



Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Sociología
Carrera de Sociología

Violencia Obstétrica y prácticas médicas autoritarias: un análisis del discurso de mujeres usuarias del servicio de salud en la Quinta Región.

Memoria de Grado para optar al Grado de Licenciada/o en Sociología y
Título Profesional de Socióloga/o

BÁRBARA BARRA URETA
FRIDA JORDANA CASTILLO ESCOBAR
RENÉ MERINO VARGAS

Profesora Guía:
MÓNICA IGLESIAS VÁZQUEZ

21 DE JULIO DEL 2023

AGRADECIMIENTOS

Por Bárbara

En este espacio deseo agradecer por sobre todo a mis hijas Pascuala y Helena por darme la oportunidad de vivir y experimentar la maternidad y con ello sus partos que han inspirado esta investigación, a mi compañero de vida Samuel por su gran apoyo en estos años, por su compañerismo, amor, comprensión durante este proceso y su gran labor de padre, por impulsarme siempre a dar lo mejor y confiar en mí.

A mis padres Rodrigo y Alejandra por apoyarme siempre en mis elecciones y en el camino de estudio que decidí tomar. A mi hermano Benjamín porque aun siendo adolescente me ayudó siempre con mi hija para permitirme estudiar y hoy siendo adulto lo sigue haciendo.

A mi abuela Luz y tía Graciela que permitieron que pudiera estudiar al mismo tiempo que maternaba, siempre estaré agradecida

Agradezco a mis compañeros de tesis por hacer esto posible y concretar un proceso que ha sido difícil para los tres en conjunto

Me queda agradecer a todas las mujeres que compartieron sus experiencias con nosotros aun cuando eran procesos difíciles y dolorosos.

Finalmente agradezco a todos quienes han sido parte de mi vida y me han acompañado desde siempre, familia y amigos que han estado ahí cuando los he necesitado.

Por René

Quiero agradecer antes que nadie a mi familia. Principalmente a mis padres, Aurora y René, por su comprensión y apoyo a lo largo de los años, a su esfuerzo incansable en mi educación y desarrollo personal y por creer en mí desde siempre, incluso en los momentos más difíciles.

A mis hermanas, Carolina y Priscila, por acompañarme tantos años y que ellos, mis padres y hermanas, han sido el pilar que me guiado toda la vida. Infinitamente agradecido del apoyo y amor recibido.

Especial cariño a mis amigos y amigas forjados en la universidad, gracias por ser mi segunda familia, y pese a la distancia y el tiempo tienen cada uno y una un lugar en mi corazón, como también lo tienen todos los invaluable recuerdos, aprendizajes y conversaciones por los miradores de Valparaíso.

Finalmente agradecer a Barbara y Frida por tanto compañerismo a lo largo de este proceso que confío nos llevará por caminos virtuosos.

Por Frida

Agradezco infinitamente a Dios la posibilidad de llegar hasta acá y por todo el camino recorrido. Por darme la posibilidad de gestar y vivir la experiencia del parto.

Agradezco a mis padres, Juana y César, sobre todo a mi madre quien me ha acompañado siempre por el camino que he decidido transitar.

Agradezco a mi marido Juan Ignacio y a nuestros hijos Simona y Juan Lucca por estar siempre a mi lado, por ser mi motivación y la inspiración para lograr ser quien quiero ser.

Agradezco a mis hermanos y sus esposas, agradezco a mis cuñadas y cuñados junto a sus familias, no lo saben, pero todo el apoyo que nos han brindado como familia ha permitido que hoy yo este acá.

Agradezco a mi grupo de tesis quienes me acogieron y han hecho que esta investigación cobre un sentido más allá de la academia.

Agradezco a cada mujer que confió en contarme algo tan preciado como son sus experiencias de violencia y su deseo de no volver a pasar nunca más por esto.

Por, sobre todo, agradezco a quienes han confiado en mí a lo largo de mi vida y que me han alentado con su buen trato y cariño.

Puedo decir que he encontrado suficientes razones para ser feliz y seguir adelante con mis convicciones.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	2
RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
Contextualización sociohistórica.....	8
Justificación de la investigación.....	11
Relevancias.....	13
RELEVANCIAS TEÓRICAS.....	13
RELEVANCIAS PRÁCTICAS.....	14
Pregunta de Investigación.....	15
Objetivos.....	15
OBJETIVO GENERAL.....	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	16
Medicina.....	16
Medicina autoritaria.....	18
EL MODELO BIOMÉDICO.....	18
CAMPO Y HABITUS EN LA MEDICINA.....	22
Violencia de género.....	24
TIPIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA.....	27
Violencia obstétrica.....	28
ANTECEDENTES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN CHILE.....	32
DIMENSIONES Y PRÁCTICAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	34
PATOLOGIZACIÓN Y MEDICALIZACIÓN DEL PARTO.....	35
PODER OBSTÉTRICO.....	37
PARTO RESPETADO Y/O HUMANIZADO.....	38
Violencia Obstétrica y Jurisprudencia.....	39
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO.....	45
Universo.....	45
Muestra.....	46
Tabla de caracterización de las entrevistadas.....	47

Técnicas de producción y uso de datos	48
Técnicas de análisis de datos	49
Condiciones éticas	49
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	50
Profundización del Estudio.....	50
OBJETIVO I: IDENTIFICAR LAS PRÁCTICAS LLEVADAS A CABO POR EL PERSONAL HOSPITALARIO EN LOS PARTOS	50
OBJETIVO II: IDENTIFICAR QUÉ FACTORES POSIBILITAN LA EMERGENCIA DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	56
OBJETIVO III: DESCRIBIR CON PERSPECTIVA DE GÉNERO LOS PROCESOS DE PATOLOGIZACIÓN Y MEDICALIZACIÓN EN LOS PARTOS, ASÍ COMO EL TRATO QUE SE DA A LAS MUJERES DURANTE EL PROCESO	60
CONCLUSIONES.....	70
¿Qué hacer ante un escenario de violencia obstétrica?.....	71
Dificultades dentro de la Investigación	72
Perspectivas y Propuestas.....	72
PERSPECTIVA DE GÉNERO	73
PROPUESTAS	73
BIBLIOGRAFÍA	75
ANEXOS	80
Pauta de entrevista	80
Consentimiento informado	83

RESUMEN

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia ejercida sobre la mujer desde las prácticas médicas en relación con sus procesos de reproducción y sexualidad. Estas prácticas médicas se caracterizan por ser extensiones de la violencia de género, en donde se reflejan, además, formas de violencia institucional y simbólica.

Es decir, se entiende que la violencia obstétrica es aquella violencia ejercida por profesionales de la salud hacia mujeres durante su embarazo, parto o puerperio o mediante cualquier proceso que afecte negativamente sus derechos sexuales y reproductivos y que puede ser tanto física, psicológica, emocional o de cualquier otra forma en que se vea afectada la mujer.

Esta violencia se encuentra profundamente interiorizada y naturalizada en la práctica médica debido a la construcción histórica de la profesión obstétrica que desvinculó de su formación el saber empírico acumulado por generaciones antes de la consolidación de la medicina como ciencia formal, así como también por una estructuración biomédica y social con una marcada diferenciación y valorización a los grupos según género

Por lo que, este estudio cuenta con una revisión histórica y teórica sobre la violencia obstétrica en donde, la contextualización que nos ofrece la perspectiva de género desde sus bases feministas nos otorga una visualización amplia de este tipo de violencia, sumado al estudio del tratamiento que se ha dado a los procesos de parto y embarazo tanto a nivel global como local.

A partir de este estudio teórico, se establecieron las dimensiones a reconocer en nuestra investigación cualitativa, con la finalidad de analizar los discursos de mujeres que fueron usuarias del sistema de salud chileno en sus periodos de gestación, parto y puerperio. Específicamente en mujeres usuarias de instituciones médicas de la quinta región.

Los principales hallazgos se centraron en que la significancia del parto que tienen las mujeres usuarias difiere del tratamiento que les da el sistema de salud chileno, en donde se les patologiza y/o sobre medicaliza con intenciones de control para la mayor eficiencia en los partos.

En donde se utiliza un control de todo el proceso de gestación, parto y puerperio por medio del poder que les da el conocimiento autorizado que poseen los profesionales de la salud y mediante el abuso de poder manifestado en menosprecio hacia las mujeres usuarias o en violencias explícitas.

Palabras clave: Violencia obstétrica- Violencia de género- Práctica médica- Modelo biomédico.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación se centra en la violencia obstétrica, entendida como toda forma de violencia ejercida sobre la mujer en materia de derechos sexuales y reproductivos en las diversas formas de atención que se realizan en la red de salud pública, específicamente la violencia ejercida durante el embarazo y el parto.

Para una correcta comprensión de esta problemática se hace necesario un análisis tanto desde la perspectiva de género como desde la sociología de la salud.

Esta forma de dominación social se materializa a través de la práctica de ciertos comportamientos tanto simbólicos como conductuales llevados a cabo principalmente por las diferentes instituciones siendo de suma relevancia, en este caso, la creación y validación de la medicina moderna como ciencia formal y la consecuente hegemonía sobre otros saberes ligados al trato de la salud que conlleva a un dominio sobre los cuerpos. Visto desde un enfoque interseccional el desarrollo de estas dos condiciones abre espacio a formas de violencia que en el caso de la sexualidad de las mujeres cobra relevancia tanto por su complejidad como por su contingencia.

A manera global, la violencia obstétrica, debido a la preocupación y la crítica desde sectores feministas, se ha convertido en un tema de discusión incipiente dando espacio a legislaciones que permitan delimitar de manera más clara estas formas de abuso con sus consecuentes sanciones penales de manera específica, siendo así por ejemplo en Venezuela o Argentina, a comparación a lo acontecido en Chile donde no existe una vía de protección formal frente a estas irregularidades que permita una diferenciación de cualquier otro tipo de falla o negligencia institucional médica.

Impulsados por la aparente emergencia en que estos casos se han presentado en la última década y la ya mencionada poca regularización en cuanto a sanciones o medidas para evitarlo, se origina el interés de este estudio en el discurso de pacientes. Además, como una motivación académica por las formas en que las dinámicas patriarcales se manifiestan en las instituciones de salud afectando directamente los derechos sexuales de las mujeres.

CAPÍTULO I: FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Contextualización sociohistórica

En términos históricos la violencia obstétrica es un fenómeno relativamente reciente, originado principalmente por el traspaso del parto desde el hogar al hospital, con la consecuente medicalización y patologización e institucionalización que centra la atención del proceso en el trabajo fisiológico experimentado en desmedro de las dimensiones afectivas y socioculturales de las mujeres. Con anterioridad a esta generalización del parto hospitalario, eran las parteras o comadronas quienes regularmente asistían al trabajo de parto en casa; estas mujeres pertenecían a las clases sociales bajas y poseían un conocimiento empírico sobre la fisiología y salud femenina, que había sido adquirido de generación en generación, teniendo una alta importancia y poder social en las comunidades, ya fueran rurales o urbanas, y atendían tanto a los sectores populares como a las clases más acomodadas.

Las parteras fueron las encargadas de cumplir una doble función la de asistir a las mujeres parturientas y encargarse de las enfermedades femeninas y del recién nacido, gozaban a su vez de credibilidad y protagonismo en los grupos familiares principalmente de las familias más pudientes.

De igual forma, el interés de la práctica médica formal por la salud femenina era escaso, sino nulo, existiendo una diferenciación entre la labor de las comadronas y la de los médicos, que permitía la coexistencia de estas dos labores sin relacionarse, lo cual se vio interrumpido en Europa entre los siglos XIV y XVII principalmente por motivos políticos y económicos.

Implicando de esta manera diversos cambios sociales, hallando así que uno de los principales fue el interés de los nacientes Estados europeos por la reproducción y las tasas de nacimiento, que sería un factor clave sobre la perpetuación del control social sobre las mujeres y la disputa del conocimiento con las parteras, materializado en persecuciones como la *caza de brujas* o regulaciones legales sobre métodos abortivos y reproductivos basados en el interés de las elites políticas de la época por sobre la preferencia de las mujeres sobre su propia corporalidad.

La caza de brujas es un eufemismo gigantesco para referirse a la apropiación y privatización de recursos comunes (a lo que las mujeres se opusieron con gran fiereza), por un lado, y a la apropiación de los cuerpos femeninos y de su trabajo, por otro: la primera máquina desarrollada y apropiada por el capitalismo fue el cuerpo humano. (García, 2018, pág. 73)

La apropiación de la sexualidad y capacidad reproductiva de la mujer se constituyó como una estrategia central del naciente modelo económico capitalista y su necesidad de mano de obra para la producción bajo el amparo de instituciones como el Estado y la Iglesia. Esta

intromisión favoreció directamente a la medicina y al cientificismo, otorgándole mayor validez por sobre otros saberes despreciados, como la labor que hacían las parteras que pese a la acumulación empírica de conocimiento que poseían, fueron perdiendo cada vez más terreno frente a la profesionalización médica.

En la práctica esto significó que para principios del siglo XVII aparecieron los primeros parteros, siendo hacia finales de ese siglo casi la totalidad de los partos manejados por la institucionalidad médica, bajo las figuras de médicos propiamente tal o de matronas, estableciéndose la biomedicina como disciplina hegemónica con sus consecuentes imposiciones morales y sociales que se encuentran al ser una ciencia construida y estudiada por varones para la práctica y estudios de estos mismos y que se destacó por un marcado androcentrismo posicionando al cuerpo femenino como algo inferior, en donde la vida del feto, por ejemplo, era mucho máspreciada que la vida de la mujer gestante. Tal como señala García:

La vida infantil se había revalorizado desde el siglo XVIII en relación con el interés de los Estados por aumentar su número de habitantes y, un siglo más tarde, ya en el contexto de la industrialización, por incrementar la mano de obra disponible. (García, 2018, pág. 79)

Para fines del siglo XIX la medicina se había convertido ya plenamente en un aparato ideológico del Estado con un rol de control político-científico y las mujeres parteras ya habían sido erradicadas casi totalmente del trato en la salud, participando únicamente en labores de asistencia. Por otro lado, la obstetricia como disciplina ya estaba consolidada, debido a un largo proceso de experimentación sobre los cuerpos femeninos que se tradujo en un alto número de mortandad en mujeres gestantes y en labores de parto, cuya finalidad fue llegar a dar con las prácticas y normas sanitarias adecuadas a sus estándares científicos que les proporcionan seguridad en los procesos obstétricos luego del epistemicidio de las parteras. (García, 2018).

En Chile, al ser una sociedad occidentalizada, estos procesos de persecución de saberes ancestrales y apropiación de los cuerpos femeninos también se llevaron a cabo, pero no de la misma manera que en Europa. Esto porque, la figura de la partera vista desde la significancia eurocéntrica tiene su relevancia social desde el inicio de la colonización hasta mediados del siglo XX cuando las funciones obstétricas abarcan casi la totalidad de la atención de salud femenina. Pero Ellas no sólo ayudaban en los trabajos de parto, sino que pertenecían a un grupo social mucho más amplio, el de los/as curanderos/as, que eran los principales funcionarios sanitarios en los primeros siglos y que basaban su práctica en el uso de elementos naturales como diferentes hierbas y ritos simbólicos como invocaciones religiosas y místicas, además del acompañamiento emocional. (Zarate, 2017).

Por lo que, en el caso chileno el primer atisbo de disputa entre las ramas del saber de las parteras y de la ciencia occidentalizada se remonta a la incorporación de las matronas al aparato de salud estatal, proceso que inicia formalmente cuando se dicta el primer curso de instrucción formal para matronas, que desde 1875 se comenzó a dar con regularidad en la casa de maternidad de Santiago hasta el año 1913. (Gueneau de Mussy, Larraín, & Schliak, 2019).

Este proceso de formación de matronas surge de la preocupación por la alta tasa de mortalidad infantil y las consecuencias de este fenómeno para el desarrollo productivo del país por lo que, es esta situación la que origina el programa de salud materno infantil, que poseía como elemento principal el acompañamiento cercano a los procesos de embarazo para la vigilancia y educación de las futuras madres.

Para los objetivos del servicio nacional de salud, en tanto las políticas higienistas consideraban que la principal causa de mortalidad infantil era la ignorancia y desinterés de las madres por sus hijos, además de la falta de vigilancia de los recién nacidos. (Schliak, Gueneau de Mussy, & Larraín, 2019, pág. 84)

Desde el inicio de los cursos, las instrucciones fueron dadas por médicos varones, existiendo además una clara división del trabajo entre ambas profesiones siendo las matronas las encargadas de atender los partos considerados normales o en su defecto prestar servicios de asistencia a los médicos, por lo que no fueron vistas socialmente y dentro del gremio de la medicina como una profesión hasta mediados del siglo XX cuando la disputa de la práctica con las parteras estaba zanjada, todo esto gracias a una imposición institucional y una promoción desde el Estado y la medicina. (Schliak, Gueneau de Mussy, & Larraín, 2019).

Por lo que, el rol de las matronas se puede interpretar como la necesidad de la práctica médica masculina de contar con el componente femenino que no podían disputar a las parteras. La confianza y empatía que producían las comadronas no era discutible desde el tecnicismo y el profesionalismo médico, siendo la creación de una nueva área bajo su control disciplinante y de conocimiento la forma de posesionarse en ese ámbito y ganar la validez y confianza social necesaria para la realización de planes de salud nacional ligados a la reproducción.

Las matronas compartían con las parteras el ser mujeres, cualidad que se juzgaba a favor de la necesaria empatía que se establecía entre la futura madre y quien la asistía. No obstante, su labor debía inspirarse en una asistencia científica del parto, en la plena conciencia de los límites de su acción y en la deslegitimación de la “ciencia de hembra.” (Zárate, 2007)

Así actualmente existe una legitimación de la violencia a partir de la idea del saber médico que ejerce y naturaliza la violencia obstétrica, subyugando el cuerpo de la mujer bajo la

noción del saber experto; esta violencia responde a una forma de violencia de género que actualmente está siendo visibilizada en el mundo, aunque aún existen muchos vacíos con respecto a la forma de denunciar estos actos, puesto que recién se pone en marcha la aplicación de un marco legal para sancionarla.

Al abordar la problemática parece necesario señalar que la educación sexual es uno de los principales vacíos que existen dentro de la Constitución chilena de 1980, considerando que desde organismos internacionales, tales como la OMS y ONU mujeres principalmente, han hecho observaciones para el fortalecimiento de la formación sexual y reproductiva y el cumplimiento de los DSyR en el país, teniendo una respuesta conservadora por parte de los gobiernos de las últimas dos décadas, sin poder subsanar estos vacíos y sesgos sobre educación sexual, y a su vez, abriendo nuevos debates y problemáticas, como por ejemplo el aborto en tres causales y la ley de identidad de género.

Si bien, desde los organismos estatales y desde el MINEDUC principalmente, hablar de sexualidad y reproducción para NNA – niñas, niños y adolescentes-, es uno de los mayores desafíos con cuestionamientos “éticos”, desde los organismos de salud se han generado esfuerzos, principalmente en la atención pública, incorporando programas de salud sexual y reproductiva para las mujeres que se atienden en atención primaria de salud, brindándoles orientación acerca de utilización de anticonceptivos, planificación familiar, toma de exámenes y chequeos obstétricos para mujeres gestantes y puérperas, y más recientemente, derivación en caso de que las mujeres quieran o deban acogerse a la ley IVE –ley de interrupción voluntaria del embarazo-, entre otras.

Los esfuerzos por incorporar una visión desde los derechos y a su vez, que fortalezca la autonomía de la mujer acerca de cómo vive y goza de su vida sexual y reproductiva, es uno de los principales objetivos que tienen las matronas dentro de su quehacer diario, pero que, durante los últimos años, ha sido cuestionado, por un lado, por un cuestionamiento directo desde mujeres gestantes, quienes han acusado malos procedimientos al momento de parir. A partir de esto último, es donde identificamos el concepto de violencia obstétrica.

Justificación de la investigación

La violencia obstétrica es un fenómeno que posee una preocupante particularidad que es el profundo arraigo e incidencia que tiene en la práctica médica dado por la visión del parto como un procedimiento médico que soluciona una condición patológica. Esto posibilita muchas formas de agresión sobre el cuerpo y mente de las mujeres gestantes que se evidencia en un alto número de consecuencias tanto físicas como psicológicas, resultantes no solo en casos de negligencias médicas, sino que también en procedimientos comunes como lo es por ejemplo la cesárea.

La normalización de este tipo de violencia tiene una matriz tanto institucional como estructural, en cuanto normas hospitalarias y de salud respecto al proceder frente al parto, que cala profundamente tanto en profesionales como en pacientes quienes reproducen estas

dinámicas incluso sin el conocimiento consciente de estar cumpliendo un rol de ejecución de poder o subordinación.

La visibilidad que otorga el estudio de este problema social ayuda a problematizar estas dinámicas y avanzar hacia su prevención como también a reeducar tanto a usuarias y profesionales sobre los límites de los procedimientos y así evitar agresiones de carácter verbal, físico o sexual que pueda significar casos de violencia obstétrica.

Asimismo, el enfoque de género sobre los sistemas de salud abre espacios de discusión respecto a la forma en que se entiende a la medicina y permite una crítica hacia la supuesta objetividad científica de la disciplina, que muy por el contrario presenta de manera lamentable aun influencias ideológicas políticas que van en desmedro en la atención de minorías o grupos minorizados tanto sexuales, étnicas, raciales o de clase, esta afirmación se condice por lo planteado por Cárdenas y Salinero (2022) cuyo estudio de los resultados de la primera encuesta nacional de violencia obstétrica ponen en evidencia cifras alarmantes de la discriminación que sufren mujeres jóvenes, pertenecientes a etnias u orientación sexual no heterosexual durante el proceso de parto ,en donde un 79,3 % de las mujeres entrevistadas señala haber experimentado alguna forma de violencia obstétrica.

La medicina como elemento principal de la salud y derecho básico de la calidad humana, debería verse bajo un estricto escrutinio que permita una igualdad y dignidad de atención, tratamiento y prevención de enfermedades más que ser una disciplina reproductora de injusticias y abusos. Con esto no buscamos devaluar la práctica de profesionales de la salud en general, sino que planteamos lo permeable que es la institución médica por posturas hasta ahora hegemónicas de discriminación y explotación como lo son el patriarcado y los sistemas políticos económicos capitalistas.

Las problemáticas que rodean el parto y la violencia obstétrica son parte de un problema cultural que reproduce el machismo en distintas áreas, y que se fortalece aún más con las desigualdades socioeconómicas y el enfoque biomédico que predomina en las instituciones de salud, plasmado en prácticas médicas autoritarias ejercidas sobre el cuerpo de la mujer, no solo en forma física sino también psicológica.

Esto último ya que, las formas de parir actuales, que al menos predominan en el parto en Chile, se traducen en un enfoque médico occidental, como señalamos anteriormente generado, en primer lugar por la necesidad del hombre para poder visualizar el parto como primer espectador, y en segundo lugar, por un tema de comodidad del médico para el recibimiento de los bebés o facilitación del procedimiento médico, dejando fuera las formas de parir que facilitan el trabajo de parto, identificando entre estas, el parto vertical o el parto en el agua justificando no practicarlas para evitar potenciales riesgos del bebé como lo son problemas de respiración y/o si tienen el cordón umbilical enredado en el cuello.

Por otro lado, el no reconocimiento y validación de los saberes ancestrales es una cuestión que se está denunciado desde los feminismos interseccionales y que si bien, tuvo un avance

como la entrega de placenta en los últimos años, aún las mujeres no reciben las orientaciones suficientes al momento de solicitarlas.

El problema de la violencia obstétrica es un problema que no pareciera tener las voluntades legislativas de avances, pero mientras no se reconozcan los derechos de las mujeres en sus múltiples intersecciones, seguirá siendo un problema latente, como a su vez, el no reconocimiento y seriedad que se debe tener sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres.

Relevancias

RELEVANCIAS TEÓRICAS

La principal relevancia teórica es el enfoque crítico de la investigación, pues el objetivo es hacer visible la existencia de una problemática a la que están expuestas las mujeres durante su proceso de gestación, parto y post parto, que es la violencia obstétrica, la cual se constituye como un tipo de violencia de género, que es ejercida por el sistema de salud que opera como mecanismo de poder sobre las mujeres.

Esto debido a que, la medicina tradicional o moderna de nuestra actualidad, mencionada desde ahora como modelo biomédico o biomedicina, es de suma relevancia en el entendimiento del fenómeno de la violencia obstétrica, por ser el escenario que contiene estas prácticas de violencia y por ser entendido como el justificador de aquellos episodios.

Para ello se ha elaborado una revisión bibliográfica que responda qué es el modelo biomédico, cuáles han sido las críticas a su desarrollo, cuál es su contextualización y como se ha visto implicado en la crítica feminista.

Además, se ha de entender a la crítica feminista como la que desarrolla una crítica con perspectiva de género, la cual se considera importante en este análisis por el carácter relacional que ofrece como explicación para las construcciones sociales jerarquizadas que se instauran a partir de las diferencias. La que además considera los idearios de las personas profesionales que trabajan en servicios públicos y privados que finalmente resultan ser quienes sostienen, encarnan y reproducen los principios e ideologías construidas colectivamente en el sistema de salud.

Como principal aporte obtenido desde la óptica de la crítica feminista es que la violencia obstétrica atañe a:

la violencia hacia las mujeres en el ámbito sanitario se relaciona con la instauración y reproducción de modelos hegemónicos en salud que infantilizan, estigmatizan y desautorizan a las mujeres y sus saberes ancestro-tradicionales, estableciendo en el contexto clínico relaciones de poder asimétricas. (Durán & Duarte. 2019)

Por lo que, al plantearnos la necesidad de estudiar los fenómenos sociales, y en particular la violencia obstétrica, desde una perspectiva de género, crítica y desde la sociología de la salud nos estamos cuestionando el funcionamiento del sistema patriarcal y cómo este opera a través de otras instituciones sobre el cuerpo de la mujer. Para ello es que, de manera de reflejar la violencia obstétrica en el caso chileno, se ha realizado un estudio en algunas instituciones médicas de la quinta región, lo cual permitirá la construcción de nuevos conocimientos que permitan visibilizar las formas, mecanismos, prácticas e instituciones que legitimen manifestaciones de violencia sobre las mujeres.

RELEVANCIAS PRÁCTICAS

En cuanto a las relevancias prácticas, el trabajo se enmarca bajo una perspectiva crítica desde la metodología cualitativa, construido a partir de la entrevista semiestructurada y el análisis sociológico del discurso.

De ahí que consideramos que esta investigación es de suma importancia para el contexto actual, en que existe mayor visibilización y cuestionamiento de la violencia de género que sufren las mujeres. Por lo que, el aporte del estudio radica en ser una investigación que pretende captar los discursos de las mujeres víctimas de violencia obstétrica y producir con ello una mayor conciencia sobre el fenómeno, desde un enfoque crítico y feminista que ponga en palestra las violencias a las que son sometidas las mujeres durante su parto.

De igual manera este estudio cobra relevancia significativa en materia de políticas públicas al ser la violencia obstétrica un fenómeno de violencia tanto institucional como de género.

En Chile el sistema de salud pública posee claras deficiencias existiendo determinantes sociales que influyen en el acceso a un nivel de salud óptimo que en el caso de las mujeres se vuelve aún más problemático

Es menester avanzar no solo en la creación de normas claras que eviten la violencia en la práctica obstétrica sino también en formas de concientización y educación tanto en las usuarias del servicio de salud, quienes sean plenamente conscientes de sus derechos sexuales y reproductivos, como también en el personal médico a cargo de estos procesos para visibilizar el alcance de la violencia obstétrica y sus consecuencias futuras.

La salud como elemento clave del bienestar social debe contar con un grupo de profesionales de igual forma capacitados no solo en el tecnicismo científico de la práctica sino también en las dimensiones psicosociales que presenta la disciplina. Herramientas que deben ser entregadas en la formación de esta y reforzadas en la práctica médica.

Pregunta de Investigación

¿A través de qué prácticas se manifiesta la violencia obstétrica en las instituciones médicas de la Quinta Región?

Objetivos

OBJETIVO GENERAL

Identificar las prácticas médicas que constituyen la violencia obstétrica en las instituciones médicas de la Quinta Región.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las prácticas llevadas a cabo por el personal hospitalario de las instituciones médicas de la Quinta Región en los partos.
- Identificar qué factores posibilitan la emergencia de la violencia obstétrica en las instituciones médicas de la Quinta Región.
- Describir con perspectiva de género los procesos de patologización y medicalización en los partos, así como el trato que se da a las mujeres durante el proceso realizado en las instituciones médicas de la Quinta Región.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

En el presente apartado se hace un recorrido teórico sobre los principales conceptos en que se construye y sustenta la investigación, para ello se profundiza conceptualmente en la medicina como un escenario en el cual se realiza, se contiene y se delimita el proceso de parto. En donde es observable prácticas de violencia que dan lugar a la violencia obstétrica, por lo que, se detalla que es la violencia obstétrica y como esta se relaciona con la violencia de género y la biomedicina. Se suman además perspectivas históricas de la salud gineco obstétrica en Chile y su escenario legal a nivel local y global.

Medicina

La medicina como todo campo de conocimiento no está exenta de los factores sociales, políticos y económicos que rigen cualquier sociedad en determinado tiempo histórico. Por el contrario, los diversos actores y agentes que tienen sitio dentro del campo médico están condicionados no sólo por sus propias subjetividades sino también por las conductas adquiridas dentro de los márgenes de la institucionalidad de la salud. Por lo tanto, existe una permeabilidad de la ciencia a las creencias culturales.

La visión histórica del saber médico como una ciencia objetiva e imparcial ha legitimado prácticas que reproducen las hegemonías sociales. Particularmente la medicina al ser una rama con un marcado androcentrismo y situada en sus orígenes dentro de la estructura del patriarcado refuerza estereotipos y roles de género no solo en la vinculación médico/paciente sino también en la formación de los profesionales y trabajadores de las redes de salud, que en la práctica repercuten directamente en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como también sobre el control y poder que se tiene sobre sus propios cuerpos.

Mientras la medicina trata de establecer su práctica bajo el influjo de la teoría científica, pretendidamente neutral y basada en la evidencia, está altamente condicionada por aspectos sociales como el género, la posición económica y los valores e ideologías de sus profesionales. [...] La visión de la ciencia como “objetiva” legítima proyectos científicos que perpetúan la existencia de poderes sociales hegemónicos, que bloquean y excluyen a todos aquellos sectores de población exentos de poder, es decir, en muchos casos: mujeres, personas con sexualidades no normativas, con pocos recursos económicos o discriminadas por razón de raza. (Sánchez & Bellón Sánchez, 2015)

En relación con lo anterior, desde el ámbito médico, la sexualidad femenina se ha construido en contraposición de sus propias decisiones y en favor de las necesidades sociales patriarcales, atribuyéndose una relación directa entre lo femenino y el ser madre como tarea esencial de la mujer, enmarcando lo femenino como seres pasivos portadoras de nuevos seres

y no como participantes relevantes en la creación de lo político y social, se trata entonces de mecanismos de control y subordinación con el fin de mantener el estatus de dominación masculina.

El control social patriarcal se halla en todos los modos de estructuración social, pero es en la sexualidad de la mujer donde encuentra una piedra angular de conservación de dominio y privilegios a través de estereotipos de género. La incumbencia de lo masculino a través de la medicina tuvo como resultado en alejar el pensamiento creado y construido desde los propios cuerpos que lo experimentan para pasar a un conocimiento legitimado por un poder disciplinario que busca la creación de cuerpos sexuados y pasivos, en donde:

El control social sobre las mujeres es el control sobre su sexualidad misma, que podemos observar en los medios de comunicación, en las instituciones educativas, en cualquier vehículo transmisor de valores culturales y sociales donde los estereotipos de género estén en la base. Se trata de que las mujeres interioricen las normas sociales y los valores dominantes desde su más tierna infancia, así como las consecuencias de salirse de dichas normas, lo que conlleva a la represión y el castigo. (García, 2018)

La medicina moderna tiene, por tanto, el conocimiento y poder de administrar y regular la vida señalando que es normal o apto designando también lo que se enmarca en lo patológico. Este conocimiento administrado por los profesionales de la salud les permite de igual manera tener dominio y control sobre la voluntad y los cuerpos de los pacientes gracias al saber legitimado, tanto social como institucionalmente que poseen. Esta relación de poder jerarquizada y asimétrica entre profesionales y usuarios de los servicios de salud abre espacio para formas de abuso y atropello a veces incluso imperceptibles por encontrarse demasiado interiorizadas en las prácticas institucionales.

Dentro de las formas de violencia posibles de encontrar en la práctica médica, se encuentra la violencia obstétrica como una de las más recurrentes y a la vez con menos visibilidad mediática, la que se concibe como cualquier forma de violencia por la que pase la mujer durante el embarazo, el proceso de parto y/o post parto bajo la visión de patologización del cuerpo de las mujeres.

Esta patologización del cuerpo de las mujeres, proveniente de la práctica médica abre paso a formas de abuso como la sobre medicalización de los cuerpos y procedimientos médicos autorizados por las mujeres usuarias, pero bajo presión. Procedimientos persuadidos que se ejercen mediante el conocimiento autorizado y distante que tienen los profesionales, lo que podemos determinar poder obstétrico, entendido una forma de poder disciplinario enmarcada dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres y, por lo tanto, se ejerce en un territorio género-específico: los cuerpos que pueden embarazarse y parir. La microfísica del poder que se hace presente en este ejercicio produce unos cuerpos dóciles y sexuados; son los cuerpos que, en la estructura social del patriarcado, requieren de un disciplinamiento

particular para encauzar la economía de la reproducción, para lo cual ese poder obstétrico dispone de ciertas tecnologías disciplinarias. (Ramírez Arguedas, 2014).

Como se mencionó anteriormente, la medicina como otros campos del saber, reproduce en sus prácticas las jerarquías, intereses y creencias que existen dentro de una sociedad. Siendo los tratos deshumanizados a quienes pertenecen a grupos determinados -ya sean grupos socioeconómicos, étnicos y/o sexuales-, manifestaciones específicas de los malos tratos estructurales.

Medicina autoritaria

EL MODELO BIOMÉDICO

Como se observa en el apartado anterior, el modelo de salud chileno sea público o privado es un modelo biomédico, el que basa sus fundamentos científicos y clínicos en las lógicas de pensamiento racionalista cartesiano y en la física newtoniana. (Durán & Duarte. 2019).

En este razonamiento los cuerpos son considerados máquinas biológicas dualistas, compuestas por partes que funcionan con base a leyes universales. Estos fundamentos que dan funcionamiento al modelo biomédico han ayudado a la erradicación de enfermedades infectocontagiosas, lo que ha disminuido las tasas de mortalidad mundial y ha ganado aceptación por diferentes comunidades. Sin embargo, mediante su funcionamiento también es posible observar claras estructuras hegemónicas que delimitan los procesos de salud-enfermedad centrados en la patología y en el tratamiento de ella a través de distintos métodos aprobados por la comunidad médica en donde:

La salud se convierte en un territorio de dominio en la medicina donde otros saberes y conocimientos no tienen cabida, favoreciendo una relación asimétrica entre quienes ostentan el poder: profesionales de la medicina por sobre la población usuaria, soslayando la autonomía, la autodeterminación, los saberes populares y los conocimientos ancestrales de los pueblos y las personas. (Linardelli & Zacher. 2015 en Durán & Duarte. 2019)

Un caso específico de esta afirmación, es el traslado del parto de la casa al hospital y el nacimiento de la ginecología como profesión en reemplazo de las parteras tradicionales que atendían los procesos de parto y puerperio, mostrando de esta manera claros mecanismos de poder centrados en el androcentrismo y el patriarcado en una paradoja que contradice la historia: “Tradicionalmente, fueron las mujeres quienes ejercieron labores de cuidado y sanación en las comunidades y hogares, pero fueron exiliadas en el nuevo modelo de comprender la medicina, despojándose de la tradición ancestral para entregar dicho poder al personal médico”. (Obach & Sadler. 2009).

Estas mismas estructuras hegemónicas han sido fuente de idealización del modelo biomédico, pues se ha arraigado como un compilado homogéneo de prácticas y creencias en torno a la salud y la enfermedad cuya praxis ha sido naturalizada y asimilada por el entorno.

Este modelo se centra en aspectos biologicistas y científicistas dejando de lado otros factores como los socioeconómicos, culturales, de género, raza y entre otros determinantes sociales que afectan la realidad de cada paciente fortaleciendo las carencias y las brechas que abre este modelo (Durán & Duarte. 2019). Pero, existen autores y autoras que explican que sostener esta comprensión del modelo biomédico a partir de análisis generales no permiten comprender la realidad de la medicina contemporánea ya que, las instituciones biomédicas y la práctica alópata muestran una gran diversidad alrededor del mundo, por lo cual, sugieren que los análisis sobre esta práctica se sostengan en investigaciones situadas y contextualizadas en datos etnográficos. (Obach & Sadler. 2009).

Paralelamente, algunos de los autores revisados en este apartado toman básicamente dos modelos que explican la violencia obstétrica encausados en el modelo biomédico. Por un lado, la sitúan en los mundos intersubjetivos donde desempeñan un papel central las relaciones asimétricas de poder y de género que se dan entre el personal médico y la paciente. Y, por otro lado, la muestran como la que se encuentra en el desequilibrio del modelo tecnocrático, el dónde su principal enfoque es la productividad.

Como se ha expuesto, uno de los puntos de partida más relevantes para entender la violencia obstétrica es el paradigma médico jerarquizado donde se presentan relaciones asimétricas de poder entre los profesionales de la salud y las pacientes.

Desde el biopoder, como sostiene Foucault, la biomedicina no es más que un sistema creado para el control del cuerpo y la vida. Y este control no se ejerce de manera homogénea sobre toda la población, sino que trata de manera diferencial los cuerpos. En donde, la pretensión de las instituciones es de controlar los procesos reproductivos con el fin de asegurar ciudadanos sanos y productivos. (Hernández & Echevarría, 2016).

Para Foucault la medicina no es un campo de conocimiento puro y universal, pues todo se ve condicionado por los contextos históricos políticos y económicos en los que está inscrita (Foucault, 1975 en Bellón, 2015). Con la occidentalización de la medicina moderna el conocimiento médico se concibió como uno de los discursos de la verdad, por tanto, sus profesionales tomaron el control al tener el poder institucional y legitimidad social para administrar y regular la vida.

Por lo que, este control ejercido es tomado como algo racional y acordado por consenso. Por ejemplo, en los estados modernos el sistema de salud toma control de diversos espacios de la vida a partir del control de los hábitos de salud, sexualidad, reproducción, comportamientos sexuales y también define los parámetros de bienestar (Bellón, 2015) convirtiendo así el hospital una institución disciplinaria.

Para Foucault el cuerpo es el instrumento en donde se aplica la disciplina por parte de la institución médica, en este espacio se genera un campo político en donde el cuerpo establece relaciones con otros cuerpos, relaciones que reciben el nombre de relaciones de poder. Estas relaciones “lo cercan, lo marcan, lo doman, lo someten a suplicio, lo fuerzan a unos trabajos, lo obligan a unas ceremonias, exigen de él unos signos” (Foucault, 1998, pág. 32).

El cuerpo entonces se imbuye en las relaciones de poder, no puede escapar a ellas, solo puede actuar dentro de las relaciones de poder. Se podría llegar a decir que el cuerpo se convierte en una presa inmediata del poder en sus múltiples dimensiones, pues el cuerpo se utiliza como objeto y blanco de poder; objeto en el sentido que ha sido visto y valorado como instrumento productivo, exigiendo algunos ejercicios y maniobras para tal fin, y como blanco de poder, porque se ha visto inmerso en un campo político, el cual lo rodea en relaciones de dominio y sumisión. (Montúa, 2005).

En este contexto, los cuerpos femeninos bajo los fines de la biomedicina han sufrido en gran medida las consecuencias de la dominación, pues su sexualidad ha sido históricamente intervenida principalmente con el afán de tener el control sobre la capacidad reproductiva de las mujeres.

Se podría entender que, en el caso de las mujeres con capacidad de gestar y sobre todo en sus procesos de parto, se visibiliza una relación en donde se subordina a las mujeres usuarias de las instituciones médicas por parte de los profesionales médicos, los cuales muestran sus conocimientos médicos como quienes portaran un saber que les otorga poder. Aquello, propicia las condiciones para que desplieguen violencias no sólo para las mujeres usuarias sino para sus acompañantes del proceso de parto y para sus recién nacidos. (Lafaurie, Rubio, Perdomo & Cañon. 2019).

Además, el control simbólico en donde se asienta esta atención médica desconoce la información y conocimiento que las mujeres tienen sobre sus procesos como lo es el parto, invalidando sus percepciones y decisiones y anulando sus saberes. Inclusive, es en este proceso de parto en donde la tolerancia al dolor se convierte en una exigencia moral para las mujeres. (Lafaurie, Rubio, Perdomo & Cañon. 2019).

Paralelamente existen diversas causas que dan pie a que se despliegue este tipo de violencias. En primera instancia, según la lógica *Foucaultiana* existe un campo de adiestramiento y disciplinamiento que las mujeres vivencian desde la niñez en sus hogares; pero también en su proceso de socialización posterior, ya sea en el colegio, la universidad e incluso su lugar de trabajo. En un sentido *foucaultiano* esto se llamaría “experiencia femenina” (Maier, 1999 citado en Reyes 2015) entendiéndolo “como un proceso en donde los saberes dirigidos a las mujeres son asimilados y ordenados en una dimensión subjetiva, constituyéndose una identidad genérica determinada” (Ibid.).

En este sentido, las mujeres asumirán un rol pasivo en relación con su asignación a los roles de maternidad y reproductividad en espacios como el hospital. Situación que es alimentada por el hecho de que, las técnicas muestran con frecuencia su *expertise* y pericia a través de

un lenguaje clínico que no es entendido por las madres. Invisibilizando así el conocimiento que ellas tienen de sí mismas, pero que es aceptado por estas mismas mujeres considerándolo positivo por los índices de los marcadores epidemiológicos, legitimando así las prácticas disciplinarias con lo que podemos denominar conocimiento autorizado (Hernández & Echevarría, 2016).

El *modelo médico hegemónico* se define como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por la medicina científica y que establece como subalternas las prácticas, saberes y teorías creadas al margen del mismo, logrando identificarse como la única forma de atender la enfermedad que es legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado. Sus rasgos fundamentales son su biologicismo, individualismo, positivismo e identificación con la racionalidad científica. (Salinero, 2021)

Podemos decir, además, que la medicina es una rama del conocimiento que está construida por hombres y para hombres. Por ejemplo, Pozzio (2014) señala por la recopilación de discursos que estudió sobre profesionales del área de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, un predominio de actitudes profundamente misóginas y que están fundadas en la invención de la especialidad. (Lafaurie, Rubio, Perdomo & Cañon. 2019).

En el caso de las gestantes, se realiza una homogeneización con ellas convirtiéndolas en un número más y combinándolas al papel de espectadoras de lo que ocurre con su propio cuerpo. Esto es visible en el acto del parto como cuando se manipula el cuerpo de la mujer con prácticas invasivas y/o inmovilizadoras, observable cuando deben estar en las camillas con monitores fetales continuos y vías intravenosas que impiden el libre movimiento y la alimentación. También es manifiesto con los tratos deshumanizadores y maltratos psicológicos mediante regaños, burlas y humillaciones, como cuando se las utiliza como recurso didáctico sin ningún consentimiento ni respeto a su dignidad humana. (Durán & Duarte. 2019).

Es pues, el cuerpo de la mujer, desde la biomedicina un estereotipo construido socialmente en base a la maternidad, lo cual invisibiliza a otras mujeres que se encuentran fuera de la edad reproductiva o que tienen distintas identidades que no entran en la categoría artificial de mujeres homogéneas.

Paralelamente, el otro modelo que diversos autores perciben con la violencia obstétrica es que la atención en salud se ve afectada por carencias sanitarias y la centralidad de este en la productividad.

Según lo expuesto por Vallana, la prioridad está en atender el mayor número de partos, sin que importe su calidad, asemejándose la atención a una cadena productiva nominada por Davis-Floyd, en 1993, como “modelo tecnocrático del nacimiento”.

Este modelo crea una ruptura con el conocimiento ancestral, que viene siendo transmitido y heredado de una a otra generación lo que, como lo expone Sadler, lleva una polarización entre el parto intervenido y los modelos asociados al parto natural, creando desvalorización de los segundos y anulando el diálogo de saberes. (Lafaurie, Rubio, Perdomo & Cañon. 2019)

En suma, existe una discriminación constante hacia las mujeres desde el saber médico por los factores estructurales antes mencionados, los que también generan una invisibilización de sus cuerpos y de los saberes que ellas manejan sobre sus propios cuerpos debido a la masculinidad como norma aceptada por los resultados que los hombres obtienen de ellas.

CAMPO Y HABITUS EN LA MEDICINA

Para una mayor comprensión de la violencia obstétrica, se hace necesario el estudio de la medicina como saber estructuralmente patriarcal, tanto en su génesis y aplicabilidad, y cómo estos estereotipos jerárquicos y de poder se reproducen dentro de la misma.

La medicina, además de ser una rama de la ciencia biológica constituye una de las instituciones modernas con mayor importancia y amplitud que, como tal cumple una función de control y vigilancia que bajo relaciones de poder específicas producen discursos que dominan y moldean la vida social.

Los conceptos de *campo* y *habitus* se convierten, por lo tanto, en herramientas de particular importancia para comprender las relaciones de poder que se dan a cabo en la medicina. (Castro & Erviti, 2015).

Se entiende el *campo* como una red de relaciones objetivas entre posiciones, ya sea de subordinación, dominación o homologías (Castro & Erviti, 2015), que en el área médica funciona como una estructura de carácter disciplinario formada por las diversas instituciones y actores ligados a la salud que busca mejorar la eficiencia en la atención y, para lo cual se ve como necesario la obediencia de los usuarios a los dictámenes médicos.

En este sentido, la atención se caracteriza por un tono despersonalizado donde la posibilidad de reclamar por las experiencias propias que el paciente percibe sobre su propio cuerpo, son generalmente ignoradas o reducidas al mínimo si no son bajo petición directa del médico.

Se pueden identificar entonces dos lógicas dentro del campo médico, la de los prestadores de salud y la de los usuarios. En nuestro estudio en específico sería el de la de usuarias en proceso de embarazo, parto, post parto o puerperio, cuyas necesidades entran en conflicto en virtud del rol y poder objetivo que se posee, propiciando en muchos casos violación sobre los derechos reproductivos de las mujeres por el ejercicio de poder obstétrico que poseen los profesionales de la salud.

En efecto, lo que está en juego en el campo médico es el predominio de un grupo — la profesión médica— sobre el resto de las ocupaciones paramédicas y los usuarios de servicios de salud. Un predominio entendido como la capacidad de imponer y monopolizar los esquemas “legítimos” de percepción y apreciación de la realidad dentro del ámbito de la salud y la enfermedad, así como las reglas de operación, acreditación y evaluación de los diversos actores del campo. (Castro & Erviti, 2015)

El *campo* médico produce así, una serie de subjetividades dentro de las cuales el *habitus* médico es claramente importante para comprender las dinámicas sociales médico/usuario. Por lo que, entendemos al *habitus* médico como el conjunto de predisposiciones que resultan de la incorporación de las estructuras objetivas del campo médico y la reproducción de estas (Castro & Erviti, 2015). Es aquí donde ciertas conductas se conciben como razonables y de sentido común a la vez que otras se vuelven impensadas.

Entre la coincidencia del campo médico y el *habitus*, se da lugar a un sentido práctico propio del campo que se refiere a una práctica espontánea casi intuitiva, que busca la realización de conductas de eficacia permanente para los fines que requiere el campo. Se entiende entonces que los prestadores de servicios han incorporado las relaciones de poder jerárquico a su *habitus*.

Este *habitus* médico se crea tanto en la formación como en la práctica profesional. Ya que, en el aprendizaje cumple un papel importante el currículo oculto de las escuelas de medicina, donde se aprenden diversas prácticas y reglas que dan lugar a predisposiciones autoritarias.

En el trabajo de Castro-Erviti (2015) se diferencian 4 dimensiones en la formación profesional que influyen en la creación de un *habitus*:

1. La imagen personal: se trataría de un sello institucional para la construcción de una nueva identidad y se basa en la diferenciación de una otredad y la identificación social del grupo con moldes de masculinidad y femineidad inscritos.
2. El castigo y disciplinamiento: el castigo es usado como método didáctico y de transmisión de conocimiento a la vez que como forma de disciplinar y afianzar el modelo estricto de jerarquía.
3. El orden de jerarquías dentro de los profesionales: el campo médico está rígidamente organizado por líneas de mando y rangos.
4. Y el disciplinamiento de géneros: la medicina moderna se funda en la desigualdad de género, existiendo un histórico desplazamiento hacia la subordinación del saber y las prácticas de mujeres en materia de salud siendo las principales jerarquías en la relación médico/usuario la profesional, de clase y género. Esto se evidencia en la enseñanza en notorias diferencias en cuanto al trato, atención y validez que se le otorga a la masculinidad en el aprendizaje y práctica de la medicina.

La transformación de la identidad en los estudiantes y profesionales dentro del campo médico termina, por lo tanto, en la aceptación de este *habitus* y la incorporación de mecanismos de control en el trato al paciente.

Destacan entre estos:

- Fomentar la conformidad y obediencia como conductas premiadas.
- Descalificación de los conocimientos y opiniones de las usuarias sobre su estado de salud o su proceso de parto incluso con los síntomas y dolor que experimentan.
- Desacreditación de las mujeres (a partir de los dos puntos anteriores se sienta la base de este mecanismo).
- Relativización del papel de las mujeres: Se le atribuye el papel primordial al personal de salud y a las mujeres en trabajo de parto un rol secundario pasivo y de cooperación.
- Amenazas y castigos físicos concretos.
- Mecanismos de obtención de consentimiento a procedimientos bajo presión. (Castro & Erviti, 2015).

Violencia de género

Expósito (2011) entiende la violencia de género como un fenómeno que comprende todo acto de violencia sexista, tanto potencial como real, que pueda provocar un daño psicológico, sexual o físico en la mujer. Este tipo de violencia actúa de manera coercitiva en la psique de las mujeres, llegando a vaciar la voluntad de las víctimas, además, “puede adoptar diferentes formas: física, verbal, psíquica, sexual, social, económica etcétera” (Expósito, 2011, pág. 20).

De manera que la violencia de género se ha posicionado en la sociedad como aparato instrumental que permite perpetuar la desigualdad social entre hombres y mujeres, conforme a la existencia de un conjunto de valores culturales que legitiman este control, pues, se entiende que la violencia de género no surge por medio de una predisposición biológica, sino que el agresor lo hace en base a una serie de comportamientos adquiridos por medio de la estructura social conformada en patriarcado y por los patrones culturales que actúan en ella.

En este sentido, es posible afirmar que la violencia de género cumple un doble propósito, por un lado, se expresa mediante ejercicio de un poder que resulta ser “opresivo”, permitiendo que quien agrede logre concretar sus metas por medio del uso de la violencia, y por otro lado, posee una función configuradora ya que permite el desarrollo de relaciones asimétricas y desigualdades sociales, posicionando históricamente a la mujer como un ser inferior al hombre, quien utiliza diversas formas de violencia adquiridas por un proceso de socialización y legitimadas por una cultura patriarcal. Siguiendo esta lógica, Banchs (1996) señala que la violencia contra la mujer es multifacética, pues no puede ser entendida fuera de

las relaciones de clase, por lo que la dominación masculina sienta sus bases en la estructura social.

Por otra parte, el concepto de violencia de género surge en el marco de un auge en los estudios de género a partir de la segunda mitad de la década del ochenta que buscaban caracterizar las relaciones de género, bajo la comprensión de que existe un elemento interseccional en la violencia contra la mujer pues:

Las relaciones de género no se deben desvincular de las relaciones de clase y raza o etnia, porque no es lo mismo ser mujer negra y pobre que mujer blanca de clase media.

No es igual la relación de una mujer de clase alta con el obrero, que con un hombre de su mismo estrato social. (Banchs, 1996, pág.13)

En esta misma línea, se entiende que existen dos maneras de categorizar la violencia de género las que a su vez poseen diversas expresiones. En primer lugar, está la violencia explícita, la cual puede ser observada como tal, pero que de igual manera es frecuentemente minimizada a través del ocultamiento y la justificación donde generalmente se culpabiliza a las víctimas. Y, en segundo lugar, está la violencia subterránea, entendida como toda violencia que no es percibida como tal.

Algunas de las expresiones de la violencia subterránea son las diferentes formas de discriminación, entendida como la asignación de un trato desigual donde se privilegian los intereses, oportunidades y derechos de un género por sobre otro, lo cual constituye un hecho violento. Muchas veces este tipo de violencia pasa desapercibida, pues se asocia generalmente tales formas de discriminación a los roles sexuales construidos de manera sociocultural e histórica que diferencian lo masculino de lo femenino.

Una particularidad poco abordada de esta forma de violencia es la auto discriminación, la cual conduce a violencia intergénero donde la mujer se agrede tanto a sí misma como a sus congéneres, esto producto de los procesos de socialización que pasan generalmente desapercibidos, donde a las niñas se les inculca el fantasma de la otra, lo cual conduce a ver “en toda mujer una rival potencial afectando dramáticamente las posibilidades de una auténtica solidaridad entre las mujeres” (Banchs, 1996, pág. 17). Por tal motivo, no resulta extraño que las principales reproductoras de la ideología patriarcal sean las mujeres.

Es posible observar otra de estas expresiones en la atención en el parto, donde la violencia se manifiesta de diversas maneras dependiendo de la clase social de la mujer, en las clases altas con la práctica de cesáreas por mera comodidad de los médicos, y en las clases más desposeídas con insultos, malos tratos, humillaciones e incluso violencia física. También se expresa transversalmente en los diversos procesos y protocolos de la medicina oficial, donde se coloca a la mujer en una posición de pasividad, pues se le imponen procedimientos médicos como la aceleración del parto con drogas con el propósito de acortar el trabajo del equipo de salud. (Banchs, 1996).

Otra expresión de la violencia de género es la violencia silenciada, está si bien es reconocida por la sociedad, es ocultada de la vida pública, se trata de hechos como el acoso sexual y laboral, el maltrato doméstico y la violencia sexual y doméstica. Estos actos si bien no son negados y se asume que el hombre quien violenta a la mujer, sin embargo, suele culpabilizar a la mujer por tener actitudes o exponerse a situaciones que propician el maltrato. (Banchs, 1996).

Lo anterior responde a una fuerte interiorización de la ideología patriarcal, así como de sus modos de socialización que son impuestos por la estructura social tanto en mujeres como hombres. La teoría feminista surge en este contexto con el fin de cuestionar los roles, conflictos y relaciones de poder determinadas entendidas como naturales (De Miguel, 2005). Se busca de esta manera, resignificar y cuestionar todo aquello que históricamente ha sido considerado como normal, poniendo en tela de juicio los valores y principios adquiridos desde la infancia de manera individual como colectiva. En esta misma línea, se plantea que el mundo social se construye desde una perspectiva patriarcal, por lo tanto “existen formas específicas de legitimación, basadas no en su condición de personas sino de mujeres” (De miguel. 2005. Pág. 235).

La legitimación de todas estas ideas se sustenta principalmente en las concepciones clásicas que comprende a la mujer como una propiedad del hombre, a quién le debe obediencia y respeto, lo cual es respaldado por un discurso religioso que históricamente ha presentado a las mujeres como entidades malvadas y peligrosas. Así mismo, los elementos que legitiman la violencia contra la mujer no se limitan a los ya mencionados, pues es posible observar que también existe un antecedente epistemológico en los pensadores clásicos como Rousseau, Locke y Kant, quienes de manera directa o indirecta establecieron la inferioridad de las mujeres, estableciendo valores y roles como la obediencia y el respeto. (De Miguel, 2005).

Para concluir, es necesario entender que el estudio de la violencia de género requiere de un análisis de las relaciones de poder, de manera que sea posible conducir el debate fuera de las causalidades de tipo psicológico que remiten solamente a la responsabilidad del agresor (Guerra, 2014).

Ya que, como se ha planteado aquí, es necesario indagar en los aspectos socioculturales que se encuentran en la base de la violencia de género, ya que si bien no se desconoce la existencia de estereotipos culturales en las agresiones, se considera que el ceder un rol tan determinante en la incidencia de las agresiones a las acciones individuales, termina de alguna manera opacando la responsabilidad de las estructuras sociales y los procesos de socialización en la perpetuación de la violencia de género, por lo tanto, una conceptualización de la violencia que abarque estas dimensiones,

Permitirá trascender de situaciones concretas de maltrato que, bajo la forma de agresión son tradicionalmente imputables a factores filogenéticos (teorías

evolucionistas) como ontogenéticos (reduccionismo psicológico), para dar cuenta de las claves culturales que se encuentran detrás de ello. (Guerra, 2014, pág.138)

TIPIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA

El sociólogo francés Johan Galtung, desarrolla en sus estudios sobre la teoría del conflicto, el triángulo de la violencia. En él, se visualizan los tipos de violencia y la relación que presentan entre sí, y, el triángulo está configurado por tres tipos de violencia: la violencia directa, violencia cultural y violencia estructural.

La violencia directa es aquella que se manifiesta de manera visible, consciente y empírica que puede ser por lo general física verbal y psicológica, en cuanto la violencia estructural es la que se encuentra intrínseca en los sistemas sociales políticos y económicos que gobiernan las sociedades, finalmente estaría la violencia cultural que corresponde a aquellos aspectos de la cultura como creencias, religiones e idearios que legitiman el uso de la violencia y responden al ámbito simbólico de la experiencia. (Galtung. 1998). Estos últimos tipos de violencia se encuentran en el plano de las violencias invisibles, ya que son adquiridas a través de la naturalización y normalización de estas.

Desde la teoría de la violencia se discierne que la violencia de género es estructural pues se debe a la forma en que se ha construido la relación entre hombre y mujer, las estructuras sociales sustentan este tipo de violencia porque fomentan la desigualdad de género y defienden la subordinación de la mujer ante el hombre. La violencia estructural sería “la suma total de todos los choques incrustados en las estructuras sociales y mundiales, y cementados, solidificados, de tal forma que los resultados injustos, desiguales, son casi inmutables” (Galtung. 1998. Pág.16).

De esta manera, las estructuras hegemónicas instaladas generan ciertas pautas culturales que son naturalizadas y reproducidas en la sociedad, la violencia estructural es concebida también como violencia institucional (Leyton & Toledo Candia, 2012), en el caso de la violencia obstétrica, la violencia de género se operacionaliza a través del marco institucional y es ejercida como violencia directa.

Como puntualiza García (2018) la violencia de género es cultural ya que las desigualdades están tan interiorizadas que constituyen un sistema de creencias colectivo y son observadas como naturales e inevitables, es una herramienta que se utiliza para afianzar el sometimiento, ya que así se perpetúa la superioridad del poder masculino y se somete la libertad femenina.

La discriminación de género tiene como fin perpetuar este sistema de sometimiento a través de la cultura patriarcal, se ampara el dualismo de la subordinación /inferioridad de las mujeres hacia el género hegemónico y aunque el sistema patriarcal se cierne sobre las estructuras sociales, se basa en un sistema de creencias sexistas que resaltan las diferencias entre sexos basados en estereotipos y prejuicios. (Leyton & Toledo Candia. 2012).

La violencia cultural permite que se evidencie como normales situaciones que entrañan una profunda violencia, o que una misma situación se pueda considerar violenta o natural dependiendo de la circunstancia en la que se encuentre (Leyton & Toledo Candia. 2012), la ideología surge como un elemento central en la teoría de Galtung, pues de ella nace el enaltecimiento de un grupo sobre otro, así se forja la base cultural que genera la violencia estructural.

En este tipo de violencia, la deshumanización del otro puede llegar a niveles tan altos que la persona es cosificada lo que da pie a ejercer la violencia directa, culpando a los afectados de sufrirla, en el caso de la violencia de género se pueden ejemplificar diversos casos tales como, la cosificación sexual, el acoso, la violencia intrafamiliar, la violencia sexual entre otras. Paralelamente, la violencia directa, como se señaló con anterioridad, representa el plano visible de las violencias ejercidas y una de su característica radica en la posibilidad de identificar a los actores que la ejercen.

La violencia de género desde esta perspectiva de estudio sería el resultado de los tres tipos de violencia (directa, estructural y cultural) planteados por Galtung. En relación con el objeto de estudio de esta investigación, se afirma que la violencia obstétrica representa violencia de género, en el marco del parto la violencia de género es aplicada por personal médico, en este caso los actores o agentes que ejercen la violencia directa, prácticas que son interiorizadas a partir del sistema estructural en que se rige la institución médica e interiorizados en el campo por medio de la acción del *habitus*.

Violencia obstétrica

En la literatura existente, aunque escasa, podemos encontrar diversas definiciones de violencia obstétrica. Arguedas (2014) la define como “un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime 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 parto” (Arguedas Ramírez, 2014. Pág. 146).

Terán, Castellanos, González & Ramos (2013) por su parte definen la violencia obstétrica como todas las acciones y conductas que deshumanizan y minimizan a las mujeres durante todo su proceso de embarazo, parto y la etapa posterior y son cometidos por el sistema de salud tanto público como privado. Este tipo de violencia se manifiesta a través de malos tratos, humillaciones, no proporcionando información sobre los tratamientos y teniendo como consecuencia la pérdida de libertad, autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad. Por lo tanto, sitúa a las mujeres en un estado de vulnerabilidad, al no respetarse sus derechos sexuales y reproductivos, lo que atenta contra la integridad de estas.

Laufaurie, Rubio, Perdomo & Cañon (2019) conciben a la violencia obstétrica como una forma específica de violencia de género como:

Un trato deshumanizado y la medicalización y la patologización de los procesos reproductivos conlleva la apropiación de los cuerpos de las mujeres. En este tipo de violencia se presenta un control de la capacidad reproductiva y la sexualidad de las mujeres, y son los miembros del personal de salud quienes la ejercen. (Lafaurie, Rubio, Perdomo & Cañon. 2019)

Por su parte, Herrera (2020) explica que la violencia obstétrica funciona como violencia de género. En donde el accionar del personal médico conceptualiza a la mujer embarazada y su cuerpo. Y, producto de ese accionar se propone dominar a las mujeres embarazadas en función de afirmar sobre ellas su supremacía y suprimir las acciones que ellas tienen que no se ajustan a la dominación médica.

Se puede definir entonces a la violencia obstétrica como:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (Alvarado & Guerra, 2012)

Desde estas perspectivas, las mujeres, sean niñas, jóvenes o adultas se transforman en víctimas de la violencia obstétrica. Siendo los sujetos activos de la violencia obstétrica, es decir, quienes la ejercen, el personal de salud o los profesionales del ámbito sanitario esto es, los médicos, matronas, enfermeros u otros.

Cabe destacar que históricamente la maternidad ha sido siempre regulada por diferentes mecanismos de poder, en donde el cuerpo de la mujer ha sido objeto de dominación. Pero, en la actualidad de “América y Europa existe una corporación médica que afianza progresivamente su poder hegemónico al tiempo que legitima sus saberes” (Rooks, 1999 citado en Belli, 2013). Esto se traduce en que, tal como plantea Belli (2013), el sistema biomédico moderno logró un lugar de poder como la única alternativa viable a las necesidades de salud de las poblaciones, lo que puede verse claramente en los procesos reproductivos de las mujeres.

Asimismo, lo plantea Michelle Sadler que, aunque la mujer y la reproducción ha sido objeto de dominación histórica se entiende a “la violencia obstétrica como un fenómeno relativamente reciente que deriva del proceso de medicalización que se ha desarrollado durante las últimas cinco décadas en el país” (Sadler, 2003). Con esto propone que el punto clave es el traslado del parto hacia el hospital, lo que implica un traspaso de la medicina, desde funciones preventivas y curativas a funciones de control y normativización que conlleva una deshumanización del proceso del nacimiento a través de las prácticas médicas.

A partir de esto se instaura un conocimiento autorizado, sobre la atención específica del parto, centrándose la atención en las funciones fisiológicas en desmedro de las dimensiones afectivas y socioculturales de las mujeres. Por lo que, la violencia obstétrica tendría un potencial direccionador de las dimensiones estructurales de la violencia, manifiestas no solo a través de las prácticas médicas, sino también a través de múltiples formas de abuso durante el nacimiento.

Lo anterior implica que existe una relación asimétrica entre las mujeres y los profesionales de la salud, que revela una desigualdad simbólica y real, la cual dificulta el ejercicio de los derechos básicos de la mujer (Belli, 2013). Por lo tanto, es esta asimetría la que pone en una condición de desventaja a las mujeres, posibilitando la violencia obstétrica.

Para Belli las ciencias del área de la salud tienen un propósito de control sobre los procesos naturales. En este contexto las prácticas de rutina durante el momento de parto que son aplicadas de forma sistemática toman un carácter negativo cuando son impuestas a la mujer de forma mecanicista sin tomar en consideración las necesidades, observaciones, opiniones y decisiones de la parturienta generando lo que se denomina violencia obstétrica.

La Organización Mundial de la Salud define la Violencia Obstétrica como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales” (OMS, 2013). A su vez, la misma OMS, en el año 2018, entregó recomendaciones para la atención del nacimiento, en un documento titulado “Cuidados intraparto para una experiencia positiva del parto”, lo que se condice con el manual desarrollado por el MINSAL el año 2008, “Manual de atención Personalizada con Enfoque Familiar en el Proceso Reproductivo”.

En ambos documentos se pone atención en la promoción de partos que respeten los procesos fisiológicos, es decir, que no abusen de la medicalización en los partos, a la vez que recomiendan reducir el número de intervenciones quirúrgicas, es decir, cesáreas.

Por otro lado, específicamente en el documento generado por la OMS, se promueve que el parto sea una experiencia positiva para la mujer:

Entendida ésta como aquella que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de una mujer, incluido dar a luz a un recién nacido sano en una ambiente clínico y psicológicamente seguro con continuidad de apoyo práctico y emocional de un compañero(s) de nacimiento y personal clínico competente. (OVO. 2018. Pág. 11)

Otra perspectiva sobre este concepto consiste en que la violencia obstétrica constituye también una violación a los Derechos Humanos, vinculando la violencia de género contra las mujeres y el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano (Villaverde. 2006), ya

que el derecho a la salud se vincula con el ejercicio de otros derechos humanos, y debe ser comprendido de forma integral.

Desde este punto de vista, los Estados deben ser capaces de propiciar las condiciones óptimas para los ciudadanos, que incluyen el acceso a la salud, pero también las condiciones ligadas al trato digno, por tanto, el derecho a la salud no se limita al derecho a acceder a prestaciones de salud.

En este sentido, en muchas instituciones de salud se violan sistemáticamente los derechos reproductivos de las mujeres durante el parto convirtiéndolos en formas naturalizadas de violencia, que en reiteradas ocasiones no son denunciadas por el desconocimiento de las parturientas sobre los derechos que poseen y que deben ser respetados durante el proceso del parto.

Actualmente en Chile, desde organismos gubernamentales se han establecido manuales de apoyo para las madres, en los que se establecen sus derechos como paciente y como madre, sin embargo, como se pretende evidenciar en esta investigación, son pasados a llevar sistemáticamente.

Para Nuria Varela (2008), la violencia obstétrica se presenta por invisibilizar a la madre. Desde su perspectiva, las mujeres que van a dar a luz desaparecen en cuanto atraviesan la puerta del hospital, dejan de ser personas, y pasan a ser enfermas, de tal manera sus opiniones dejan de tener validez, ya que el saber médico no considera los “deseos” del paciente.

Esta asimilación de la mujer como paciente, la sitúa en una posición óptima para ejercer la violencia sobre ellas de manera naturalizada, en donde el parto está organizado en los hospitales al servicio de los ginecólogos, del resto de profesionales de la medicina que intervienen y del sistema de salud. Se trata de que los partos sean rápidos, seguros y cómodos para los facultativos, no para las madres: cesáreas sin motivo, administración de hormonas para acelerar las contracciones, cortes vaginales y la peor posición para dar a luz, tumbadas, transformando en el parto en un proceso difícil, doloroso, violento y humillante.

La conceptualización sobre violencia obstétrica devela entonces, la existencia de un fenómeno multideterminado, que afecta a los derechos humanos de las mujeres mediante la vía de salud sexual y reproductiva de manera autoritaria y que está centrada en las relaciones asimétricas de poder, en un contexto altamente jerarquizado que origina la pérdida de autonomía sobre sus cuerpos y en donde son obligadas a someterse al poder institucional perdiendo el control del proceso que les pertenece.

Podemos de esta manera considerar que la violencia obstétrica se enmarca en una interseccionalidad entre violencia de género y violencia institucional proveniente directamente de las instituciones y prestaciones médicas.

Es observable, además, que el modelo médico hegemónico reproduce los prejuicios sociales según los cuales, la pertenencia a ciertos grupos étnicos o a clases económicas, provee una situación de mayor o menor vulnerabilidad al momento de la intervención médica.

Por lo que, a eso se aboga cuando se quiere establecer que la violencia obstétrica es un problema al cual debe dársele atajo con premura. Considerando que las necesidades de las mujeres gestantes no son contrarias a la seguridad que otorga el control biomédico. Ante esto, algunos autores lo plantean de la siguiente manera:

Es preciso vertebrar nuevos marcos conceptuales desde los que interpretar el nacimiento, generando posibilidades donde no las hay, y articulando nuevas inquietudes y representaciones que hagan a los sistemas sanitarios más permeables a las necesidades y conflictos de las madres, sin abandonar por ello los beneficios y la seguridad del control biomédico. (Hernández & Echevarría. 2016. Pág. 11)

ANTECEDENTES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN CHILE

Las demandas de violencia obstétrica en Chile no son recientes, pero es nuevo el reconocimiento como un tipo de violencia de género. Ya que, en el imaginario social, se han aceptado que algunas prácticas son parte del proceso de nacimiento según el tipo de institución médica en donde se realice el parto.

Es por ello, que colectivos feministas, asociaciones de matronas¹, el colegio médico de Chile y parlamentarias/os han levantado la voz para reconocer la existencia de prácticas que se constituyen como violencia obstétrica.

Esto debido a casos mediáticos de madres gestantes que han perdido a sus bebés o que han quedado con secuelas posteriores a sus partos. Tal es el caso de Adriana, mujer que denunció una seguidilla de tratos deshumanizados y denigratorios, y malas prácticas médicas que condujeron a la muerte de su bebé.

Ante esto, es que surgió la Ley Adriana la cual aún se encuentra en revisión porque, desde grupos y asociaciones como el SOCHOG² y el Colegio de Matronas no consideran aceptable la promulgación de esta ley, considerando que denominar a prácticas negligentes y/o deshumanizadas en espacios de consulta y tratamiento sexual o reproductivo, significa una discriminación al gremio de la ginecología y matronería por el carácter punitivo que tiene el hecho de que los de este gremio incurran en malas prácticas en contraposición de otros profesionales de la salud que ejercen otras especialidades.

Lo cierto es que, existe un malestar social que demanda visibilizar una problemática que es transversal a la vida de toda persona con capacidad de gestación por lo que, se han levantado

¹ ASOMAT. Asociación de matronas y matrones en Chile.

² Sociedad chilena de obstetricia y ginecología

estudios y encuestas que han removido las discusiones de género usando abiertamente el concepto de violencia gineco-obstétrica³ y/o violencia obstétrica.

Entre los años 2019 – 2020 se realizó la primera encuesta sobre violencia obstétrica⁴, un estudio de tipo descriptivo y transversal, y que fue aplicada a mujeres mayores de 18 años que hubieran tenido un parto en el sistema de salud público y privado. La muestra fue compuesta por dos mil ciento cinco mujeres, y “los resultados obtenidos indican que de las 2105 mujeres el 79,28% considera que experimentó violencia obstétrica durante su parto y, esta cifra aumenta a un 86,5% en los hospitales públicos y desciende a 72,4% en clínicas privadas” (Cárdenas, M., & Salinero, S. 2021).

En consecuencia, se mostró que las prácticas más frecuentes y consideradas como violencia obstétrica por parte de las mujeres fueron: ser infantilizadas o anuladas por el equipo médico, tener una percepción de vulnerabilidad que emerge de la atención recibida, el impedimento de estar acompañadas durante el parto y la realización de procedimientos en ausencia de un consentimiento debidamente informado.

Algunas de estas variables mostraron directa relación con el tipo de institución de salud, en donde las tasas más altas referidas a la sensación de infantilización se presentaron en usuarias de hospitales públicos, manifestadas en el temor a expresar inquietudes y sensación de vulnerabilidad. Por su parte, en las clínicas privadas se mostró una alta frecuencia en la realización de procedimientos sin ser consultadas, ni recibir información, entre las que destacan las cesáreas con un 57,7 % de los casos.

Según un informe de la OMS publicado el 2011 la cobertura de atención profesional en el parto alcanza en Chile un 99,7 % entre sistema público y privado lo cual resulta un índice positivo por dar asistencia a casi todas las usuarias gestantes, pero dentro de ese total existe una tasa de cesáreas sobre el 30 % siendo lo recomendado según la misma OMS una cifra no superior al 10 % (Sibrian. 2020).

Finalmente, la encuesta evidenció una serie de prácticas sistemáticas con diferencias muy poco significativas según el tipo de institución, pero en donde muchas de estas prácticas constituyen violencia obstétrica según las definiciones y estudios al respecto. Entre ellas destacan la episiotomía, tactos vaginales reiterados, rotura artificial de membranas, rasuración. Administración de medicamentos como la oxitocina para acelerar el trabajo de parto y en el caso de la salud privada la aplicación de cesáreas aun cuando existen condiciones para el parto natural.

De igual manera cobra relevancia que el mayor índice de violencia es en mujeres jóvenes, entre 18 y 29 años, como también en quienes se identifican con pueblos originarios, estratos

³ Este concepto se refiere a la violencia que se vive no sólo en materias de gestación sino en todos los procesos de salud sexual y reproductiva. Como esta investigación es de violencia en el proceso previo, durante y después de la gestación es que no se ha utilizado este término.

⁴Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica (2020). Primera encuesta nacional de violencia ginecológica y obstétrica. Síntesis de resultados. Valparaíso, Chile.

socioeconómicos de menor ingresos y mujeres con una orientación sexual no heterosexual, explicitando los prejuicios sociales y culturales más arraigados que en el área de la salud se manifiestan principalmente en la práctica médica. (Cárdenas Castro & Salinero Rates, 2022).

Lo esencial de esta encuesta es que, muestra cómo las vulneraciones se han realizado en el momento de la preparación de parto, durante el parto, en el nacimiento y durante los cuidados posteriores. Pero a su vez, muestra la incidencia de los talleres de preparación de parto para la autonomía y decisión de la mujer.

Ya que, el acceso a la información que tienen las mujeres mientras está en gestación, es una herramienta fundamental para hacer valer los derechos y las diversas formas de parir que existen. En donde, todas las dudas como cuáles son las formas que existen de parir que realizan los hospitales y clínicas o cómo se cuándo inicia el trabajo de parto, o cómo es una contracción, si se puede o no solicitar anestesia durante el trabajo de parto, si se puede comer o no durante el trabajo de parto, y muchas otras orientaciones o dudas que pueden tener al momento en que deciden ser madres, favorecieron a mujeres para evitar la violencia obstétrica o para denunciarla.

DIMENSIONES Y PRÁCTICAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

A partir de todo lo recabado es que, se ha realizado una tabla a modo de ilustración y de poder visualizar las prácticas que constituyen violencia obstétrica independientemente de sus dimensiones y/o categorías. Ya que, en la actualidad no hay una ley punitiva que constituya mayores agravantes por práctica de violencia obstétrica.

DIMENSIONES DE V.O.	PRÁCTICAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA
VIOLENCIA FÍSICA	Episiotomía sistemática Maniobra de Kristeller (compresión del abdomen en los pujos) Rotura artificial de membranas Tactos vaginales reiterados Prohibición de tomar líquido o comer durante el parto Obligación de estar acostada durante el trabajo de parto
VIOLENCIA VERBAL	Amenazas Retos Infantilización Burlas Groserías
VIOLENCIA PSICOLÓGICA	Infantilización No considerar las muestras de dolor No responder a las peticiones de atención por dolor y/o

	preocupación Responsabilizar a la usuaria por riesgos asociados al parto
VIOLENCIA INSTITUCIONAL	Negar la atención oportuna Intervenciones que no han sido informadas y/o consentidas por la mujer Uso de eczema (lavado intestinal) Legrado o raspado del útero sin anestesia Cesárea sin justificación Monitoreo fetal constante Uso de oxitocina sintética Rasurado de genitales externos

PATOLOGIZACIÓN Y MEDICALIZACIÓN DEL PARTO

La violencia obstétrica se diferencia de otros tipos de violencias médicas y de género por la patologización y medicalización de un proceso natural como lo es el parto. En donde, las mujeres son despojadas de sus conocimientos que tienen sobre sus propios cuerpos y de sus propios procesos fisiológicos, abordándoseles como una enfermedad patologizando sus procesos de parto.

Con la medicalización, se convierten en procesos patológicos situaciones que son y/o han sido siempre completamente normales, y que se pretenden resolver mediante la medicina, complejidades que no son médicas sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales. (Almonte. 2016).

La patologización entonces viene a ser un efecto que convierte el cuerpo materno y el parto y el nacimiento en una enfermedad que conlleva un potencial riesgo (Salinero & Cárdenas. 2021). En donde existe un manejo activo del parto, ya que hay una cadena de intervenciones que en la mayor parte son innecesarias, pero, son con vistas a acelerar o reducir esos posibles riesgos.

Este manejo activo del parto produce que la violencia obstétrica este tan naturalizada e imperceptible ya que, se le considera como parte del modelo de nacimiento, en donde muchas veces se arraigan dichas prácticas a esquemas mentales que permiten invisibilizar la violencia del sistema de salud.

El avance de la medicalización, por lo tanto, ha ido expropiando el poder del individuo para curarse a sí mismo y para modelar su ambiente a través del conocimiento autorizado. En donde la institución médica descalifica este saber de las mujeres definiéndolo como un saber ingenuo e insuficiente por ser acientífico.

La medicalización de los partos también se traduce en el uso de medicamentos y/o intervenciones, todas innecesarias desde la perspectiva del parto como un proceso natural.

En donde se prioriza la comodidad y eficiencia para el equipo médico con miras de evitar posibles riesgos y además posibilitar realizar una alta cantidad de partos en el menor tiempo posible.

Por lo que, la medicalización se entiende entonces, en una excesiva intervención médica o una intervención continua aun cuando no sea necesaria. Por consiguiente, el entorno del parto institucionalizado en el hospital se prepara para la comodidad del equipo médico y no para la gestante. Por lo tanto:

El parto en instituciones hospitalarias está regulado por estándares industriales de productividad, en las que los cuerpos de las mujeres son tratados como obreros que deben ser controlados y disciplinados; existe una estricta división del trabajo y el tiempo es estrechamente regulado para producir el resultado esperado: un/a bebé saludable. (Bellón. 2015. Pág. 8)

Por ello es que, podemos entender que esta patologización y medicalización del parto institucionalizado en el hospital es una práctica que proviene de un sistema de salud sumamente estratificado desde sus bases de eficiencia, en donde además existe un modelo asistencial técnico, es decir, las mujeres son condicionadas a vivir y sentir aquello que dicta el conocimiento autorizado y la tecnología.

Lo importante, pues, es la obtención de un producto sano, el bebé, en el menor tiempo y con las menores interferencias posibles. En este sentido, y salvando las distancias, los paritorios se configuran como una cadena industrial donde la accesibilidad del producto sobre el que se interviene, el ruido y las rutinas de trabajo se convierten en lo prioritario, tendiendo a convocar a las madres para que se ajusten al proceso ritual, y a los acompañantes para que no interfieran en las rutinas fabriles preestablecidas. (Hernández & Echevarría. 2016. Pág. 10)

Este modelo asistencial técnico tiende a abusar de la interpretación biométrica de las experiencias maternas, es decir, se considera válida la información que una máquina como la del monitoreo fetal o la de las pulsaciones otorga, pero se les resta importancia a las manifestaciones de dolor y/o emocionales de las madres.

Estas máquinas además se transforman en un portavoz del bebe dejando a un lado las sensaciones maternas. Ya que, la interacción del profesional de la salud hacia la mujer usuaria, mientras se utilizan estos monitores, es nula o solo se reduce a darle información básica o solicitarles que se mantengan lo más quietas posibles para que la máquina cumpla su función. Para ello, la madre debe reprimir sus dolores o nerviosismo con la finalidad de saber si sus fetos o bebés se encuentran en buen estado, asumiendo y/o reconociendo de manera inconsciente que no solo los profesionales manejan un conocimiento cierto y

autorizado sobre sus procesos de reproducción y sexualidad, sino también, confían plenamente en la maquinaria que utilizan estos expertos.

Y, es esta perspectiva medicalizada la que tiende a favorecer la biometría. Así, lo expresa la siguiente cita:

Estamos ante un modelo asistencial técnico, en el que los traductores conectan a las madres a un gran arsenal de artefactos mecánicos que aseguran la traducción de las percepciones intuitivas en datos biométricos (Hernández & Echevarría. 2016. Pág. 7).

Debido a esto, se produce además una inseguridad en las madres sobre ellas mismas y la condición de sus bebés por lo que, tienden a poner todas sus expectativas en las máquinas y por eso su uso es tan aceptado casi sin cuestionamientos. Ya que, las mujeres en sus procesos de gestación y posterior al parto, al reconocer que desconocen el conocimiento que poseen los profesionales de la salud tienden a delegar su propio poder a los especialistas.

Por lo que, son estos discursos de riesgo y el miedo a la incertidumbre que permiten y justifican el uso de técnicas y demandas tecnológicas. Obteniendo así una sensación de seguridad e infalibilidad.

Se perpetúan así ciertas características del modernismo como la confianza absoluta en los sistemas de expertos derivados de las ciencias empíricas. La consecuencia final es la invisibilización del “abuso institucional”, a pesar de ser este un tema conocido y reiterado en el propio relato de las madres. Se trata de una especie de “amnesia retrógrada”, por la que la aceptación de cierto grado de abuso y autoritarismo como lo “normal”, junto con los beneficios de la tecnología y el consenso social que justifica cualquier actuación clínica como necesaria en pro de la disminución del riesgo, dificulta su visualización. (Hernández & Echevarría, 2016, pág. 10)

PODER OBSTÉTRICO

El poder obstétrico ha sido mencionado a lo largo de esta investigación por lo que, merece un análisis más detallado por ser un eje central para entender el funcionamiento de la violencia obstétrica y su auge.

Gabriela Arguedas a partir de la conceptualización del biopoder y la biopolítica de Foucault, propone una fundamentación conceptual de la violencia obstétrica, en donde identifica una forma de poder disciplinario específico, el cual está ligado a la estructura social del género propio de la institución hegemónica y patriarcal que tenemos. (Arguedas Ramírez, G. (2014).

De donde la vivencia emerge como mecanismo de disciplinamiento, control y producción de subjetividad.

Por lo que, propone la noción de poder obstétrico en donde mientras “la violencia obstétrica sería un mecanismo de control y opresión, derivado del ejercicio de este tipo específico de poder. El poder obstétrico constituye una forma de poder disciplinario que produce cuerpos sexuados y dóciles” (Arguedas Ramírez, G. 2014. Pág. 147).

Es, por lo tanto, el poder obstétrico una forma que utiliza la institución médica de abordaje orientado desde y hacia la enfermedad, por lo que patologiza el proceso de gestación y el parir. Es este poder obstétrico, el que descalifica el saber de las mujeres subyugándolas doblemente. Primero por el lugar social que las mujeres ocupan de acuerdo con la estructura social de género, que sabemos privilegia lo masculino sobre lo femenino. Y segundo, frente al poder ejercido por parte de los profesionales de la salud justificado por el saber experto.

Las mujeres embarazadas antes, durante o después de sus procesos de parto no son interlocutoras válidas, ya que no hablan el lenguaje clínico porque, desde un principio no existe una intención de establecer un diálogo desde posiciones igualitarias sino desde una relación de poder. Por lo que, se da así una interacción asimétrica. (Hernández & Echevarría, 2016).

La importancia de emplear el análisis de género en la investigación de violencia obstétrica es que puede arrojar luz sobre el rol que juegan las relaciones de poder basadas en nuestro sistema de género. (Bellón, 2015).

La utilización del concepto del poder obstétrico es, para poder comprender cómo este fenómeno opera a través de la autoridad del discurso y la práctica médica. En donde su finalidad es producir cuerpos dóciles en pos de maximizar la efectividad de las gestaciones y los posts nacimientos. (Salinero, 2021).

PARTO RESPETADO Y/O HUMANIZADO

Como se ha expuesto en los capítulos anteriores, el derecho a la salud es un derecho humano acordado por las naciones para velar por el bienestar de las personas. Pero el derecho no es suficiente para garantizar que se cumpla este acceso a la salud por lo que, la OMS y la ONU han incitado a los países y a las mujeres que los conforman, al fortalecimiento de la educación y formación sexual y reproductiva, y también a establecer estándares de calidad en donde no solo se ha atiende a las personas si no que, se pueda recibir un trato oportuno, digno y en donde se den las condiciones propicias para que el ambiente de atención sea respetado sin discriminaciones.

En Chile, las cifras de mortandad materno infantil han disminuido alcanzado los niveles positivos de los países desarrollados que tienen mayores recursos económicos e implementación para atender los procesos de parto y post parto, pero también nuestras cifras indican que tenemos una de las tasas más altas de cesáreas de la que recomiendan los

organismos internacionales expertos por lo que, la accesibilidad que se tenga a la salud no es equivalente a la calidad de la atención recibida.

Esto es observable en la encuesta antes mencionada realizada en Chile sobre violencia gineco-obstétrica, en donde se aprecia que la mayoría de las mujeres se sintieron víctimas de violencia en por lo menos un aspecto.

Las mujeres víctimas de violencia obstétrica no son vulneradas solo en su acceso a la salud, son privadas en muchas ocasiones de su derecho a la información, de su derecho a ser libres de violencia, en su derecho a la privacidad, entre otras.

Por lo que, el parto respetado y/o humanizado surge como una respuesta a esa violencia que se ha vivenciado en los partos institucionales realizados en las instituciones médicas tanto públicas y/o privadas. Se levanta como una alternativa que dialoga constantemente con el modelo tradicional del parto, pero aún no participan del mismo escenario. Es decir, el parto respetado y/o humanizado es un emblema que todos los profesionales consideran adecuado, pero, no es la vivencia que están recibiendo las mujeres gestantes en los hospitales.

Esta alternativa es inherente a la denuncia de las vivencias de violencia obstétrica ya que, no se busca solo denunciar esta práctica, sino que, otorgar una alternativa que hasta el momento no es viable en las instituciones tradicionales.

La humanización del parto considera tratar el proceso sin un sentido patológico ni muy intervenido, en donde no solo haya un buen trato si no prácticas de acuerdo con un proceso biológico y natural.

Hoy en día, en la realidad chilena se ofrecen partos realizados en casa como una alternativa a los partos en hospitales, pero, no está reglamentado sanitariamente por lo que, no es una alternativa a la que una mujer pueda acceder libremente. Es decir, el vacío legal que existe porque no se especifica el lugar del parto permite que las matronas realicen partos en casa, pero, FONASA no cubre aquellos procedimientos y las ISAPRES sólo lo costean parcialmente.

Violencia Obstétrica y Jurisprudencia

Como mencionamos en el apartado anterior, que exista el derecho a la salud no garantiza su acceso oportuno ni menos su calidad. Para ello es que surge y se comenzó a emplear el concepto de violencia obstétrica, es decir, a manera de denuncia (Bellón. 2015).

La crítica feminista por su parte viene denunciando hace mucho tiempo las prácticas de violencia de género y en ella la violencia obstétrica. De esto deviene un auge de las leyes latinoamericanas sobre la violencia de género y la obstetricia, pero, el surgimiento reciente de estas leyes demuestra que las formas de atención al parto hasta ahora todavía generan tensiones y no han sido modificadas.

En la actualidad, han surgido manifestaciones desde la sociedad a lo largo del mundo sobre la necesidad de prevenir y remediar la violencia en contra de las mujeres. Se ha demandado, por lo tanto, leyes de prevención y sanción para quienes atenten contra el bienestar de las mujeres y las disidencias sexuales. Entre ellas está la búsqueda de creación de leyes sobre maternidad respetada considerando que existe una injusticia social ante este evento (Herrera, 2020).

En Latinoamérica solo algunos países cuentan con materia legislativa específica para sancionar este tipo de violencia. Por ejemplo, está el caso de Venezuela que el 19 de marzo del año 2007 publicaron La Ley orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. En esta ley se aborda la violencia obstétrica como tópico, tratándose especialmente tres cosas: el concepto, las conductas constitutivas de violencia obstétrica y su sanción. Esta ley regula además dos clases de sanciones: 1) para la esterilización forzada: se fija una pena privativa de libertad. 2) Para las demás formas de violencia obstétrica se establecen penas pecuniarias, sin embargo, los informes y estudios señalan que la situación en Venezuela conserva un alto grado de prevalencia de violencia obstétrica.

En este documento legislativo se establece como violencia obstétrica los siguientes puntos:

- No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
- Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
- Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
- Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
- Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Por su parte, Argentina cuenta con dos textos legales referentes a la violencia obstétrica. Esto en su Ley N° 26.845 “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”.

Señala en su artículo 4 cuestiones relativas a la violencia obstétrica y la define como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929” y se define al trato deshumanizado como “el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la

mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no”.

En el año 2004, también en Argentina se establece también la Ley 25.929 llamada “Ley de parto humanizado”. Esta ley no goza de una definición de violencia obstétrica, pero en ella se establecen derechos consagrados que las mujeres poseen durante su embarazo, trabajo de parto, parto y post parto. Esta ley es complementada por un reglamento que prescribe las acciones que deberá ejecutar el personal de salud para dar cumplimiento a lo establecido por la Ley de parto humanizado.

Pese a la regulación y aplicación de políticas públicas para intentar poner freno, las encuestas y estudios realizados en los países latinos que poseen materia legislativa sobre este tema no muestran un declive, tal como se planteó en el caso de Venezuela, en Argentina no se visibilizó un retroceso significativo.

Por lo que, no se ha logrado fisurar el sistema estructural de la institución médica que abusa y violenta a las mujeres y sus derechos. En el caso de Argentina se debió crear una Comisión Nacional coordinadora de acciones para la elaboración de sanciones de la violencia de género (CONSAVIG) y dada la especificidad de la violencia obstétrica se articuló un grupo especial para esta materia, la llamada “comisión nacional de violencia obstétrica”.

La situación de Chile es uno de los tantos países latinoamericanos que no cuenta con regulación en materia de violencia obstétrica ya que, carece de leyes que regulen o sancionen este tipo de violencia. Existe un único proyecto de ley en tramitación parlamentaria desde el año 2019 denominado “ley Trinidad” y posteriormente “ley Adriana” que corresponde a los nombres de madre e hija víctimas de la violencia obstétrica, cuyo emblemático caso llevó a incentivar la regulación contra este tipo de violencia.

La Ley Adriana define la violencia obstétrica como “todo maltrato o agresión psicológica, física o sexual, omisión, discriminación o negación injustificada de atención en el marco de la salud sexual y reproductiva” (Cabrera. 2023).

Recientemente, en enero del 2023, la comisión de mujeres del senado aprobó este proyecto que busca proteger los derechos en el ámbito de la gestación, muerte gestacional y perinatal, así como los procesos de parto, puerperio, aborto y la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Como en nuestro país actualmente no existe instrumento jurídico alguno para la prevención, tratamiento y sanción de la violencia obstétrica se puede considerar y constituir una violación del estado chileno a los tratados internacionales de derechos humanos que otorgan protección a las mujeres (Cuevas Gallegos. 2018).

Las posibles soluciones que otorga la legalidad chilena se sustentan en leyes más generales al no existir la violencia obstétrica como concepto jurídico. Dentro de los avances en el área que se pueden mencionar destaca el decreto N°208, promulgada el 5 de junio de 2017, que

permite la entrega de la placenta a las mujeres para fines ceremoniales, acto de gran valor cultural para grupos étnicos cuya cosmovisión entrega una importancia central a este rito.

De igual forma el año 2018 se ingresa y aprueba en primera instancia un proyecto de ley destinado a crear una normativa especial que regule los derechos vinculados con el nacimiento, los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, así como también las sanciones en caso de incumplimiento de dichas obligaciones legales.

En la actualidad la normativa civil utilizada para este tipo de causas recae en la ley 20.584 que regula los deberes y saberes de las personas en relación a acciones vinculadas a su atención de salud que si bien, contempla los actos que se consideran violencia obstétrica, no establece protocolos especiales para las especificidades y complejidad que este tipo de violencia conlleva, y es tratado como un caso de negligencia médica más que involucra los correspondientes reclamos a la superintendencia de salud como también al centro de atención de salud en que ocurra las prácticas de violencia.

Esta ley chilena N° 20.584, promulgada en el año 2012, no es reglamentaria por sí sola, sino que funciona por los estándares que establezca el MINSAL. Quienes establecen una guía de las prácticas adecuadas, pero, el MINSAL no puede establecer un elemento reglamentario ni punitivo si no de recomendación, la ejecución de esta ley está constantemente permeable por factores externos.

Respecto a la atención que deben recibir específicamente las mujeres gestantes, no existen muchos artículos que le favorezcan ante una situación de violencia obstétrica, sino mayormente hay generalizaciones en donde se debe resguardar su derecho a la vida privada, a recibir información oportuna de sus diagnósticos y tratamientos y poder acceder sin estorbo a sus informes de manera legible y en cualquier momento que lo solicite. Se debe respetar además la autonomía de la mujer gestante en la atención de salud y, por lo tanto, no entrometerse en las consultas y/o reclamos que ellas estimen convenientes.

Por otro lado, también se utiliza la ley de derechos del consumidor 19.966 que sanciona las faltas a los servicios que una institución debiera entregar y cuyo principal objetivo es buscar la indemnización de perjuicios causadas por el equipo médico, ya sea por acción u omisión, siendo la principal la figura de lesiones.

Debido a esto es que, se transforma en una gran problemática este vacío en el marco normativo legal. Y es que, la gran mayoría de las denuncias por violencia obstétrica no llegan a sanciones contra las instituciones de salud o el servicio médico, exceptuando casos en que la violencia obstétrica es demostrable en hechos graves y/o demostrables físicamente lo cual es sancionado por el código penal, pero, no existe mayor consideración con la dimensión simbólica y psicológica que conlleva este tipo de violencia.

Además, se evidencia de esta manera, una nueva forma de violencia institucional ya que estas leyes ya promulgadas y en ejercicio sólo son aplicables en un ámbito específico

invisibilizando así las demás dimensiones que afectan a las mujeres en procesos de parto, parto y puerperio acrecentando así la visión de un cuerpo patologizado a sanar.

Es, por lo tanto, la violencia obstétrica una expansión de la violencia de género llevada al campo de la salud sexual y reproductiva. Esta impacta tan profundamente a la salud física y psíquica de las mujeres como por ejemplo cuando se hacen las incisiones y cortes en el cuerpo lo cual altera la fisonomía probablemente sin reversa con el paso del tiempo. Dejando marcas y cicatrices que puede conllevar en relaciones sexuales dolorosas, incontinencia urinaria, problemas de autonomía y depresión.

Se transforma esta violencia en una retórica del cuidado en donde, el daño infringido lo causa quienes deberían cuidarlas y que además puede ser “solucionada” por ellos/as mismos/as. La violencia obstétrica opera entonces de forma poco evidente o menos explícita que otras violencias, pero, que puede traer consigo un trauma relacional (Cárdenas, M., & Salinero, S. (2021), que opera mediante la falta de reconocimiento y la invisibilización de las mujeres.

Esta retórica se entiende en situaciones mayormente de violencia física o de procedimientos médicos no necesarios y mal hechos. En cualquiera de estas situaciones las víctimas deben volver con sus agresores a veces para constatar lesiones y otras para solicitarles nuevas intervenciones en donde se pueda reparar o ayudar a mejorar la calidad de vida mediante nuevos procesos médicos. Ya que, algunas cicatrices no solo afectan visiblemente a las mujeres sometidas, sino que, pueden contribuir a adquirir infecciones o sostener relaciones sexuales dolorosas o inclusive perder la oportunidad de volver a gestar.

El trauma relacional por su parte, según Jessica Benjamín (2012) explica que para que él/ella pueda experimentar plenamente su subjetividad debe ser reconocido/a por un otro. Ese reconocimiento se pierde en la acción de la violencia obstétrica produciendo en su lugar una objetualización de las mujeres. Por lo que, ese/a otro/a imposibilita o plenamente niega la emergencia intersubjetiva de sí misma afectando considerablemente no solo la experiencia de gestación de la mujer si no su cuerpo, su emocionalidad y su psiquis (Salinero. 2021).

Por lo que, el derecho penal se vuelve importante para dar respuesta a las sugerencias y solicitudes que ha hecho el derecho internacional de los derechos humanos. Por ello es que, las demandas sociales consideran necesaria establecer la diferencia entre la violencia obstétrica de otras prácticas de violencia médica por estar dirigida a mujeres gestantes, parturientas y púerperas, las cuales atraviesan un proceso tan singular, íntimo y personal. Y, porque no existe legislación que considere esta problemática tan naturalizada y a la vez tan perjudicial.

Sumado a esto, surge la necesidad de la sanción legal específica por violencia obstétrica por el modelo de atención de la salud que existe en Chile, el cual es muy estratificado. Por lo que, el tipo de centro de atención al parto responde a la posibilidad económica que tengan las mujeres. La cual también depende de factores sociales y culturales.

Aquello es observable en la encuesta chilena de violencia obstétrica, en donde no eran tan diferentes los índices de violencia obstétrica según el tipo de institución, pero si, por categorías sociales, económicas, de etnia, de género y sexualidad.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

Esta investigación se inscribe en el paradigma de investigación cualitativa, con perspectiva de género, pues este enfoque pretende comprender el problema de investigación a partir de los sentidos, significados y visiones de los sujetos respecto a su realidad (Canales. 2006).

La realidad social así vista, está hecha de significados compartidos de manera intersubjetiva, lo que resulta apropiado si queremos captar las formas en que la violencia obstétrica opera, pues el parto ha sido a lo largo de la historia un proceso que se ha ido adaptando y conceptualizando como un proceso médico, enmarcado por las prácticas autoritarias y androcéntricas de la medicina occidental y el enfoque biomédico. Por lo que, se quiere captar desde el discurso de las afectadas las significaciones de las prácticas médicas, cómo se generan, cómo opera, en que se sustentan a modo general, ya que esta investigación pretende realizar un análisis exhaustivo sobre la violencia obstétrica.

Se adecua al enfoque cualitativo de la investigación social, ya que como señala Fernández (2006) se comprende la investigación como aquella disposición a observar el esquema observador del investigado, y a tratar de “comprender” al otro, indagando en el orden de los significados y sus reglas de significación.

La investigación se inscribe dentro del paradigma fenomenológico pues, “la adopción de la perspectiva fenomenológica comporta un mandato metodológico que exige al investigador vivir la experiencia del fenómeno estudiado (Valles. 1999. Pág.65). Además, esta perspectiva debido a su raíz intelectual permite la vinculación con otras perspectivas y estilos de investigación cualitativa. La fenomenología se caracteriza por ser un análisis de la experiencia de los sujetos, en que se busca percibir y describir las peculiaridades de la experiencia de modo sistemático con el fin de comprender el mundo subjetivo constituido en la conciencia de los sujetos. (Foster. 2019).

La investigación es de carácter descriptiva, pues se busca recoger elementos que permitan caracterizar la violencia obstétrica, entendiendo que responde a un tipo de violencia de género que es ejercida y legitimada a través de prácticas médicas concretas, con el fin de recabar información que aporte tanto a la visibilización de la problemática como a su comprensión, a través de una aproximación al fenómeno.

Universo

El universo en donde se sitúa nuestra investigación corresponde a mujeres que hayan tenido partos en alguna institución médica pública o privada de la Quinta Región. Comprendiendo que se intentó analizar los discursos de ellas y reconocer prácticas de violencia obstétrica en instituciones médicas de esta región.

Este universo reconoce solo a estas mujeres usuarias y no a los profesionales médicos debido a la dificultad que se produjo al querer acceder a entrevistarlos. Y, la ubicación de este universo responde a la territorialidad que abarca nuestra institución universitaria por estar

emplazada principalmente en la Quinta Región y por la iniciativa de aportar investigación a este espacio demográfico.

Muestra

Nuestra muestra reconoce a mujeres usuarias de instituciones médicas de la Quinta Región en sus periodos de gestación, parto y puerperio que consideren haber vivido alguna experiencia de violencia obstétrica en estas instituciones.

Esta muestra es excluyente ya que, la convocatoria fue mediante plataformas electrónicas de redes sociales como Facebook, Instagram y WhatsApp en donde se utilizó un afiche informativo de difusión para que se nos pudiera contactar a cualquiera de los integrantes de esta investigación vía correo electrónico, llamada telefónica y/o mensaje de texto.

Posteriormente, el contacto para el consentimiento informado y para la entrevista fue mediante plataformas *on line* por lo que, se debía contar con algún medio electrónico en donde existiera alguna aplicación de videollamada para realizar la entrevista. Entre estas plataformas se utilizaron Zoom Meetings, Meet de Google y/o video llamada de WhatsApp. Los horarios de realización de las entrevistas fueron de acuerdo con la comodidad y disponibilidad de las mujeres voluntarias por lo que, según sus disponibilidades, se designaba quien de los integrantes de esta investigación dirigiría la entrevista.

Al ser una investigación de tipo cualitativa y sin intenciones de representatividad, si no, de análisis del discurso a partir de la recolección de experiencias es que, no se delimitó el tamaño de la muestra. Por lo que, decidimos mantener la convocatoria abierta en las redes sociales por el tiempo en que pudiéramos contactar alrededor de 15 mujeres para las entrevistas.

Afortunadamente la convocatoria fue respondida rápidamente, lo que significó que la convocatoria estuvo abierta durante aproximadamente 21 días, pero, la coordinación con las mujeres voluntarias a contarnos sus experiencias de violencia obstétrica nos permitió realizar solo 11 entrevistas.

Nuestra muestra contó con el criterio de homogeneidad, lo que se define como aquella muestra en que las unidades que se van a seleccionar poseen un mismo perfil o características, o bien comparten rasgos similares. Siendo un requisito excluyente el creer, pensar y/o sentirse víctimas de violencia obstétrica.

Además, este criterio tiene como propósito centrarse en el tema por investigar o resaltar situaciones, procesos o episodios en un grupo social (Hernández -Sampieri y Mendoza Torres, 2018), lo cual significó una pauta de entrevista similar para cada mujer voluntaria.

Por lo tanto, los criterios de la muestra fueron los siguientes:

- ✓ Mujeres que hayan llevado su embarazo a término.
- ✓ Mujeres que reconocen haber sufrido violencia obstétrica durante su proceso de parto.

✓ Mujeres que han parido dentro de alguna institución de la Quinta Región.

A continuación, se observa nuestra muestra detallada en aspectos significativos que nos permitió incluirlas para nuestra investigación. Es necesario mencionar que los nombres de las entrevistadas son ficticios con el fin de resguardar sus identidades.

Tabla de caracterización de las entrevistadas

ENTREVISTADA	EDAD DE LA ENTREVISTADA AL REALIZAR LA INVESTIGACIÓN	AÑO/S EN QUE SE REALIZÓ/ARON EL/LOS PARTO/S	INSTITUCIÓN DE SALUD DONDE SE REALIZÓ/ARON EL/LOS PARTO/S	TIPO/S DE PARTO/S
ANY	27 años	2021	Clínica San Julián en San Antonio.	Cesárea
BELA	40 años	2017/ 2020	Clínica Los Carrera en Quilpué. Hospital Clínico de Viña del Mar.	Cesárea/ Cesárea
CAMILA	39 años	2000/ 2007/ 2019	Hospital Carlos Van Buren en Valparaíso. Clínica Ciudad del Mar en Viña del Mar. Clínica Ciudad del Mar en Viña del Mar.	Parto vaginal/ Cesárea/ Cesárea
DANAE	28 años	2017/ 2021	Hospital Clínico de Viña del Mar. Hospital Regional Hernán Enrique Aravena en Temuco ⁵ .	Cesárea/ Cesárea
EMA	32 años	2021	Hospital Gustavo Fricke en Viña del Mar.	Cesárea
FER		2019	Hospital Claudio Vicuña en San Antonio.	Parto vaginal
GABY	23 años		Hospital Carlos Van Buren en Valparaíso.	Parto vaginal
INÉS	25 años	2019	Hospital San Juan de Dios en Los Andes.	Parto vaginal
MARTA	39 años	2009/ 2019	Hospital Gustavo Fricke en Viña del Mar. Clínica Los Carrera en Quilpué.	Cesárea/ Cesárea
LIA	41 años	2015/ 2016	Clínica Reñaca. Clínica Tabancura en Santiago ⁶	Parto vaginal/ Parto vaginal
MIRNA	44 años	1995/ 2008	Hospital Carlos Van Buren en Valparaíso. Hospital Carlos Van Buren en Valparaíso.	Parto vaginal/ Cesárea

⁵ Los partos acontecidos en lugares fuera de la quinta región no son representativos para nuestra investigación, pero, son mencionados en la tabla de anexos por ser parte de la historia obstétrica de cada mujer entrevistada.

⁶ Ídem.

Técnicas de producción y uso de datos

La técnica más apropiada para esta investigación es la entrevista, ya que, esta se define como una conversación que se propone un fin determinado distinto al simple hecho de conversar, adoptando un lenguaje coloquial. Canales la define como “la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio, a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto” (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández, & Varela-Ruiz, 2013, pág. 163). Además, se considera la entrevista como una metodología ventajosa principalmente en los estudios descriptivos y en las fases de exploración, lo que se ajusta al diseño de la investigación.

Existen diferentes formas de realizar entrevistas por lo que, en este trabajo optamos por la entrevista semiestructurada ya que:

Presenta un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planteadas, que pueden ajustarse a los entrevistados, siendo su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades de motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández, & Varela-Ruiz, 2013. Pág. 163).

Se pretendió lograr lo que se denomina entrevista etnográfica, definida como una “conversación amistosa” entre el informante y el entrevistador, convirtiéndose este último en un oidor, alguien que escucha con atención, no impone interpretaciones ni respuestas, guiando el curso de la entrevista hacia los temas que a él le interesan” (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández, & Varela-Ruiz, 2013. Pág. 164).

La técnica de recogida de datos se realizó por medio de plataformas virtuales, a través de videoconferencias que permitieron grabar la conversación, para poder obtener la mayor cantidad de detalles, y todo aquello latente que se da en los discursos, tanto como gestos y emociones, que permitan hacer un análisis profundo de la información obtenida.

Seleccionamos esta técnica ya que su propósito es realizar un trabajo de campo para comprender la vida social y cultural de diversos grupos, a través de interpretaciones subjetivas para explicar la conducta de un grupo.

Además, la entrevista constó a grandes rasgos de cuatro fases: la primera, preparación, donde se planificó la organización de la entrevista en relación con los objetivos de la investigación previamente al trabajo de campo; la segunda, la apertura, en la que se les explicitaron a las informantes los objetivos que se querían alcanzar, así como la duración de la entrevista y el consentimiento informado; la tercera, la fase de desarrollo, es donde el entrevistador utilizó sus recursos para obtener la información, siguiendo la pauta de preguntas respetando esa flexibilidad que caracteriza a la entrevista; y por último, la fase de cierre, lo que nos permitió organizar el proceso de análisis de la información.

Por lo que, posterior a la realización de las entrevistas tuvimos un período de 45 días para la transcripción de cada una de ellas. Para luego analizarlas con detenimiento.

Para el análisis, agrupamos las entrevistas en 3 grupos para así, revisarlas por cada integrante de esta investigación. Por lo que, cuando revisábamos y analizábamos un grupo de entrevistas, acordábamos una reunión entre los integrantes de la investigación para conversar sobre los relatos recibidos y discutir las dimensiones de violencia que encontrábamos.

Técnicas de análisis de datos

La técnica seleccionada para este tipo de investigación fue el análisis sociológico del discurso ya que, el estudio del discurso como un dispositivo de producción social más, considerando, el reconocimiento de la capacidad social y política del lenguaje, y de su impacto en la formación y reproducción de sentidos sociales, actitudes, comportamientos, ideologías, identidades, etc., nos permitió abrir una línea de análisis cuyo objetivo es la profundización en el conocimiento de las dimensiones que pretendemos investigar. El discurso, y éste se entiende como: “cualquier práctica por la que los sujetos dotan de sentido a la realidad” (Ruíz, 2009) sentidos que son producidos y compartidos socialmente de manera tal que el discurso contiene subjetividad e intersubjetividad social.

Condiciones éticas

Para nuestra investigación se realizaron consentimientos informados, para aquellas que formaron parte del grupo de investigación. En él, se establecieron los motivos y justificaciones por el cual se realizó la investigación.

La participación fue voluntaria y, se aseguró en todo momento el resguardo de la información entregada por las participantes, como así su anonimato de preferirlo, no presentado obstáculo alguno para ello, además de asegurar a las informantes que el uso de la información fue y será con fines exclusivamente académicos.

Para el uso respectivo de la información recabada durante las entrevistas se decidió utilizar nombres ficticios para proteger, tanto la identidad como la confidencialidad de las mujeres.

Para este tipo de entrevista se requirió tomar el resguardo suficiente para poder obtener una buena fluidez comunicacional. Se consideró principalmente la complejidad del tema que se abordó, construyendo una atmósfera idónea para que las mujeres se sintieran acogidas y abiertas a expresar en confianza sus vivencias durante el parto.

Para ello, fue necesario de parte de nosotros adoptar una postura ética y profesional en que no se creara una posición de autoridad sino más bien de confianza con las mujeres, asumiendo ante todo que sus relatos son reales y válidos y que, así como decidieron voluntariamente participar de esta investigación, podían retirarse en cualquier momento sin que eso causara algún perjuicio sobre ellas.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este presente apartado, hemos decidido presentar y discutir los resultados obtenidos de nuestra investigación, en torno a los objetivos que hemos planteado previamente. Aquello nos permitió reagrupar nuestras dimensiones teóricas, para desarrollar de manera gradual los discursos de las mujeres entrevistadas. Considerando, primeramente, prácticas específicas de violencia obstétrica que detallan las mujeres voluntarias, hasta llegar a prácticas generalizadas que se dan en sus atenciones en las instituciones médicas de la Quinta Región.

Profundización del Estudio

OBJETIVO I: IDENTIFICAR LAS PRÁCTICAS LLEVADAS A CABO POR EL PERSONAL HOSPITALARIO DE LAS INSTITUCIONES MÉDICAS DE LA QUINTA REGIÓN.

Las dimensiones que abarca la violencia obstétrica se pueden considerar amplias e interseccionales. En ella concurren diversas dimensiones de la violencia que en conjunto durante el proceso de parto pueden convertirlo en un proceso traumático para las mujeres que la experimentan, por lo que, los datos recabados en esta investigación nos muestran en primera instancia un cruce entre la violencia institucional y psicológica y en algunos casos el uso de la violencia física, todas ellas producto de una fuerte dominación del profesional hacia la mujer debido en gran medida por el tipo de modelo médico al que estuvieron expuestas.

Algunas de las prácticas que se pueden identificar son aquellas que se categorizan dentro de lo que en violencia obstétrica corresponde al plano institucional y que si bien algunas encajan dentro de la categoría psicológica han sido más bien ejercidas por la necesidad de mantener un fuerte modelo hegemónico de la medicina.

Abuso de poder o utilización del profesionalismo para la toma de decisiones sin el consentimiento de la paciente / Menosprecio del conocimiento de la mujer sobre su cuerpo y/o de la madre sobre su hija/o

Enma: Entonces la anestesista me dijo “la otra opción es que yo haga el trabajo de nuevo” o sea, saque el catéter que tienes en la espalda y haga el pinchazo de nuevo porque esto quedó mal puesto, entonces, aunque me pusieran 800.000 anestésicos no iba a anestesiar nada porque estaba mal puesto el catéter. “Ah no, mucho problema”, me agarraron y se fueron hasta ahí yo decía “no, yo quiero la anestesia, hagan hagan lo que tengan que hacer y anestésicame” No, no si ya estás casi lista me dice la técnica ya a las 5 de la tarde.

Para la antropóloga Brigitte Jordán como aborda en Bellon (2015) uno de los aspectos más relevantes que pudo observar durante sus investigaciones sobre el parto hospitalario fue la

minimización del malestar que sentían las mujeres durante su trabajo de parto o bien la deslegitimación de lo que manifestaban que ocurría con su cuerpo.

El relato anterior permite entender que en este caso se produjo lo que se denomina conocimiento autorizado “el poder del conocimiento autorizado no es porque es el correcto, sino porque es el que cuenta” (Bellon, 2015).

Como se señala se negó la aplicación de la anestesia a pesar de la necesidad de la madre bajo la premisa de la productividad “Ah no, mucho problema, me agarraron y se fueron” esto se produce porque el modelo que sustenta el conocimiento autorizado responde también a un modelo tecnocrático en donde la productividad es primordial y en donde el cuerpo se metaforiza como una máquina, con la noción de que pueden extraerse partes, transferirlas y manejar el cuerpo tal si fuera una máquina ignorando cualquier principio de humanidad.

Además, el uso de este conocimiento autorizado se sustenta bajo tecnologías que ameritan su utilización pues estas definen y demuestran quien debe ser reconocido como el poseedor del conocimiento autorizado. En el caso del parto encontramos herramientas como la monitorización fetal, la medición de dilatación a través de aparatos que en este caso sirvieron para validar la negación del uso de anestesia con frases como “ya te falta poco”.

El abuso de poder del conocimiento por parte del personal médico constituye violencia obstétrica siempre que es aplicado en desmedro de los deseos de la madre, sin considerar las necesidades y preferencias de ella, así mismo la toma de decisiones arbitrarias y aplicación de procedimientos sin la debida información y consentimientos son constitutivas de violencia obstétrica, este tipo de acciones ejercidas por el personal de salud fue una experiencia bastante común en las mujeres entrevistadas y la mayoría señaló haberse sentido pasada a llevar en múltiples instancias por el personal médico.

Concebir el parto como un proceso médico posibilita en gran medida la emergencia de la violencia obstétrica al prescindir de cualquier conocimiento que no sea el catalogado como el profesional o el válido desde una óptica científica. Esta situación es evidenciable en los relatos de las mujeres entrevistadas. A continuación, se presenta un relato que permite visibilizar estas actitudes,

Danae: “Cuando después vino el momento de pesar al Dante, de medirlo, a diferencia del Hospital. Porque creo que está protocolizado eso de se mide o se pesa el recién nacido, si uno tiene un acompañante, el acompañante puede ver todo ese proceso. Aquí no fue así. Se lo llevaron a una sala aparte y, nosotros creemos que nos dijeron que Dante media no me acuerdo cuanto, ni cuanto pesaba, pero era como una guagua grande y en verdad no fue así, no era una guagua grande. De hecho, Dante es una guagua, un niño muy pequeñito que siempre está bajo la media. Nosotros creemos que en cierta manera para justificar la cesárea y que después nos dijeron que era una

guagua muy grande que habría sido imposible que hubiera bajado por el canal del parto y obviamente madre naturaleza dice que no, toda guagua es capaz de nacer por un parto normal "

En el contexto actual Chile hoy tiene una de las tasas de cesáreas más altas a nivel latinoamericano, esto se condice con el caso anterior que evidencia abuso de poder y una toma de decisión arbitraria, al realizar una cesárea sin justificación médica, es observable además de la relación asimétrica entre profesionales y paciente que dificulta el ejercicio de los derechos básicos de la mujer y de su pareja como el poder estar presente en el proceso de medición de su hijo. Esto sucede por la necesidad de omisión para justificar una intervención médica innecesaria como la cesárea, pues la patologización de un proceso de parto de bajo riesgo constituye violencia obstétrica al evidenciarse una desigualdad simbólica y real en donde se ejerce violencia epistémica (Belli 2013).

Este tipo de atención obstétrica está fuertemente naturalizada y validada por el modelo biomédico y en ella se reduce la posibilidad de la mujer de valerse por sí misma dependiendo de la intervención técnico-médica para afrontar su vida sexual y reproductiva lo que arrebató su autonomía, legítima la autoridad del profesional y el control por parte de los profesionales de salud.

La violencia obstétrica es un fenómeno que a veces resulta casi invisible para la madre, pues no hablamos de una violencia directa, física o psicológica, sino de aquella que está naturalizada como normal pero que desde un análisis profundo constituye violencia simbólica.

En el caso de las cesáreas programadas se presenta un sobre intervencionismo y patologización de los procesos naturales por la comodidad médica y por el apuro de acelerar los procesos naturales. Así mismo se evidencia el uso de oxitocina en algunos casos para acelerar el parto sin consentimiento. Todas estas son prácticas que han sido plasmadas y validadas como normales pero que constituyen violencia obstétrica.

Falta de empatía y menosprecio ante las emociones de dolor o angustia

La violencia obstétrica se presenta en múltiples formas. En los casos anteriores la falta de empatía e infantilización fueron prácticas habituales por parte del personal de salud. Estas responden a la violencia psicológica ejercida durante el parto, entendida como el trato deshumanizado que reciben las mujeres por parte del personal médico y que representa una violación a los derechos humanos. En las siguientes citas se puede visibilizar estas actitudes ejercidas por el personal de salud durante el parto de las mujeres:

Marta: Mi primer parto que me dijeran que me callara

Inés: Me dolía mucho, me sentía desesperada, me acuerdo de que vomité, me desmayé, perdí el conocimiento y pasó una ginecóloga y yo le dije que me ayudara,

que me dolía mucho y me dijo “¿y quieres si estás teniendo una guagua?” que no pasaba nada, que había un niño matrón que era practicante y me decía que "ya si no pasa nada, no es para tanto" y yo le decía "es que no va a pasar, no va a pasar porque no sé qué pasa" había dilatado pero mi hija no bajaba entonces me acuerdo que me pusieron oxitocina, me pusieron varias veces anestesia y en esas que ya decía que me quería bajar de la camilla y que no me dejaban, mi hermana me hizo subirme arriba de la camilla y me subí, me puse en cuclillas y fue la única forma en que la niña bajo

Dentro del espacio hospitalario la mujer parturienta está condicionada por dos sistemas de subordinación; aquel que responde a un sistema patriarcal y al sistema hegemónico de salud en su posición de paciente por lo que, no es posible analizar la experiencia de Isabel sin comprender que en el momento del parto las mujeres son conceptualizadas como contaminantes para la atención de los agentes de salud (Vallana. 2019) pues incomodan sus quehaceres y atrofian procedimientos. En este aspecto las mujeres son ignoradas y sus sensaciones, dudas u opiniones son suprimidas al punto de convertirse en cuerpos subordinados, de lo que de este modo surgen episodios como los que cuentan Inés y Marta.

Los estereotipos de género y actitudes misóginas constituyen una de las principales causas de las prácticas que han sido denunciadas. Desde el imaginario social la maternidad es concebida como un símbolo inherente de la mujer y su característica esencial por lo que bajo esa noción su tarea principal es la de la reproducción, no así y por el contrario el goce de la sexualidad femenina es un tabú y hasta ahora un motivo de control social (Bellón. 2015).

Esto ha forjado la idea de que sufrir o pasar por un parto doloroso es el castigo por el disfrute en donde, el personal médico se encarga de castigar por medio de diferentes prácticas, entre estas la falta de empatía, adoptar posturas autoritarias e ignorar por completo las necesidades o saber de la mujer durante su parto

Gaby: Como que la matrona igual me retaba porque me decía que yo tenía que pujar en apnea, o sea aguantando y yo le pelaba que así no iba a salir la guagua, le decía “yo necesito botar el aire y con el aire va a salir”, porque si lo hacía en apnea además de marearme me iba a desmayar. Entonces estábamos en esa pelea y ella me dice “Es que si no lo haces como te digo te vamos a sacar la guagua con el fórceps” y de ahí ya, yo dije “esta cuestión no tiene que ver conmigo, tiene que ver con mi guagua” y no sé de dónde saqué fuerza porque ya no me quedaba y ahí nació, pero fue rápido.

Como se señala en el capítulo anterior el saber médico está compuesto por un campo y *habitus* que condicionan su actuar. En el caso de la matronería su función dentro de este campo ha sido la de dispositivo de control social en el que ocupa una doble posición: la de acompañar y la de vigilar.

Las prácticas que realizan constantemente las matronas son aprendidas durante su formación profesional en el cual la autoridad del saber propone un modelo en que la mujer debe acatar cualquier indicación de la profesional a pesar de sus propias necesidades, la matrona ocupa el puesto de red y nexo entre la gestante y el poder institucional a través del poder/saber hegemónico, prácticas como la que se visibilizan en el relato de Gabriela responden a este modelo, pues en la mayoría de los casos estudiados para esta investigación la violencia obstétrica fue ejercida por mujeres hacia mujeres, de hecho a partir de los estudios realizados por entidades como el Observatorio de Violencia obstétrica se puede demostrar que el rol de la matrona se ha construido como la cara visible de la violencia obstétrica. (Gueneau de Mussy, Larraín, & Schliak, 2019).

Marta: Entonces yo gritaba, yo lloraba y por favor ayúdenme y ahí empezó la mala experiencia, porque las matronas me decían que me callara, me decían, cállate, ridícula, decían, estás haciendo *show*, me decían *estai* asustando a las demás mamás

La mayoría de la violencia psicológica ejercida durante parto se expresa a través de malos tratos, insultos, humillaciones, frases irónicas y amenazas, existe un cruce entre todas las violencias manifiestas en este apartado, consideramos que no se puede contemplar la violencia verbal como un fenómeno aparte pues está inmiscuida en la mayoría de las acciones contempladas anteriormente y es visible en cada uno de los relatos utilizados para este análisis. Su utilización es el canal por el cual se ejerce la violencia psicológica, así encontramos frases vejatorias como las que señala Any:

Any: "el *cuatica* ese era de todos los días, de los 3 días (...) el *cuatica*, que era *cuatica*, que estaba siendo *cuática*. Que no era para tanto, que a todas les pasa, por el tema de los puntos. También de la herida."

Sobre la violencia física en este estudio

La violencia física durante el parto está definida por las acciones que realiza el personal de salud sobre el cuerpo de la mujer sin consentimiento, de manera brusca o que genere dolor y daños tanto a la madre como al recién nacido, está asociada principalmente al sobre intervencionismo, es decir, realizar intervenciones en la mujer sin una verdadera justificación médica y sin informar a la mujer de los procesos que son realizados. En este caso tenemos el siguiente relato:

Fer: pero por ejemplo yo no sé si esto fue un tema de él o del equipo que me atendió, pero después yo me di cuenta que me habían puesto oxitocina, y en algún minuto me empezaron a colocar inyecciones, aguja y todo y de un 2 por 3 me metieron oxitocina, yo después supe y me bajaron los latidos del bebé porque lo vi en la máquina (...) tenía mucho dolor y fiebre, estaba como con 39 sentía que algo estaba mal, llega una matrona y me empieza a apretar la guata, de la nada me empezó a decir que había que

apurar el parto si quería que mi guagua estuviera bien, le pedía que parara porque me dolía mucho lo que estaba haciendo.

En el caso de Fernanda podemos observar que se realizan intervenciones sin los protocolos correctos de información, en ellos la mujer es sometida a intervenciones sin su consentimiento y forzada a cumplir con los estándares médicos de productividad. La maniobra de Kristeller es aplicada de manera brusca y dolorosa sin explicación y bajo amenazas que ponen a la madre en una condición de culpabilidad ante el riesgo inminente de que algo pase con su hijo.

Pero estos casos no son los únicos como se señala anteriormente encontramos también casos de cesáreas programadas y una incidencia en las mujeres que atendieron sus partos en clínicas pues 7 de las 11 entrevistadas fueron sometidas a cesáreas dentro de instituciones privadas. Esto nos muestra una incidencia y relación entre el servicio privado y la realización de cesáreas injustificadas.

Otras de las intervenciones aplicadas constantemente de manera brusca y dolorosa fueron los tactos vaginales tal como señala Marta y Fer a continuación:

Marta: “Me hicieron el tacto vaginal que te ingresan los dedos ahí abajo y también fue súper brusco”.

Fer: “Sentí que a lo único que iban era a hacerme tacto a cada rato. Yo sentía que me dolía mucho pero no me pescaban”.

Como señala Vallana (2015) “toda intervención realizada en una gestante, que no esté médicamente justificada y aprobada por la mujer, puede ser considerada como violencia obstétrica”. Así mismo son consideradas también como violencia física intervenciones dolorosas como tactos vaginales reiterativos, la OMS (2014) señala que los tactos vaginales -deberían realizarse sistemáticamente cada 4 horas.

En las citas se puede observar que muchos de los protocolos establecidos a nivel ministerial o incluso por organizaciones internacionales no son respetados. Esto no se reduce solo a prácticas habituales como los tactos vaginales ya que, Chile en su plan de salud sexual y reproductiva ofrece el “Manual de atención Personalizada con Enfoque Familiar en el Proceso Reproductivo”. En estos manuales se establecen las condiciones ideales del parto. En el caso de las entrevistadas todas aquellas que habían sido atendidas en el sistema público de salud habían recibido esta información, pero sus relatos demuestran constantemente que sus derechos y también deberes del personal de salud no fueron cumplidos.

La violencia física también se expresa en intervenciones médicas dolorosas, realizadas sin utilización de alguna medida que mitigue el dolor, existiendo los medios y las condiciones para utilizar analgesia o anestesia (Vallana, 2018). En esta afirmación podemos volver al primer relato citado en este capítulo el cual es la negación de anestesia para una mujer que presentaba un alto nivel de dolor, por lo que, se reafirma ante estas circunstancias lo señalado

por Rich (1986) en Arguedas (2014): que el patriarcado requiere que las mujeres no solo asuman una mayor carga de dolor, si no que aprendan a negarse a sí mismas. Se pone de manifiesto que esto es lo que espera el personal de salud de las mujeres por lo que, de ahí surge la omisión o falta de empatía hacia las necesidades de la mujer en trabajo de parto, los maltratos físicos son parte de la violencia directa que sufren las mujeres durante el parto, en estas prácticas no solo se atenta contra el bienestar de la mujer, pues en términos legales constituye una violación a los derechos humanos sobre el derecho a no recibir tratos crueles o inhumanos, esto representa todo tipo de abuso físico al que puede estar expuesta una mujer víctima de violencia obstétrica (Belli. 2013).

OBJETIVO II: IDENTIFICAR QUÉ FACTORES POSIBILITAN LA EMERGENCIA DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN LAS INSTITUCIONES MÉDICAS DE LA QUINTA REGIÓN.

Como hemos destacado anteriormente la medicina moderna responde a una forma de estructuración social que determina roles y jerarquías en virtud de ciertas características, principalmente las consideradas dentro del patrón hegemónico de poder y orden.

La medicina como ciencia moderna no solo se ve condicionada por sus propias subjetividades sino también se ve permeada por factores culturales y sociales que son piedra angular en la creación de la medicina como saber moderno. Dentro de esta estructura social destacan factores económicos y de género, como también étnicos y distintas categorizaciones que determinan en general las formas de sometimiento y dominio.

En lo que respecta a los derechos sexuales y reproductivos femeninos estos adquieren una visión médica influida por motivos patriarcales y también elementos propios del sistema capitalista, viéndose el parto al momento de ser apropiado por el saber hegemónico como un proceso a realizar en pos de la productividad y celeridad del proceso en desmedro de las dimensiones y necesidades emocionales de las mujeres.

Fer: Es que ellos cumplen un rol más ejecutivo, en ningún momento sentí un rol de contención, de apoyo. Ellos cumplen con un rol práctico del hacer, de ejecutar un parto, de ingresar, por ejemplo, justo al momento de hacer el corte que te toca, te ponen el pinchazo, también te toca, pero no hay como una calidad humana.

Es importante destacar cómo la mujer entrevistada alude a la carencia de calidad humana por favorecer el parto desde una visión productiva, las posibles contenciones emocionales no se demuestran en ningún momento durante el proceso de atención y demostrando también la jerarquización clara entre el rol médico- paciente.

Esta desvinculación de la relevancia de las dimensiones emocionales en los procesos de embarazo, parto y puerperio se caracteriza por un trato despersonalizado y marcado por cierta

frialidad profesional, donde las posibilidades de reclamo o de incluso plantear lo que se percibe sobre el propio cuerpo y sobre los sentimientos que eso genera, son ignoradas o minimizadas ante la necesidad de ejecutar las tareas médicas según las normas institucionales de salud en un reflejo de la invisibilidad de la mujer en favor de la productividad del quehacer médico.

Any: Y, por ejemplo, que ya no hablen, te amarran, yo no sabía que me iban a amarrar, de hecho, no me di ni cuenta que me amarraron y ya, entra el doctor, te empiezan a cortar y todo y ya no están como pendientes de ti, sino que de la cirugía en sí cachay. Ya ahí no hay espacio para preguntas, ni para nada, ya están ahí en la *quemá* como se dice.

A través de esta cita podemos evidenciar lo expuesto, donde la experiencia del parto en la mujer se ve disminuida e ignorada para facilitar el actuar profesional médico, incluso de manera deliberada se le restó información sobre los procesos quirúrgicos a seguir, la cual es claramente necesarios para la tranquilidad y comodidad de quien está por pasar por una cesárea.

El hecho de ser sujeta a la vez demuestra una clara demostración de apropiación institucional sobre el cuerpo de la mujer en procesos de parto y su libertad de acción, las cuales, si bien pueden responder a necesidades del actuar médico, deben ser informadas apropiadamente para no pasar a llevar la individualidad de la mujer.

Como hemos señalado en esta tesis la medicina moderna se ha impuesto como saber legítimo sobre la salud de las personas, eso implica directamente la posibilidad de ejercer poder sobre los cuerpos de las personas y señalar de igual manera lo que es sano y lo que se enmarca en lo patológico, categoría en la que se ha posicionado a los procesos de parto y embarazo según las concepciones modernas.

Esta forma de legitimación institucional y social de la medicina ha dado paso a prácticas que reproducen hegemonías sociales que facilitan la aparición de violencia obstétrica en sus diversas concepciones, ya sea física, psicológica como también institucional, siendo estas prácticas elementos ya interiorizados en las normas de acción médica.

Dentro del ámbito médico esto se ve reflejado tanto en las formas de vinculación entre profesionales de salud como también dentro de las formas de vinculación entre los roles de profesional y paciente, estableciéndose así un sometimiento tácito de quien recibe el servicio de salud frente a quien lo administra.

Inés: Las revisiones de la matrona como era un hospital público y yo no estaba pagando, prácticamente a uno la tienen en vitrina porque pasaban el matrón más 4 matronas en práctica, entonces había como mucha gente y después a la hora siguiente había otro turno y eran 4 personas más desconocida y muy poco, yo sé que todos

tenemos derecho a aprender, pero como muy poco personal el tema de las revisiones, los tactos.

La legitimidad otorgada a la Medicina como saber válido por sobre otros, abre espacios a tipos de violencia como la mencionada en la cita, donde la privacidad de la mujer se ve disminuida en justificación del hacer educativo que supone la realización de prácticas profesionales. En este ejemplo se evidencia una deshumanización de la mujer en proceso de parto donde su cuerpo es tratado básicamente como material didáctico para el crecimiento de saber institucional y académico.

Estas circunstancias se configuran como uno de los principales en la emergencia de violencia obstétrica, ya que en casos de mujeres embarazadas se ven dentro de una intersubjetividad que no solo las ubica como pacientes sino que además se les atribuye cargas emocionales y de conductas esperables dentro de un sistema patriarcal, del cual la medicina moderna tiene una carga simbólica importante, lo que influye en los límites que se les permite a las mujeres ser partícipes de las decisiones sobre su cuerpo al momento de estar dentro del ámbito de la ciencia médica, lo que conduce a una excesiva intervención en los procesos y su forma de aplicación sobre sus cuerpos

Danae: El ginecobstetra dio la posibilidad de como todavía no estaba en un trabajo de parto avanzado que haga un rompimiento de membranas y la matrona dijo que no. La matrona dijo que no, que no me iban a romper las membranas porque me iba a doler. Entonces yo creo que ahí comenzó la tensión. Yo siento que la matrona que tuve fue como muy maternalista y que se puso en un momento a tomar decisiones por mí.

Las decisiones de la mujer pasan a ser fácilmente ignoradas y apropiadas por los profesionales valiéndose del conocimiento teórico que poseen sobre los procesos médicos, como en la cita señalada en tomar decisiones por sobre la voluntad de la mujer en procesos de parto, aunque sea en justificación del bienestar de la persona ejemplifica el poder que se adquiere por sobre la voluntad ajena al ser parte de la institucionalidad en dinámicas claramente asimétricas.

Es así como se evidencian notorias muestras de invisibilización, minimización de expresiones, ya sea de dolor físico o emocional, como también de ausencia de apoyo institucional a sus procesos todo en pos de lograr el fin orientado a concluir según los estándares de salud el proceso visto como patológico, que a fin de cuentas es como se vive el parto según los parámetros sociales de salud actual.

De igual forma la poca información y acceso que presentan los centros de salud en general a posibles respuestas de reclamo o reacción favorecen la negación o el encubrimiento de hechos de violencia amparado en los protocolos médicos. La desvinculación del conocimiento empírico y traspasado de conocimiento femenino de las labores de parto a

significado un facilitador clave de la ejecución de violencia obstétrica en una clara muestra de control sobre los cuerpos, a medida que mayor distancia existe entre el conocimiento empírico que nos brinda nuestro saber corporal frente al respaldado institucional y educacional, más vulnerable vuelve a la persona frente a prácticas médicas de abuso. Una base de la aplicación del saber y poder médico actual se entiende en esta diferenciación y validación marcada entre cualquier saber teórico sobre uno práctico que termina por legitimar la jerarquía que se cierne sobre los cuerpos en el área de la salud.

De igual forma las características atribuibles a la mujer en una sociedad patriarcal, que suponen la capacidad emocional o casi instintiva del ser madre como también del deseo de este abren espacios de ejercer violencia psicológica marcada apelando a la culpa ante la ausencia de deseo de este como también a cualquier complicación que pueda llevar a un problema en el proceso de embarazo, permitiendo en algunos casos tergiversar negligencias médicas atribuyéndole culpa a la mujer sobre accidentes en el embarazo a raíz de mala praxis médica.

Bela: la reacción que tuvieron en general los médicos, más que las matronas o demás que estaban ahí como a cargo del lactario, era pésima, cero empatía y seguía como este mismo pediatra amenazándome que lo que yo quería hacer era para dañar a mi hijo y otras *hueas* más y le decía ya, pero por último déjeme estar un rato más con él para que intente acoplarse porque le explicaba lo que cuando nació pasó esto etcétera pero bueno no hubo caso, de hecho el doctor me dijo, si tú sigues reclamando lo voy a dejar acá hospitalizado más días. Imagínate la *huesa* irracional.

En resumen, los factores que facilitan la violencia obstétrica responden principalmente a características sociales que permean en la medicina, no es solo en la mala praxis, sino que se ve influido por las condicionantes propias de un sistema patriarcal y capitalista, en donde el cuerpo femenino se ve apropiado e invisibilizado, siendo además influido por las necesidades de un sistema productivo que busca la celeridad. La apropiación de los cuerpos en este sistema adquiere una doble significación al hablar de partos y contención previa y posterior a este, donde el cuerpo femenino se ve patologizado y además tratado desde la invisibilización dando espacios claros a formas de violencia.

OBJETIVO III: DESCRIBIR CON PERSPECTIVA DE GÉNERO LOS PROCESOS DE PATOLOGIZACIÓN Y MEDICALIZACIÓN EN LOS PARTOS, ASÍ COMO EL TRATO QUE SE DA A LAS MUJERES DURANTE EL PROCESO REALIZADO EN LAS INSTITUCIONES MÉDICAS DE LA QUINTA REGIÓN.

Como hemos descrito en capítulos anteriores, la violencia obstétrica es un fenómeno con una particularidad constante: el parto es visto como un procedimiento médico que soluciona una condición patológica.

Es además una violencia de género en donde, desde el ámbito médico existe una apropiación de la sexualidad y capacidad reproductiva de la mujer mostrando también un sesgo capitalista de control sobre las mujeres con la finalidad de beneficiar al estado en aspectos económicos. Ya que, el modelo capitalista se caracteriza por ser un modelo de eficiencia a través de una cadena de intervenciones que no se cruzan entre sí.

Esta apropiación y el sentido de eficiencia desechan la acumulación empírica de las parteras, las que consideran el uso de elementos naturales y ritos simbólicos, religiosos y místicos y la sabiduría del cuerpo de la mujer para el quehacer del parto. Priorizando así el conocimiento científico de la profesión médica. Poniendo además a la institucionalidad médica como una disciplina hegemónica olvidando la permeabilidad que tiene respecto a las imposiciones morales y sociales que trae consigo este marcado androcentrismo.

Esta institucionalidad médica descalifica el saber de las mujeres gestantes, considerando que la manera más objetiva de tratar la gestación y el parto no es a través un conocimiento que consideran acientífico. Por lo que, el conocimiento que posee la institucionalidad médica sustenta la sobre medicalización del proceso de parto y la patologización de las mujeres en gestación, permitiendo así, la apropiación del cuerpo de las mujeres, trayendo pérdida de autonomía e implicando un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres con capacidad de gestar. En consecuencia, este acaparamiento deviene en la pérdida total de la autonomía de la mujer gestante ya que, son ellas quienes deben tener la capacidad de adaptarse al entorno aún en su propio proceso de gestación.

Esta apropiación del cuerpo y del nacimiento está bajo el dominio de un conocimiento que es autorizado social y académicamente. Esto por ser un conocimiento científico, pero se desestiman sus cualidades etnocéntricas que devienen en formas de ejercer la medicina desde perspectivas racistas, sexistas y sobre todo patriarcales.

Sin embargo, es cada vez más frecuente la emergencia de saberes prácticos que cuestionan y/o acuerdan nuevos modos de gestionar el nacimiento. Buscando hacer de la experiencia de la gestación algo grato y placentero para la madre. Asimismo, buscando volver a los orígenes de los partos cuando no existía el libre acceso a la medicina ni a la lógica clientelar de elegir como y donde se quiere realizar el parto, pero, con las mejoras que han permitido la

acumulación de saberes ya sean científicos y/o experiencias traspasadas desde las mismas mujeres gestantes y/o que han atendido el proceso de parto.

Paralelamente la experiencia de violencia obstétrica; al no existir una legislación específica que categorice, signifique y sancione este tipo de violencia, dificulta su reconocimiento y se suele creer que esta experiencia es más subjetiva que concreta, quedando como una anécdota o un episodio común que puede darse con frecuencia al momento de gestar y parir. Por lo que, se dificulta el reconocimiento de esta experiencia de violencia y por ende su denuncia.

Es así, que suele considerarse por parte de mujeres gestantes que el proceso de parto conlleva generalmente una mala experiencia de trato y además un manejo activo por parte del equipo médico.

De esta manera, los procesos de patologización y medicalización en los partos son tan frecuentes ya que, en el imaginario social del parto se ha instaurado tratar el parto como una enfermedad y a las mujeres en gestación como pacientes. Asimismo, se vuelve usual el uso de medicamentos no necesarios o no consentidos en los partos, sumado al hecho de que hay prácticas médicas innecesarias que se realizan por comodidad de los tratantes médicos y las mujeres gestantes los aceptan por el miedo al riesgo.

Debido a todo lo planteado anteriormente es que, la patologización y la medicalización vienen a ser ejes claves para la identificación de malas prácticas médicas y sobre todo de violencia obstétrica explícita. Por lo que, en este apartado se destaca una experiencia que tienen en común las mujeres entrevistadas la cual es, que se les considera como pacientes y usuarias de un servicio de salud como cualquier otro procedimiento médico.

Las entrevistadas lo relatan así: deben ser internadas en sus procesos de parto, reciben sugerencias de cómo realizar el proceso de parto e incluso se decide en algunas circunstancias que es lo más adecuado para ellas y sus recién nacidos/as aun cuando no se tenga un consentimiento, esto con la justificación de que se debe priorizar el bienestar de ambos por encima de lo que decida la mujer gestante.

Otra expresión, que tienen en común es una atención de maltrato desencadenada por el poder obstétrico ejercido por los profesionales que, aunque, no se da en los mismos escenarios ni por los mismos actores es una situación con la que se identifican todas las mujeres entrevistadas. Así lo podemos ver reflejado en el siguiente relato:

Ema: recuerdo que intenté levantarme e ir al baño y una enfermera empezó a retarme mucho y a elevar el tono de voz, era como si tuviera mucha rabia conmigo y era todo porque según ella tenía que estar si o si acostada, pero yo había leído que el movimiento era bueno, al final no me dejaron y tuve que hacer en la chata.

Como observamos en la cita anterior, se patologiza y se medica porque hay una necesidad de autoridad sobre el cuerpo de la mujer. De esta manera, es decir, solo haciéndola sentir ignorante de sus saberes es más fácil determinarla como paciente.

También algunas mujeres entrevistadas manifiestan la realización de procedimientos durante el proceso del parto en ausencia de un consentimiento debidamente informado. Tales como el uso de la oxitocina y la episiotomía que se han realizado sin el consentimiento ni una explicación sobre su uso.

Algunas entrevistadas como Inés manifiestan no recordar en qué momento le pidieron la autorización para un procedimiento médico que desconocía:

Inés: Sí, la de la epidural si tuve que dar mi consentimiento por escrito, pero de la oxitocina no lo recuerdo, no recuerdo haber firmado nada o haber autorizado nada, fue como que “se te pararon las contracciones, vamos a poner oxitocina”.

Hay también, procedimientos posteriores al parto que no son previamente informados a las mujeres entrevistadas, ni respetados por los tratantes médicos sobre los idearios de ellas. Este es el caso de Bela, quien vivió el maltrato del pediatra que estaba a cargo de la observación de su bebé:

Bela: (...) y el viejo se puso, así como mal, como enojado, y le decía, pero es que no quiero que le den leche, quiero yo ir a amamantarlo y “es que no, le tenemos que dar si o si un suero, ¿porque seguir insistiendo?” Pero así pésimo, no como tratando de contener a una puérpera que estaba muy desesperada, evidentemente hormonal y él solamente me dio como amenazas, así como “¿acaso no quieres a tu hijo? como esto es por el bien de él”.

Como podemos ver en las citas anteriores y como, las mismas mujeres entrevistadas mencionan, el trato y el uso del poder que tienen los grupos médicos es constantemente violenta porque muestran su saber experto como superior al saber de la mujer gestante, el que ellas han acumulado por instinto y por la preparación que han tenido previa a sus partos.

Por ejemplo, dos de las entrevistadas se definen a sí mismas como activistas feministas, por lo que, previo a sus partos consideraron informarse no solo del modelo tradicional que les podía prestar un hospital público o uno privado si no que, buscaron alternativas que se asemejaran a la visión de parto respetado y empoderado que ellas querían.

En el caso de Bela, como activista en favor de la lactancia materna se instruyó desde su primer parto sobre un parto natural y respetado y, además quería profundamente lactancia materna exclusiva. Por lo que, ella tuvo su primer parto en una clínica con protocolos determinados como respetuosos y amigables con el proceso de parto y la lactancia. Pero por

determinación propia decidió realizar su segundo parto en otra institución creyendo que encontraría similitudes positivas.

Paralelamente, Danae como activista feminista participó activamente junto a su pareja de talleres preparto en donde se buscaba bajo todas las instancias un parto natural sin el uso de medicamentos y en donde idealmente no fuera necesario la cesárea. Así nos cuenta Danae:

Danae: (...) yo venía con una visión súper empoderada de mi parto porque hice unos talleres de psicoprofilaxis (...) Me tocó como un grupo súper como disruptivo, todas maternidad lesbiana, maternidad soltera, maternidades jóvenes (...) estábamos todas súper empoderadas idealmente parto vertical, en el agua, sin anestesia, *cachai* todas teníamos esa expectativa (...) Y, eh, siempre siempre como preparada como para el parto. O sea, a mí me dejaron libre movimiento, mi gineco obstetra era particular y había atendido a todas las mujeres de mi familia, entonces como a que mí me estaba complaciendo en todo. *Cachai*, protocolo de placenta, libre desplazamiento, matrona elegida por mí que finalmente igual era la matrona que había atendido a mi mamá en su parto hace unos años antes (...).

Ambas tenían una preparación previa y un ideal de como querían sus procesos de partos, pero, la autoridad ejercida sobre ellas a partir del miedo y el saber experto, desde el personal médico, les impidió conseguir sus idearios. Ante eso recibieron malos tratos y/o se determinaron decisiones sin sus consentimientos. Por ejemplo, Danae lo relata de esta manera:

Danae: Estuve con contracciones medio fuertes, se sentía la cabeza del Dante, pero me decía la matrona que no bajaba y no bajaba y no bajaba y efectivamente no bajaba. *Cachai*. y ya bueno el gineco obstetra dio la posibilidad de como todavía no estaba en un trabajo de parto avanzado que haga un rompimiento de membranas y la matrona dijo que no. La matrona dijo que “no, que no me iban a romper las membranas porque me iba a doler” (...) Entonces ahí yo creo que comenzó como la tensión. Yo siento que la matrona que tuve fue muy maternalista y que se puso en un momento a tomar muchas decisiones por mí. Entonces ella dijo que “no, que debíamos hacer la cesárea. Que la cesárea era un corte pequeñito” (...) Tengo así una cicatriz de cesárea horrible porque quedó mal cocida. y nada (...) Y nada, entre al parto asustadísima, llorando. Fue súper invasivo, estaba, como la matrona decía que “todo me iba a doler, que todo iba a ser terrible, y que iba a sufrir más si intentábamos buscar el parto natural”

obviamente la mama de mi pareja y mi mama estaban ahí diciendo, “si caro ten la cesárea, ten la cesárea”, cuando mi pareja y yo no queríamos.

Cabe destacar que, los partos relatados como violentos de estas dos últimas entrevistadas, fueron en la misma clínica privada de la ciudad de Viña del Mar y aunque, las experiencias fueron diferentes debido al equipo médico que las atendió se muestra una lógica clientelar en donde la atención del paciente es como un consumidor.

Esto, en el sentido de satisfacer a las mujeres gestantes, ejemplificadas como *consumidoras de un bien de servicio*, en donde se busca proveerles de comodidad en aspectos básicos para aquella institución médica, como, por ejemplo: tener un equipo médico de atención solo para sus partos, que no hubiera restricciones respecto a las visitas que ellas recibieron y que tuvieran habitaciones personales en donde podían acoger a sus acompañantes de parto por tiempo ilimitado.

También, el personal médico se ofrecían a cuidar a sus bebés para que ellas descansaran, con la excusa de que al salir del hospital no tendrían esa facilidad, pero volviendo a la lógica clientelar y de eficiencia, la institución abarata costos y evita procesos para así acortar los tiempos en la toma de decisiones por lo que, se realizaron procedimientos cómodos para el equipo médico como hacer una cesárea cuando el equipo médico estuvo de acuerdo y no cuando la madre y su pareja lo decidieron y, darle leche de fórmula al bebé de una madre que quería lactancia materna exclusiva desde el nacimiento de su pequeño, sin el consentimiento previo de su madre.

Por lo que, pese a los idearios de ellas sobre sus procesos de parto y puerperio, no fueron consideradas y además se les acusó de exageradas. Esto lo podemos ver en los siguientes relatos:

Danae: La primera noche pedimos que el dante no estuviera ahí en neonatología y me dijo “no deja que se quede en neonatología después te vas a ir a la casa y vas a estar con él todo el día, tienes que descansar de la operación” (...) sentimos toda la noche que una guagüita lloraba. Y al parecer era Dante porque la noche siguiente me lo fueron a entregar como que me dijeron “es que no para de llorar, no para de llorar”.

Bela: Bueno, reclame muchísimo. Era así como porque sigue hospitalizado si no tiene que estar hospitalizado y después ya era porque no, porque tenían que ponerle el suero para que no le bajara el azúcar, y era ya pero si esto fue provocado por ustedes mismos (...) la reacción que tuvieron en general los médicos, más que las personas matronas o demás que estaban ahí como a cargo del lactario, era pésima, cero empatía... eh seguía así como este mismo pediatra amenazándome que lo que yo quería hacer era

para dañar a mi hijo y otras *hueas* más y le decía ya, pero por último, déjenme estar un poco más de rato con él para que intente acoplarse porque le explicaba lo que cuando él nació pasó esto. Etcétera, etc. Pero bueno, no hubo caso. De hecho, el doctor me dijo, “si tú sigues reclamando lo voy a dejar acá hospitalizado más días”.

Para finalizar este apartado, destacamos a una de nuestras entrevistadas la cual nos relató la difícil experiencia que debió vivir en sus dos procesos de parto debido a la patologización que se hizo de ella y al abuso de autoridad y el trato deshumanizado que se le entregó.

Nuestra entrevistada posee una condición cerebral que no explicita en la entrevista, pero que significó un continuo maltrato manifestado en sus dos partos, los que se realizaron con 13 años de diferencia pero que fueron realizados en el mismo recinto. Esta condición cerebral no fue manifestada en sus relatos como la causa de los maltratos que recibió, pero sí, demuestra que no se le atendió oportunamente pese a su condición y en donde, se le maltrato constantemente como si ella no fuera consciente de lo que estaba pasando con su cuerpo y sus hijos.

A continuación, detallamos algunos relatos que reconstruyen la difícil experiencia de parir en un hospital en donde se le vulneró consecutivamente ya sea, por su condición cerebral, por la edad de sus partos e, inclusive por situaciones externas como un paro en el hospital que significó implicancias en su primer parto o ser utilizada como recurso didáctico lo cual influyó en su segundo parto:

Mirna: No, no dejaron que yo tuviera acompañante, mandaron al papa, a mi mamá que se fueran porque según lo que yo comprendí después la razón era como que estaban como en paro o algo así (...) de hecho, yo debería haber tenido si o si a mi mamá porque yo era menor de edad, tenía 17 años (...) de que ellos me preguntaran de si yo quería que hubiera alguien presente o que me dijeran sabe que llame a su mamá o su papa, familiares, o su esposo, no tampoco eso sucedió, en ninguna instancia se dio como que me preguntaran si alguien iba a entrar al parto.

Este relato es de su primer parto, en el cual cuenta que decidió cuidar su salud y la del bebé de la mejor que ella consideraba posible porque deseaba mucho tener a su bebe sano. Pero, en sus controles maternos había un desfase entre las semanas de embarazo que ella contabilizó y las que la matrona consideró. Eso produjo que no la internaran a tiempo y debió esperar pese a las contracciones ya que, en el hospital no querían internarla con la excusa que aún le faltaba para llegar a término del embarazo. Cuando finalmente deciden internarla, Mirna nos relata lo siguiente:

Mirna: Va una, una enfermera, un auxiliar me mete un Fierro como de 1 metro con dos, me acuerdo, no me voy a olvidar jamás, con dos como pelotita los costados. Me

introduce el Fierro y me hace un juego como hacia arriba y hacia abajo. Y yo grito de dolor. Me dice, “no sea alharaca”.

Lo que menciona Elisa en el relato anterior, se refiere a una técnica llamada amniotomía. La cual consiste en la rotura artificial de las membranas para acelerar el trabajo de parto, pero, utilizando un elemento punzante como una tijera de amniotomía que se asemeja a las características que ella menciona. Debe ser lo suficientemente largo para alcanzar el saco amniótico.

En todo su relato, su proceso de parto fue doloroso física y emocionalmente. Recuerda que al nacer su bebe se lo llevaron y luego ella se descompensó despertando en una sala encerrada porque creyeron que ella se había hecho un aborto por lo que, además de estar encerrada con llave en una habitación la insultaron el personal médico que la atendió.

Luego de esclarecer ese “mal entendido” cree despertar muchos días después. Y su siguiente experiencia lo expresa así:

Mirna: cuando me entregan a mi hijo así envuelto como una momia, todo su cuerpo envuelto en como una especie de pañal con estos ganchos que a veces ocupan para pasar (...) Y yo completamente traumada le saco toda la ropa a ese bebe, le levanto su brazo recordando lo que había visto cuando nació y le digo tráiganme a una doctora porque quiero saber lo que tiene mi hijo. Me dice la auxiliar porque ni siquiera una enfermera. Me dice, “no me dijo, si mire le mandan este carné para que usted lo lleve a libre y le hagan terapia porque tiene en el huesito de la clavícula corrido”. Y yo comienzo a hacer un escándalo, pero de esos escándalos ya vivientes, quiero una doctora, salgo para afuera, estaba mi mamá y me meto por donde estaban los prematuros y llega una doctora y me explican que ellos me habían salvado la vida, que desgraciadamente yo tuve un preinfarto, que yo no pude con el parto, que fue mi culpa, y que el niño tiene lamentablemente una parálisis braquial obstétrica y que dentro de 3 a 6 meses al niño se le va a pasar.

Después de esta deshumanizada experiencia de parto, su hijo quedó con secuelas que deformaron su cuerpo. El brazo que fue lastimado en una maniobra del parto y debido a su acceso económico no pudo recibir monitoreo constante ni tratamiento, lo que produjo que solo creciera la mitad del cuerpo al ritmo común de acuerdo con su edad. Esto la condujo a una depresión que no le permitió vivir su ideario maternal.

Posterior a esto, decidió quedar embarazada nuevamente por lo que visitó a la matrona para pedirle que le retirará el dispositivo intrauterino que ella tenía y, además, contarle de algunas dolencias que mantenía desde su primer parto hasta ese día, al tener relaciones sexuales. El

problema es que, se le realizaron exámenes en donde el resultado llegó meses después y no se le fue extraído el dispositivo intrauterino.

A pesar de eso, quedó embarazada, pero, se le acusó de negligencia porque, esos dolores que ella tenía eran de una infección a la sangre que se produjo por oxido y ahí se dio cuenta que en su primer parto se le pasó a llevar una trompa que no sano en todos esos años posterior al embarazo.

Mirna: Cuando llegan los 6 meses con dos semanas me llaman del consultorio para decirme que tengo una hora inmediata porque la doctora encontró una anomalía en mi sangre. (...) la doctora me empezó a retar que yo era una irresponsable, que “¿cómo se me ocurría tener un hijo en mi condición?” yo no entendía nada. Le digo doctora, yo no entiendo nada porque, ¿de qué me está hablando? Me queda mirando, me dice, “usted no entiende nada” (...) yo lo único que sé es que hace dos días me enteré que estaba embarazada, estos exámenes me lo hicieron app hace cuatro meses. Y yo hace cuatro meses no estaba embarazada. Entonces me dice, “lo que pasa es que hay una infección en tu sangre”. (...) Entonces le digo yo no será, le dije yo que nunca me sacaron el coso, por eso te hablaba de la T, “pero como” me dijo, “¿no le han sacado la T?”. No *po*´ le dije, yo porque yo me fui a hacer una ecografía hace un tiempo atrás por un dolor y mi T descubrí que estaba ahí.

Estos relatos solo siguen reflejando un mal trato de todos aquellos que han atendido la salud gineco obstétrica de Elisa. Lo que no es un patrón en todas las entrevistadas, pero, el que sea repetitivo en su trayectoria gestacional es atribuible en gran medida a la condición cerebral que ella menciona, en donde se le subestima y se le culpa constantemente de la violencia y dificultades que ha vivido en sus procesos gestacionales.

Positivamente, todo lo que restó del embarazo fueron tratos cordiales de la misma matrona que la responsabilizó en primera instancia de quedar embarazada con una condición en la sangre y, del doctor que llevaría su evaluación por ser un parto de alto riesgo considerando la infección en la sangre.

Por ser alto riesgo debido a la condición en la sangre y, además porque el bebé tenía un tamaño suficientemente grande para realizar una cesárea es que, el doctor le propuso a Mirna hospitalizarse cercano a la fecha del cumpleaños de su primer hijo como un gesto simbólico, para que tuviera una mejor experiencia en comparación a su primer parto. Pero, dentro de los internos a cargo, ella destaca a un interno que probablemente estaba haciendo su pasantía en el hospital que la trataba muy distante y que el día en que el doctor le había dicho que nacería su bebe, le pide que desocupe la cama porque necesita ese espacio. Así lo relata Mirna:

Mirna: Y me dice “bueno te paras, me dijo, o te mandamos a sacar”. Entonces yo le dije claro que me va a sacar de acá, pero me vas a sacar a otra camilla donde yo me vaya a operar cuando llegué mi médico, fue tanto lo que yo me exalté que me sube la presión. En el transcurso que me subía la presión me dijo, “bueno, me dijo, ¿quieris tener tu guagua?, ¿parir ahora?, anda subirte a la silla me dijo, ya apúrate”. Y yo tonta estúpida porque no tengo otra palabra para describirme yo misma, me subo a la silla, y él me pone unas pastillas. Y yo le pregunto que qué me estaba poniendo, que me está haciendo, me dijo, “te puse misotrol para que te apures, tengas me dijo a tu guagua, si tú quieres tener tu guagua. Y acá me dijo si, el médico dice que a las 14:00 h de la tarde estas opera, así que para hacerla más corta porque necesito la cama”. (...) a cierta hora me fueron a tomar la presión. Y la enfermera la auxiliar comienza a gritar como una loca, “doctor doctor la niña la niña esta subida de presión”. Y ellos comienzan a desesperarse, me despierta este doctor Molina, me dice “Elisa anda a lavarte. Sácate los restos de pastilla y no le digas a tu doctor que yo te puse la pastilla”.

Posteriormente, durante el proceso de parto, el cual fue una cesárea, Mirna recuerda:

Mirna: Fue una tortura, mi esposo alegando para adentro, porque tampoco podía tirar para afuera ni decir nada. Salían paños y paños con sangre con sangre, sangre, sangre. Yo no sabía que una cesárea era tan peligrosa. Sacan al bebé negrito, negrito, negrito. No era que estaba negrito, el niño había alcanzado a sentir seguramente esa temperatura. Me llevan, salí a las de las 14:00 h de la tarde a las 18:30 h de la tarde. Salí de cirugía. Me queman las trompas. Porque yo ya no podía tener más hijos con 30 años.

Este relato muestra que, el uso de la medicalización por la necesidad de establecer tiempos concretos para el proceso de parto produjo una complicación para su segundo bebé, y una determinación de acabar con la reproducción sexual de Elisa. La complicación para su hijo de transformó en una piel ultrasensible y delicada, que no debe estar expuesta a agentes alérgenos, que requiere baños de agua en temperaturas especiales según la época del año y que durante 15 años no ha menguado y para Mirna, aunque su dolor físico se quitó, su ilusión de ser madre de muchos/as hijos/as se desvaneció.

Mirna: Fue mi esposo al que le dijeron que yo no podía tener más hijos porque el líquido. O sea, porque ya la preeclampsia ya no me iba a permitir tener más hijos y no sé qué cosa, así que él firmó. Pero a mí no me preguntaron nada. A él sólo le

dijeron que yo no podía tener más hijos. Y ahí descubrieron que yo tenía una trompa, una, esto que me había quedado del primer parto. Estaba destrozada. No era que se iba a reconstruir, ese era mi dolor. Así que también ahí hicieron algo, yo hasta el día de hoy no sé qué, pero bueno, algo hicieron que me quito el dolor, capaz que me la hayan quitado o no, no tengo idea. Y bueno pasó después esto, tampoco me entregaron al bebé.

Observamos a partir de todos estos relatos de las mujeres entrevistadas que, la patologización, medicalización e institucionalidad está reflejada en el uso de la autoridad que se ejerce sobre la mujer gestante para dominar sus conocimientos, y además trae consigo un trato deshumanizado, un abuso de la medicalización y una patologización de procesos naturales.

Este trato deshumanizado debe entenderse como el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y post parto. Este puede ser a la mujer o al/la recién nacido/a. Y también se da en situaciones como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocadas, aunque sean sancionables o no.

CONCLUSIONES

Esta investigación nace por la inquietud que supone la emergencia de casos de violencia obstétrica en Chile, que en los últimos 10 años ha tenido una notable visibilización en el debate público, en contraste con la normalización y silencio en que se daba en el pasado.

Tomamos como referencia la definición de Laufaurie, Rubio, Perdomo & Cañon (2019) que conciben a la violencia obstétrica como una forma específica de violencia de género que implica el trato deshumanizado, medicalización y patologización que provoca el control de los cuerpos de las mujeres y su apropiación, siendo los miembros del personal de salud quienes la ejercen.

Esta afirmación se condice con los datos obtenidos a partir de los discursos de las mujeres gestantes, que arrojan una generalización de prácticas violentas ejercidas durante su proceso de parto por los miembros y profesionales de la salud que estuvieron presentes en su atención.

Entre aquellas prácticas identificamos violencia directa ejercida sobre ellas, como violencia psicológica, física y verbal. Además de, la violencia estructural determinada a partir del modelo médico hegemónico y manifestada a partir de los agentes de salud hacia la mujer gestante.

Si bien la violencia obstétrica es un fenómeno presente desde el origen de la medicina moderna, ha sido gracias a los avances feministas en materia de visibilidad y empoderamiento, como también a la construcción teórica e intromisión en las discusiones de materia política y social en que se han activado mecanismos de prevención y reparación que, lamentablemente siguen siendo escasos ante el gran número de casos que se presentan y las diversas formas de manifestación en que se abre espacio.

La visibilidad de la violencia obstétrica da lugar al avance en la discusión en materias de políticas públicas para erradicar esta inadecuada y deshumanizadora praxis médica pero, también expone de manera contundente el gran camino que aún queda para avanzar en un sistema de salud, ya sea privado o público, que respete los derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de género y asegure la integridad de las mujeres que decidan avanzar en el camino de la maternidad, siendo este un proceso respetado e integral en la seguridad física y emocional de las mujeres.

A través del relato de mujeres que sufrieron violencia obstétrica hemos buscado identificar desde una fuente directa las formas en que se manifiesta y las implicaciones personales que esta tiene en sus vidas. Sus relatos han permitido evidenciar que la violencia obstétrica se visibiliza principalmente a partir de prácticas médicas autoritarias traducidas en abuso de poder, falta de empatía, infantilización y menosprecio ante expresiones de dolor o angustia, además de insultos, burlas e inclusive violencia física.

De igual manera surge la importancia de preguntarse por el modo en que estas prácticas se han instaurado en las instituciones médicas dedicadas al servicio de la ginecología y obstetricia. Y es que, a partir de la investigación y el análisis de los discursos de las mujeres

entrevistadas se considera que probablemente esto esté relacionado con la capacitación del personal y también de los imaginarios sociales referidos al nacimiento.

También se debe considerar que hay dificultad de la institución para dar abasto en temáticas como la infraestructura y personal. Por lo tanto, se transforma este estudio en un llamado para mostrar las falencias institucionales que tiene la salud pública y privada en la prevención de violencia obstétrica y, en exponer además los peligros que supone la visión de la medicina moderna jerarquizada aún sumida en los principios patriarcales y sistémicos que permean desde sus orígenes.

Sabemos que existe dificultad para dar respuesta a esta violencia tan naturalizada por lo que, consideramos que la legislación viene a dar un empuje no sólo a visibilizar la violencia obstétrica, si no a establecer que aquello que las mujeres gestantes denominaban como usual y/o parte del proceso de nacimiento fue siempre una vulneración de más de un derecho humano.

La crítica feminista a abierto estos diálogos y, estas discusiones favorecer la libre decisión en donde se pueda determinar cómo quieren las mujeres gestar y matinar. Y, para que también, puedan ser conscientes del poder que se ejerce sobre los individuos a partir de las instituciones ya sea de manera directa o indirecta.

Determinamos además que la violencia obstétrica es un tipo de violencia de género que ha sido fuertemente interiorizada desde la consolidación de la medicina moderna, en donde la mujer queda expuesta a una doble subordinación y su rol establecido socialmente delimita la posición en que estará dentro del campo médico.

La violencia de género ha sido, por lo tanto, invisibilizada por el hecho de ser normalizada desde nuestras instituciones, y desde nuestras primeras socializaciones con los micromachismos lo cual imposibilita su sanción, es por eso que resulta importante visibilizar a la violencia obstétrica en su especificidad y no como una negligencia médica ni como otra forma de violencia.

Para ello es que, demandas como la promulgación de la Ley Adriana viene a dar respuestas y reparo a muchas de las mujeres víctimas de violencia obstétrica. Ya que, las leyes vigentes no resguardan los derechos de una mujer gestante en particular. Sumado a que, las legislaciones actuales que tienen que ver con materias de salud son dependientes de los protocolos del MINSAL quienes no ejercen acciones punitivas sino de sugerencia de buenas prácticas.

¿Qué hacer ante un escenario de violencia obstétrica?

A partir de la investigación, nos encontramos con diferentes organismos que están visibilizando la violencia obstétrica y que prestan ayuda y orientación ante estos difíciles procesos. Pero, aunque es posible que no sea reparable esta experiencia, es posible prevenirla en algunos aspectos.

La principal manera de prevención es la información ya que, no solo ayuda a detectarla sino a frenarla dentro de las posibilidades que se tengan. Por, sobre todo, la información y divulgación permiten la visibilización de esta problemática tan sensible y a la vez tan reiterada.

Finalmente, la violencia en cualquiera de sus manifestaciones no es culpa de la víctima en ninguna circunstancia por lo que, se posee el derecho y la obligación no solo a denunciar sino a exigir el cumplimiento de los derechos que cualquier usuaria de la institución médica debe tener, independientemente de sus factores socio económicos, étnicos y/o sexuales.

Dificultades dentro de la Investigación

La principal dificultad de nuestra investigación fue la pandemia por COVID-19 ya que, en primer lugar, era necesario restringir las entrevistas a escenarios que no sólo fueran del agrado de las entrevistadas si no seguras en materias de prevención de contagios. Por lo cual, se decidió realizar las entrevistas solamente por medios electrónicos lo que, excluye a las mujeres que no tienen acceso a estos medios.

Gratamente la convocatoria fue rápidamente respondida por muchas mujeres que querían contarnos sus experiencias aun no siendo de la quinta región por lo que, debimos excluirlas por no encontrarse dentro de nuestros parámetros de selección, absteniéndonos de obtener relatos que enriquecieran nuestra investigación aún más.

Como grupo consideramos, además, que entrevistar sobre violencia obstétrica es un proceso complejo ya que nos enfrentamos a que las mujeres participantes revivan momentos en muchos casos traumáticos y dolorosos. Por lo cual, fue necesario prepararnos no tan solo de manera académica sino emocionalmente para poder llevar a cabo de la manera más idónea y respetuosa las entrevistas, sin transgredir en ningún momento los límites con las participantes e ir moderando el proceso de la entrevista a partir del mismo relato de las mujeres, sin pasar a llevar su privacidad o que se sintieran forzadas a revivir algún momento específico del parto

Perspectivas y Propuestas

A partir de lo planteado en esta investigación en este apartado se abordan propuestas y perspectivas para mejorar las condiciones de las mujeres ante el escenario del parto. Algunas investigaciones como la de Valdés (2016) sostienen que las experiencias de las mujeres mejoran cuando el equipo biomédico demuestra que perciben a las mujeres como personas activas de derechos, autónomas y con capacidad para participar y decidir sobre sus cuerpos y procesos corporales. Pero, también consideran que la hegemonía del sistema biomédico dificulta realizar este tipo de mejoras por la necesidad que impera en su forma de relacionarse, en donde para ser eficaces y efectivos, el tiempo, el tipo y la calidad de atención deben maximizar los mínimos esfuerzos.

Por otro lado, se espera que los equipos médicos están capacitados para detectar violencias que sufre la paciente dentro y fuera del sistema de salud, pero siguen siendo las parteras y

matronas las más capacitadas en la detección temprana de tipos de violencia como la intrafamiliar por la ética del cuidado que las caracteriza. Esto se observa principalmente en la realidad rural de algunos países, como por ejemplo la de México por tener altos índices de población que no está inserta en un sistema médico cerrado o establecido.

PERSPECTIVA DE GÉNERO

Una mujer o una niña, como persona y como usuaria de un sistema de salud, no solo necesita profesionales capacitados, sino que también requiere personas capaces de entregar compañía y empatía, que la hagan sentir segura y satisfecha con el servicio que recibe, autónoma, educada y empoderada para decidir sobre su propio cuerpo.

(Durán & Duarte. 2019)

A partir de esta cita, la propuesta desde la perspectiva de género aporta bioética al análisis y comprensión de este fenómeno de violencia. Estableciendo una relación entre el cuerpo, el género y la bioética, los cuales encuentran un punto de convergencia necesarios para la mejora y disminución de la violencia obstétrica.

Desde el cuerpo se encuentran las corporalidades como múltiples diversidades que se encuentran sometidas a distintos controles de poder. Asimismo, la bioética sostiene que el cuerpo se somete a los distintos avances tecnológicos, biomédicos y científicos, pero también, sostiene como principio fundamental la búsqueda de la autonomía y justicia frente a la situación de desequilibrio y desigualdad que afectan a las mujeres en las relaciones y el acceso a la salud. Por lo cual, unir las prácticas de atención del sistema médico formal con una perspectiva de género, permitiría un mejor diseño y acceso a los programas de prevención y promoción para las usuarias.

La inclusión del género, de manera transversal en el modelo biomédico, a lo largo de todo el ciclo vital permite mejorar la calidad del servicio y de las acciones con miras a una salud integral y equitativa, por lo que:

Un equipo médico que tiene las herramientas y competencias para visualizar y actuar en una realidad desde la perspectiva de género como paradigma, es capaz de velar por los derechos de las personas y ser significativo en procesos de empoderamiento y educación popular, por la relación directa y constante que se tiene con la población.

(Durán & Duarte. 2019)

PROPUESTAS

El modelo biomédico hegemónico se ha instalado con fuerza y con óptimos resultados que han beneficiado en la expectativa de vida disminuyendo las tasas de mortalidad, pero ha excluido aspectos sociales, culturales, económicos y ambientales que son imprescindibles

para la calidad de vida de las personas. Ha expropiado a las personas de sus cuerpos y autonomía, sobre todo a las mujeres en lo que concierne a su salud sexual y reproductiva. Por lo tanto, se hace necesaria una educación profesional integral que incluya perspectiva de género, equidad y justicia social.

De esto es que, los avances en la investigación latinoamericana sobre violencia obstétrica proponen dos principales medidas para la mejora de la biomedicina. Por un lado, es importante la reflexión y sensibilización entre los miembros del equipo de salud mediante cambios estructurales en su educación para generar un *habitus* menos autoritario y en donde se fortalezca su formación ética y por otro lado promoviendo una atención humanizada a partir de sus propias necesidades y circunstancias.

En donde, se trabaje en un proceso de dual que por un lado involucre los aspectos intersubjetivos inmersos en la práctica cotidiana de la salud sexual y reproductiva y, por otro lado, que ordene y transforme las estructuras de las instituciones.

Asimismo, la investigación social latinoamericana requiere volcarse hacia la perspectiva de las mujeres y del personal de la salud, reconociendo sus experiencias y necesidades Profundizando además en la vulneración social de las mujeres latinoamericanas, en donde temáticas como el no querer gestar o el aborto suscita tensiones y violencia de género.

BIBLIOGRAFÍA

- Almonte, G. (2016). Violencia Ginecológica y Obstétrica. La medicalización del cuerpo femenino. *Revista Décsir*. Páginas 1-10.
- Alvarado, M., & Guerra, N. (2012). La violencia de género es un problema de salud pública. *Interacción y perspectiva: Revista de Trabajo Social*. Páginas 96-106.
- Alvarado, M., & Guerra, N. (2012). La Violencia de Género un Problema de Salud Pública. *Interacción y Perspectiva. Revista de Trabajo Social*. Páginas 117-130.
- Álvarez Uribe, M. (2014). La violencia de género en Chile, análisis normativo y problemas de aplicación. Memoria para optar al grado de licenciado en ciencias jurídicas. Universidad Austral de Chile, Valdivia.
- Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el caribe*. N° 11.
- Arguedas G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe [Internet]*. 2014 [citado 2017 nov. 29];11(1):145-69. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238>
- Banchs, M. (1996). Violencia de género. *Revista Venezolana de Análisis de la Coyuntura*, N° II. Páginas 11–23.
- Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/Unesco*. 2013;4(7):25-34. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12868>
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *DILEMATA*. Páginas 93-111.
- Binfa, L., Carrasco, A., Cavada, G., Cornejo, C., Mella, M., & Pantoja, L. (2021). Violencia contra la mujer durante la gestación y postparto infligida por su pareja en Centros de Atención Primaria de la zona norte de Santiago, Chile. *Revista Médica de Chile*. Páginas 543-553.
- Cabrera, N. (2023, 01 13). El mostrador: Ley Adriana, Ley de parto respetado. Universidad Andres Bello. Retrieved 06 12, 2023, from El Mostrador: Ley Adriana, Ley de Parto Respetado.
- Cárdenas, M., & Salinero, S. (2021). Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. *Interdisciplinaria*. Páginas 209-223.

- Cárdenas Castro, M., & Salinero Rates, S. (2022). Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Rev Panam Salud Publica* N° 46.
- Castro, R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria*. Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.
- Colectiva contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica (2020). *Primera encuesta nacional de violencia ginecológica y obstétrica. Síntesis De Resultados*. Valparaíso, Chile.
- Cruz, S., Jaurés, P., Leiva, I., Ruiz, C. & Troncoso, P. (2015). *El discurso de la Violencia Obstétrica en Chile*. Santiago: Universidad de Chile.
- Cuevas Gallegos, F. (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. *Nemesis XIV*. Páginas 88-111.
- De Miguel, A. (2005). La construcción de un marco feminista de interpretación: la violencia de género. *Cuadernos de Trabajo Social*, N° 18. Páginas 231–248.
- Díez, S. (12 de octubre de 2017). Abuso verbal: Cuando las palabras dañan, hieren y destruyen. Obtenido de *Mujer Sin Cadenas*: <https://mujersincadenas.blogspot.cl/2012/01/abuso-verbal-cuando-laspalabras-danan.html>
- Díaz García, Luis Iván, & Fernández M., Yasna. (2018). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de derecho (Valparaíso)*, (51), 123-143. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Martínez-Hernández, M., & Varela-Ruiz, M. (Julio-septiembre de 2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en Educación Médica*, N° 2. Páginas 162-197.
- Díaz, L., & Fernández, Y. (2018). Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho de la Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*. Páginas 123-143.
- Durán, Daniela. Duarte, Cory. (2019) *Perspectiva de género en la relación entre profesionales del área de la salud con usuarios y usuarias: una revisión de la literatura*. *Revista SOPHIA AUSTRAL* N°24.
- Equipo Blog. (03 de octubre de 2014). La OMS se pronuncia sobre la violencia que sufren las mujeres en los paritorios del mundo. Obtenido de *El Parto es Nuestro*: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/10/03/la-oms-se-pronuncia-sobre-la-violencia-que-sufren-las-mujeres-en-los-paritorios-del-mundo>
- Expósito, F. (2011). Violencia de género. *Mente y cerebro*, N° 48. Páginas 20–25.

- Foucault, M. (1998) *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Editorial Siglo veintiuno editores, México D.F. Página 32.
- García, E. M. (2018). *La Violencia obstétrica Como Violencia de Género*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid
- GALTUNG, Johan (2003). *Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia*. Gernika: Bakeaz.
- Gueneau de Mussy, C., Larraín, D., & Schliak, T. (2019). Desarrollo de la matronería y dispositivo institucional: herencia y control social. *Revista Nomadías*. Páginas 75-94.
- Guerra, J. (2014). ¿Qué hay detrás de la muerte de mujeres a manos de sus parejas masculinas? Hacia un análisis del concepto de violencia de género. *Revista de metodología de Ciencias Sociales*, N° 28. Páginas 129–156.
- Hernandez -Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Ciudad de México: Mc Graw Hill education.
- Hernández, J. M., & Echevarría, P. (2016). *SOCIOLOGÍA DEL PARTO. Conflictos asistenciales en el marco del "paradigma tecnocrático"*. *Revista de Internacional de Sociología*. Páginas 1-13.
- Herrera, C. (2020). Género, responsabilidad penal y castigo: ¿cómo el derecho penal comprende a la violencia en la salud materna? En P. Quattrocchi, & N. Magnone, *Violencia Obstétrica en América Latina. Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (págs. 31-56). Buenos Aires: EDUN La Cooperativa.
- Lafaurie, María. Rubio, Diana. Perdomo, Alejandro. Cañon, Andrés. “La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2019.
- Lavanderos, Sebastián, & Díaz-Castillo, Carol. (2021). Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, N° 86(6). Páginas 563-572. <https://dx.doi.org/10.24875/rechog.m21000034>
- Leyton Leyton, I. A., & Toledo Candia, F. I. (2012). *A PROPÓSITO DE LA VIOLENCIA: REFLEXIONES ACERCA DEL CONCEPTO*. Memoria para optar al título de Psicología. Santiago, Chile: Universidad de Chile
- LEY ORGÁNICA SOBRE EL DERECHO DE LAS MUJERES A UNA VIDA libre violencia. (23 de abril de 2007).

- MAIER, E. (1999). "El mito de la madre". Revista IZTAPALAPA N° 45. Páginas 79-100. México. ACETA OFICIAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA.
- MINEDUC. (2018). Indicadores de educación 2017. Santiago: Ministerio de Educación. Centro de estudios.
- Mix, C. (04 de octubre de 2019). Parto Respetado en Chile: buscando salir del sopor legislativo. Obtenido de El Desconcierto: <https://www.eldesconcierto.cl/2019/10/04/parto-respetado-en-chile-buscando-salir-del-sopor-legislativo/>
- Montúa , F. A. (2005). Una investigación sobre las investigaciones de Foucault del cuerpo y el poder. efdeportes.com
- Obach, Alexandra. Sadler, Michelle. "Cuerpo femenino, medicina y poder: reflexiones en torno a las disrupciones en la atención de salud reproductiva". Nación Golpeadora; Manifestaciones y Latencias de la Violencia Machista. Santiago de Chile. 2009.
- Observatorio de Violencia Obstétrica Chile (OVO). Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile. Santiago de Chile: 2018.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de Gender, Women and Health: <http://www.who.int/gender/whatisgender/en/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Recuperado el 12 de abril de http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statementchildbirth/es/
- Ramírez Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Ciudadanía y derechos de las mujeres en perspectiva de Género. Páginas 145-169.
- Reyes Sierra, M. (2015). Identidad Laboral en el empleo doméstico. Proyecto de Memoria para optar al Título de Antropóloga social. Universidad de Chile, Santiago.
- Ruíz, J. (2009). Análisis sociológico del discurso: métodos y lógica.
- Sadler, M., Leiva Rojas, G., Bussenius, P., León, T., & Valdebenito Zárata, J. (2018). Resultados Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile. Santiago: Observatorio de Violencia Obstétrica.
- Sadler, Michelle, "Así me nacieron a mi hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario" 2003. Tesis para optar al título de Antropóloga Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile. 2003.

- Sadler, Michelle, "Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto". En Sadler, Acuña y Obach, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género. Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Catalonia, 2004, Santiago de Chile, pp. 15-66. Originado en actividad de investigación.
- Salinero, S. (2021). "Fue un terremoto": violencia obstétrica y relatos de mujeres en Chile. Universidad Nacional Autónoma de México, Centro de Investigaciones y Estudios de Género. Páginas 142-168.
- Salinero, S., & Cárdenas, M. (2021). Violencia ginecológica y silencio al interior del Modelo Médico en Chile. *Rev Obst Ginecol Venez*. Páginas 226-238.
- Sánchez, S. B., & Bellón Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Cuando los sujetos se embarazan: Filosofía y Maternidad. Páginas 93-111.
- SERNAMEG. (26 de septiembre de 2017). Violencia contra las mujeres. Obtenido de Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género: <http://www.minmujeryeg.cl/sernameg/programas/violencia-contra-lasmujeres/>
- Schliak, T., Gueneau de Mussy, C., & Larraín, D. (2019). Desarrollo de la matronería y dispositivo institucional: herencia y control social. *Nomadías*. Páginas 75-94.
- Sibrian, N. (2020). Chile Crece Contigo: un programa puesto a prueba por mujeres gestantes. En P. Quattrocchi, & N. Magnone, *Violencia Obstétrica en América Latina; conceptualización, experiencias, medición y estrategias*. Páginas 145-170. Buenos Aires.
- Tapia Retamal, P. (abril de 2013). Construcción de masculinidades en jóvenes estudiantes secundarios, que han ejercido violencia hacia sus parejas afectivas. Memoria de Grado para optar al Grado de Licenciada en Sociología 89 y Título Profesional de Socióloga. Valparaíso, Chile: Universidad de Valparaíso.
- Vallana- Sala VV. "Es rico hacerlos, pero no tenerlos": análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. *Rev Cienc Salud*. 2019;17(especial). Páginas 128-144. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125>
- Villaverde M. 2006. *Salud Sexual y Procreación Responsable*. Jurisprudencia Argentina, Buenos Aires. Páginas 31-32.
- Zárate, M. (2007). De Partera a Matrona. Hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX. *Calidad en la educación*. Páginas 284-297.

ANEXOS

Pauta de entrevista

1. Nombre
2. Edad
3. Cuantos hijos tienes o tuviste
4. En qué año nacieron tus hijos
5. En qué recinto de salud se realizó cada parto

Ahora nos gustaría realizar algunas consultas sobre cómo fue tu embarazo

1. ¿Me podrías contar cómo fue tu embarazo?
2. Cuántas semanas tenías cuando comenzaste la atención médica
3. ¿Te atendiste de manera particular o pública? ¿Tuviste solo atención ginecológica o también atención con la matrona?
4. Cuéntame ¿cómo era la relación con tu médico? Existía confianza, respeto, aclaraba tus dudas, te guiaba en tus decisiones
5. ¿Tu embarazo presentó alguna complicación? (De ser así eso influyó en el parto, había medidas extras, por ejemplo, imposibilidad de parto natural)

Acerca del parto se pueden desarrollar estas preguntas previas

1. Al acercarse las semanas previas del parto o bien durante tu embarazo ¿te informaste, tomaste algún curso o taller, elaboraste algún plan de parto? De ser así cual era tu idea de parto ¿recibiste los folletos informativos de Chile crece contigo u otro material de parte del área de la salud?
2. ¿Conversaste sobre tus preferencias con tu médico o matrona sobre lo que querías en tu parto?
3. Durante el preparto pudiste aclarar dudas con el personal médico, explicar tus preferencias o lo que deseabas en ese momento ¿Estaba presente tu equipo médico?
4. Ahora podrías relatar cómo fue tu proceso de parto
5. ¿Consideras que fue un proceso muy extenso o corto? ¿tuviste que acudir con anterioridad al establecimiento médico, ya fuera días u horas antes y luego volver?
6. Sobre lo anterior ¿encuentras apropiadas las respuestas que se te dieron? ¿se consideró tu nivel de dolor u otros factores que consideras relevantes?

7. Ya en el establecimiento médico, ¿tomaron tus antecedentes, te preguntaron preferencias u otras consideraciones?
8. ¿Pudiste estar acompañada?
9. Normalmente en el parto se realizan algunos protocolos ¿Te monitorearon, realizaron tactos, depilación u otros procedimientos habituales?
10. ¿Se te permitió moverte con libertad para minimizar los dolores de las contracciones? ¿Se te obligó a estar acostada? ¿Pudiste comer o beber algo?
11. ¿Pudiste expresar con libertad el dolor que sentías o debiste reprimir eso?
12. ¿En qué momento se ofreció la anestesia epidural? ¿Se te negó en algún momento?
13. ¿cómo fue el trato por parte del personal médico?, ¿hubo algún comentario que te ayudará en tu proceso o que te incomodara?, por ejemplo ¿te acuerdas si se presentó el personal médico?, ¿se referían a ti por tu nombre o por algún apodo?
14. ¿El personal médico fue algún tipo de apoyo para ti en ese momento?
15. ¿Te sentiste minimizada, infantilizada o ridiculizada? ¿Por qué?
16. Durante el parto ¿se te informó y consultó en algún momento sobre los procedimientos que quería realizarte y los que te realizaron? Respecto a tu respuesta, la información que te entregaron ¿te ayudó a sentirte más tranquila y confiada con quienes asistieron tu parto?
17. Ya acercándose el momento del parto ¿te explicaron cómo iba a ser? ¿Te dijeron si sería parto vaginal o cesárea ¿el caso de cesárea como sería el proceso y porque razón la harían? ¿Te enseñaron a puja o a respirar para el momento in situ del parto?
18. durante el parto ¿en qué posición estuviste? ¿cuánto duró? ¿Cuántas personas había? ¿Cómo era el ambiente? ¿Estabas cómoda?
19. ¿Qué sentías en ese momento?
20. ¿Qué podrías decir respecto a la atención del personal de salud durante el parto?, ¿Cómo te hicieron sentir?
21. Cuando tu parto terminó. ¿tuviste la oportunidad de tener contacto con tu bebe al momento de nacer, o se lo llevaron inmediatamente?, ¿cuánto tiempo pudiste hacer apego con tu bebe?, ¿Por cuánto tiempo se lo llevaron?, ¿tu acompañante pudo acompañar al bebe mientras lo revisaban?
22. ¿Tuvo algún tipo de complicación tu bebe?
23. En el post parto ¿Cómo te trataron? ¿Tuviste atención médica cuando lo solicitaste?
24. ¿Tuviste dolor?

25. ¿Estabas en pieza sola o acompañada? ¿Estaba tu acompañante?
26. ¿Tu bebe bebé estaba constantemente monitoreado? ¿Recibiste información de los cuidados que debía tener? ¿El pediatra tomó en consideración o tus dudas o preocupaciones?
27. ¿En qué momento pudiste amamantar a tu bebe? Recibiste la asesoría adecuada
28. ¿Fue compleja la lactancia en el post parto? De ser así cómo actuó el personal médico frente a eso ¿te ayudo? ¿te criticó?
29. ¿Cómo fue la salida del hospital?
30. ¿Consideras que fuiste víctima de violencia obstétrica durante tu atención?, ¿Por qué?

Consentimiento informado

En el presente documento declaro haber sido informado sobre la investigación que lleva por título “Identificación de Violencia Obstétrica y prácticas médicas autoritarias a partir del discurso de pacientes y personal médico.”, de los estudiantes de la carrera de Sociología de la Universidad de Valparaíso, en ella Bárbara Barra, Frida Castillo y René Merino; y acepto participar voluntariamente en ella.

Esta participación considera asistir a una entrevista en un horario acordado por mí y en la modalidad que yo estime conveniente, es decir, vía plataforma Zoom o de manera presencial en un lugar a acordar de manera mutua entre yo y mi(s) entrevistador(es).

Reconozco y acepto que esta entrevista será grabada y, que una vez sea transcrita, el audio y/o video serán borrados de los archivos de la investigación.

Considero además que la información que yo provea en el transcurso de la entrevista es totalmente confidencial por lo que, mi nombre no será utilizado y será reemplazado por un seudónimo o un título y, que la información que entrego no será usada para otros estudios y/o investigaciones sin mi consentimiento.

Entiendo también que puedo hacer preguntas sobre el trabajo de investigación en cualquier momento de la entrevista y, que puedo retirarme de la misma cuando así lo decida sin que esto perjudique de manera alguna a mi persona.

Reconozco que al aceptar esta participación voluntaria recibiré una copia de este consentimiento, y que también puedo pedir información sobre los resultados de esta investigación cuando ésta haya concluido contactando a cualquiera de los estudiantes a cargo de este estudio.

Nombre de la participante

Firma de la participante

Fecha