40 semanas cuando comenzó su trabajo de parto, sin embargo, la primera vez que asiste al servicio de salud, es devuelta a su casa por “no encontrarse lista para el parto” según el personal médico que la recibe. El presente relato, en el cual el servicio de salud no le prestó la atención correspondiente en el momento oportuno, retrasando un parto que se pudo haber realizado, a esto sumamos que no le auscultaron los latidos de su hija, generando que de forma tardía se dieran cuenta que el bebé se encontraba sin signos vitales (El Desconcierto, 2017).

Existe un cuestionamiento a las decisiones que toma el equipo de salud, ya que no se prevé las consecuencias que pueden producir su accionar ante situaciones que tienen un riesgo más alto que otros, el fragmento citado anteriormente, pudo haber sido una historia totalmente diferente, la hija de la mujer entrevistada, estuvo al borde de la muerte, debido a la inhalación de meconio por la prolongación del embarazo.

Por consiguiente, las entrevistas realizadas a las progenitoras permiten evidenciar que las experiencias recabadas en la presente investigación no resultan hechos aislados, sino que guardan coincidencia con estudios y relatos publicados en diferentes medios, fortaleciendo la información recabada en el marco teórico y la pesquisa del trabajo de campo.

### **DIMENSIÓN PSICOLÓGICA DE LAS MANIFESTACIONES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

El segundo tipo de manifestación de violencia obstétrica se relaciona con la dimensión psicológica, los relatos aluden a un trato deshumanizado cuando se requiere atención en un transcurso de una práctica profesional, a través de la omisión de información sobre la evolución de su parto, posibilidad de tratos despectivos; los cuales se traducen en la utilización de un lenguaje inapropiado, burlas sobre el estado o cuerpo de la mujer, críticas por manifestar emociones como dolor y alegría durante el parto, la no proporción de información a la mujer. Asimismo, obstaculizar el apego precoz del recién nacido con su madre, y, sobre todo, la imposibilidad de plantear temores e inquietudes durante el proceso de embarazo y parto.

Lo señalado anteriormente, son componentes que desglosan un tipo de maltrato, y que tienen como base las experiencias relatadas por determinadas mujeres en un proceso recóndito de sus vidas. En ese sentido, la información recabada, es organizada en dos subcategorías: **omisión de información y el trato deshumanizado** por parte del equipo de salud que integra el sistema público y privado.

#### Omisión de Información

Para el análisis de la siguiente subcategoría, la omisión de información será entendida como la no proporción de información de manera atingente a la mujer, respecto a su cuerpo, su proceso de embarazo, y el estado de salud tanto de ella como de su hijo o hija.

La violencia obstétrica puede adquirir múltiples formas, ya sea acciones concretas u omisiones. El negar información, es una acción violenta que genera daño, inquietud, tristeza, e inseguridad en la madre.

*“Me dice la doctora, “no, yo no te puedo decir nada, ninguna cosa”, y yo le suplicaba, lloraba, por favor dígame, usted puede llamar, “no, tu marido tiene que darte la información.” Entrevista 7*

La omisión de información en el precedente fragmento se expondría como la negación de antecedentes respecto al estado de salud y evolución de su hija, vivenciando minutos de angustia e incertidumbre. En este caso, la madre se encontraba hospitalizada en el centro de salud, sin posibilidad de dirigirse al área de neonatología de la clínica a la cual habrían derivado a su hija, ya que no contaban con espacio suficiente para ser internada dentro del mismo centro de salud asistencial.

Se sitúa a los funcionarios del sistema de salud como entes principales de entrega de información respecto a todos los protocolos, y procedimientos que se llevan a cabo dentro de Hospitales, Clínicas, Centro de Salud Familiar (CESFAM) y Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

La evidencia de lo investigado por el grupo, coincide con las publicaciones científicas que señalan que en Chile ocho de cada cien niño que nacen son prematuros (González, 2018), casos como aquellos en su mayoría son partos de urgencia, donde las mujeres expresan su angustia y dolor debido a la incertidumbre del estado de sus hijos e hijas y la escaza información que se entrega.

Otra arista para comprender la omisión de información se relaciona directamente al estado de salud de la mujer por parte del equipo de salud, los

cuales no explicarían la evolución y recuperación de la mujer, posterior al nacimiento del hijo o hija.

*“(...) cuando llegaba el doctor, fue como, lo más terrible que me pasó, que él llegaba y estaba al pie de mi camilla una mesita, y había como un informe, y el doctor llegaba, abría el informe, leía, me miraba, y te hacía un movimiento de cabeza, y se iba, no me decía nada, y yo decía cuando voy a conocer a mi hijo, si él va, mira, dice no, y se va (...) Entrevista 2*

Siguiendo la línea anterior, se repite una situación de nula entrega de información por parte del equipo de salud, donde no existe una comunicación que genere tranquilidad en la madre respecto al estado de su hijo o hija, además del propio estado de salud.

Situaciones como éstas se repiten constantemente dentro del sistema de salud, sin embargo, es necesario recalcar la subjetividad de los relatos y de las experiencias vivenciadas por las mujeres.

*“Los doctores que la trataban siempre eran súper amables, bueno igual es un espacio súper controlado, sólo entra el papá y la mamá, hay que lavarse las manos y toda la cosa. Ahí el personal cuando uno pregunta algo, ya sea médico y de enfermera le entregaban la información, fueron amables.” Entrevista 3*

La cita mencionada, alude a una entrega de información oportuna y desde un buen trato, asociado a la empatía y amabilidad de un proceso complejo para los padres, por lo cual se proporciona una adecuada atención que responde a sus necesidades.

Es por ello, que resulta relevante contraponer los fragmentos citados anteriormente, con un relato que experimenta un acompañamiento positivo en los procesos vivenciados por la entrevistada y una entrega oportuna de la información.

*“Bien completa, no, entrar en el detalle de repente tu llegai y te atienden mal porque hay gente y gente, ya, todos tienen días y días, pero en general la información es completa, basta que uno busque también, porque tampoco puedes ser tan cómodo, o sea, tú te metí a una página y sale todo, tu metes la pregunta que quieras a Google y te sale todo, todo lo que tú quieres saber, entonces, yo creo que la información es completa, y en un centro hospitalario tu siempre entrai y está lleno de información y por ese lado yo creo que está súper”. Entrevista 9*

Dentro de las experiencias recabadas, surgen relatos sobre la atención limitada que entregan los funcionarios, producto del cansancio, o estado de ánimo por motivos personales, reduciendo la información que estos deben proporcionar a las personas, además, se expresa de manera positiva, la información que se plasman en diarios murales, afiches, entre otros, se manifiesta una pertinente entrega de información, considerando, además, que es relevante la participación activa de las personas en la búsqueda de información, dentro de los diferentes medios, esto permite una ayuda complementaria o simplemente cubre el déficit de la desinformación por algunos servicios de salud.

El trabajo de campo llevado a cabo, respecto a la presente investigación, permite evidenciar dos caras de la moneda, por un lado, relatos que coinciden con una escasa información proporcionada por el equipo de salud, donde se omite y se vulnera el derecho a informar durante la estancia de las personas en los establecimientos públicos, y, por otro lado, se rescatan experiencias favorables existiendo una entrega efectiva de información a las mujeres, tanto de sus propios estados de salud, como el de sus hijos o hijas.

#### **Trato deshumanizado**

El maltrato psicológico, condiciona el actuar de las mujeres, privando su libertad de ser y de expresarse en un ambiente desfavorable, lo que limita una buena atención, y conlleva a un trato peyorativo y humillante por parte de ciertos funcionarios del equipo de salud.

*“(...) la matrona me dice “tú eres la gritona”, y yo le dije “eh no, que yo me acuerde no grite”... y dijo, “si po, tu eres la gritona, la que estaba con la mamá y que gritaba sáquenmela guagua”... y yo dije “no, si yo estaba con mi pareja”, y la paramédico le dice, “no, si la del final es la gritona, después le decimos”. Entrevista 5*

La entrevistada expone en su relato, que, al momento de realizar los controles rutinarios dentro del puerperio, una matrona decide colocarle un apodo de manera despectiva, y aprovecha la instancia para recriminar su sentir dentro del parto. Cabe acentuar, que las emociones y sentires que acompañan el nacimiento de un hijo o hija no deben ser condicionadas como positivas o negativas, menos condenadas por el sufrimiento o el dolor.

Luego la matrona al darse cuenta de que aquella mujer no era la persona a la cual se refería, logra recordar e identificar cual era realmente la mujer que habían apodado como “la gritona”, para luego recriminarla en el momento de realizar su control rutinario.

El fragmento citado se vincula directamente con lo recabado en el acápite del marco teórico, ya que, la dimensión psicológica, incorpora un trato despectivo, burlas y críticas por manifestar emociones como alegría o dolor durante el parto. No obstante, la Ley 20.584 estipula el derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia. Y, asimismo, el buen trato o trato digno es entendido como un énfasis transversal que involucra a autoridades, directivos y trabajadores, en pro de una atención digna, inclusiva, humana y de calidad (Ministerio de Salud, 2017).

Es por ello, que lo vivenciado por las mujeres, conlleva a una falta de empatía por parte del equipo de salud que altera la ética profesional, donde existe en ocasiones una indiferencia en el sentir de las mujeres, en un proceso que perciben de máxima vulnerabilidad.

Dentro del maltrato psicológico que existe por parte del equipo de salud, en ocasiones son expresadas a través de un trato burlesco sobre el estado o cuerpo de las mujeres, siendo este irrespetuoso u ofensivo.

*“Lo que pasa es que estaban en la camilla, entonces con una sábana abajo te toman para pasarte a la otra camilla. Entonces dijeron “ya, para la próxima bebé que tenga, tiene que pesar veinte kilos menos”. Entonces como que me reí, después pensé “oh que son pesados”. Porque es su pega, aparte hay gente más gorda ahí.” Entrevista 3*

Se evidencian comentarios inapropiados por parte del equipo de salud que prepara a la mujer para el momento del parto, surgiendo burlas por el peso de su cuerpo. En primera instancia, la mujer ríe de la situación, pero logra reaccionar y darse cuenta de la ironía que ejercieron de su sobrepeso, sin embargo, en el momento no manifiesta su descontento, ya que, no se

encontraba en condiciones de expresar su sentir sobre aquel comentario inadecuado.

Sin embargo, la entrevistada señala, que en la actualidad logra identificar y reflexionar sobre aquella situación en particular que vivió, debido a que en el momento lo deja pasar y lo siente como un comentario más dentro del contexto que se encontraba inmersa. El catalogar esta vivencia como inapropiada aflora en el momento de narrar su historia con altura de mira y un poco más de objetividad.

La falta de empatía que altera la ética profesional se hace presente en diversos relatos, repitiéndose historias marcadas por tratos inapropiados, entre ellos, cuando las mujeres realizan sus controles y seguimientos en el sistema privado, pero en momentos de urgencia deben asistir al servicio público, el trato entregado por el equipo de salud se convierte en un maltrato psicológico dirigiéndose a las mujeres de manera despectiva por el sólo hecho de haber parido en clínica.

*“(...) antes de los partos me trataron súper bien, pero después de los partos, súper mal, me decían, “ah bueno no le gustó ir a tener la guagüita a una clínica, ahora se aguanta”, entonces, yo callada porque uno en ese momento está súper vulnerable, yo lo único que hacía era llorar, lo único que hacía, parecía tonta, lloraba, lloraba, ah pero a usted le gustó tener la guagüita en una clínica po, con doctor privado o no, ah se aguanta nomás po, y me limpiaban fuerte, me dolía, y yo no decía nada, nada (...)”. Entrevista 9*

Entre los relatos manifestados por las mujeres, se insiste en los cambios que percibieron en su proceso de parto, donde fueron recibidas con un trato digno por parte del equipo de salud, y la atención fue adecuada en primera instancia, sin embargo, en el fragmento citado, se evidencia que en el proceso post parto y recuperación de la mujer, el trato tiene un cambio abrupto, debido a que la mujer señala que la decisión de parir en clínica nace a raíz de prever un posible maltrato en aquel proceso tan anhelado, no obstante siempre mantuvo sus controles en el sistema público. Producto de una infección que se origina en la incisión de la cesárea, debe dirigirse de urgencia al Hospital, ya que la situación era tan compleja, que si no era atendida de forma inmediata pasaría a una septicemia, es en ese momento cuando brotan tratos inadecuados hacia la entrevistada.

La cita precedente, refleja no sólo un maltrato psicológico a través de comentarios contraproducentes hacia la mujer, sino también se origina un maltrato físico, acompañado de un violento procedimiento por parte de ciertas personas que conforman los equipos de salud.

Los malos tratos no solo están condicionados hacia aquellas mujeres que son violentadas verbalmente, empleando apodosos por su sentir, burlas por el cuerpo o aquellas que tuvieron a sus hijos o hijas en clínica y son criticadas en el sistema público, sino que también se evidencian narraciones donde no existe una comunicación directa entre el equipo de salud y las mujeres, quienes esperan respuestas e información de su estado de salud como también el de sus hijos e hijas.

*“(...) de repente llega el doctor que ni te habla y como que expone frente a ti, así como que tú estás ahí y viene y dice con un grupo gigante de practicantes “Bueno ella tiene treinta y cuatro semanas, no sé qué, bla bla bla” y tú estás ahí como “Hola, ¿puede informarme a mí?”. Entrevista 8*

La entrevistada manifiesta que ella como mujer pasa a un segundo plano en el momento que ingresa el equipo de salud, ya que se prioriza informar a los estudiantes en práctica en vez de comunicar directamente a la mujer sobre su estado de salud.

Se interpreta un sentir de invisibilización dentro de este medio, surgiendo momentos de angustia, donde no se considera su actuar, su sentir y el proceso que está pronto por vivir, vulnerando su presencia y minimizando su estancia, como una mujer más que va a parir.

Se transforma al ser humano como un objeto de intervención siendo un número más en esa larga lista de personas que han pasado por los pasillos de servicios privados y públicos, por lo cual se olvida que hay una persona, una mujer, desbordada de miedo, alegría, tristeza, expectativas, y un sinfín de sentimientos que afloran en aquellos momentos, la cual espera y requiere de una contención adecuada de quienes participan de manera activa del proceso.

Asimismo, el trato en ocasiones está cubierto de diminutivos que generalizan a las mujeres dentro de los sistemas de salud, olvidando que tienen un nombre que las representa y las identifica como únicas, y no una “mamita” más.

*“Me decían mamita. Mamita esto, no sé qué. Creo que casi nunca decían mi nombre, era como, mamita” (...) yo siento que como desde cualquier servicio uno debiese tratar a la gente por su nombre, porque en el fondo es el trato que uno debiese tener por...y aparte mamita, mamita, cualquiera. Entrevista 8*

La entrevistada en su relato, considera inapropiado la forma en la cual se dirigió hacia ella el equipo de salud, entendiendo que llamarla “mamita” sería un apodo peyorativo y ofensivo hacia las mujeres, donde se disfraza con un concepto amigable una invisibilización de la mujer dentro del espacio de salud.

Lo anterior guarda concordancia con la Ley 20.584, la cual estipula en el párrafo del Derecho a un trato digno, que “las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre” (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2012). Se infiere, que utilizar diminutivos como el “mamita”, estandariza a todas las mujeres dentro de un mismo margen, sin considerar que cada mujer es diferente e independiente, por lo cual, las atenciones en salud están guiadas por protocolos que no visibiliza al individuo como tal, sino que pertenecen a un círculo de iguales. El lenguaje crea realidades y además estigmatiza al ser humano.

*Eres mamá así que, venga para acá mamita, así con cuidado, y ya después como, pasa mucho, en el consultorio por lo menos, que ya era la ¡mamita! entonces era como mucho más cariñoso el trato, mucho más amable y riguroso (...) Entrevista 5*

La presente cita, la conforma el mismo diminutivo que el señalado anteriormente, sin embargo, la interpretación se transforma hacia una mirada positiva del trato por parte de los funcionarios de salud, considerando el “mamita” como apropiado y más cercano.

Es por ello, que se infiere que existe una alta normalización, de acciones tanto físicas como verbales, que han acompañado el vivir de las personas durante largos procesos de sus vidas. Resulta adecuado practicar lo que estipula la normativa entorno al trato, sin embargo, se asocia a un tema de subjetividad que lo acompaña, es decir, referirse como “mamita” a una mujer, será analizado de forma positiva o negativa dependiendo del receptor del mensaje, pero, por otra parte, la utilización del nombre de la mujer será adecuado y no pasará a llevar o transgredir ninguna susceptibilidad.

Los fragmentos anteriores reflejan maltratos psicológicos que van desde el ignorar o invisibilizar a las mujeres hasta la normalización de ciertos diminutivos como positivos o negativos dependiendo de la apreciación de las mujeres. Sin embargo, cabe mencionar, que existen vivencias aisladas de buenos tratos en todo el periodo de embarazo, parto y post parto, destacando un criterio profesional positivo en las etapas de máxima vulnerabilidad que está expuesta la mujer.

*“(...) hubo cambio de turno a las ocho de la mañana, y ahí llegó otra matrona y fue otra historia, de verdad que fue súper amable, nos pasó como unas mantitas, algo caliente para la espalda, un guatero, nos decía que no solamente podíamos estar acostados, que podía caminar (...) y fue otra historia, como que yo ahí puedo hacer la diferencia de un buen acompañamiento durante el parto y un mal acompañamiento durante el parto. Entrevista 5*

La entrevistada expone el cambio que vive en su parto, señalando dos experiencias totalmente diferentes, por un lado, se dirige hacia una matrona como “la matrona cruel”, quien no presta sus servicios de una manera ética, y, por otro lado, la llegada de una matrona más joven que la asiste desde sus conocimientos profesionales y humanos, proporcionando el apoyo necesario, cuidados y consejos durante el parto, empatizando con el dolor que estaba experimentando en ese momento la entrevistada.

El fragmento anterior permite contrastar el quehacer entorno al criterio profesional ya que el trato cambia notoriamente, permitiendo que la mujer logre sentirse en un espacio más placentero y con un trato afable por parte de la matrona. Se infiere, que el cansancio, saturación del sistema, poco personal y los largos turnos de trabajo, conllevan en ocasiones a olvidar un criterio profesional adecuado y desencadena en la mecanización del sistema, es decir, dejan de ver a la persona como ser humano y la contemplan como otro procedimiento más.

La presente cita, contradice los fragmentos anteriores, y demuestra que el criterio y vocación si marca la diferencia entre un trato digno y un trato inadecuado por parte del equipo de salud, donde existen personas empáticas, y que cumplen con la ley de deberes y derechos, que no sólo va dirigida a que la sociedad debe respetar a los funcionarios de los sistemas públicos y privados, sino que también a los derechos que tienen todos y todas en los servicios de salud en Chile.

## DIMENSIÓN DEL DESARROLLO SEXUAL Y REPRODUCTIVO DE LA MUJER

Otra de la manifestación identificada en la presente investigación, es la violencia ejercida en el desarrollo sexual y reproductivo de las mujeres, 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.

Entre los diversos relatos expuestos por las mujeres, surgen manifestaciones respecto a la esterilización forzada, negar el acceso a mecanismos anticonceptivos, no atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas y la colocación de dispositivos anticonceptivos sin el consentimiento de la mujer (métodos anticonceptivos forzados).

Dentro de los relatos se alude a una esterilización que no fue planificada con tiempo, sino que fue planteada por el equipo de salud en el momento del parto, donde existe un nivel de persuasión hacia la mujer para que tome una decisión, en un momento completamente inadecuado, además se considera que, en el momento del parto, existe un alto nivel de vulnerabilidad.

*“Me operaron altiro para no tener más hijos, me hicieron firmar el documento, y acepté (...) cuando te dicen, no puedes tener más hijos, porque tienes no sé, cualquier problema, tome firme acá, igual es como fuerte para uno, porque, nosotros queríamos tener más.” Entrevista 11*

La entrevistada manifiesta como un momento doloroso cuando le comunicaron que la mejor decisión que podía tomar era operarse en el momento de la cesárea para no tener más hijos, ya que, debido a un diagnóstico médico, sus futuros hijos o hijas tendrían un riesgo mayor de ser prematuros, es decir, el tiempo de gestación se disminuiría cada vez más. Lo anterior es una decisión que fue planteada por el equipo de salud, y a su vez aceptada por la mujer “voluntariamente”, en el mismo momento que le hicieron la cesárea para tener a su hijo.

Este diagnóstico médico, alude a una malformación en la placenta de la mujer, lo que genera una escasa alimentación hacia el feto, y se adelante el parto. Esta condición, no cuenta con un tratamiento o cirugía, además se ve afectada la placenta por la cantidad de embarazos que experimente la mujer teniendo como consecuencias posibles abortos espontáneos y/o nacimientos prematuros (25 semanas gestacionales aproximadamente).

La mujer en su relato expone haber sido diagnosticada con la malformación en su placenta, a través, de una ecografía realizada en el

sistema privado, sin embargo, el equipo de salud del hospital que la atendió, estaba informado de los antecedentes anteriores que había sufrido la mujer en su primer embarazo, por lo cual, se infiere que faltó la instancia de informar previamente las consecuencias que se hubiesen ocasionado al tener más hijos o hijas, y no haber entregado aquel antecedente tan importante en el momento del parto.

Es por ello, que se plantea la falta de instancias previas para dialogar una decisión que podría ser evaluada en el transcurso del embarazo, y así poder decidir en conjunto, desde la perspectiva del equipo de salud, como el deseo y opción de la mujer de qué hacer con su cuerpo.

Lo señalado previamente, conlleva a emplear el concepto de **autonomía** entendiendo ésta como el valor a las opiniones y elecciones de las personas, una condición de ejercer libremente. Se ha sostenido sobre este principio de autonomía que “el respeto por las personas incorpora al menos dos convicciones éticas: primero, que los individuos deberían ser tratados como entes autónomos, y segundo, que las personas cuya autonomía está disminuida deben ser objeto de protección” (Minyersky & Flah).

Se considera que la esterilización es una opción de planificación efectiva para muchas mujeres, sin embargo, cuando se realiza sin el consentimiento previo y plenamente informado de ellas, es una grave violación de sus derechos humanos y específicamente de su salud y derechos sexuales y reproductivos. La esterilización forzada, involucra extraer o inhabilitar quirúrgicamente los órganos reproductivos sin un consentimiento pleno o informado, lo cual, es una clara violación a la integridad corporal y la autonomía (Colekessian, 2013).

Es imprescindible respetar las decisiones y voluntades que optan las mujeres sobre su cuerpo, sexualidad y reproducción, sin embargo, entre los relatos recabados, se encuentran dos historias de vidas que se unen de manera contradictoria, por un lado, se somete a la mujer a tomar una decisión en un momento inoportuno, y, por otro lado, aquella mujer decidida en no tener más hijos, no lo permiten por factores externos o internos del establecimiento de salud.

*“(…) por ser en el hospital, a mí me pasó con mi segunda hija, yo me quise operar para no tener más hijos, llevaba todos mis papeles, y no me dejaron, porque no había anestésista, y de mi hija menor, también llevaba todos mis papeles, pero como fue un parto normal, y tan rápido, por lo que pasó, no se pudo hacer nada.” Entrevista 7*

Decidir no tener más hijos o hijas, es una opción respetada y libre que tiene cada mujer, sin embargo, en ocasiones el servicio de salud, no cuenta con las condiciones básicas necesarias que permitan efectuar la petición de las mujeres, por lo cual, surge una contradicción entre el fragmento anterior donde la mujer debe tomar una decisión en el momento del parto para ser operada, y en este otro caso, aquella mujer que se presenta en el sistema de salud, con una decisión clara y meditada, con toda la documentación que se exige para llevar a cabo un procedimiento como lo es la esterilización, pero por falta de personal, recursos o situaciones fortuitas, conlleva a no ser aceptada.

Como se ha mencionado, la esterilización forzada o el no respetar la voluntad de las mujeres, son un tipo de violencia ejercido en el desarrollo sexual y reproductivo de éstas, sin embargo, también se considera violento el forzar o imponer métodos anticonceptivos en mujeres que no desean incorporar en su cuerpo hormonas que desestabilizan su libertad de sólo ser ellas.

*“No. Por ejemplo, yo que soy una bipolar que se supone no se tiene que reproducir mucho, están desesperados por meterme un método anticonceptivo (...)” Entrevista 4*

El fragmento refiere sobre la opción clara que tiene la entrevistada de continuar sin métodos anticonceptivos que anulen su sentir mujer, ésta expresa su bienestar que ha experimentado tras la suspensión del método luego de haber parido a su hijo menor, a esto se incorpora el deseo de vivir su sexualidad libre de hormonas que limitan el placer natural, no obstante, el centro de salud donde realiza sus controles rutinarios, creen que lo más factible por su condición de bipolaridad, es estar con un tratamiento de métodos anticonceptivos.

La entrevistada es consciente de la complejidad de un embarazo con una patología psiquiátrica, sin embargo, decide en conjunto con su pareja vivir una salud sexual y reproductiva responsable, donde deja de ser la única en tener la obligación de cuidarse, por lo cual, será su pareja quien se realice una vasectomía con el fin de disminuir la posibilidad de un futuro embarazo, y que la mujer pueda vivir su sexualidad de manera libre. Además, en este caso se entiende la salud reproductiva como un eje centrado en la familia, pareja y no sólo en la mujer.

Lo citado anteriormente, evidencia que existen casos de mujeres que, al padecer una condición psiquiátrica, el servicio de salud considera

imprescindible la colocación de dispositivos anticonceptivos, ya que es parte del protocolo a llevar a cabo, sin embargo, se invisibiliza el sentir de la mujer, el dialogar qué le provoca un método anticonceptivos, cuáles son los efectos positivos y negativos que pueden provocar con la combinación de los medicamentos del tratamiento de la bipolaridad, o simplemente charlar y abrirse a la posibilidad de que no quiere intoxicar más su cuerpo con hormonas que impiden conocer de manera libre y natural el actuar de sus procesos biológicos.

De esta manera, las experiencias anteriores plasmadas, se relacionan a una manifestación de violencia ejercida en el desarrollo sexual y reproductivo de la mujer, lo cual conllevan a la anulación de la autonomía que tienen las mujeres en su actuar sobre su cuerpo. Las percepciones citadas son subjetivas de acuerdo con las vivencias de cada entrevistada, por ello, es importante incorporar aquella apreciación positiva del sistema de salud sobre cómo se aborda la implementación de elegir libremente como mujer autónoma.

*“Yo creo que sí se tiene la libertad, y en la salud pública lo que hace más que nada es aconsejarte y decirte cuales son los caminos correctos o no, pero uno es el que tiene la última palabra, porque yo creo que por ese lado uno tiene la decisión.” Entrevista 9*

La cita precedente, contiene una visión positiva que existe en el sistema de salud, de ejercer protocolos de seguimiento y propuestas de una gama de métodos anticonceptivos, donde las mujeres son libres de decidir por su salud y reproducción sexual.

El empoderamiento es considerado como un “conjunto de procesos, centrado alrededor del núcleo de desarrollo de confianza, autoestima, sentido de la capacidad individual o grupal para realizar acciones de cambio y dignidad” (Riaño Marín & Okali, 2008). El sentirse una persona autónoma y empoderada de sus acciones, permite ser consciente de la capacidad y el derecho que tienen las mujeres en participar como sujeto protagonista de los diversos procesos sexuales y reproductivos propios.

## Análisis Objetivo Específico N° 2

Analizar desde una perspectiva de género los **factores** que influyen en la violencia obstétrica durante el embarazo parto y post parto, según los relatos de las progenitoras de los alumnos y alumnas de la Escuela República Argentina de la región de Valparaíso.

Durante la recolección de información se evidenciaron los factores que inciden en la violencia obstétrica, los cuales en concordancia con los descritos en el marco teórico desglosan las categorías bajo las cuales se pueden analizar dichos factores. Dicha categorización considera tres tópicos: asimetría entre hombres y mujeres que influyen en la violencia obstétrica, asimetría médico-paciente y control estatal de los procesos reproductivos.

Para realizar un análisis de aquellos factores, es necesario partir por aquellos que contextualizan a la mujer en una determinada posición dentro de los servicios de salud y, por ende, en qué condiciones de protección y vulnerabilidad es recibida por el sistema.

### ASIMETRÍA ENTRE HOMBRES Y MUJERES QUE INFLUYEN EN LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La sociedad actual vista desde un enfoque de género muestra cómo el hombre ha sido posicionado en un escalafón privilegiado de ella, teniendo a su favor derechos, libertades y oportunidades en desmedro del resto de los géneros que comparten con él un espacio en sociedad. Debido a esto, las mujeres tienen de manera inherente una posición desigual en su entorno, lo cual influye en las condiciones bajo las cuales vivencian su proceso de maternidad en diversos ámbitos (familia, estudios, trabajo, servicios, etc.)

*“como que la mujer tiene que saber ser mamá, como que la mamá tiene que ser paciente, la mamá tiene que ser calmada, es como un peso grande que le ponen a uno al momento de quedar embarazada (...) pero se podría decir que no nacimos hechas para hacer eso, al final se aprende, pero aún así sigue siendo complicado.” Entrevista 2*

Las entrevistadas caracterizan a la maternidad por una parte en base a la propia experiencia y por otra, según las concepciones atribuidas por la sociedad en las cuales la mujer posee capacidades inherentes para ejercer la maternidad. En este sentido, la sociedad fusiona las características de ser madre y mujer, atribuyendo de por sí a las últimas como personas capaces de ejercer la maternidad plenamente, invisibilizando el proceso emocional que

conlleva un embarazo, parto y posterior cuidado del recién nacido, invisibilizando el proceso de aprendizaje para cuidarlo o acentuando las condiciones de vulnerabilidad que viven las mujeres pertenecientes a una sociedad patriarcal.

*“Yo sabía que estaba embarazada pero no quería contar nomás, porque en mi trabajo, segunda vez que quedaba embarazada en cuatro años, pensé que se lo iban a tomar mal.” Entrevista 12*

En el ámbito laboral y estudiantil, la condición de embarazo significó para las entrevistadas un riesgo para su estabilidad laboral o académica, que en algunos casos sí se concretó como la interrupción de una carrera universitaria. Gómez (2014) en un estudio sobre trabajo y flexibilidad laboral en Chile, vislumbró situaciones de vulnerabilidad en el embarazo que se traducen en una precarización de las condiciones laborales como la no contratación de mujeres, la no entrega de beneficios para honorarios e irregularidades en la protección del embarazo a contratas. Así mismo considera que las leyes a favor de la protección de la maternidad son insuficientes en el ámbito laboral para prevenir prácticas discriminatorias.

*“Igual, aunque uno trabaje yo veo y soy parte de eso, como que se asume que la mamá es la que cuida a los niños, la encargada de, la que va a las reuniones, la que la lleva al doctor, la que está a cargo de los niños, aunque haya un papá presente.” Entrevista 3*

Hay una condición desigual de las madres en relación con los padres la cual trasciende el ámbito biológico, incorporando mayores responsabilidades en la mujer respecto a la crianza, mayor presión de la sociedad respecto al buen ejercicio de la maternidad y mayores condiciones de vulnerabilidad en ámbitos como educación, trabajo y salud.

El machismo se hace presente en la maternidad, carga una mayor responsabilidad a las mujeres en el ámbito reproductivo, involucrando el proceso de embarazo, la anticoncepción y la crianza. Bajo esta forma de ver aquellos procesos puede afirmarse que la mujer ingresa a los servicios de salud en una situación de vulnerabilidad, donde en distintos ámbitos de su vida está experimentando situaciones de desigualdad y discriminación, por lo cual no está exenta ni completamente protegida de ser víctima de violencia obstétrica por parte de las instituciones de salud.

## ASIMETRÍA MÉDICO-PACIENTE

El proceso de parto, atendido casi exclusivamente por parteras hasta el siglo XIX en Chile pasó paulatinamente a ser llevado a cabo por matronas las cuales fueron instruidas por médicos y transformaron la forma en la cual eran llevados a cabo los nacimientos, acercándose a la asistencia pública. (Zárate, 2007)

Haciendo una analogía con la posición de la mujer en la sociedad patriarcal, el sistema de salud dentro de sí manifiesta relaciones de poder entre usuarios y personal, lo cual se acentúa según el grado jerárquico que posean. Ante esto las mujeres están supeditadas a las normas del sistema de salud, lo que provoca situaciones que pueden resultar en una vulneración de derechos de estas.

### **Excesiva intervención médica**

Se relaciona con un uso desmedido, innecesario o riesgoso de procedimientos médicos ya sea uso de fármacos o procedimientos que tengan como consecuencia un menoscabo, malestar o daño en la mujer gestante, parturienta o puérpera.

Principalmente es el momento del parto en el cual aparecen situaciones de excesiva intervención médica, en el cual las mujeres se sienten invadidas o incómodas en distintos momentos del parto.

*“La posición como de estar acostada todo el rato como que dificulta mucho más el proceso de parto porque es una antigravedad en el fondo, no existen, así como... como que hay muchas otras posiciones en que tú podrías estar y que en el fondo facilitarían y estarías más cómoda en ese proceso. Pero como yo igual estaba como conectada a muchas cosas, como que no me dejaban, así como pararme, entonces tenía que estar todo el rato acostada.” Entrevista 8*

El proceso de parto para ser llevado a los hospitales debe adaptarse a los procedimientos médicos disponibles en las instituciones de salud, a modo que el personal pueda atender eficazmente el nacimiento. Esta manera de realizar los procedimientos no necesariamente se condice con el sentir o comodidad de las mujeres próximas a dar a luz, lo que para ellas significaría no poder amenizar el proceso y tampoco poder apropiarse de la situación más de lo permitido por el personal médico.

*“Bueno en una me paré y me decían siéntese, aquí nosotros no tenemos parto vertical, pero yo no era por parto vertical, era que me dolía sentarme no era una onda mística.” Entrevista 4*

En este sentido, no debe considerarse a la intervención médica como algo perjudicial, pues se caería en el sesgo de considerar solo el lado negativo. Lo que se visualiza a través de la lectura de los relatos es que dentro del parto institucionalizado se manifiestan las limitaciones que imponen los recintos de salud hacia las usuarias, las cuales dependen de la flexibilidad que puedan dar los mismos. Esta flexibilidad está ligada a la infraestructura, al personal y a la capacidad que tenga cada recinto de entregar una atención segura a cada usuaria.

*“Entonces la matrona me dice ya, hagamos una cosa, usted se sienta y yo pongo lo más que pueda inclinada la silla para que usted se siente (...) Con un umbral que uno está como efervescente y ella me dice con mucho cariño por favor siéntese, yo me comprometo a inclinar un poco la silla.”  
Entrevista 4*

El personal de salud tiene el deber de actuar siempre dentro de los márgenes permitidos por la institución lo que implica que, si ésta no permite que una usuaria pueda caminar para aminorar su dolor, por ejemplo, el equipo de salud negará dicha opción y quedará a criterio profesional ofrecer otras alternativas.

*“Fueron fríos, sí, muy fríos, todo así calculadores, una más que iba a tener un hijo, ya, todo rápido, “y te voy a dilatar, te voy a romper la bolsa”, me metieron una cuestión, y rápido y frío, yo me quería sentar un poco porque tenía mucho dolor de parto, y no, “déjenla acostá...” “pero si me duele, no aguanto”, y “no, ahí te sentai”, te ponen la epidural y todo rápido, y frío po. Entrevista 6*

Desde una perspectiva de ofrecer opciones más amenas desde lo institucional, se apunta a que también haya un trato humanizado, es decir, respetando el sentir manifestado por las usuarias. Desde las experiencias recabadas surgieron testimonios que manifestaban un miedo a expresar dolor o incomodidad a ciertas profesionales por la actitud hostil hacia las usuarias,

la invisibilización de su opinión y/o manifestación de sentimientos y la falta de instancias de acompañamiento por parte de seres queridos.

Dichas situaciones en las cuales la excesiva intervención médica causan un perjuicio en el bienestar de la mujer constituyen manifestaciones de violencia obstétrica cuyo origen puede ser propias de la relación médico - paciente o, si se quiere ampliar, desde la institución de salud. Basta recalcar que este análisis apunta a una insuficiencia del sistema de salud para hacer menos invasivos los procedimientos o en su defecto, ampliar el abanico de alternativas para mantener el bienestar físico y mental de la mujer.

### Anulación de la Mujer

Retomando la óptica de la relación médico-paciente surge otro aspecto resultante de dicha interacción: la anulación de la persona por parte del servicio de salud. Se alude a la invisibilización del sentir físico o psicológico manifestado o la opinión manifestada por la mujer que acude a una atención obstétrica

*“Yo creo que así su hora diciéndole por favor si me puede revisar y ya, no pescó hasta que al final yo creo que hinché tanto que fue como “oye porfa de verdad algo pasa ¿puedes revisarme?”, y dijo “ya, ya que la revisen” (...) y la persona que me fue a asear me dijo, así como “¡no, oh se ve la cabeza! ¡no, no!” y yo así quedé como todo el rato lo dije, así como super caótico, como “qué hacemos que lo tenga acá”, “no llevemosla a parto” “no, no”, y empezaron a desenchufar todas las cosas que me tenían conectadas y me llevaron a parto y me dijeron “ya cámbiate de camilla pero no hagas fuerza” Entrevista 8*

Dentro de la relación médico-paciente se presume que el personal médico posee los conocimientos de salud suficientes para entregar una atención adecuada a las personas. Aquella presunción no puede aplicarse de manera inversa en la paciente, pero genera la posibilidad de que el personal de salud trate a las pacientes como ignorantes de sus procesos y con una percepción errónea respecto a cómo se sienten. Ejemplo de aquello se visualiza al manifestar una sensación de malestar que el personal considera que es normal y no lo revisa, para luego notar que el parto había empezado sin que se percatara el mismo personal de salud.

*“Llegó el doctor y cambió el trato, cambió completamente el trato, de ahí ya no me trataron más mal, ya no más.” Entrevista 9*

A mayor jerarquía hay una mayor valoración de la opinión emitida y es por tanto que dentro de un sistema que omite las voces de las y los pacientes, la voz más valorada es la del médico y desde ahí hacia el resto del personal de salud. Se identifica que la autoridad de quien encabeza el personal puede ser significativa al momento de cambiar el trato entregado por el personal, lo que en la práctica demuestra además una jerarquía dentro del personal de salud, lo que acentúa más la asimetría de poder entre el personal médico y las y los usuarios de salud.

Un reporte realizado por el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo en Argentina (2008) problematiza una disonancia en la comprensión de los derechos sexuales y reproductivos en abstracto, a entender quiénes son las y los titulares de éstos por parte del personal médico. Aquello implica el no reconocimiento de las mujeres como capaces de ejercer aquellos derechos a través de sus propias decisiones.

La concepción paternalista de que la mujer está en una posición de tutelaje respecto al médico implica no sólo la desvalorización de la palabra de la mujer, sino también la “imposibilidad de respetar las decisiones que involucren su cuerpo, salud o proyecto de vida.” (INSGENAR, 2008, pág. 45)

Todas estas manifestaciones de poder que transcurren en la dinámica entre médicos y pacientes configuran un escenario que propicia situaciones de violencia, lo que sumado a la inequidad de género presente en la sociedad y los sistemas de salud acentúa la situación de vulnerabilidad en la cual la mujer hace ingreso al sistema de salud. Esta misma condición además está expuesta a otros elementos como el Estado y las instituciones, los cuales suman nuevas aristas a los factores que influyen en la violencia obstétrica.

Se considera a la asimetría médico-paciente como otro aspecto de vulnerabilidad con el cual la mujer hace ingreso al sistema de salud. En conjunto con la asimetría entre hombres y mujeres contextualizan la situación de la mujer que es atendida en los servicios de salud y los factores de riesgo que posee para ser víctima de violencia obstétrica solo por su calidad de ser mujer y paciente.

### **CONTROL ESTATAL DE LOS PROCESOS REPRODUCTIVOS**

El progreso de la medicina ha conllevado a una disminución en la mortalidad materno-infantil, que en términos prácticos llevó a una institucionalización del embarazo y parto en los servicios de salud. (Al Adib Mendiri, Ibáñez Bernáldez, Casado Blanco, & Santos Redondo, 2017) Dicha forma de plantear el proceso reproductivo de las mujeres implicó que el Estado adoptara medidas de control hacia el embarazo, insertando paulatinamente a

la mujeres a ese sistema. Según el Observatorio de Violencia Obstétrica (2018) actualmente en Chile el 97% de los partos se realizan en instituciones de salud.

#### Imposición de las Políticas Estatales

*“En primera instancia fue chocante, porque no era un embarazo deseado, entonces siento que fue muy impositivo la forma en que la matrona abordó el embarazo en primera instancia, como siempre sesgándose de la posibilidad de solamente tenerlo, entonces uno desorientada de 19 años, siento que faltó un poco de manejo en la situación” Entrevista 5*

El abordaje de los controles de embarazo y el resto de las prestaciones se realiza dentro de lo establecido por las políticas de salud, lo que implica ajustarse a los protocolos y leyes imperantes. Las opciones fuera de esto no están establecidas, no son promovidas por el sistema y tampoco abordadas desde el sentir de las usuarias, lo cual implica un grado de hostilidad hacia las mujeres por parte de un sistema que ha sido impuesto a ellas, más aún cuando se les adjudica a ellas casi exclusivamente la responsabilidad de la reproducción y el cuidado de este.

*“Estás ahí, como en la cárcel nomás po, tení que hacer lo que el Estado quiere nomás... no podí tomar la decisión de abortar po, cachai, o no lo quiero vacunar, te van a buscar a la casa porque tení que vacunar a tu hijo, entonces no tení por donde, tení que acatar nomás po... lamentablemente.” Entrevista 6*

El carácter impuesto de un modelo de salud en el cual las mujeres deben sobrellevar su proceso de embarazo, parto y post parto, propicia un escenario en el cual surjan manifestaciones de violencia hacia ellas. Desenvolverse en dicho contexto implica seguir reglas con las cuales las usuarias no siempre están de acuerdo, existiendo casos de diferencias ideológicas y/o culturales que no siempre concuerdan con las normas del sistema de salud.

Ejemplo de lo anterior es el caso del aborto, penalizado en Chile fuera de las causales de violación, inviabilidad fetal o riesgo de vida de la gestante. Esta situación representa una problemática de salud por los abortos realizados de manera extrahospitalaria, lo que constituye desde la perspectiva de esta investigación una manifestación de la violencia obstétrica al obligar a gestar a una mujer que no desea llevar a término dicha concepción, conllevando al

nacimiento de hijos no deseados y problemas de depresión post parto o apegos inseguros. En paralelo, al ser considerado el aborto como un delito, impide la realización de consejerías por parte del personal de salud respecto a cómo realizar un aborto, el cual en la práctica ocurre bajo condiciones que no aseguran el estado de salud de la gestante que aborta.

Por tanto, aquella obligatoriedad dentro del sistema de salud corresponde además a una falta de políticas públicas en temáticas como el aborto, cerrando el abanico de posibilidades dentro del servicio de salud y de esta manera invisibilizar los embarazos no deseados, sobreponiendo la vida del que está por nacer por sobre las condiciones bajo las cuales será recibido o el deseo de la mujer por ser madre.

### **Control Institucional en el proceso obstétrico**

En términos generales, la institución de salud desempeña una tarea muy importante en el cuidado de las mujeres gestantes y del que está por nacer ya que se encarga del control de aquellos abordando transversalmente el proceso de embarazo, parto y post parto.

Teniendo en cuenta que la violencia obstétrica como hecho manifiesto ocurre dentro de las instituciones de salud, se considera a estas últimas como el contexto en el cual se manifiesta la problemática. No obstante, y sin perjuicio de la afirmación anterior, las mismas instituciones también generan situaciones que se consideran como violentas, por lo cual se deben indagar los componentes explícitos e implícitos de la estructura institucional que puedan considerarse como factores que influyen en la violencia obstétrica.

*“Al final estai como tan instrumentalizado, al final el hospital pasa a ser como una fábrica de bebés, donde a ellos no les importa que nació Alfredo, que nació Pedrito, que nació Catalina, sino que nacieron cuatro bebés y fin. Y eso no me parece bien, me parece como violento, me parece que es como otro elemento como cultural de violencia hacia las mujeres.” Entrevista 8*

Los recintos de salud aportan con un componente científico y tecnológico al cuidado de la mujer embarazada y del que está por nacer, dentro del cual las y los profesionales de la salud se desempeñan por el conservar la salud de ambos. Esta manera de otorgar atención en salud viene acompañada de protocolos, espacios destinados a los distintos tipos de atenciones, metas institucionales, uso de recursos, entre otros. La conjugación entre los elementos que componen a la salud actual genera que la instrumentalización

o mecanización de los procesos se extienda hacia las y los usuarios. Esto quiere decir que el trato entregado no refleje la preocupación por el bienestar integral de la persona, sino que aquella se sienta como un producto más, un número más a cumplir dentro del recinto.

Ocurre que dentro de la normalidad de la atención del embarazo y dentro del mismo espacio que se desarrolla, puede manifestarse una violencia implícita en cuanto a cómo el sistema instrumentaliza a la mujer como un ente reproductor y se apodera de sus procesos en pro del bienestar de ella y su hijo, pero a la vez incurriendo en un menoscabo del protagonismo de ésta en el proceso.

*“Si querí tener a tu hijo acá, tienes que hacerte tú cargo, porque la neonatología no se hace cargo de bebés que no nacieron acá po...” y yo apenas caminaba, así que tuve que mandar a mi hijo para la casa, con mi marido y mi suegro, y yo quedarme ahí po, no me dejaron ni siquiera ir a buscar un bolso, nada, entonces quedé aquí, ahora, y si se quiere ir, tiene que firmar un papel, porque yo estaba con riesgo vital en ese momento.” Entrevista 9*

Sumado al carácter impuesto de la institución, se suma que la prestación de salud no es completamente integral. No se ofrece un adecuado acompañamiento durante las horas previas al parto y posterior a éste, la información es de limitado acceso a las pacientes, el sistema de salud promueve prácticas que se acomodan al trabajo del personal de salud y no de la madre. Las insuficiencias o los aspectos no cubiertos por las instituciones de salud constituyen de por sí violencia obstétrica, ya que el Estado se considera como garante y protector de las mujeres gestantes y sus hijos, por lo cual al momento de no entregar una atención que proteja y respete la integridad de ambos, incurre en una falta dentro del sistema que él mismo impone a las mujeres.

*“Uno siente como esa presión de parte de algunos funcionarios que están como estresados, como aburridos del sistema y se desquitan con uno.”  
Entrevista 1*

*“Si no se tiene un poco una mirada estructural también, se es injusto porque se va a llegar siempre a la persona que está metiendo la mano.”  
Entrevista 4*

La deshumanización en el trato que puede incurrir el personal de salud hacia las pacientes no proviene necesariamente de un hecho aislado o como un problema únicamente ligado al profesional. Hay un factor estructural que no solo afecta a las y los usuarios, pues se extiende a todas las personas que integran los servicios de salud. Como fue mencionado anteriormente, es aquel contexto donde ocurre la violencia obstétrica, el mismo que también la genera a través de protocolos deshumanizados, de la instrumentalización de las personas, de falta de recursos y personal para atender la demanda en el servicio público o, de ofrecer una alternativa de mejor trato a un alto costo monetario.

Actualmente hay una crisis en el sistema público donde oferta de atenciones de los servicios de salud pública, la infraestructura y funcionarios que posee no responden lo suficiente a las necesidades de la población en general. Falta de horas, profesionales y equipamiento en los Cesfam, hospitales y otros recintos configuran la carencia que tiene actualmente la salud en Chile. Recientemente el Colegio Médico de Chile ha afirmado que existe una crisis sanitaria en los servicios de salud públicos, producto de la escasez de insumos que dificultan el ejercicio profesional (Cooperativa, 2019), acentuando los problemas estructurales ya existentes, lo que conlleva a un mayor riesgo en las atenciones del embarazo, parto y postparto.

Ante la falta de una atención que resguarde aún más la salud reproductiva de las mujeres y sus hijos, no debe caerse en una criminalización de las instituciones de salud o al personal de este. Tampoco hay que afirmar tajantemente que los métodos para abordar el cuidado del embarazo y el nacimiento eran mejores en la antigüedad. La tasa de mortalidad tanto infantil como materna ha disminuido en el último siglo y se debe a los avances de la medicina moderna. Lo que se quiere evidenciar es que hay un sistema de salud que violenta a las mujeres sistemáticamente y no respeta el pleno ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres.

### **Protagonismo en el proceso obstétrico**

*“O sea desde la mirada del hospital yo creo que los protagonistas eran los profesionales de la salud en el fondo.” Entrevista 8*

El actuar del personal médico es protagonista en los procedimientos relacionados con el embarazo, parto y post parto. Hecho manifiesto en la posición de poder, el manejo de información y el trato que entregan a las pacientes (sea positivo o negativo). Esto se relaciona directamente con la anulación la mujer en su condición de paciente, la cual no posee los

conocimientos médicos y no es parte además del equipo que resguarda su bienestar en el servicio de salud.

*“No, yo creo que era mi hijo la persona más importante durante el proceso de parto. Era como que saliera bien para que el bebé estuviera bien, pero yo siento como que en ese proceso la mujer queda como en un segundo plano, como que eres como el medio para que el bebé nazca.” Entrevista 8*

El papel adoptado por la mujer en el proceso ve disminuido ante las prácticas que realiza la institución de salud. En este sentido las acciones del personal no tienen por qué ser un atentado directo en contra de la madre, pero la separación de su hijo durante horas luego de nacer, la desinformación de la situación de éste o la sugerencia de prácticas como la cesárea restan protagonismo a la mujer en su parto, sumado al poco acompañamiento que posee ésta durante aquellos procesos en los cuales se limita mucho el tiempo en que puede estar acompañada por un ser querido. La no conciliación entre los derechos de la mujer, del bebé y el trabajo del personal de salud, originan situaciones de violencia obstétrica que afectan tanto a la madre como al recién nacido.

#### Factores que influyen en el dinamismo de la violencia obstétrica

A modo de finalizar la revisión del rol que cumple el Estado en la salud reproductiva de las mujeres por medio de sus instituciones, se rescatan las prácticas que desde el servicio de salud promueven un trato digno y respetuoso con las mujeres y sus hijos durante el embarazo, parto y puerperio.

*“Me acuerdo de que el primer embarazo, estaba en otro consultorio en el Jean Marie Thierry, ahí estaba, y me dieron un montón de cosas cuando fui al primer control, me dieron un libro que decía como el mes a mes, me dieron hartas cosas, mucha información” Entrevista 9*

Dentro de las prácticas institucionales la entrega de información respecto a los procesos de embarazo y los talleres de preparación para el parto y la crianza, aportan un componente educativo en la salud que es completamente necesario para las futuras madres. Mencionado anteriormente, las mujeres no nacen sabiendo cómo ser madres y ante esto el Estado debe tomar acciones que propicien las condiciones biopsicosociales para que la madre y el recién nacido tengan un buen vivir.

También las políticas hacia las mujeres embarazadas en el sistema público les dan prioridad para recibir atención odontológica, nutricionista o matrona lo cual es una práctica positiva por parte de las instituciones de salud.

*“Habían turnos, que habían matronas que eran muy conscientes, me colocaban música para que yo pudiera estar tranquila, conversaban, dejaron entrar a mi esposo con mi hijo para que me viera, y eso no se podía hacer, pero para que estuviera yo más tranquila, entonces yo creo que todo eso va en la disposición y en la calidad humana que tenga la persona que está trabajando.” Entrevista 11*

Desde el propio accionar de salud, la atención por parte de funcionarias y funcionarios que promueven un trato digno y respetuoso hacia sus pacientes se enmarca en un contexto institucional que ha sido calificado como violento, el cual desde su propia estructura violenta a las y los usuarios de la salud y en particular para este estudio a las mujeres durante su embarazo, parto y post parto.

Surge la interrogante de si es o no necesario que para entregar una verdadera atención digna flexibilizar los protocolos o modificar las políticas a nivel micro y macro. ¿Será o no un dilema ético el actuar por el bienestar de la persona transgrediendo normas institucionales? En opinión del equipo investigador, el problema de la violencia obstétrica tiene un origen estructural que se manifiesta finalmente en las acciones del personal de salud y en el servicio que ofrece el sistema, por cierto, de manera obligada pues no atenderse no es una opción válida para el Estado.

### Análisis Objetivo Específico N° 3

Reconocer las **consecuencias** de la violencia obstétrica durante el embarazo parto y post parto, por las progenitoras de los alumnos y alumnas de la Escuela República Argentina de la región de Valparaíso.

Mediante al proceso de levantamiento de información, fue posible evidenciar aquellas variables identificadas como consecuencias de la violencia obstétrica en el proceso de embarazo, parto y post parto, aquellas variables guardan concordancia con el marco teórico conceptual elaborado y permite generar especificidades en torno a ellas.

Aquellas variables identificadas como consecuencias tienen en consideración factores psicosociales y psicológicos del proceso perinatal.

Las variables por analizar en torno a este objetivo son: *Depresión perinatal; Ausencia de apoyo psicosocial favorable; Afectación de vínculo madre e hijo; Dificultad para generar apego favorable; Identidad y conformación de la imagen materna.*

#### DEPRESIÓN PERINATAL

Asociada en torno al cansancio, sentimiento de soledad, culpa y pérdida de control. Dichos síntomas, suelen confundirse o subdiagnosticarse debido a que el sentir, se asocia directamente al proceso perinatal y la salud mental pasa a un segundo plano, normalizando el agobio, irritabilidad, ánimo bajo, labilidad emocional ansiedad y trastornos del sueño.

*“El día que llegó a la casa, lloré, por primera vez, antes había sido como muy valiente, el día que llegó fue como que yo me desahogué y lloré, me sentí como cansada, y ahí se dieron cuenta que me había dado depresión en ese instante.” Entrevista 11*

La depresión perinatal suele ser vivenciada desde el embarazo y como se ha mencionado anteriormente complejiza el diagnóstico si no se cuentan con las pesquisas necesarias, la atención y detección temprana resulta imprescindible para el tratamiento, teniendo por objeto primero la salud mental de la mujer. El momento en el cual colapsa la estabilidad emocional de la mujer, perjudicando su bienestar personal, en un entorno donde se plasma a la mujer con dicha valentía, dejando a los sentimientos en un segundo plano el cual da pie al desahogo.

*“Depresión postparto terrible, terrible, todavía estoy en tratamiento, todavía, mi hijo tiene siete años y todavía estoy en tratamiento... porque me sentía ahogada, o sea, yo cuando nació mi hijo, lo encontré tan bello, maravilloso, precioso y la guagua es mía, entonces cuando me iban a ver a la casa, yo odiaba a los que me iban a ver a la casa, no quería que lo tomaran, no quería que lo vieran, no quería nada, me encerré con él, hartó tiempo, estuve así hartó tiempo, hasta que, le empecé a contar...”*

*Entrevista 9*

Los diferentes patrones que pueden acompañar a la depresión van en torno al sentir de la mujer en el proceso o posterior a él, fortaleciendo la diada madre e hijo, transmitiendo sentimientos de angustia y ansiedad, segregando al entorno y las redes cercanas, hecho el cual permite que el medio reconozca la vivencia de la depresión perinatal.

La consideración de las experiencias permite evidenciar el que son hechos puntuales los cuales dan paso a la pesquisa de una depresión, pero no obstante a que ella sea temprana y oportuna, debido a que los factores que la acompañan desarrollados anteriormente se confunden con el estado de la perinatalidad.

#### **Ausencia de apoyo psicosocial favorable**

Se evidencia una asociación entre depresión y la percepción de bajo apoyo social, emocional y práctico, el apoyo social percibido por las embarazadas establecería el nivel de bienestar de la mujer dentro de sus procesos gestacionales.

Las redes de apoyo pueden actuar como un factor protector, amortiguando los factores estresantes y factores de riesgo individual. Pero al mismo tiempo la carencia de este apoyo determina y afecta de manera directa las experiencias en torno a la maternidad.

Las redes de apoyo se identifican de manera sociodemográfica actuando de manera directa, la red socio-familiar, además de los servicios de salud, encargados de entregar una atención oportuna dentro del proceso y contar con instrumentos adecuados para la detección y prevención de la depresión perinatal tratada anteriormente.

El apoyo psicosocial dentro de este proceso resulta imprescindible para la atención oportuna, dicha atención se efectúa mediante al “*protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y postparto y apoyo al tratamiento*” instaurado el año 2014, basado en la Guía de Práctica Clínica

para el tratamiento de la Depresión en Personas de 15 años y más, generando referencias complementarias para el tratamiento (MINSAL, 2014).

Los principales ejes de dicho documento están dirigidos a la detección de la depresión en los controles del embarazo, detección de la depresión en controles postnatales, detección de la suicidalidad en mujeres con depresión durante el embarazo posparto, apoyo al tratamiento de la depresión en mujeres en control pre y postnatal.

Su propósito es entregar herramientas para detectar en forma precoz y apoyar el tratamiento de la depresión durante la gestación y el posparto, para disminuir la morbimortalidad de la madre y su hijo(a).

La detección se realiza por medio a criterios de diagnóstico para episodios depresivos; la identificación de factores de riesgo de depresión durante el embarazo, posparto; mediante a pautas exploratorias y algoritmos de detección; intervenciones psicoterapéuticas durante el embarazo, posparto; detección de riesgo y cuadros suicidas.

Las acciones recomendadas por parte del protocolo para el nivel primario de atención van referidas a la aplicación de la Escala Depresión de Edimburgo en el ingreso a control prenatal o segundo control prenatal, será necesario reiterar en caso al puntaje evaluado en dicha escala, para la posterior derivación, y/o ingreso correspondiente a Garantías explícitas de Salud (GES). La aplicación de instrumentos se encuentra encomendada de manera directa a matronas y matrones los cuales realizan el primer control posparto para la evaluación de madre e hijo(a).

Mediante el levantamiento de información efectuado, la experiencia de las progenitoras evidencia la poca rigurosidad en el cumplimiento de dicho protocolo, en los cuales no mencionan el no haber realizado ninguna pesquisa psicológica, o como se expone en el fragmento a continuación la necesidad de la pesquisa y aplicación de instrumentos dentro del proceso.

*“La matrona que estaba a cargo, me dijo, le hicieron un test psicológico, yo le dije que no, ya me dice, te lo voy a hacer, porque esto hay que hacerlo, debieron habértelo hecho antes, y ahí detectaron, que yo había tenido ya depresión desde que caí hospitalizada.” Entrevista 11*

La entrevistada en su relato menciona haber realizado un cambio de consultorio y notar un trato diferente respecto a su salud mental, debido a que para su proceso gestacional mantuvo un embarazo de alto riesgo el cual la

llevó a vivenciar una hospitalización para disminuir la posibilidad de una pérdida y/o parto prematuro.

El criterio profesional sale a la luz, como una de las aristas claves para la aplicación y cumplimiento de protocolos para la detección de la depresión, en conjunto con la carencia de instrumentos integrales, debido a que los expuestos dentro del “Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento” resultan estandarizados, sin bajar a la realidad subjetiva de cada progenitora.

*“(...) la llevé el primer control y eso, nunca estuve con una asistente social, o con psicólogo, nada.” Entrevista 7*

Como se ha mencionado anteriormente, la vivencia de las progenitoras entrevistadas mantiene un campo amplio de diferentes centros de salud asistencial y se repetían las prácticas subjetivas, regidas por el criterio profesional de quien realiza los primeros controles durante el embarazo y posparto.

Existiendo un protocolo, pero su incumplimiento y/o la nula aplicación de los instrumentos centrados en la identificación de factores de riesgo y el bienestar de la usuaria, aumentaría el riesgo de la experiencia de una depresión no detectada ya sea perinatal o posnatal, repercutiendo de manera directa en la diada madre e hijo(a).

*“No, fue solamente preparto, después tuve la guagua, nunca más hubo siquiera una derivación a psicólogo.” Entrevista 5*

Los protocolos mantienen la especificidad de su transversalidad en los procesos de embarazo, parto y posparto, lo cual debe ser permanente y acorde a la realidad de cada usuaria. La pesquisa debe tener como objeto la detección, prevención y tratamiento de aquellas patologías, la derivación en caso de ser necesaria de manera protocolar con asistencia social en primera instancia, para tratamiento con salud mental, entendiendo esta por cobertura psicológica o psiquiátrica.

*“Estuve con tratamiento psicológico y todo eso, pude ir mejorando un poquito más mis estados de ánimo, hasta que después cuando ya lo tuve, cambió todo, un giro en 360° y fui la mamá y la mujer como más contenta y feliz de la vida, hasta el día de hoy.” Entrevista 6*

La ejecución de los protocolos previamente establecidos resulta de primera necesidad necesario, puesto que el cumplimiento efectivo de este repercutirá de manera favorable a la diada madre e hijo(a), para la aceptación de los procesos biológicos y cambios tanto personales, como sociales, estos requieren una contención adecuada por las redes de apoyo psicosociales previamente establecidas.

Siendo el apoyo psicosocial oportuno y transversal en los procesos, la variable que no solo mejorará la relación de la nueva diada, sino que disminuirá la posibilidad de vivenciar cuadros depresivos, estabilidad emocional o salud mental de la usuaria del centro de salud asistencial, así además de identificar factores de riesgo, trabaja y entregará herramientas adecuadas para subsanarlos.

### **AFECTACIÓN DE VÍNCULO MADRE E HIJO**

Como se ha desarrollado anteriormente, el inicio de una nueva diada compete a diferentes actores que participen de manera adecuada y repercute de manera directa en el apoyo social enunciado con antelación.

El vínculo madre e hijo como variable, plantea de manera categórica el que la presencia de psicopatologías en la madre afectará de manera negativa el patrón de apego que establezca con su hijo(a), realizando un paralelo con aquellas que han tratado aquellas psicopatologías o no las han vivenciado.

La depresión perinatal enunciada anteriormente, se relaciona directamente con la variable referida a la conformación del vínculo que unirá a la nueva diada, el cómo los estímulos del entorno, además de las experiencias que palmaran la relación.

Mediante a la experiencia de las progenitoras, se levanta como información la dificultad en generar este vínculo, actuando el entorno como un agente estresor categórico.

*“Largo, de mucho miedo al principio ... como a los dos años y medio, cerca de los tres, yo recién me relajé, si, ya recién sentí el amor en realidad, mucho antes sentí que era una obligación, una obligación fuerte, cachai, una responsabilidad enorme, y era tanta la responsabilidad que no me dejaba como sentir como el cariño y el amor.” Entrevista 10*

Entendiendo a la maternidad como un proceso de obligación, cumplimiento, opresión, dejando el cariño que debería envolver a la nueva diada en un segundo plano. El desconocimiento de los procesos, como se ha

mencionado en la categoría anterior, necesita ser nutrido de un apoyo transversal, para que la experiencia se vuelva favorable en medida que el vínculo se comienza a generar de manera gradual.

*“Mi respuesta era ir para donde él y tenerlo 100% feliz, contento, yo era su chupete, de hecho, mi hijo yo creo que una sola vez se cayó y tiene siete años, una sola vez en su vida se ha caído y se ha pegado fuerte, porque las otras veces todas lo atajé en el aire, si a mi hijo atención no le faltó, no le falta de hecho todavía... mi hija es distinta, no necesito ir donde ella, porque mi hija está pegada a mí todo el día, como el bebé tiburón, mi hija está todo el día pegada a mi pierna...” Entrevista 9*

Los diferentes patrones de apego estarán condicionados no solo por la patologización de la madre, sino que por la experiencia que rodeo el proceso de embarazo y nacimiento, siendo aquellos hijos o hijas, en los cuales su gestación fue más tortuosa o compleja, vivenciando episodios de estrés, mantendrán un apego ansioso, con cuidadores muy protectores, coartando espacios de aprendizajes mismos de la infancia. No obstante, pese a hablar de un actor en común el cual es la madre, no resulta evidente el que se repita el patrón de apego con siguientes hijos, debido a que las experiencias son subjetivas y personales.

En la cita expuesta, la madre vivencia un primer embarazo complejo, donde aborda un cuadro de apego ansioso con su hijo, contraponiéndose con su hija menor, la cual al evidenciar la sobre protección de su hermano la lleva a ser ella quien busque y genere ese vínculo de dependencia con su madre. Las diadas se diferencian entre sí y generan apegos ambivalentes.

*“Uno acepta de que, claro estas embarazada, de que no estás sola y de que al final te trae muchas alegrías un niño, pero cuando uno lo acepta, eso es... cuando uno lo acepta, cuando uno no acepta al hijo todavía, es muy tortuoso, es tortuosa de que uno no puede dormir, de que uno... tú te ves en el espejo y te rechazas, en todo momento, porque no te reconoces, porque te sientes que estás cautiva en un cuerpo, o que tienes cautivo alguien en el cuerpo de que no lo quieres tener simplemente, entonces es muy difícil.” Entrevista 5*

Resulta imprescindible el denotar el que cada variable se encuentra directamente relacionada entre sí para que el proceso de generar un vínculo y la experiencia sea positiva, la entrevistada expone en el fragmento su vivencia

personal y el proceso de generar ese vínculo afectivo para y con su hijo, con la aceptación de ella, de su cuerpo y aquellos cambios los cuales se encuentra vivenciando, generando un énfasis en que la acogida a la maternidad propiciará una experiencia favorable para la nueva diada.

#### **Dificultad para generar apego favorable**

A continuación, como subcategoría para el análisis, se desarrollará el apego como variable que podría propiciar la mejora en el vínculo de la diada madre e hijo(a).

Según Quezada & Santelices, la vinculación temprana y el patrón de apego no se transmiten transgeneracionalmente de manera lineal, sino que participarán otros factores que podrían mediar y reducir los efectos de la psicopatología materna. Entre estos factores destacan la subjetividad de la madre, del bebé y el contexto interaccional.

El contexto interaccional se encontrará recibiendo estímulos de manera constante, donde será el sistema nuevo de la diada madre e hijo, recibirá estímulos de las redes cercadas, familiares, sociales, además de que primeramente participa la red hospitalaria como institución que dará el espacio para la vinculación temprana, expedita y respetada.

*“Nos dejaron a los tres con mi pareja estar una hora solos. Precario como puede ser el Van Buren, pero lo que nosotros necesitamos era intimidad.”*

*Entrevista 4*

Los centros de salud son aquellos que reciben o perciben primeramente el nacimiento, atendiendo ya sea en el sistema de salud público o privado los partos en Chile, así como existen protocolos de pesquisas de psicopatologías, los sellos de buen trato y parto respetuoso giran en torno de entregar un apego temprano, además del fomento a la lactancia materna, propiciando ambas siempre y cuando no existiese ninguna anomalía para el desarrollo expedito del apego.

*“Hay altiro una conexión, y era como déjenlo ahí, o sea, había que ir a pesarlo y todo, pero si quiere mamar dejémoslo que no se pierda esa instancia de mamar y, es lindo, es súper lindo, no sé, creo que es una experiencia que... cuando te dicen que se te ilumina todo, si realmente se te ilumina todo.”* Entrevista 5

La posibilidad de ese apego temprano, el primer contacto de piel y lactancia en los primeros minutos de vida del hijo(a), propiciaría el vínculo y apego a conformarse, en base a las experiencias de las progenitoras recabada, aquellas que pudieron tenerlo esos primeros segundos, también se encontrará sujeto al criterio profesional de quienes participen de la instancia.

*“Me lo pasaron acá y le cortaron el cordón, pero como te digo fue así como muy rápido, lo vi, le di un besito en la cabeza y me sentí así como “ah mi bebé, es verdad que tuve un bebé”, pero fue un momento como muy fugaz al final, y después se fue y no lo vi en mucho rato... me llevaron a recuperación, pero luego a esta sala que no sé cómo se llama, puerperio creo, que es donde están todas las mamás con sus hijos. Y yo me sentía horrible porque yo no tenía a mi hijo y yo estaba en esa sala llena de mujeres que tenían a su bebé al lado y yo estaba como “yo no tengo a mi bebé”, como que me sentí muy mal obviamente.” Entrevista 8*

La subjetividad de los procesos, además de las percepciones individuales de las experiencias, recaen en que el trato no estandarizado o el cumplimiento de los sellos que deberían enmarcar propiciar el apego perjudica a la construcción primera de la madre y su representación, donde se vuelve a los sentimientos de angustia e incertidumbre, en base al desconocimiento de los procedimientos a efectuarse a él o la hija.

No obstante, el contacto piel con piel, no es el único mecanismo que propicia el apego temprano entre la madre y su hijo o hija, la lactancia también ha sido descrita como el contacto en el cual existe un reencuentro y se da la instancia para fortalecer el lazo que se está conformando.

*“Creo que la lactancia materna, es como lo principal en el desarrollo de un bebé, y el contacto que tiene con su mamá, y nosotros hicimos apego todos los días, entonces, el apego quizás no era darle pecho, pero si lo mantenía, desde las tres de la tarde hasta las seis en mi pecho, él sin ropita y yo igual, sentados ahí al lado de la incubadora, eso yo creo que es una de las cosas mejores que han hecho en neonatología... hay niños que estaban con ventilación e igual les daban la posibilidad a las mamás, sí, con mucho cuidado, sacaban todo con sus cables, y le colocaban... y mi esposo también lo hizo, a él también le dieron la oportunidad de hacer el canguro, que le llaman.” Entrevista*

Para las experiencias de las mujeres entrevistadas, la lactancia fue parte fundamental de los primeros momentos de vida de su hijo, afectando de manera positiva o negativa, dependiendo de las dificultades evidenciadas para el proceso de comenzar la lactancia.

El relato extraído, da constancia de un proceso en el cual el hijo de la entrevistada tuvo que ser internado en neonatología, por su bajo peso, además de ser prematuro. Por lo cual, el criterio profesional de aquellos que participaron del proceso dentro del centro asistencia dio paso a generar un apego y contacto piel con piel, pese a la dificultad de la lactancia materna, fue madre y padre quienes lograron tener espacio de contención, apego y fortalecimiento de vínculos dentro del espacio hospitalario.

Dichas intervenciones, se encuentran sujetas al mismo tiempo al que dependerá del profesional participe, decisiones que, llevadas a cabo, el trato recibido o el modo en el cual se busca propiciar el vínculo favorable madre e hijo(a).

*“¿Cómo es posible que no des leche? Y te apretaban el pecho, entonces te salía una gota, pero después mi hijo no podía succionar y no salía más leche, entonces no es que te traten de explicar, no viene un especialista a decirte, oye puede ser por esto, no, ellos te tratan mal, cómo es posible cómo no le vas a poder dar leche, así, y como las matronas cambian, en un turno puedes ver, no sé, tres matronas, o dos matronas, no me acuerdo, pero había mucha gente siempre, entre el médico que era el primero que pasaba... y te retan, te llegan y te tocan como esas matronas que te hacían así, mi hijo lloraba, lloraba y lloraba.”*

*Entrevista 10*

Como se rescata en el fragmento anterior, el querer fomentar la lactancia materna y el apego a toda costa, generaría al mismo tiempo un impacto negativo en la madre, provocando nuevamente sentimiento de presión, angustia, incertidumbre y desconfianza respecto al rol materno, mediante a la transición en él. La imposición a la lactancia materna se rescató en diferentes entrevistas, donde se evidencia la carencia de acompañamiento de un equipo médico durante el proceso, educación respecto a ella, reconocimiento de dificultades y entrega de herramientas para un desarrollo de la lactancia en ese caso de manera favorable.

Los casos los cuales fue una experiencia positiva se dirigieron respecto a vivencias personales y la capacidad de generar este vínculo de manera personal, sin necesidad de mediar con el equipo de salud.

Mediante a esta Subcategoría, se determina el que las variables del apego repercuten directamente en la experiencia, la cual es propensa a padecer una psicopatología, por los diferentes factores que coexisten en conjunto con la maternidad, el equipo médico y su acompañamiento favorable, su impacto de identificará como un factor protector, no obstante, el que este acompañamiento sea nulo y/o precario, será identificado como un factor de riesgo para el proceso.

### **IDENTIDAD Y REPRESENTACIONES DE LA IMAGEN MATERNA**

Para el análisis de esta categoría, será necesario entender a la maternidad y las representaciones maternas como el asumir nuevas responsabilidades, enfrentar un nuevo rol social, modificaciones físicas y sociales, que pueden generar un alto nivel de estrés.

El nacimiento de un hijo implicaría cambios, los cuales actuarían en tres niveles a analizar, la representación materna individual, el cómo la mujer entiende y da paso a este proceso, la representación materna en torno a núcleo familiar, como se ha entendido y representado la maternidad en este nivel, dando paso a las expectativas que generarían de la futura madre; y por último la representación materna en un contexto familiar, donde la preponderancia de un sistema patriarcal, que no promueva relaciones de complementariedad, dominación y la inequidad de género, afectaría principalmente a la mujer, respecto a su transición a madre y los roles que la acompañan,

#### **Representación de la imagen materna individual**

Para el proceso de levantamiento de información, resulta de suma importancia destacar es que, dentro de las vivencias de las progenitoras, el generar la propia perspectiva de su imagen materna, resulta compleja, debido a que no existió una construcción de aquella imagen en su imaginario. Los conflictos vivenciados supeditan entre el reflejo de la madre, querer tener una mejor crianza, lograr generar un vínculo afectivo efectivo, además de lograr ser una “buena madre”.

*“Me iban diciendo todo lo que tenía que hacer, y llegó un momento en que exploté y les dije: ¡déjenme tranquila! Así ya, por favor, porque uno, va aprendiendo en el camino, y al final es tú instinto que te va diciendo lo que tienes que hacer...” Entrevista 9*

La representación de la imagen materna se reafirma mediante al choque con el entorno y su relación, debido a que la actitud por parte de la madre oscilara entre el acatar las demandas que se le exigen, debatirlas o generar una nueva realidad.

Como se rescata en la cita anterior, la progenitora expone mediante su relato la dificultad de relacionar su nueva identidad respecto a su entorno, debido a que sus decisiones se veían cuestionadas por él, la confianza en base a reafirmar aquella imagen y el vínculo interaccional con la maternidad, radican en la confianza del nuevo yo vs, el contexto relacional en el cual se encuentra inserta.

*“Me di cuenta en todo ese proceso de que, a pesar de mi preocupación por ser mamá primeriza, hay cierta intuición que uno tiene y como que hay que tener seguridad en uno como madre.” Entrevista 3*

Los relatos rescatados mediante a la recolección de datos, identifican un discurso materno en el cual el instinto y la seguridad, actúan como agentes claves para la construcción de su imagen materna, sin desconocer la relevancia del entorno en el cual se encuentran inmersas, respecto a la conformación de la nueva diada que se inserta a la realidad social.

#### **Representación de la imagen materna entorno al núcleo familiar**

Dicha construcción y representación, como se identificó en la variable anterior, el núcleo familiar tendría una actuación clave de dichos procesos, constituyendo las interacciones actuales con el bebé, la presencia o ausencia del padre y otros familiares, modelos parentales, relación con los pares e instituciones.

La principal inseguridad para la conformación de esta etapa fue construida en torno al modelo parental, la replicación de este ya sea desde una experiencia tanto favorable como negativa con sus referentes parentales.

*“Tenía miedo de cometer los mismos errores que cometió mi mamá, todavía incluso está latente, pero, cuando estaba embarazada sentía todo eso, pero al momento de que nació mi hijo y lo vi, fue más frágil, ya que, lo veía que era tan chiquitito, lloraba por nada, entonces sí tenía mucho miedo en el momento de criarlo, no sabía que iba hacer.” Entrevista 2*

Mediante al análisis del fragmento anterior, es posible no solo evidenciar la inseguridad respecto a la transición a la maternidad, denotando

de manera explícita la relación de las representaciones maternas y la posibilidad de vivenciar una psicopatología, mediante a la incertidumbre, cuestionamientos personales influyentes en su construcción.

Las repercusiones en el vínculo madre-bebé podría explicarse en este caso, por la interacción del entorno con esta nueva diada, respecto a su contexto socio-familiar.

*“Siento que, dentro de esta alta expectativa por parte de mi familia, principalmente de mi familia, siento que se dejaron de lado otras cosas como que yo igual necesitaba apoyo (...) Entrevista 8*

Son las expectativas desde la propia identidad, además de los anhelos familiares, generarían una incidirían en la representación materna a construir, en el caso de la progenitora entrevistada, la manifestación de unas altas expectativas provoca la misma sensación de incertidumbre y presión respecto a su rol materno, debido al sentimiento de soledad que conlleva el creer que el peso está centrado en esta nueva conformación, dejando de lado la mujer que se encuentra atrás de la nueva madre.

No basta el apoyo, los anhelos o las altas expectativas hacía la nueva madre para generar confianza en su labor, es necesario al mismo tiempo el apoyo y contención por parte de su entorno socio-familiar, para conformar una experiencia positiva, la que actué como un factor protector para la conformación del proceso.

#### **Representación de la imagen materna entorno a la sociedad**

Como se ha postulado mediante al marco teórico, son los cambios sociales, además del funcionamiento de la sociedad y sus instituciones las cuales repercuten en la experiencia de la maternidad y la construcción en esta.

Esta variable se liga directamente a una perspectiva de género, afectando directamente a las mujeres, respecto a su rol ya sea en la sociedad, familiar y personal. Siendo el “ideal de madre”, el que juegue de manera más directa, tildando a la mujer con la autosuficiencia, competencias laborales y personales, en conjunto con una responsabilidad afectiva de sus hijos y familias (Olhaberry, Romero, & Miranda, 2014).

*“Toda la responsabilidad va a la mujer, yo creo que siempre ha sido eso, de nuestros ancestros siempre ha sido como responsabilidad de la crianza, la responsabilidad del embarazo.” Entrevista 11*

La progenitora entrevistada, mediante a su relato y la experiencia de la maternidad, llega a generar una reflexión en torno al rol histórico de la mujer dentro de la sociedad, entendiéndola como un ser centrado en su responsabilidad de la crianza y embarazo, sumando actualmente la inserción laboral y búsqueda de equidad participativa de la mujer. Las responsabilidades centradas en la familia y reproducción se siguen manteniendo exclusivamente en las mujeres, quienes han sido cuestionadas históricamente por la búsqueda de derechos ya sean civiles o reproductivos.

En este caso, la presión social actuara como un regulador que mantenga la imagen idónea de la mujer madre, la cual debe cumplir de manera transversal con todas las expectativas que tenga la sociedad de ella, cumpliéndolas además de buena forma, juzgando a aquellas que se salen de este paradigma y manteniendo al margen a quienes intentan cumplir con aquel rol, debido a que se identifica como una responsabilidad exclusiva del género.

Dichas expectativas se sumarían a los sentimientos de angustia, presión e incertidumbre, propiciando la posibilidad de psicopatologías maternas, incurriendo de manera directa en aquel vínculo madre-bebé que se encuentra en proceso de conformación.

#### Análisis Objetivo Específico N° 4

Analizar las experiencias de violencia obstétrica relacionadas con **normativas sanitarias** durante el embarazo parto y post parto, por las progenitoras de los alumnos y alumnas de la Escuela República Argentina de la región de Valparaíso.

Dentro de las principales normativas sanitarias entorno a la violencia obstétrica en el proceso de embarazo, parto y post parto, han sido identificadas a través de los relatos de las mujeres la siguiente categoría: **Normativa Nacional**, que considera como subcategorías el **Programa Chile Crece Contigo y el Parto Respetuoso**, la presente categoría mencionada tiene una directa relación con la información proporcionada en el marco teórico, elaborado en los capítulos anteriores y analizado en conjunto con el trabajo de campo realizado para el levantamiento de información.

#### **NORMATIVA NACIONAL**

Como ya se ha referido en los acápites y categorías anteriores sobre las experiencias de violencia obstétrica, y específicamente relacionadas con normativas sanitarias, la violencia hacia la mujer ha permanecido en el transcurso de los años como una práctica normalizada dentro de los sistemas de salud, tanto por los funcionarios o funcionarias de sectores públicos y/o privados, como también por mujeres que no logran reconocer o percibir que fueron violentadas por el sistema de salud, pese a conocer y/o manejar el concepto de violencia obstétrica.

En Chile, actualmente, no existe una definición, ni un procedimiento específico de denuncia para los casos puntuales ligados a la violencia obstétrica, es decir, carece de una legislación que enfrente de manera directa el grave fenómeno mencionado.

De esta manera, la presente categoría de Normativa Nacional en Chile respecto a la violencia obstétrica interpreta y analiza, dos subcategorías que la componen, en primer lugar, el **Programa Chile Crece Contigo**, como una normativa que va en beneficio a la madre y sus hijos o hijas, desde la gestación hasta la primera infancia. Las entrevistadas lo expresan desde sus propias experiencias en el programa. Y, en segundo lugar, se comprende el **Programa de Parto Respetado**, el cual contempla varias acciones que van enfocadas hacia un cuidado humanizado de los derechos de la mujer, dentro de las acciones esta la atención continua y personalizada de la mujer que va a parir y también a las familias desde el preparto al parto.

### Programa Chile Crece Contigo

El subsistema de protección integral a la infancia, **Chile Crece Contigo**, tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias, a través de acciones y servicios de carácter universal, así como focalizando apoyos especiales a aquellos que presentan alguna vulnerabilidad mayor: “a cada quien según sus necesidades”. (Chile Crece Contigo, s.f.)

De esta manera, la presente política pública, brinda un apoyo simultáneo en las distintas áreas que se conjugan en su desarrollo: salud, educación, condiciones familiares, condiciones de su barrio y comunidad, entre otros. El conjunto de las áreas mencionadas es lo que llaman “integridad de la protección social”.

Es por ello, que dentro de los relatos de las mujeres integran desde su propia vivencia, el conocimiento que poseen como personas activas y partícipes del Programa Chile Crece Contigo. Se presenta un gran número de mujeres que aborda el Programa de manera efectiva en apoyo tanto material como del crecimiento físico y/o psicológico de niños y niñas, sin olvidar a demás, el hacer partícipe a la familia como red de apoyo fundamental en aquel proceso o etapa en la cual se encuentran.

*“Sé que es una política de protección a la infancia que surgió el año 2006, que está destinada a cubrir el cuidado de la primera infancia (...) es un buen programa, tiene sus falencias, pero en el fondo es como lo más cercano que tenemos a este enfoque como centrado en la familia desde la salud pública como donde no tomamos al niño como si fuera un niño solo, así como el individuo solo, sino que entendemos que ahí juegan muchos otros sistemas que están influyendo en la calidad de vida del niño.” Entrevista 8*

La entrevistada, alude a su conocimiento respecto a la implementación del Programa Chile Crece Contigo y la cobertura de este, es decir, desde la gestación hasta la primera infancia. Manifiesta, además, que es un programa útil y beneficioso, aunque en oportunidades se presentan ciertas falencias, sin embargo, se destaca el enfoque familiar que implementa desde del sistema de salud público, ya que, no sólo tiene una mirada centrada en el niño o niña, sino que también en todos los otros sistemas que complementan e influyen en el crecimiento y desarrollo de todas y todos los niños.

Es preciso destacar uno de los componentes que señala la entrevistada, correspondiente a un enfoque integral que efectúa el programa, ya que, se

considera trascendental generar una red de apoyo adecuado que potencie el desarrollo de los niños y niñas hasta los 8 o 9 años.

Por otro lado, debido al desarrollo multidimensional de la infancia, donde influyen aspectos biológicos, físicos, psíquicos y sociales del niño o niña, es que el Programa consiste en la articulación intersectorial de iniciativas, prestaciones y programas orientados a la infancia (Chile Crece Contigo, s.f.). Es por ello, que, dentro de los relatos recabados, se obtuvieron fragmentos dirigidos a un apoyo concreto y real por parte del programa, que contribuye al crecimiento de los y las niñas.

*“Sí estuve, a nosotros nos mandaban con mi hijo, por la fonoaudióloga, creo, y siempre lo veía porque tenía problemas para hablar, entonces le daban harto apoyo, tenía sesiones, la mayor parte del tiempo con ella, ya sea, viendo la motricidad fina, que les daban cositos, como fichitas para jugar en la casa, y eso, creo. No sé mucho más allá”. Entrevista 2*

La cita precedente, acentúa el apoyo y buen trato que ha recibido por parte de los profesionales que realizan un trabajo constante con su hijo, en este caso la fonoaudióloga, quien ha contribuido en el desarrollo y crecimiento del niño, ejerciendo una buena práctica profesional, donde interactúan de manera didáctica y de acuerdo con las necesidades del niño o niña.

Esta necesidad enfocada en cada niño o niña de manera independiente, donde no los estandarizan en un grupo como iguales, ha generado la aceptación y mirada positiva por parte de las mujeres que relatan su historia y percepción del programa. A lo anterior se añade, una visión relevante sobre la población objetivo que abarca el Programa Chile Crece Contigo, ya que, se dirige sólo a un sector del sistema de salud (público).

*“Se que brindan mucho apoyo, ya sea físico y digitales para la crianza de los niños (...) no todos pertenecen a ese programa, si uno es de Cesfam, pertenece, pero no sé si los de clínica pertenecerán, entonces creo que ahí igual hay una diferencia que es importante.” Entrevista 5*

En el fragmento citado, la entrevistada expone una percepción de satisfacción por el apoyo que brinda el programa en el crecimiento de los niños y niñas de manera positiva. No obstante, plantea que no existe una cobertura total de todos y todas las niñas, ya que, pertenecerían sólo aquellos que están inscritos en Cesfam y aquellos nacidos en clínicas, no formarían parte de las instancias, recursos y actividades que otorga la presente política pública.

De acuerdo con lo citado, y la información obtenida por plataformas de Chile Crece Contigo, se corrobora aquella percepción que plantea la mujer entrevistada, debido a que, en su relato, no estaba del todo segura si los niños o niñas nacidas en clínicas o sectores privados, pertenecían o no al programa, es por ello, que se pesquisa la información, y dentro de la población objetivo, como también sus requisitos, se menciona en primer lugar, que son *“niños y niñas, desde la gestación hasta los 9 años, junto con sus familias, que cumplen con los siguientes requisitos: utilizar el sistema público de salud, y estar en el Registro Social de Hogares (RSH), para acceder a las prestaciones garantizadas y preferentes.”* (Chile Crece Contigo, s.f.)

Pese a la viabilidad del programa, que plantean las mismas mujeres por sus experiencias siendo parte de este, surge esta inquietud de cobertura que beneficia sólo al sector público de salud, y excluye a los niños y niñas que forman parte del sector privado y no utilizan el sistema público, por lo cual se les priva de aquellos beneficios que incrementan en el desarrollo y crecimiento de los y las niñas.

De esta manera, las percepciones interpretadas de los relatos de las mujeres han estado ligadas al buen funcionamiento del programa, sin embargo, emergen narraciones enfocadas específicamente en la entrega del material que otorga el Programa Chile Crece Contigo, sin tener más información del propósito o en qué consiste aquel programa.

*“Si, ahí te entregan el ajuar y todas esas cosas.” Entrevista 7*

La cita precedente, sólo alude al set de implementos conocido como el “Ajuar”, sin añadir ningún otro tipo de información respecto a los beneficios que adquiere. Se infiere un desconocimiento que se orienta y limita sólo en la entrega de recursos tangibles, siendo una de las aristas que complementa el apoyo del desarrollo de los niños y niñas.

La información proporcionada, permite concluir que el Programa Chile Crece Contigo, ejecutado en el sistema de salud público, ha implementado como propósito avanzar hacia la igualdad de derechos y oportunidades a través del apoyo al desarrollo biopsicosocial de los niños y niñas, sentando las bases desde el embarazo y durante la primera infancia, hasta el ingreso al mundo escolar.

Por consiguiente, es preciso incorporar que el organismo responsable de la coordinación y articulación del Sistema de Protección Integral a la Infancia corresponde al Ministerio de Desarrollo Social. A su vez, la implementación del programa se realiza bajo un trabajo multidisciplinario, con

enfoque biopsicosocial que permite una mejor función con la población destinataria.

El rol del Trabajador Social, pese a no ser mencionada por las mujeres entrevistadas, permite inferir que, en estos casos puntuales, ha estado ausente en los procesos experimentados por las mujeres. Sin embargo, en el **Programa Chile Crece Contigo**, de acuerdo con la información proporcionada por el *Catálogo de Prestaciones 2018*, se evidencia una participación de él o la Trabajadora Social dentro del *Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP)*, en el cual, mantiene un rol fundamental dentro de la atención integral a familias en situación de vulnerabilidad psicosocial, donde existe una vinculación efectiva de la gestante y su familia con los servicios pertinentes disponibles en su comunidad. Por otro lado, se incorpora la o el Trabajador Social, dentro de los profesionales que llevan a cabo una *“Educación a la gestante y su pareja o acompañante significativo”*, esta intervención tiene como finalidad el apoyo cognitivo y emocional durante el embarazo, para aumentar la capacidad de autocuidado y el bienestar emocional, además de fortalecer la preparación física y emocional para el parto y la crianza durante el puerperio, la participación de él o la Trabajadora Social, dependerá de la temática que le corresponda. Y, por último, es parte de la *“Atención Integral en el Puerperio”*, la cual incorpora elementos de atención y promoción de salud, en los ámbitos de la salud física y mental. El enfoque biopsicosocial considera la participación de un equipo interdisciplinario, la realización de un plan de salud acorde a la evaluación del riesgo global y, la activación de la red de servicios diferenciales para los grupos más vulnerables (*Catálogo de Prestaciones 2018 Chile Crece Contigo, s.f.*).

De esta manera, y pese a la ausencia de él o la Trabajadora Social en los relatos de las mujeres, resulta clave la participación del profesional, en la temática abordada respecto a las experiencias de violencia obstétrica relacionadas con normativas sanitarias durante el embarazo parto y post parto, ya que, actúa como agente de cambio, garantizando los derechos fundamentales de las mujeres y sus familias. El subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo, constituye la primera política intersectorial en Chile que aborda la problemática del desarrollo infantil temprano.

### Programa Parto Respetado

Este apartado interpreta y analiza los conocimientos de las mujeres entrevistadas respecto a su percepción del “Parto Respetado”, es decir, cómo ellas entienden o definen aquel enunciado. La atención humanizada del parto y nacimiento asegura el respeto de los derechos fundamentales, de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, reduciendo complicaciones perinatales y la mortalidad materna.

Lo anterior, permite seleccionar aquellos fragmentos que manifiestan las mujeres de acuerdo con su sentir, a lo que vivieron y estuvieron expuestas durante su proceso de embarazo, parto y post parto.

Un parto respetuoso engloba todo el proceso vivido por las mujeres y a su vez por sus familias o cercanos, que acompañan aquel momento de alegría, dolor, nostalgia, sufrimiento, humillaciones e incertidumbre, es decir, aquellas emociones que afloran un sentir de un proceso marcado por experiencias positivas o negativas.

*“Para mí un parto respetuoso es como todo el proceso previo y posterior al parto y en el parto, ha sido como acompañado de una manera correcta, ha sido como informado, donde tú has podido tomar las decisiones, donde no se te ha impuesto.” Entrevista 8*

En la cita precedente, la entrevistada exterioriza su parecer respecto a un parto respetuoso, entendiéndolo no sólo como un trato digno en el parto mismo, sino también, en los procesos previos y posteriores que viven las mujeres en aquel momento, a su vez, incorpora en su relato, un acompañamiento adecuado tanto por el equipo de salud, como las personas más significativas para ellas, donde anhelan un momento de contención, de resguardo, protección y empatía.

La entrega de información oportuna surge como otro componente de un parto respetuoso, donde se otorga por parte de los funcionarios del sistema de salud público y privado, el total de la información que requiere tanto la mujer como sus familiares, el tener conocimiento de su estado y el de su hijo o hija, en parto normales y/o cesáreas, además de la información proporcionada antes durante y después del parto. Y, por último, señala la libertad de tomar decisiones respecto a su cuerpo, y no la imposición de acciones que denigren su integridad tanto física como psicológica.

El Parto Respetuoso, como se señala anteriormente, es un trato digno y humanizado por parte del equipo de salud y los funcionarios que forman parte

de un servicio público y/o privado, donde se presentan mujeres a los establecimientos mencionados, con miedo e inseguridad de ser otra víctima más de la violencia obstétrica. Cabe mencionar, que se repiten los relatos que están marcados por el sentir de las mujeres y aquella información que esperan obtener en aquel momento de máxima vulnerabilidad.

*“Es cuando a la mujer se le deja vivir ese momento como ellas lo sientan, si quieres gritar, que lo haga, si quieres estar en silencio, que lo haga, tratarla con afecto, explicarle los procesos que va a vivir, los dolores a lo mejor que va a pasar, explicarle las opciones, si va a ser cesárea o parto normal.” Entrevista 11*

En el fragmento citado, la mujer expone el Parto Respetuoso desde una mirada libre de expresión respecto a los sentimientos de las mujeres que viven un parto, es decir, poder expresarse en aquel momento de acuerdo con lo que sienta la mujer, por ejemplo, el gritar, llorar, el silencio, la música, el sentirse acompañada, el recibir afecto, entre otras emociones que pueden brotar de alegría, de miedo, agotamiento y felicidad. Además, añade la importancia de informar los procedimientos que se llevaran a cabo, las opciones que tiene para decidir alguna acción y el explicar los procesos que están pronto a vivir.

Las miradas de las mujeres sobre como ellas perciben lo que sería el Parto Respetuoso, apunta a un trato digno, a un acompañamiento ligado al afecto, contención y entrega de información pertinente, además de lo significativo que es poder expresar libremente los sentimientos que surgen en el embarazo, parto y post parto. Sin embargo, se evidencia una opinión opuesta a todas aquellas manifestaciones anteriores, donde el centro no recae en las expresiones mencionadas, sino en factores externos a las mujeres que en ocasiones coartan aquel imaginario de un posible parto respetuoso.

*“Entonces el parto respetado tiene que ver yo creo con esos tres elementos: qué es lo que tu hijo necesita para nacer, cuál es tu expectativa de parto y qué es lo que el equipo que, en ese momento, en ese aquí y ahora que te puede entregar.” Entrevista 4*

En el fragmento citado, la entrevistada plantea una visión de Parto Respetuoso condicionado por factores externos, es decir, alude a tres elementos esenciales para lograr un parto humanizado, en primer lugar, la necesidad del hijo o hija que está por nacer, la entrevistada comenta que quizás el niño o niña puede requerir atención médica inmediata, debido a complicaciones en el momento del parto, por lo cual se mezcla, con el segundo

elemento que apunta al deseo de la mujer, es decir, si el hijo o hija ya viene con un diagnóstico médico o se presenta en el momento una urgencia, por lo cual señala que no puede parir en la casa, o un parto natural en piscina, manifiesta que no se debe direccionar sólo a la decisión de la mujer, porque hay otro ser humano que está por nacer, que puede carecer o no de un servicio, que puede ser la forma adecuada o inadecuada de parir. Y, por último, existe un sistema de salud condicionado por las herramientas que posee en el momento del parto, por ejemplo, realizar un parto vertical.

Se infiere, de acuerdo con lo citado en el fragmento anterior, que los elementos expuestos por la entrevistada coexisten entre sí, ya que, los tres factores son importantes para el bienestar de ambos, y a su vez, del equipo de salud, quienes son los encargados de propiciar un ambiente digno y adecuado para la mujer y el o la hija que está por nacer.

Por parte del Ministerio de Salud, Francisco Álvarez, Seremi de Salud, destaca que el parto respetado contempla varias acciones que van enfocadas hacia un cuidado humanizado de los derechos de la mujer, dentro de las acciones esta la atención continua y personalizada de la mujer que va a parir y también a las familias desde el parto al parto (Ministerio de Salud, 2018).

La construcción de una definición que alcance a cubrir el concepto de Parto Respetuoso abordaría lo considerado por Francisco Álvarez, complementándola desde una atención consciente en el sentir de las mujeres, la existencia de empatía respecto a los procesos que viven, una contención tanto del equipo de salud como los familiares hacia la mujer y, una comunicación fluida y oportuna respecto al estado de salud de la madre y de su hijo o hija. Asimismo, es importante obtener los implementos y herramientas necesarias por parte de los centros asistenciales de salud, con el fin de propiciar una atención eficiente y de calidad en los cuidados del embarazo, nacimiento y posterior puerperio.

El proceso de análisis contó con el apoyo de la profesional Patricia Saavedra, Matrona del Centro de Salud Familiar Jean Marie Thierry. La cual tuvo como objeto entregar precisiones respecto a conceptos utilizados, propios de la salud reproductiva, además de plasmar como posibilidad a futuro un trabajo desde la tríada familiar, incorporando al hombre con su rol activo respecto a su paternidad.

Para el proceso de triangulación de la información, la profesional reconoce a la violencia obstétrica como un problema instaurado hace décadas, desde la utilización de la posición de litotomía o supina para el nacimiento, reconociendo principalmente el que, en la atención hospitalaria, sería la

institución que experimentaría un mayor nivel de violencia, debido a los altos niveles de estrés, demanda, turnos y cantidad de pacientes por profesional. La atención primaria, propiciaría un mejor trato, según su experiencia. No obstante, reconoce la necesidad de humanizar los procesos, la no estandarización de atenciones, ya que cada familia vive su parto de forma única y el que solo mediante la ejecución de un parto respetuoso, lograría la igualdad de derechos y oportunidades desde el nacimiento.

# ***Capítulo V***

## ***Conclusiones y Reflexiones***

---

## **CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES**

Primeramente, antes de abordar las conclusiones y reflexiones centradas en la temática de violencia obstétrica la metodología utilizada como estructura que potencia la presente investigación y la vinculación con la profesión, se ha establecido designar como apertura al presente acápite el visibilizar desde una mirada subjetiva el contexto social bajo el cual se realizó esta investigación, el movimiento social levantado en Chile durante el año 2019 en el cual se alzaron las voces de aquellas personas que son vulneradas por el sistema actual.

El llamado “estallido social” surgió el 18 de octubre del año 2019, en Chile, a través de la manifestación del descontento en la población chilena ante una serie de injusticias que vive el país. La consigna de no más AFP, del derecho a una atención en salud de calidad y oportuna, el derecho a pensiones dignas, el derecho a una educación gratuita y de calidad, el derecho a mejores remuneraciones, el derecho a una vivienda digna, entre otras, conformaron las banderas de lucha por las cuales el pueblo chileno exige actualmente una mejor calidad de vida.

Se atribuye principalmente a las autoridades políticas la responsabilidad de las evidentes desigualdades que hay en el país, por lo cual se le exige al Estado que responda a las demandas de la ciudadanía, las cuales no son espontáneas y desde años han sido planteadas por los y las ciudadanas.

Por parte del Poder Ejecutivo, la ciudadanía pide un respaldo real del gobierno a las demandas populares, éste se ha empeñado en crear un discurso opositor a las protestas. Se pide la renuncia del presidente, quien no ha sido idóneo en responder oportunamente a la crisis social vivida actualmente en Chile. Junto con esto, se pide la renuncia de los Ministros de Educación, Salud e Interior, quienes han negado explícitamente las problemáticas planteadas por la ciudadanía, la clara violación a los Derechos Humanos y enfatizado en la criminalización de las protestas y los propios protestantes, como “violentistas”.

Por el lado del Poder Legislativo, ha habido una progresiva disminución de la confianza en partidos políticos, llegando a un 2% según la última encuesta CEP. Durante las protestas se manifestó un descontento hacia las y los parlamentarios por el mal desempeño que han tenido durante su ejercicio, favoreciendo los intereses de los sectores económicamente más privilegiados del país en desmedro del resto de la población.

Desde el Poder Judicial, se puede considerar que durante el “estallido social” se visibilizó uno de los aspectos más crudos del abuso de poder. Carabineros de Chile y el Ejército, respaldados por el Poder Ejecutivo, excedieron sus labores disuasivas y de orden, atormentando, golpeando, abusando, violando, torturando, mutilando en reiteradas ocasiones a cientos de personas, dejando un saldo de miles de personas heridas, algunas de por vida, otra con menos suerte, asesinadas por el Estado.

A pesar de lo anterior las manifestaciones se han mantenido con regularidad los meses posteriores al 18 – O, proyectándose actualmente a dar énfasis a la campaña del “Apruebo” por una nueva constitución principalmente, existiendo paralelamente grupos opositores a favor del “Rechazo”.

Ante la situación que vive el país, como grupo rechazamos toda violencia ejercida por el Estado, sus representantes políticos y sus organismos de orden y seguridad, de la misma forma que rechazamos la violencia sistemática ejercida dentro del área de la salud por medio de las políticas, instituciones y personas que replican un modelo que violenta a las y los pacientes.

Esta investigación tiene como finalidad visibilizar la violencia obstétrica de una mirada social como futuras trabajadoras sociales, por lo cual como equipo no estamos ajenos a las demandas sociales por un país más justo, en el cual la maternidad sea libre, segura y digna.

### **Conclusiones y Reflexiones Temáticas: Violencia de Género, Violencia Obstétrica y Normas Sanitarias.**

El objetivo principal de nuestra investigación fue la visibilización de la violencia obstétrica, utilizando como muestra un colectivo de apoderadas de la Escuela República Argentinas, quienes hubiesen experimentado un parto dentro del sector público y privado de salud.

Los principales ejes utilizados para entender a la violencia obstétrica como tal fueron ***la violencia de género, a la violencia obstétrica y la normativa sanitaria en relación con la violencia obstétrica.***

Mediante el proceso de investigación, se cataloga determinante la incidencia en la violencia obstétrica experimentada por el colectivo de madres entrevistadas, la violencia de género radicaría en la violencia desplegada hacia la mujer, por el hecho de ser mujer. Esta fue ejercida de manera multidireccional, por diferentes agentes del equipo de salud, ejerciendo violencia psicológica, física y verbal.

La violencia de género en este caso se vería reflejada por medio de las acciones llevadas a cabo por parte de los diferentes equipos de salud, encabezando una violencia institucional sistemática, imperativa y exponiendo a la medicalización e instrumentalización de los procesos biológicos del parto.

Parte de las vivencias expuestas por las mujeres en esta arista, recaerían en ***la imposición a utilizar diferentes métodos anticonceptivos o la restricción a estos, restricción a un apego temprano y favorable, imposición a mantener una postura supina o recostada durante el trabajo de parto, anulación de la autonomía de la mujer respecto a su sentir, utilización de medicamentos sin previa información, menoscabo hacía la mujer, utilización de apodo, entre otros.***

La violencia obstétrica, en torno a la definición entregada por Regina Torres se encuentra plasmada en los relatos del colectivo, se confirma lo planteado por la autora, debido a que su experiencia comprende la violencia de género, violación a los derechos reproductivos de la mujer, ejercida por instituciones públicas y/o privadas del servicio de salud.

Puesto que el objetivo primero de la investigación recaería en la visibilización de esta problemática, en base a hechos y su experiencia en torno a sus procesos de embarazo, parto y posparto.

Los diferentes relatos experimentados fluctuaron entre ***el mal trato verbal, utilización de apodos, burlar por su apariencia o estado físico, episiotomías sin consentimiento, dilatación forzada, tacto excesivo, negación y/o imposición a esterilización, desinformación*** pudo asociar dicha definición con su experiencia, existiendo otros casos en los cuales, no pudieron definirlo como tal.

Esto lleva a reflexionar como equipo de trabajo a la normalización de este tipo de violencia, aceptando acciones las cuales se encuentran alejadas del buen trato en la salud, en conjunto con la desinformación existente en torno a los derechos y deberes en la mujer en el servicio de salud, en conjunto con sus derechos reproductivos.

Evidenciando la necesidad de una educación con base transversal, además de la concientización y visibilización de la problemática, ***acción respecto al estado de salud propio o estado de salud del recién nacido, suministro de medicamentos sin información pertinente, negligencias médicas, malos procedimientos, mecanización de los procesos reproductivos propios de la mujer, entre otros.***

Dentro del proceso de levantamiento de información se les solicitó a las apoderadas el explicar qué entendían por el concepto de violencia obstétrica, en base a esto sus definiciones reflejan a grandes rasgos diferentes tipos de maltrato físico y verbal, no obstante, pese a que sus definiciones se acercaran a la entregada por la autora, una parte del colectivo no pudo asociar dicha definición con su experiencia, existiendo otros casos en los cuales, no pudieron definirlo como tal.

Esto nos lleva a reflexionar como equipo de trabajo a la normalización de este tipo de violencia, aceptando acciones las cuales se encuentran alejadas del buen trato en la salud, en conjunto con la desinformación existente en torno a los derechos y deberes en la mujer en el servicio de salud, en conjunto con sus derechos reproductivos.

Para el caso de la Normativa sanitaria en relación con la violencia obstétrica, se tuvo como objeto la identificación de los programas y normativas que se encuentran al alero de los procesos reproductivos de la mujer. El instrumento de recolección de datos, para este eje, busco pesquisar el conocimiento del programa Chile Crece Contigo, además de las nociones respecto a la normativa existente que regularan esta temática.

Respecto al manejo de las apoderadas en torno al Programa Chile Crece Contigo, fluctúan las percepciones entre un programa que se centra en ***la entrega del ajuar del gobierno, implementación de control niño sano en consultorios, entrega de fichas y material didáctico, además de entrega de materiales didácticos en su primera etapa escolar.***

Esto evidenciaría un bajo manejo respecto a la importancia en esta política pública, su real alcance, centrándose en la entrega de recursos económicos, pese a contar con un programa multidisciplinario de profesionales, enfocados en el bienestar de niños y niñas desde el embarazo hasta los 9 años.

Es necesario recalcar el que pese a que el objetivo primero del programa Chile Crece Contigo, se encuentra enfocado en la primera infancia, manejando los conceptos de buen trato, además del parto respetuoso, el cual, a percepción de nuestra muestra, expone altas expectativas del concepto, pero al mismo tiempo muy alejadas a la realidad, por la carencia de espacios adecuados y profesionales instruidos en este tipo de prácticas.

Como se ha mencionado anteriormente la experiencia en torno a los procesos de embarazo, parto y posparto, se encuentran inmersos en malas prácticas y negligencias reiteradas, desde la desinformación usuaria, hasta el

maltrato tanto físico, como verbal. Exponiendo la necesidad de una tipificación de la violencia obstétrica como tal, además de las sanciones pertinentes en caso de que una mujer sufra este tipo de violencia.

Actualmente en Chile, la violencia obstétrica no se encuentra tipificada como tal, y la única forma de denuncia se encuentra estipulada dentro de la Ley N° 20.584, la cual regula los derechos y deberes de las personas vinculadas a su atención de salud. Para este caso, la violencia obstétrica estaría normada como un reclamo en la OIRS, sin medidas o acciones frente a este tipo de vulneración.

En base a estos tres ejes, el equipo de trabajo logra mantener una reflexión activa en torno a la necesidad de tipificar, regular, sancionar y reeducar a la población en torno a los diferentes tipos de violencia, él como la violencia obstétrica no debe ser normalizada y al mismo tiempo identificar al Estado como uno de los principales agentes encargados en entregar condiciones adecuadas y seguras para que la mujer pueda ejercer su salud reproductiva de la mejor manera.

La necesidad de identificar al Estado como el principal agente encargado en entregar los estándares mínimos que resguarden la salud reproductiva de la mujer, dando pie a los hallazgos claves de nuestra investigación, debido a que la violencia obstétrica no es solo un problema de género o de normativa, sino que expone una violencia estructural que son las mismas mujeres las cuales son capaces de evidenciar y exponer.

Mediante el relato de las progenitoras consideran al mismo tiempo abusivas ***las condiciones en las que los funcionarios del sistema de salud deben trabajar, lo extenso de los turnos, las malas instalaciones, la falta de una infraestructura adecuada que permita las buenas condiciones o el funcionamiento óptimo al momento de efectuar una prestación médica.***

Dando espacio para la reflexión en torno al contraste entre los programas vigentes y la realidad de los servicios de salud en Chile, propiciando el nacimiento por medio de un parto respetuoso, pero son pocas las salas adecuadas para mantener un parto con cuclillas, o las condiciones no son las óptimas para mantener el apego temprano que el programa Chile Crece Contigo propicia.

Evidenciando de esta manera una escala de violencia, la cual comienza desde los escasos recursos de los centros asistenciales de salud y termina en la violencia ejercida hacia la mujer, por parte de funcionarios los cuales no cuentan con las condiciones óptimas para llevar a cabo sus labores.

Al realizar el trabajo de levantamiento de información, se conversó con las progenitoras respecto a las propuestas y/o necesidades evidenciadas para la mejora del servicio de salud.

De esta misma manera, se reconoce como una necesidad en torno a la temática de la violencia obstétrica como tal, ***la educación en materia de sexualidad, intervenciones a nivel ciclo vital y familiar, vuelco al enfoque de salud reproductiva centrado en la mujer, conformación de una política pública centrada en el enfoque de género y disidencias sexuales, necesidad de capacitaciones a los profesionales en temática de derechos, además de la humanización de los procesos reproductivos.***

El actual enfoque de salud reproductivo se encuentra centrado en la mujer, entregando de manera exclusiva a ella la responsabilidad sexual y reproductiva, se evidencia actualmente un cambio de enfoque, marcado el protagonismo del hombre, manteniéndolo como un agente activo, el cual debe ser responsable de mantener una sexualidad segura, responsable, además de mantener el protagonismo en la reproducción, anticoncepción, además de los procesos obstétricos. Entregar este espacio, mantendría un rol coparticipativo de la sexualidad y reproducción, dejando de entender a esta última como una tarea la cual tiene responsabilidad exclusiva en la mujer.

Los relatos que se recogieron expresan sentir una deshumanización de la atención, de sus procesos biológicos, una mecanización de algo tan propio como lo son los procesos biológicos de la maternidad, creyendo vislumbrar como una respuesta no solo la re educación de la población en torno a la violencia obstétrica, sino que a los profesionales de la salud, concientizándolos en aquellos efectos que tendría el ejercer este tipo de violencia, la capacitación en torno al buen trato y al mismo tiempo a la humanización del parto.

Como equipo de trabajo, planteamos el que la violencia obstétrica es una herida abierta en el Chile actual, la cual evidencia la desigualdad social existente en la ciudadanía desde el nacimiento, donde la dignidad que pide la sociedad actual se encuentra vulnerada desde sus primeros instantes de vida. Existe una necesidad de exponer, sensibilizar, concientizar a la población y aquellos agentes del Estado que se encuentran encargados, y son quienes ejercer esta violencia, el que ella tiene consecuencias, el que debe ser normada para poder ser sancionada.

La **sociedad de consumo propicia el espacio que mecaniza la maternidad**, mecaniza el parto y expropia a la mujer de sus propios procesos reproductivos, la desigualdad social en este caso sería la encargada de

normalizar la violencia de la cuales son víctimas las mujeres por tener que hacer uso de un sistema público, el cual no cuenta con las condiciones adecuadas para entregar un mejor servicio y propicia la escala de violencia que se ha expuesto a lo largo de esta investigación.

### **Conclusiones y Reflexiones Metodológicas**

Las apreciaciones metodológicas obtenidas al final de esta investigación apuntan a que la investigación *cualitativa* fue un método adecuado para recopilar las experiencias de madres en torno a su embarazo, parto y postparto en los sistemas de salud chilenos. Dicha aseveración se sustenta en el hecho de que las entrevistas pudieron dar cuenta de cómo se vivencia la maternidad en los recintos de salud y las dinámicas que ocurren durante la atención de ésta.

Considerando la escasez de experiencias narrativas dadas por voces femeninas sobre la temática, se decidió enfatizar la investigación en la experiencia de la maternidad en torno a la temática de violencia obstétrica, buscando recabar la información desde el sentir de las entrevistadas.

Dentro del carácter *narrativo* de las entrevistas, se considera la maternidad como un proceso que se desarrolla en el transcurso del tiempo. El enfoque narrativo permitió obtener un panorama de cada instante del proceso, lo cual proporcionó notar cuáles momentos eran más propensos a episodios de violencia obstétrica. Sumado a lo anterior, usar un enfoque de *tópicos* en la investigación centrándose en la problemática de violencia obstétrica, favoreció en dirigir el relato de las entrevistas siempre en relación con la temática.

La pregunta de investigación planteada tuvo una respuesta en los análisis por medio de la descripción e interpretación de las vivencias de las entrevistadas. En concordancia con lo anterior, el objetivo general también fue abordado de manera satisfactoria, considerando además que su planteamiento responde a la premisa inicial de visibilizar la experiencia de la maternidad en torno a la violencia obstétrica.

Por otro lado, el instrumento utilizado para el levantamiento de información, la *entrevista semiestructurada*, permitió por una parte organizar la entrevista desde el diseño narrativo escogido, pasando por los momentos de embarazo, parto y post parto. Además, en el momento de la aplicación es una guía útil para dirigir la conversación, especialmente cuando los relatos toman un rumbo alejado al objetivo. A su vez, este modelo de entrevista permitió tener la libertad para introducir preguntas que ahondaran en situaciones nuevas identificadas en los relatos. Dentro de esta línea, el haber

entrevistado a madres de niñas y niños de un rango de edad específico favoreció a que pudieran relatar la experiencia en condiciones similares.

El *análisis documental*, también ocupado como instrumento para el análisis, permitió dinamizar el análisis de las entrevistas, comparando las interpretaciones con otros estudios relacionados a la temática o buscando referencias bibliográficas para los hallazgos identificados.

La metodología de análisis interpretativo, propio de la investigación cualitativa, dio paso a que el contenido de la información rescatada en las entrevistas adoptara una nueva forma por medio del entrelazamiento de los relatos y sus respectivos significados. La intersubjetividad emanada de los relatos y las vivencias comunes permitió vislumbrar situaciones propias de la violencia obstétrica, lo que aportó al contenido y conocimiento generado para los ejes temáticos de la investigación (manifestaciones, factores y consecuencias).

Finalmente, dentro de las reflexiones que emergieron de la investigación, se consideró la posibilidad de haber tomado otras decisiones que quizás hubieran enriquecido la investigación. Por ejemplo, la posibilidad de hacer un estudio enfocado en la salud pública, privada o ambas para hacer un contraste de la violencia obstétrica en ambos tipos de institución.

Así mismo desde lo institucional, también se podrían haber obtenido otros datos si se hubiera trabajado desde un Cesfam u Hospital, por lo cual podría desarrollarse una nueva línea de investigación desde dichos recintos. Sin embargo, se pudo percibir una sensación de comodidad y tranquilidad de las participantes dentro del recinto educacional, el cual al ser un lugar al que acuden a diario permitió que pudieran desenvolverse con naturalidad para relatar su experiencia.

Respecto al sujeto en el cual se enfocó la investigación, se considera la posibilidad que la violencia obstétrica fuera analizada desde otra perspectiva al considerar el papel de los progenitores masculinos dentro de los procesos de embarazo, parto y post parto, los equipos de salud o la experiencia desde nuevos paradigmas como el paso de díada (madre-hijo) a tríada (madre-padre-hijo).

### **Conclusiones y Reflexiones Profesionales: Trabajo Social y Violencia Obstétrica**

La importancia de la temática abordada en el presente proyecto de título le otorga a la disciplina de Trabajo Social, la *visibilización* de un área olvidada por el quehacer profesional, ya que, pese a ser mencionada en algunas

ocasiones por las mujeres entrevistadas, sólo se alude a una presencia aislada del o la trabajadora social en los centros de salud del sistema público, como el gestor de realizar las derivaciones al área de salud mental, en el caso que la mujer a través de los test psicológicos realizados por matronas, se pesquisar la necesidad de una derivación.

Pese a la escasa participación del o la trabajadora social en la temática de violencia obstétrica que los estudiantes han abordado en la presente investigación, se ha considerado por medio de la información recabada, que el **Programa Chile Crece Contigo**, fortalece de manera positiva la implementación de éste, bajo un trabajo multidisciplinario con un enfoque biopsicosocial. Por lo cual, permite visibilizar el rol del trabajador o trabajadora social, desde una mirada no aislada a la temática presentada, ya que, se requiere de una participación directa con la mujer embarazada y su entorno. Sin embargo, cabe mencionar, que, dentro de la información recabada, sólo se puede vislumbrar la presencia de la profesión en este programa en particular y aquellas derivaciones que realizan a salud mental. No obstante, los alumnos consideran relevante el ejercicio de la profesión, en **resguardar la integridad y los derechos fundamentales que se vulneran en el proceso de embarazo, parto y post parto**.

Con respecto a lo anterior, y a través de los resultados obtenidos en la presente investigación, cabe señalar la importancia de dos aristas relevantes que abren camino profesional al trabajador o trabajadora social; es decir; por un lado, se hace referencia al **equipo de salud** que forma parte del proceso de embarazo, parto y post parto de las mujeres, ya que, son aquellos profesionales que participan de forma directa del proceso señalado anteriormente, y sin embargo, arrojan resultados desfavorables respecto a la omisión de información y trato deshumanizado. Es por ello, que se considera significativa la intervención del o la trabajadora social, en la **gestión de capacitaciones que fomenten un buen trato para con las personas**.

Y, por otro lado, se alude a la **mujer gestante** que asiste al sistema de salud tanto público como privado, las cuales son las principales afectadas por maltratos físicos y/o psicológicos que reciben por parte del equipo de salud. A lo anterior, se atribuye la presencia del trabajador o trabajadora social, como **garante de los derechos fundamentales en un proceso que requiere acompañamiento, concientización de los deberes y derechos de los pacientes, y un apoyo biopsicosocial en aquella etapa que se da inicio en el embarazo hasta cuando la mujer y/o el niño o niña lo requiera**.

Lo precedente, constituye una vinculación entre el área de salud y lo social, específicamente la parte ginecológica-obstétrica, el cual está conformado por un círculo cerrado y protagonizado por profesionales exclusivamente de la rama de salud, sin embargo, a través de los relatos expuestos por las propias mujeres, madres de niños y/o niñas nacidos en sistemas tanto públicos como privados, las cuales logran revivir y narrar sus experiencias positivas y negativas de su proceso de embarazo, parto y post parto. Lo cual, permite a los alumnos autores de la presente investigación, leer entre líneas y de manera subjetiva, aquellos vacíos que tuvieron que vivenciar las mujeres, y que, a través del rol profesional del trabajador o trabajadora social, se pueda ***prevenir y sancionar las posibles malas prácticas, las cuales vulneran directamente la salud reproductiva de la mujer, buscando promover la dignidad y el valor de las personas.***

El levantamiento de información otorga una experiencia valiosa para el área social y un futuro escenario profesional, permitiendo abrir espacios para la reflexión de un tipo de violencia que es ejercido en el área de salud, y que por años ha sido invisibilizado y normalizado muchas veces, por las mismas mujeres que sufren violencia obstétrica.

Desde el trabajo social, se mantiene la necesidad de entregar un enfoque social adecuado, el cual garantice las condiciones óptimas para la atención a mujeres y disidencias sexuales, propiciando un espacio seguro y calidad en los sistemas asistenciales de salud.

Este accionar mantendría un lineamiento clave con el rol de educador informal que mantiene el trabajador social, desde la intervención en nivel de caso, grupo, comunidad y territorio.

El cual maneja un espacio de intervención transversal, desde la **promoción del buen trato en la salud** enfocado primeramente en la mujer, sin dejar de lado una futura intervención y trabajo con disidencias sexuales, las comunidades LGBTQY+, quienes de manera histórica han sido víctimas de violencia y discriminación; **prevención de la violencia obstétrica**, educando a la comunidad de sus derechos y deberes, entregando herramientas para detectar acciones violentas dentro de este espacio; **tratamiento y rehabilitación** de la violencia obstétrica, entregando espacios de contención, apoyo, preparación en caso de una futura maternidad en caso de haber experimentado este tipo de violencia, además de la entrega de competencias adecuadas para subsanar la sanidad mental de la comunidad.

Surge al momento de trabajar en estos niveles, la tensión profesional entre la institución que avala el quehacer y aquellos sujetos que violentarían a la población expuesta a experimentar violencia obstétrica.

El reconocimiento de la dignidad inherente al ser humano, la promoción de los derechos humanos, el tratar a las personas como un todo, serían principios clave que enfocados en la violencia obstétrica y la mujer.

Los principios éticos del trabajo social ponen ante todo al ser humano como persona sujeta a derechos, los cuales deben ser respetados por su entorno, y las instituciones que lo conforman. Para el caso de la violencia obstétrica y el impacto social que tendría en las mujeres, debe ubicar al trabajador social como un ente clave que salvaguarde su integridad física y psíquica, propiciando a la persona por sobre la institución, accionando a favor del sujeto de atención, para derivar y sancionar, según corresponda.

La investigación realizada abre la posibilidad de ampliar conocimiento, debido a que las diferentes manifestaciones de violencia obstétrica pueden ser entendidas desde la medicina reproductiva y al mismo tiempo al buen trato en la salud, el cual debe ser un Derecho garantizado. Las disidencias sexuales no deben ser olvidadas en este ámbito, puesto que históricamente han sufrido violencia y discriminación por parte de los agentes del Estado, siendo los centros asistenciales de salud, que se encuentran al alero de éste, quienes debiesen educar y prever situaciones de riesgo, en torno a las nuevas realidades sociales y la temática.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. (2019). *minmujeryeg*. Recuperado el Junio de 2019, de cuyo objetivo es terminar con la desigualdad entre mujeres y hombres.
- Acuña, M. E. (2019). *Conceptos fundamentales: Posición Occidental del sujeto teórico, tensiones sobre la idea biologicista de la mujer*. Obtenido de Introducción a las Teorías Feministas. UAbierta, Universidad de Chile: <http://irakaslebatikasten.blogspot.com/2019/03/11-conceptos-fundamentales-posicion.html>
- Acuña, M. E. (2019). *Género, machismo e inequidad: Reflexión crítica al género como concepto*. Obtenido de Introducción a las Teorías Feministas. UAbierta, Universidad de Chile: <https://irakaslebatikasten.blogspot.com/2019/04/12-genero-machismo-e-inequidades.html>
- Al Adib Mendi, M., Ibáñez Bernáldez, M., Casado Blanco, M., & Santos Redondo, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 104-111. Recuperado el 29 de 12 de 2019, de [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152017000100104&script=sci\\_arttext#B22](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-00152017000100104&script=sci_arttext#B22)
- Álvarez, F. (29 de Mayo de 2018). Conmemoración del Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer. (MINSAL, Entrevistador)
- Antígona, G. d. (15 de Noviembre de 2014). *Violencia Institucional y Violencia de Género*. Obtenido de <http://revistaseug.ugr.es/index.php/acfs/article/view/2783/2900>
- Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: Propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.cambio sobre Centroamérica y el Caribe Vol.11*.
- Bedregal, P., & Torres, A. (Noviembre de 2013). *Chile Crece Contigo: El desafío de crear Políticas Públicas Intersectoriales*. Obtenido de Intituto de Políticas Públicas udp : [http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo5/chile\\_crece\\_contigo\\_el\\_desafo\\_de\\_crear\\_politicas\\_publicas\\_intersectoriales.pdf](http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo5/chile_crece_contigo_el_desafo_de_crear_politicas_publicas_intersectoriales.pdf)
- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los Derechos Humanos. *Redbioética/UNESCO*, 7.

- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.* (24 de Abril de 2012). Obtenido de <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Ley%2020584%20Derechos%20y%20Deberes.pdf>
- Biblioteca Nacional de Chile. (s.f.). *Memoria Chilena*. Recuperado el 26 de Junio de 2019, de <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-100643.html#presentacion>
- Briones, L. (29 de Mayo de 2018). Conmemoración del día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer. (MINSAL, Entrevistador)
- Cáceres , P. (2003). Análisis Cualitativo de Contenido: una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectiva*, *II*(1), 53-81.
- Canessa, E. T. (Junio de 2016). *Tell Magazine*. Recuperado el 26 de Junio de 2019, de <http://old.tell.cl/magazine/18768/vinadelmar/junio/2016/columnas/gotas-de-leche-de-vina-del-mar-sociedad-de-beneficencia-en-defensa-del-nino>
- Casalino, S. (2018). *Compendio de Trabajo Social de Comunidad, Hospital Carlos Van Buren*. Valparaíso.
- Catalán, A. (29 de Mayo de 2018). Conmemoración del Día Internacional de la Acción por la Salud de la Mujer. (MINSAL, Entrevistador)
- Catálogo de Prestaciones 2018 Chile Crece Contigo.* (s.f.). Recuperado el 05 de Diciembre de 2019, de <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2018/01/Catalogo-Prestaciones-ChCC-2018-Ok.pdf>
- CEPAL. (12 - 15 de Agosto de 2013). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. Obtenido de [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf)
- Chile Crece Contigo.* (s.f.). Recuperado el 04 de Diciembre de 2019, de <http://www.crececontigo.gob.cl/acerca-de-chcc/que-es/>
- ChileAtiende. (13 de Diciembre de 2018). *ChileAtiende*. Recuperado el 10 de Mayo de 2019, de <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/38457-pago-asociado-a-un-diagnostico-pad-de-fonasa>
- Colekessian, A. (06 de Junio de 2013). *Violaciones a los derechos de las mujeres: Esterilización Forzada, Control de la natalidad, el VIH y Sida*. Obtenido de <https://www.awid.org/es/noticias-y-an%C3%A1lisis/violaciones-los-derechos-de-las-mujeres-esterilizacion-forzada-control-de-la>

Cooperativa. (14 de 10 de 2019). Recuperado el 03 de 12 de 2019, de cooperativa.cl:

<https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/hospitales/colegio-medico-advirtio-de-una-crisis-sanitaria-por-falta-de-insumos/2019-10-14/203207.html>

Cuenya, L., & Ruetti, E. (2010). Controversias epistemológicas y metodológicas entre el paradigma cualitativo y cuantitativo en psicología. *Revista Colombiana de Psicología*, 19(2), 271-277.

*Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. (20 de Diciembre de 1993). Obtenido de Resolución de la Asamblea General 48/104:

<http://www.dpp.cl/resources/upload/files/documento/2568adc7f7f705090536c6898d4d7183.PDF>

Departamento de Estadísticas e Información en Salud. (2017). COGNOS. Recuperado el 26 de Junio de 2019, de [http://cognos.deis.cl/ibmcognos/cgi-](http://cognos.deis.cl/ibmcognos/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=%2fcontent%2ffolder%5b%40name%3d%27PUB%27%5d%2ffolder%5b%40name%3d%27REPORTES%27%5d%2ffolder%5b%40name%3d%27Egresos%27%5d%2freport%5b%40name%3d%27Egresos%20ho)

[bin/cognos.cgi?b\\_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=%2fcontent%2ffolder%5b%40name%3d%27PUB%27%5d%2ffolder%5b%40name%3d%27REPORTES%27%5d%2ffolder%5b%40name%3d%27Egresos%27%5d%2freport%5b%40name%3d%27Egresos%20ho](http://cognos.deis.cl/ibmcognos/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=cognosViewer&ui.action=run&ui.object=%2fcontent%2ffolder%5b%40name%3d%27PUB%27%5d%2ffolder%5b%40name%3d%27REPORTES%27%5d%2ffolder%5b%40name%3d%27Egresos%27%5d%2freport%5b%40name%3d%27Egresos%20ho)

*Depresión materna perinatal y vínculo madre-bebé*. (Junio de 2015). Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5147360>

El Mercurio, Valparaíso. (12 de Marzo de 2009). *El Mercurio de Valparaíso*. Recuperado el 05 de Julio de 2019, de [http://www.mercuriovalpo.cl/prontus4\\_noticias/site/artic/20090312/pags/20090312000445.html](http://www.mercuriovalpo.cl/prontus4_noticias/site/artic/20090312/pags/20090312000445.html)

F. Belli, L. (Enero - Junio de 2013). La Violencia Obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos. *Redbioética/UNESCO*.

Gallaegos, F. C. (2018). Parir en Chile: Violencia Obstétrica y Vulneración a los Derechos Humanos. Crítica a la ausencia de regulación en la ley chilena con perspectiva de género. *Némesis XIV Problemáticas del Chile actual*, 90.

Gherardi, N. (Diciembre de 2016). Violencia contra las Mujeres en América Latina. *Sur Revista Internacional de Derechos Humanos*.

Gómez, C. (2014). Trabajo y flexibilidad laboral en el Estado Chileno: Experiencias de mujeres a la luz del feminismo liberal. *Psicoperspectivas*, 46.

- González, C. (07 de Noviembre de 2018). *Vida Ciencia Tecnología* . Obtenido de <http://www.economiaynegocios.cl/noticias/noticias.asp?id=519449>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado , C., & Baptista Lucio , P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA . Recuperado el 26 de Mayo de 2019
- INE. (31 de Agosto de 2018). *www.ine.cl*. Recuperado el 10 de Mayo de 2019, de <https://www.ine.cl/prensa/2018/08/31/n%C3%BAmero-de-nacimientos-en-chile-descendi%C3%B3-5-6-entre-2015-y-2016>
- INSGENAR. (2008). *Con todo al aire 2. Reporte de Derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales públicos*. Rosario, Argentina.
- Jiménez Bautista, F. (2011). Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad. *Convergencia vol. 19no.58 Toluca*.
- Magnone Alemán, N. (2011). *Derechos Sexuales y Reproductivos en Tensión: Intervencionismo y Violencia Obstétrica*. . Obtenido de <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Magnone.pdf>
- Martínez Pacheco, A. (2016). Significados y Aproximaciones Teóricas sobre el tema de Violencia. . *Política y Cultura. no46 México* .
- Ministerio de Salud. (26 de Mayo de 2016). *MINSAL*. Recuperado el 2018 de Julio de 1, de <https://www.minsal.cl/hospital-de-limache-realiza-jornada-de-sensibilizacion-sobre-parto-respetado/>
- MINSAL. (2014). *Protocolo programa embarazo y posparto y apoyo al tratamiento*. Santiago, Chile.
- MINSAL. (29 de Mayo de 2018). *Ministerio de Salud*. Recuperado el 26 de Junio de 2019, de <https://www.minsal.cl/autoridades-destacan-a-maternidad-de-hospital-van-buren-en-dia-de-la-salud-de-la-mujer/>
- Minyersky, N., & Flah, L. (s.f.). *Autonomía y derechos reproductivos de la mujer. Proceso gestacional y embrión*. Obtenido de <https://www.vocesenelfenix.com/content/autonom%C3%ADa-y-derechos-reproductivos-de-la-mujer-proceso-gestacional-y-embri%C3%B3n>
- Nogueira Alcalá, H. (2003). Los Derechos Esenciales o Humanos contenidos en los tratados internacionales y su ubicación en el ordenamiento jurídico nacional: Doctrina y Jurisprudencia . *Ius et Praxis v.9 n.1 Talca*

- Noreña, A., Alcaraz Moreno, N., Rojas, J., & Rebolledo Malpica, D. (11 de Diciembre de 2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *AQUICHAN*, 12(3).
- Observatorio de la Violencia Obstétrica. (2018). *Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile*. Santiago, Chile.
- Olhaberry, M., Romero, M., & Miranda, A. (2014). *Depresión materna Perinatal y Vínculo Madre bebé*. Chile: SUMMA PSICOLOGÍA UST.
- Osmer, J. T. (2019). Violencia obstétrica: una historia para contar después del parto.
- Quattrocchi, P. (2018). Violencia Obstétrica. Aportes desde América Latina. *Núcleo de Estudio y Pesquisas sobre Género*.
- Ramón Michel, A., & Allori, A. (Julio de 2017). El parto respetado como asunto de derechos: el mapa jurídico en la Argentina. *Mora (B. Aires) vol.23 no.1 Ciudad Autónoma de Buenos Aires*.
- Riaño Marín, R. E., & Okali, C. (Enero/Abril de 2008). Empoderamiento de las mujeres a través de su participación en proyectos productivos: experiencias no exitosas. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-14352008000100006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352008000100006)
- Sadler, M. (2003). *"Así me nacieron a mi hija"*. Santiago.
- Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota. (2015). *Propuesta Pública: "Sistema de Información para Gestión de Agencia Médica y Atención de Urgencias en Hospitales de baja complejidad del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota"*. Viña del Mar.
- Stagno, V. (29 de Mayo de 2018). Conmemoración del Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer. (MINSAL, Entrevistador)
- Tamayo Muñoz, J., Restrepo Moreno, C. M., Gil, L., & González Vélez, A. C. (Noviembre de 2015). *Violencia Obstétrica y Aborto. Aportes para el debate en Colombia*. Obtenido de [http://www.safeabortionwomensright.org/wp-content/uploads/2016/02/GDC\\_Obstetric-Violence\\_ES-1.pdf](http://www.safeabortionwomensright.org/wp-content/uploads/2016/02/GDC_Obstetric-Violence_ES-1.pdf)
- Tamés, R. (2015). *Violencia Obstétrica: Un enfoque de Derechos Humanos*. Mexico: Gire.
- Torres, P. B. (2013). *Chile Crece Contigo: El desafío de crear Políticas Públicas Intersectoriales*. Obtenido de Políticas Públicas udp: [124](http://isags-</a></p></div><div data-bbox=)

unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo5/chile\_crece\_contigo\_el\_d  
esafo\_de\_crear\_politicas\_publicas\_intersectoriales.pdf

Urzúa, C. J. (2018). *Aspectos Constitucionales de la Violencia Obstétrica: Análisis Crítico*. Obtenido de <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/151029/Aspectos-constitucionales-de-la-violencia-obst%C3%A9trica-an%C3%A1lisis-cr%C3%ADtico.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vial Solar, T. (Noviembre de 2016). *Informe Anual sobre Derechos Humanos en Chile*. Obtenido de Centro de Derechos Humanos udp, Facultad de Derecho: [http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/InformeAnual/2016/DelaMazayGonzalez\\_institucionalidadinfancia.pdf](http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/InformeAnual/2016/DelaMazayGonzalez_institucionalidadinfancia.pdf)

Villanueva-Egan, L. A. (2010). El maltrato en las salas de parto: Reflexiones de un Gineco-Obstetra. *CONAMED*.

Viñals L., V. (06 de Octubre de 2014). *Violencia Obstétrica: La herida invisible del parto*. Obtenido de <http://radio.uchile.cl/2014/10/06/violencia-obstetrica-la-herida-invisible-del-parto/>

Yáñez, C. (2018). *Observatorio de la Violencia Obstétrica*. Recuperado el 10 de Mayo de 2019, de <http://ovochile.cl/en-menos-del-20-de-los-partos-en-chile-madre-esta-30-minutos-con-su-hijo/>

Zárate, M. S. (2007). De Partera a Matrona. Hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX. *Calidad en la Educación* , 288.