



UNIVERSIDAD DE LAS ARTES, CIENCIAS Y COMUNICACIÓN
Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales
Escuela de Trabajo Social

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA: LA EXPERIENCIA DE MUJERES USUARIAS
DE HOSPITALES PÚBLICOS DEL SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO SUR.**

Tesis para optar al Grado Académico de Licenciada en Trabajo Social.

Estudiantes:

Alejandra Escobar Roa
Daniela Magallanes Garate
Andrea Muñoz Romero
Natali Riquelme Colileo

Docente Guía:

María Fernanda Herrera Yáñez

Santiago de Chile

2023

Índice

	Pág.
Introducción	4
Capítulo I	6
Problematización del ámbito de estudio	6
Justificación del estudio: Relevancia para el trabajo social	17
Capítulo II.....	20
Objetivo de la investigación.....	20
Objetivo general.....	20
Objetivo específico	20
Capítulo III.....	21
Marco teórico.....	21
1. Violencia obstétrica y violencia de género	21
1.1 ¿Qué es la violencia obstétrica?: conceptualización y característica	21
1.2 Violencia obstétrica como violencia simbólica	22
1.3 Violencia de género.....	23
2. Contexto legal de la violencia obstétrica en América latina y en Chile.....	24
2.1 Contexto legal de la violencia obstétrica en Venezuela, Argentina y México	24
2.2 Contexto legal de la violencia obstétrica en Chile	27
3. La violencia obstétrica desde el marco de los Derechos Humanos.....	28

3.1 Marco normativo: análisis y presentación de convenciones vigentes	30
4. Las secuelas de la violencia obstétrica	35
4.1 Consecuencias físicas	36
4.2 Consecuencias psicológicas	37
4.3 Consecuencias para familiares y el entorno	38
Capítulo IV	40
Marco metodológico	40
1. Tipo y enfoque del estudio	40
2. Instrumento de recolección de información	40
2.1 Categorización	41
2.2 Técnica de registro de información	41
3. Muestra	42
4. Plan de análisis: tipo de análisis	43
5. Consideraciones éticas de la investigación	43
5.1 Consentimiento informado	44
5.2 Autorización de grabación	44
Capítulo V	45
Resultados	45
1. Violencia y secuelas físicas: estado de vulnerabilidad e invisibilización de sus necesidades	45
2. Violencia psicológica, su impacto y consecuencias como resultado de un trato deshumanizado durante la atención	48

3. Necesidades identificadas a través del relato de mujeres víctimas de violencia obstétrica	52
4. Hallazgos emergentes en la investigación	55
4.1 Consecuencia de la violencia obstétrica en el recién nacido.....	55
4.2 Violación de derechos humanos, identificados en la narrativa de mujeres víctimas de violencia obstétrica	57
Capítulo VI	60
Conclusiones y líneas de investigación.....	60
Anexos.....	69
Consentimiento informado	69
Instrumento de recolección de la información	70
Pauta de entrevista	71
Referencias bibliográficas.....	73

Introducción

La presente investigación tiene como objetivo analizar la experiencia de mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica en hospitales públicos del servicio de salud metropolitano sur.

La problemática escogida responde a que, si bien, la violencia obstétrica está contemplada en la legislación de algunos países a nivel mundial y latinoamericano, los avances en el diseño de políticas públicas específicas dirigidas a responder sus particularidades son todavía incipientes, por tanto, conocer la experiencia de quienes son víctimas de este tipo de violencia hacia la mujer, se transforma en un importante aporte a la investigación y conocimiento de este fenómeno social.

En la actualidad, la visibilización de la violencia obstétrica como problemática, corresponde a un hito que propició que las situaciones de desigualdad dejarán de verse como casos aislados. Por tanto, plantea el desafío de ser entendida como parte de una problemática estructural que se vincula con la violación del derecho a la autonomía de las mujeres y su derecho a la información. De acuerdo con esto, la disciplina del Trabajo Social ha conquistado un rol relevante en la materia, siendo la promoción de derechos, la escucha y el trabajo interdisciplinario; intervenciones valiosas a la hora de abordar la problemática.

Teniendo en cuenta que algunos países, especialmente de Latinoamérica, la problemática ya ha sido considerada y valorada, ejemplos de ello, se confirma con el primer reconocimiento institucional de la violencia obstétrica como una forma particular de violencia hacia las mujeres, emitido en la República Bolivariana de Venezuela con la sanción de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Ley 38.668, sancionada en 2007), la Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales (Ley 26.485, año 2009), que también contempla de modo expreso la violencia obstétrica, promulgada por la República Argentina o la Ley de protección integral (2013), donde Panamá contempla la violencia obstétrica dentro de sus lineamientos, resulta relevante para la profesión conocer sus principales características,

sus expresiones más comunes, así como también, cuáles son las consecuencias que esta acarrea en las personas que la han sufrido, por ende, a través de esta investigación se intenta visibilizar casos de violencia obstétrica a través de la narrativa de sus víctimas, validando de esta manera la existencia del fenómeno en la sociedad chilena.

Como medio para lograr esta visibilización, las redes sociales digitales, como Facebook e Instagram, han desempeñado un papel esencial, ya que a través de ellas se ha generado un espacio donde las mujeres pueden difundir sus experiencias y dar a conocer sus historias, testimonios que han evidenciado la existencia de una problemática social asociada al maltrato y violencia, prácticas que por años se han generalizado y arraigado en los sistemas de salud del país.

CAPÍTULO I

Problematización del ámbito de estudio

El concepto de violencia obstétrica emergió y comenzó a consolidarse en el seno de los discursos y prácticas del asociacionismo feminista a principios del siglo XXI, en la región fue el movimiento de mujeres feministas que logró poner en la palestra la necesidad de crear instrumentos político, jurídico y de denuncia sobre la persistencia de este tipo de violencia contra la mujer, es así como, en gran medida el debate público, los estudios de la academia y el activismo social propiciaron en Latinoamérica la creación de comités cuya principal preocupación fue el formular acciones legislativas, institucionales y de políticas públicas enfocadas a contrarrestar este tipo de violencia. (II Seminario Internacional sobre Violencia Obstétrica, 2021).

Uno de los primeros avances en la materia, lo encontramos en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia perteneciente a Venezuela que en su artículo 15 numeral 13: “define el concepto de 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” (República Bolivariana de Venezuela. Ley N°38.668, año 2007).

Por su parte, en el informe “Maltrato y violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva” del año 2019, presentado en La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, por la Sra. Remm Alsalem, Relatora Especial de la ONU sobre la violencia contra la mujer, se incluye causas y consecuencias de este fenómeno, basado en un enfoque de derechos humanos, analizando la ocurrencia de maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, haciendo especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica, así como también se aborda la cuestión del consentimiento informado como derecho y como salvaguardia contra ese tipo de agresión.

En este mismo ámbito, un número importante de mujeres del continente europeo han informado que en centros de salud han actuado sin respeto a su intimidad y a la confidencialidad al momento de realizar los exámenes vaginales durante el parto, incluso delante de terceros (Bohren y otros (2015), pág. 17), en donde se permiten que los estudiantes de medicina observen a las mujeres durante el parto (Véase Konovalova c. Rusia, núm. 37873/04, Tribunal Europeo de Derechos Humanos (2014)), y comparten con terceros la información sobre su salud, por ejemplo, su condición de seropositivas, en el contexto del alumbramiento.

En Chile, a través del proyecto de ley sobre “Derechos de la mujer embarazada durante el trabajo de pre parto, parto y el postparto, además de sancionar la violencia gineco-obstétrica” de 2015, en su artículo 4, se establece la siguiente definición: “La violencia gineco-obstétrica es aquella que se ejerce contra la mujer, por el personal de salud que, la evalúe ginecológicamente o bien de manera obstétrica asistiendo en el parto, y que se expresa en un trato deshumanizado, en un abuso de medicación y patologización innecesaria de los procesos naturales, que trae como consecuencia para la mujer y en especial la mujer embarazada, la pérdida de su autonomía, y la capacidad de decidir libremente sobre su cuerpo, su sexualidad y reproducción, entre otras. De acuerdo con lo señalado anteriormente, se establece que el maltrato contra la mujer no solo trasgrede el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, sino que también puede poner en peligro su derecho a la vida, a la salud, a su integridad física, su intimidad, su autonomía y a no sufrir discriminación.

En nuestro país, como forma de visibilizar el alcance y magnitud de esta problemática, el Observatorio de Violencia Obstétrica aplicó en mayo del 2017 una encuesta on-line sobre experiencias de parto de mujeres chilenas, denominada “Primera Encuesta sobre el Nacimiento” la cual consistió en un estudio que describe cuantitativamente la experiencia del parto, siendo respondida por mujeres que dieron a luz, entre los años 1970 y 2017; la unidad de muestreo fueron las experiencias de parto o cesárea ocurridas en nuestro país, obteniendo los siguientes resultados: se reporta en el periodo 2014-2017 en un 44% de los partos en hospitales y 39,9% en clínicas la rotura artificial de membranas como la de la bolsa amniótica, causando daños al saco amniótico

o amniorrexis que se manifiesta como la pérdida del líquido amniótico que rodea al feto en cualquier momento antes de que comience el parto, y en un 44% en hospitales y 41,1% en clínicas se practica la episiotomía que es una incisión que se hace en el perineo (el tejido entre la abertura vaginal y el ano) durante el parto. Es importante destacar que estas maniobras no son necesarias, o no se realizan basadas en un contexto de salud determinado.

Más preocupante aún es lo que ocurre con el monitoreo fetal, que obliga a las mujeres a mantenerse inmovilizadas en cama, incluso durante las contracciones, el porcentaje de esta práctica durante el periodo 2014-2017 fue de un 84,6% de los partos en hospitales y 81,6% en clínicas, así como también el uso de la oxitocina artificial, droga peligrosa, muy concentrada que se aplica, incluso en los partos normales, y no es necesaria más que en el 10% de los casos, pues las mujeres producen su propia oxitocina endógena, y su uso debería responder a una necesidad, evitando su uso rutinario, debido a los efectos secundarios que provoca, ya que su aplicación puede incrementar la frecuencia de contracciones por minuto y aumentar el riesgo de rotura del útero, con una recurrencia de un 51,8% en hospitales y 45,3% en clínicas durante el mismo periodo mencionado anteriormente (elpartoesnuestro.es).

Más de medio siglo después de haberse iniciado el movimiento por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, se habla de violencia obstétrica como violencia de carácter institucional estrechamente asociada a la subvaloración del sexo femenino. Su conceptualización y análisis cobra un interés cada vez mayor para las ciencias sociales, en especial en el contexto de América Latina donde, desde mediados de la década del 2000, ha venido avanzando cada vez con mayor fuerza el movimiento que le ha dado vida a su reconocimiento como problema de salud pública. (Revista Gerencia y Políticas de Salud, 2019).

La violencia obstétrica fue tipificada por primera vez en el ámbito institucional a través de la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida sin violencia, sancionada en Venezuela y publicada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el año 2006. Posteriormente a esta ley, países como Argentina en el 2009 y

Panamá en el 2013 han incluido la “violencia obstétrica” en sus legislaciones en torno a la protección integral a las mujeres; Por su parte, Bolivia la integra bajo el concepto de “violencia en los servicios de salud”, en tanto que otros países como Uruguay y Colombia han incluido respectivamente normas y regulaciones administrativas en torno al “parto humanizado”.

A nivel local, desde inicios del año 2000, se cuenta con algunos estudios cualitativos que visibilizan el maltrato en la atención de nacimientos, situación que desde inicios del presente siglo ha sido denunciada por organizaciones de la sociedad civil, entre ellas, RELACAHUPAN Chile (fundada en 2000), el Observatorio de Violencia Obstétrica Chile (2014) y las diversas organizaciones que conforman la Coordinadora Nacional por los Derechos del Parto y Nacimiento (2016). El año 2016 el Instituto Nacional de Derechos Humanos incluyó un capítulo sobre la situación de la Violencia Obstétrica en su informe anual, denunciándola como un grave problema de derechos humanos (Observatorio de violencia obstétrica, 2021).

En términos normativos, desde el año 2012 entró en vigencia la Ley 20.584 (MINSAL), la que regula los derechos y deberes de las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención en salud, si bien esta ley contiene algunos artículos que pueden usarse en la defensa de los derechos de las usuarias en la atención durante la gestación, parto y puerperio, al ser una ley general de defensa de la población usuaria, no contempla las especificidades necesarias para proteger y resguardar los derechos de las mujeres que sufren algún tipo de violencia obstétrica, cómo por ejemplo charlas preventivas, o el asesoramiento posterior al parto o en su defecto seguimiento frente a lo vivenciado, donde se le podría señalar a las referidas cómo desarrollar alguna denuncia.

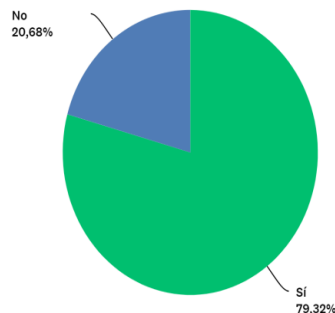
Actualmente, no se cuenta con un sistema oficial de respuesta a las demandas de mujeres que han sufrido violencia obstétrica, de este modo el conducto regular, es realizar una denuncia a la Oficina de Informaciones y Reclamos (OIRS) respecto a su experiencia en la atención del parto o cesárea en un hospital de la red pública de salud. En el caso que haya sido en un centro asistencial privado, la opción es dirigirse a la oficina de atención al cliente (o similar), en ambos sistemas no está creado un ítem de “violencia obstétrica” dentro de las opiniones, por lo cual se debe incluir muchas veces como

violencia verbal o física. En el ámbito de la atención de salud pública, el protocolo de respuesta es de 15 días hábiles, entregando en general una respuesta difusa e insatisfactoria para las mujeres (Observatorio de la violencia Obstétrica, 2018).

De acuerdo con los datos obtenidos en la Primera Encuesta Nacional Sobre Violencia Ginecológica y Obstétrica en Chile 2019–2020, realizada por la Colectiva Contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica¹ en la que se entrevistaron a 4.552 mujeres, entre 18 y 82 años, que asistieron alguna vez a una atención ginecológica en Chile y que se encuentren residiendo en el país desde hace al menos seis meses.

Se puede inferir que la violencia obstétrica es entendida como aquella que sucede en un contexto médico, más estrechamente relacionado a los procesos y acciones del parto y postparto, en este sentido, el 79% de las consultadas expresó haber sufrido violencia obstétrica.

¿Sientes que has vivido alguna forma de violencia obstétrica?



Fuente: Primera Encuesta Nacional sobre Violencia Ginecológica y Obstétrica 2019 – 2020 en Chile.

¹ Grupo de activistas feministas de la comuna de Valparaíso, formado el año 2018

Además de los procedimientos médicos ya mencionados, anterior al proceso de parto se utiliza como resguardo legal para las instituciones el consentimiento informado, definido por Ávalos y tapia (2013), como un documento, que manifiesta la aceptación racional del paciente sobre una intervención médica o la elección de cursos alternativos que serían posibles, siendo esta de orden terapéutica o diagnóstica, el cual debe ser firmado de forma libre, voluntaria y consciente.

Si bien a través de este documento se entrega derechos y deberes a los pacientes, también lleva implícito la obligatoriedad de aceptar un rol basado en las diferencias de poder ante los procedimientos que suceden a la intervención e incluso obliga a las madres a ser firmado en situaciones de vulnerabilidad como, por ejemplo, minutos antes de comenzar el trabajo de parto.

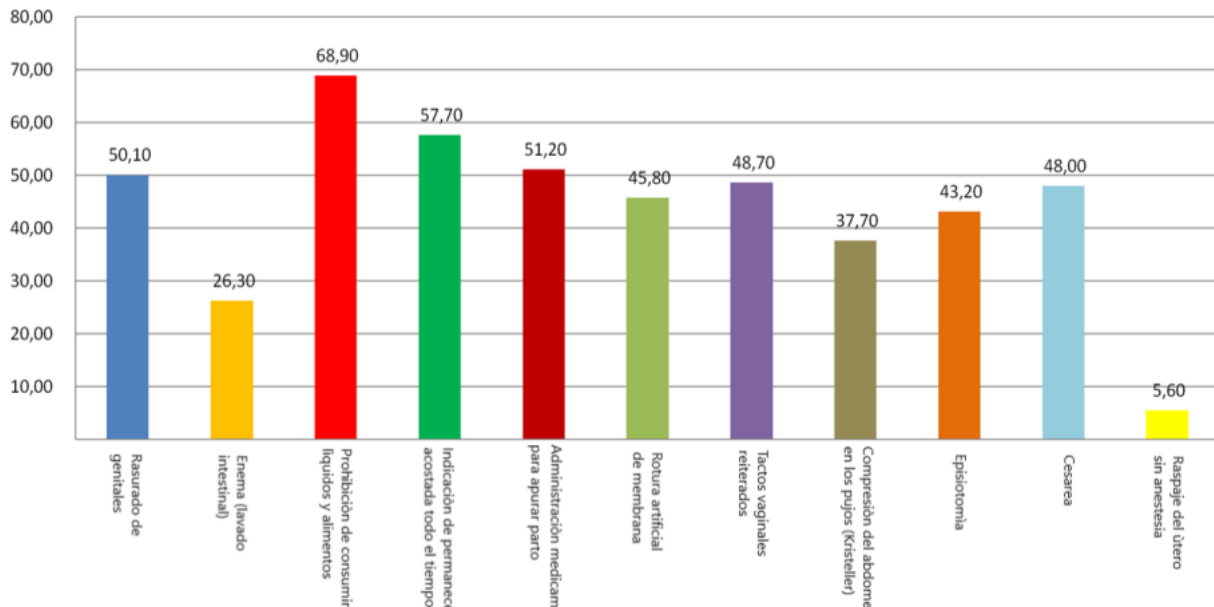
Al respecto la encuesta, además señala que, en cuanto al consentimiento informado, un 44.73% de las mujeres encuestadas, afirmó que durante las semanas previas o durante el parto no se le pidió firmar consentimiento informado. Entre quienes firmaron consentimiento, un 36.94% considera que este no era claro y un 46.84% dice que tuvo que hacerlo durante el trabajo de parto.

Por otro lado, un 44.9% de las participantes expresa haber sido tratada con sobrenombres o diminutivos tales como “mamita”, “gordita”, entre otros, o como si fuera incapaz de comprender los procesos por los que estaba atravesando. El 48.2% se sintió infantilizada o anulada por el equipo médico como si fuera incapaz de tomar decisiones sobre lo que le ocurría antes, durante y/o después del parto.

Así, un 42.8% fue criticada por expresar sus emociones como llorar, gritar de dolor, entre otras durante el trabajo de parto. También el 41.7% reporta que no pudo manifestar sus miedos o inquietudes, pues no eran respondidas o lo hacían de mala manera.

En la siguiente gráfica se muestran los resultados respecto a los procedimientos realizados durante el trabajo de parto.

Durante el trabajo de parto, ¿fuiste sometida a alguno de los siguientes procedimientos?



Fuente: Primera Encuesta Nacional sobre Violencia Ginecológica y Obstétrica 2019 – 2020 en Chile.

Se destaca que un 45.9%, de las mujeres manifestó que le realizaron procedimientos sin pedir su consentimiento o sin explicar por qué eran necesarios. El 36.4% informa que la obligaron a mantenerse acostada boca arriba a pesar de manifestar su incomodidad.

Es preciso señalar que un 37.7% fue obligada a mantenerse en cama impidiéndole caminar o buscar otras posiciones según sus necesidades. Mientras que a un 28.6% se le prohibió estar acompañada por alguien de su confianza.

Finalmente, un 46.6% de las mujeres encuestadas informó que la experiencia de parto la hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido y al 10.2% se le negó la posibilidad de utilizar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de la natalidad como DIU, ligadura de trompas, entre otros.

En poco tiempo el mundo entero quedó inmerso en una pandemia y la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró esta situación como “emergencia de salud pública de importancia internacional”. Por lo que con el fin de reducir y/o evitar la rápida propagación del virus y el colapso del sistema sanitario, realizó una serie de recomendaciones: el aislamiento social, la detección precoz de la infección, la notificación, la investigación y el manejo adecuado de los casos (OMS, en Mascarenhas et al., 2020).

A partir de estas recomendaciones, la OMS sostiene que “todas las mujeres embarazadas y sus recién nacidos, incluso cuando se sospeche o se haya confirmado que tienen la COVID-19, tienen derecho a recibir atención de alta calidad antes, durante y después del parto, incluida la atención sobre su salud mental” (OMS, 2020, s/n). Como sostiene la International Confederation of Midwives (2020, p.1) “es esencial que los protocolos para el embarazo y el parto durante la pandemia de coronavirus se basen en evidencia y respeten los derechos humanos de todas las mujeres y sus recién nacidos”. Sin embargo, en la actualidad se observa que no se cumplen las recomendaciones para los controles prenatales y la atención en el momento del parto, nacimiento y posparto, intensificando la vulneración de los derechos existentes y vigentes.

Así, en este contexto socio sanitario la violencia obstétrica, fenómeno ya presente antes de la pandemia, se incrementa; quedando evidenciada en datos estadísticos y en el aumento de relatos sobre los malos tratos recibidos y noticias sobre el tema.

De acuerdo con esto, el Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (OVO) reveló que centros de salud tanto del área pública como privada se estarían vulnerando el derecho de las mujeres embarazadas a tener acompañamiento durante el trabajo de parto, teniendo que dar a luz solas, contraponiéndose a los protocolos nacionales y recomendaciones internacionales, esta es la situación que ha podido evidenciar el Observatorio, durante mayo, un 46% de los hospitales públicos suspendió el acompañamiento en todo momento, lo que generó que muchas mujeres cambiaran de lugar de atención e incluso decidieron parir en casa para no exponerse a los riesgos de vulneración y malos tratos en los centros de salud. (Braga, 2020).

Esta información se confirma con las cifras del Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud, donde en el año 2020 sólo un 72% de las mujeres estuvo acompañada durante el parto, cifra que en el año anterior era de un 97%, mientras que, en el trabajo de parto, se observa que un 43% de mujeres estuvo acompañadas, versus un 72% de mujeres en 2019. (Errázuriz, 2021). En este sentido, el acompañamiento en el momento del parto es fundamental para resguardar la salud mental de las mujeres, ya que de acuerdo con lo planteado por el Centro de Estudios público CEP (2020) esto aumentaría la depresión postparto, porque no hay una red de apoyo sustantiva para la mujer en el post parto, siendo esta una forma más de violencia.

Por otra parte, el 44% de los partos que se realizan a través de cesárea, una intervención quirúrgica que no es recomendada en todos los casos, ya que no solo es más peligrosa que el parto natural, sino que también tiene un costo más elevado debido a los insumos y el personal especializado requerido. (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE). Es por ello por lo que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que el 15% de los nacimientos en un país sean a través de cesárea, sin embargo, en el caso de Chile, esta cifra se ve superada en un 29% si se considera el promedio de la población en total.

A continuación, se presentan los porcentajes de Cesáreas sobre Partos en Hospitales Públicos de la Región Metropolitana, Informe glosa 04 Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales:

Servicio de Salud	N° Total de Cesáreas (Ene-Mar 2020)	N° de Partos (Ene-Mar 2020)	Porcentajes de Cesáreas sobre Partos
Metropolitano Oriente	506	1.139	44,42%
Metropolitano Central	678	1.996	33,97%
Metropolitano Sur	782	1.913	40,88%
Metropolitano Norte	545	1.880	28,99%
Metropolitano Occidente	1.126	2.465	45,68%
Metropolitano Sur Oriente	588	1.799	32,68%

Fuente: Elaboración Control de Gestión SRA. Extracción de Información el 15/05/2020, plataforma DEIS.

Al respecto, Prado (2021) señala que la práctica de cesáreas injustificadas es un ejercicio naturalizado de violencia, ligado a otras formas de abusos, dando cuenta que la atención biomédica al nacimiento vive un momento de profundo cuestionamiento ya que la violencia que viven las mujeres al atender sus partos se ha incrementado. En síntesis, se puede señalar que es urgente visibilizar este tipo de violencia e impulsar políticas en salud que transformen, dignifiquen y humanicen los servicios públicos de atención al nacimiento.

De igual manera en nuestro país, existe una deuda en la protección y prevención de la violencia hacia las mujeres en el marco de la concepción, y para que las cifras antes mostradas no sigan en aumento, se debe reconocer a la violencia obstétrica como una vulneración de derechos reproductivos y sexuales, una discriminación de género y por lo tanto, una problemática a abordar en el desarrollo de políticas públicas que permitan asegurar la calidad en el funcionamiento de las atenciones de partos en nuestro país.

Desde el Trabajo Social, se debe considerar la modificación de estos patrones perversos, requiriendo de actividades educativas y concientizadoras, considerando que tenemos cifras que impactan, debido a la naturalización y la invisibilización en la discusión pública, motivo por el cual esta investigación pretende obtener resultados que den la oportunidad de cambiar estas dinámicas violentas, que ocurren en Chile aproximadamente a la mitad de las mujeres, cambiándose por un trato humanizado tanto de las mujeres como de sus hijos.

Por lo cual la investigación se basa en identificar cuáles son las consecuencias de la violencia obstétrica en la narrativa de las mujeres chilenas que hayan tenido su parto en un hospital del servicio de salud metropolitano sur, evidencia que será determinante para generar nuevos conocimientos al respecto de este tipo de violencia.

Es por lo anterior, que surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las experiencias de mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica en hospitales públicos del servicio de salud metropolitano sur?

Justificación del Estudio: Relevancia para el Trabajo Social

En Chile, en temas de derechos sexuales y reproductivos, existe un gran vacío legal, si bien, en el año 2018 fue presentado el proyecto de ley llamado “Ley Adriana” que regula, garantiza y promueve los derechos de las mujeres, las personas gestantes, los recién nacidos y la pareja durante el parto, pre parto y post parto, luego de cuatro años en trámite, recién el 12 de octubre de 2022 fue aprobado por la sala de diputados, con 119 votos a favor, 19 votos en contra y 10 abstenciones, posterior a esto, el proyecto de Ley fue despachado al Senado para su revisión. Estos antecedentes evidencian que en el país aún no existe una ley aprobada para la temática en cuestión.

Es así como, tanto en los servicios de salud públicos como en instituciones de salud privadas, durante décadas han existido casos de violencia y vulneración de derechos de las mujeres antes, durante y después del parto. Situación que en ocasiones provoca daños irreparables a la madre o el neonato y que quedan en el anonimato, al no existir una figura legal, que castigue este tipo de violencia.

Por tanto, existe la necesidad imperante de la creación y aprobación de una Ley que brinde seguridad y calidad en la atención médica y que prevenga la ocurrencia de violencia obstétrica en todo ámbito, ya que, como se mencionó anteriormente, esta vulneración ha sido invisibilizada durante años, día a día las mujeres sufren de este tipo de violencia, afectando principalmente a mujeres jóvenes, de baja escolaridad y de escasos recursos, esto según (OVO, 2019).

Es por ello que cobra relevancia esta investigación para el Trabajo Social, ya que a través de esta, se podrá profundizar el conocimiento del fenómeno, en cuanto recoge testimonios verídicos sobre los hechos y situaciones que viven las mujeres en su proceso de parto, donde pudiesen existir flagelos que repercutirán en diversos ámbitos de su vida, siendo el conocimiento recogido desde la experiencia una herramienta que permite generar iniciativas atinentes a las necesidades de futuras madres que se enfrenten a este proceso. A la vez, a través de los relatos, se busca dilucidar si posterior a la ocurrencia del acto de vulneración, las mujeres reciben alguna ayuda psicológica o social, pensando en mejorar o contrarrestar los traumas que provoca un acto de violencia.

Siguiendo una misma línea de análisis, se puede afirmar que, la función principal del Trabajo Social está vinculada a resguardar y garantizar el cumplimiento efectivo de los Derechos Humanos, entre los cuales se encuentran los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres, entendiendo que estos pueden estar siendo vulnerados desde el momento que la mujer llega a una institución de salud, muchas veces sin información sobre sus Derechos, o peor aún, sin la garantía asegurada de los mismos.

Carballeda (2016) plantea entender la intervención en lo social desde un enfoque de Derecho, donde se supera la consideración de las personas como “beneficiarias” pasando a ser titulares plenos e integrales de derechos, cuya garantía es responsabilidad del Estado. En ese sentido, establece: Desde el enfoque de Derechos se considera que el marco conceptual, que da sentido y orientación tanto a Políticas Sociales como a la Intervención, se apoya en las posibilidades de respaldo y garantía que brindan los Derechos Humanos en tanto derechos legitimados por la comunidad internacional. Y desde allí tienen la potencialidad de ofrecer un conjunto coherente de principios y pautas que pueden ser aplicables en las Políticas Sociales y en la Intervención del Trabajo Social. (Carballeda, 2016:02).

Uno de los factores determinantes en la ocurrencia de esta problemática, es el desconocimiento por parte de las mujeres sobre cuáles son sus derechos a la hora de dar a luz, cuáles son las leyes que las protegen o que situaciones son consideradas como violencia obstétrica.

Además, podrían existir casos en que la denuncia es tardía o simplemente existe impunidad por parte de los equipos de salud cuando se comete una vulneración, en estos casos, el acceso a información o testimonios emanados desde la experiencia de mujeres que se sienten violentadas, permitirá dar credibilidad a los antecedentes entregados por los profesionales sobre el fenómeno, contribuyendo de esta manera a informar a las mujeres en general sobre cuáles son sus derechos sexuales y reproductivos.

En base a lo anterior, los conocimientos generados a través de la investigación serán determinantes a la hora de desarrollar iniciativas de actuación ante este tipo de vulneraciones, de las cuales pueden ser víctimas las mujeres, permitiendo entender de mejor manera la problemática al momento de una intervención, que pueda aportar promoción y prevención de este fenómeno, desde un rol educador.

CAPÍTULO II

Objetivos de Investigación

Objetivo General:

Analizar la experiencia de mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica en hospitales públicos del servicio de salud metropolitano sur.

Objetivos Específicos:

1.- Describir los tipos de violencia obstétrica de mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica en hospitales públicos del servicio de salud metropolitano sur.

2.- Identificar las consecuencias psicosociales de las mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica en hospitales públicos del servicio de salud metropolitano sur.

3.- Identificar las necesidades que presentan las mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica en hospitales públicos del servicio de salud metropolitano sur.

CAPÍTULO III

Marco Teórico

1. Violencia obstétrica y violencia de género.

La violencia obstétrica contra la mujer requiere ser abordada desde diversas aristas dado que puede manifestarse de diversas formas, por tanto, es importante comprenderla en el marco de la violencia de género.

Este tipo de violencia muchas veces es invisibilizada, normalizada e impune en nuestro país, por lo cual se infiere que existe una deuda con la mujer a nivel nacional, de manera tal que se legisle en la prevención, sanción y erradicación la violencia de género, en específico, a la de tipo obstétrica.

1.1 ¿Qué es la violencia obstétrica?: conceptualización y características

La Organización Mundial de la Salud (2003) define la violencia como el uso intencional de la fuerza de hecho o amenaza, ya fuera contra uno/a, contra otra persona o una comunidad, teniendo probabilidades de causar lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo, privaciones o la muerte.

El concepto de Violencia Obstétrica surge en las últimas décadas, sin embargo, la definición más aceptada y extendida en el mundo es la que se encuentra en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia perteneciente a Venezuela en su artículo 15 numeral 13: "(...) 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"

De acuerdo con lo que plantea Villanueva (2010) la violencia obstétrica es una constante de regaños, insultos, humillaciones, manipulación de la información que se entrega a las mujeres y negación a tratamientos e incluso el no consultar ni permitir la

participación en toma de decisiones durante el trabajo de parto y la utilización del manejo del dolor como forma de castigo.

En este sentido, Arguedas (2014) establece la Violencia Obstétrica como un conjunto de prácticas que intimida y oprime a mujeres y niñas en lo que respecta a la atención de salud reproductiva, intensificando estas prácticas durante el período de embarazo, el parto y *postparto*.

Según sitio web El mostrador, se da cuenta que “*La Violencia puede representarse de las siguientes formas: burlas, regaños, insultos, amenazas, ironías, manipulación de información, humillaciones, negación a ciertos tratamientos, limitación de la información de las decisiones que el equipo médico va tomando avanzado el trabajo de parto, abuso de medicinas e, incluso, golpes.*” destacando lo anterior como características de Violencia Obstétrica.

En otras palabras, como menciona García (2018) la Violencia Obstétrica va más allá de las malas prácticas por parte de profesionales de salud, se trata también de una forma más de violencia de género dado que se infantiliza a las mujeres y se les trata de modo paternalista y vejatorio.

Se desprende de lo mencionado anteriormente que la violencia obstétrica se manifiesta de diversas formas y establece un estado de sumisión de la mujer ante un orden lógico y natural que ha sido normalizado y ejecutado por el personal de salud con distintas jerarquías. Vale decir, la violencia obstétrica no se atribuye solo a quien lidera la intervención médica, sino que también incluye a enfermeros/as, asistentes, técnicos/as, entre otros.

1.2 Violencia Obstétrica como violencia simbólica

De acuerdo a lo que plantea Fernández (2005) la violencia obstétrica también es violencia simbólica, ya que esta última es aquella que se ejerce sin la fuerza física sobre un agente social con su complicidad, dado que este no es consciente de su estado de sumisión, por lo cual, no se siente obligado a actuar y pensar de la forma en que lo hace porque hacerlo significaba ir en contra del orden lógico o “natural” ; de esta forma

entonces, es transmitida a través de símbolos, como son gestos, actitudes, posturas corporales, etc., cuyo significado es comprendido e interpretado dentro de la propia cultura (u otras), y es transmitido de generación en generación mediante la educación.

En tanto, parafraseando a Sadler (2004) la violencia simbólica resulta ser invisible ya que se muestra como “necesaria” para “ayudar” a las personas lo que hace sentir obligadas a las mujeres a obedecer y no cuestionar las indicaciones de los profesionales.

Así entonces, podemos deducir que la Violencia Obstétrica es violencia simbólica, “en donde la categoría de los dominados es ocupada por las mujeres que se encuentran en su proceso de gestación, de parto o de postparto, a quienes se les asigna el imaginario de lo femenino más radical debido a su sexo y por encontrarse viviendo el proceso reproductivo que las llevará a ser madres; y la de los dominantes se encuentra identificada por los profesionales de la salud a cargo de la asistencia médica del parto: ginecólogos/as, matrones/as, enfermeros/as, técnicos/as en enfermería, anesthesiólogos/as, neonatólogos/as y pediatras, principalmente, sea en recintos de salud públicos o privados, los que detentan el imaginario de lo masculino (no importando si son hombres o mujeres)” (Gálvez, 2018, p.33).

1.3 Violencia de género

En cuanto a la violencia de género, según Blanco (2005) podemos decir que esta constituye un problema de salud pública, dado que diversos estudios han demostrado que las víctimas de violencia de género tienen peor salud mental y física.

La ONU (citado en Espinar, 2007) define la violencia de género como: “todo acto o amenaza de violencia que tenga como consecuencia, o tenga posibilidades de tener como consecuencia, perjuicio y/o sufrimiento en la salud física, sexual o psicológica de la mujer. Constituye una de las más generalizadas violaciones de los Derechos Humanos y un problema de salud pública mundial, y sin embargo con demasiada frecuencia la violencia de género se silencia, minimiza, racionaliza, se niega y/o es aceptada por los individuos y la sociedad”.

En este sentido, para Gálvez (2018) la Violencia de Género es la que nace y sostiene la negación de la subjetividad de las mujeres y lo femenino, lo cual da espacio para no reconocer a las mujeres como sujetos de derecho, dejándolas en una posición de subordinación, vulnerabilidad y desprotección que se manifiestan en la falta de protección y legislación de los Estados en el ámbito de la violencia de género.

Así mismo, Gálvez (2018) plantea que la violencia de género se genera en cuanto lo masculino subordina a lo femenino mediante una relación de poder que no es equitativa y representa manifestaciones físicas, verbales, psicológicas o simbólicas en las cuales lo femenino estará ligado a características estereotipadas y valores determinados en los roles de género.

En este sentido, la violencia obstétrica es una forma de violencia de género, por cuanto se expresa solo a mujeres debido a su sexo o género y que se encuentran en una situación de vulnerabilidad o fragilidad como lo es el embarazo, el parto o postparto.

Se puede afirmar que, la Violencia Obstétrica es violencia de género y a su vez está basada en la violencia simbólica en la que se enmarca, dado que existe una complicidad involuntaria ante la mala praxis de los trabajadores de la salud que incurren en atenciones deficientes y déspotas, antes, durante y después del parto.

2. Contexto legal de la violencia obstétrica en América Latina y en Chile.

2.1 Contexto legal de la violencia obstétrica en Venezuela, Argentina y México.

Respecto a lo que refiere el ámbito legal en la región latinoamericana, podemos reconocer que son pocos los países que han implementado normativas que regulen y enfrenten la violencia obstétrica como un fenómeno social, en este sentido, podemos mencionar algunos casos como el de Venezuela en donde el 19 de marzo del 2007 se publicó en la Gaceta Oficial de Venezuela la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia la cual reconoce diecinueve formas de violencia contra la mujer, considerándose por entonces que la violencia obstétrica era la de regulación más novedosa, tratándose para aquella esencialmente tres cosas: el concepto, las conductas constitutivas de violencia obstétrica y su sanción.

En cuanto al concepto de Violencia Obstétrica, la ley expresa lo siguiente: “Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (citado en Díaz y Fernández, 2018)

Dentro de las conductas que contempla la ley venezolana están la no atención oportuna y eficaz de emergencias obstétricas, la obligación de adquirir una posición supina con piernas levantadas para parir, impedir el apego sin causa a la base, la utilización injustificada de técnicas de aceleración y de cesárea agregando finalmente la esterilización forzada. Por último, cabe mencionar que la ley regula dos clases de sanciones, la primera para la esterilización forzada donde se fija una pena privativa de libertad y para el resto de las formas de violencia obstétrica se establecen penas pecuniarias (Díaz y Fernández, 2018). En el caso de Argentina, la regulación de la violencia obstétrica en ese país está contenida en dos textos legales relacionados al tema.

El primero de ellos es la ley 25.929, de 2004, conocida como Ley de Parto Humanizado el cual establece una serie de derechos de las mujeres durante el embarazo, parto y post parto tales como, el derecho a la información sobre los diversos tipos de intervenciones que se contemplan en los procedimientos dando cabida a poder decidir de manera libre y respetada cuando existieren diferentes alternativas, cautelando siempre su intimidad, respetando sus pautas culturales entre otras.

Por otra parte, la ley 26.485, de 2009, ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, este texto normativo tiene a su base la definición de diversos tipos de violencia de género y a su vez 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, de conformidad con la Ley 25.929”.

Como complemento a esta ley, su reglamento define el 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”.*

Respecto a las sanciones que se establecen sobre la Violencia Obstétrica, el artículo 6° de la Ley sobre parto humanizado se indica: *“el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios”.*

Por otra parte, cabe mencionar que desde el año 2009, en cuanto a políticas públicas, se inicia la implementación de las denominadas Maternidades Seguras y Centradas en la familia, la que, transforma a los padres y familia en coprotagonistas del proceso de embarazo, parto y puerperio, estimulando el respeto y protección de los derechos de la mujer que se encuentra en dichos contextos.

En el año 2011 se crea en Argentina la Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (CONSAVIG).

La comisión mencionada busca colaborar en el diseño de sanciones contra la violencia de género entendiendo que la sanción debe ser una medida reparadora para la víctima(s). Sin embargo, Debido a la especificidad de la violencia obstétrica resultó necesario constituir un grupo de trabajo especial para la materia, por lo que dos años más tarde, en 2013, se constituyó la Comisión Nacional sobre la Violencia Obstétrica (CONSAVO), dedicada a tratar las sanciones posibles, como reacción ante la aparición de violencia obstétrica (Díaz y Fernández, 2018)

En México, existen dos órdenes de regulaciones relacionadas con la violencia obstétrica, una de ellas es de carácter federal y la otra es de nivel estatal.

Desde el año 2007, el Estado federal cuenta con la Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.

El artículo 1 de dicha ley, determina como principal objetivo prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres definiendo en sus artículos 6° y 18° algunas formas de agresión que se pueden relacionar con la Violencia Obstétrica tales como, violencia psicológica, violencia física y la violencia que proviene de agentes del Estado y que denomina violencia institucional.

A nivel estatal diez de las treinta y una unidades federadas que constituyen el Estado federal han definido la violencia obstétrica en sus respectivas leyes de acceso a una vida libre de violencia. Se trata de los Estados de Chiapas, Veracruz, Chihuahua, Colima, San Luis Potosí, Durango, Guanajuato, Quintana Roo, Tamaulipas e Hidalgo (GIRE, 2013).

Dada la similitud del concepto de Violencia Obstétrica para estos Estados, podemos definirla de acuerdo al Artículo 6 de la Ley de acceso a una vida libre de violencia para las mujeres en el Estado de Chiapas México, que esta implica 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”*.

2.2 Contexto legal de la violencia obstétrica en Chile

Como mencionan García y Fernández (2018) las prácticas de Violencia Obstétrica en Chile van más allá de las conductas individuales del personal de salud, ya que estas se arrastran y del proceso de enseñanza universitaria y práctica profesional. La ley 20.584 regula los derechos y deberes de las personas respecto a las acciones vinculadas con su atención de salud, sin embargo, en esta no se establece expresamente la protección hacia la mujer en situación perinatal frente a la Violencia Obstétrica, teniendo como principal foco el respeto a los pacientes y el resguardo de la privacidad, como también reconocer la autonomía y la participación activa de las personas en su atención.

En la actualidad, durante el mes de septiembre del presente año la cámara de diputados despacha el proyecto “Ley Adriana” que define la violencia Gineco - 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” dentro del cual se establece como constitutivos de este tipo de violencia las burlas e insultos, negación o abuso de medicación u ocultamiento de información, la maniobra de Kristeller y la episiotomía sin justificación médica y sin consentimiento de la gestante. (El Mostrador, 2021).

Este proyecto de acuerdo a lo publicado en el Diario Constitucional el 25 de septiembre 2021, busca garantizar, promover y regular los derechos de las mujeres, la pareja y los recién nacidos durante el proceso de gestación, parto y post parto con el fin de terminar con la violencia Gineco - obstétrica, definiendo y tipificando los hechos que constituyen la Violencia Obstétrica.

3. La Violencia Obstétrica desde el marco de los Derechos Humanos

Al igual que la violencia de género es un problema de derechos humanos (CEPAL, 1996). La violencia obstétrica constituye también una violación a los Derechos Humanos, tanto como manifestación de la violencia de género contra las mujeres como desde el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano (Villaverde, 2006). Es por ello que el derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos de los cuales también depende, por ende, no puede ser comprendido como un hecho aislado, sino desde una concepción integral de los Derechos Humanos (Belli, 2013).

Respecto de lo anterior, no es posible pensar el derecho a la vida como separado del derecho a la salud, ni el derecho a la salud como escindido del derecho a la dignidad: “todos los derechos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí” (Declaración y Programa de Acción de Viena, 1993).

Con la aprobación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 por la Organización de las Naciones Unidas se constituyó el primer impulso normativo

para el reconocimiento internacional de los derechos humanos de las mujeres, declarando en su artículo primero que «todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos».

A partir de la Declaración, se realizan conferencias internacionales sobre derechos humanos que alertan de la importancia del respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

Sin embargo, aún en muchas instituciones de la salud se transgreden sistemáticamente los derechos reproductivos de las mujeres durante el parto, convirtiéndose en formas naturalizadas de violencia. Donde en cada situación de violencia obstétrica se puede detectar la vulneración de más de un derecho.

Al respecto, el Instituto de Género Derecho y Desarrollo (INSGENAR) de Argentina junto con el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) han publicado dos informes sobre la vulneración de los derechos humanos y atención de salud reproductiva en los hospitales públicos de Argentina, donde se señalan una serie de derechos que son vulnerados durante la atención. Siendo los más recurrentes los siguientes:

- Derecho a la integridad personal: el respeto a este derecho implica que nadie debe ser lesionado o agredido físicamente, ni ser víctima de daños mentales o morales que le impidan conservar su estabilidad psicológica o emocional.
- Derecho a la privacidad o intimidad: “Este derecho se ve violado en las instituciones de salud a través de la exposición innecesaria del cuerpo de las mujeres, en especial de sus órganos genitales, en el parto, en la consulta ginecológica y otras sin ofrecer a la mujer la posibilidad de decidir sobre su cuerpo” (INSGENAR, 2003:20)
- Derecho a la Información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud: la vulneración a este derecho queda de manifiesto al momento de realizar prácticas sin previa consulta y sin ofrecerles ningún tipo de información sobre las implicancias de estas. En consecuencia, lo que sucede es que se anula la

posibilidad de las mujeres de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

- Derecho a la igualdad y estar libre de discriminación: como lo expresan la ONU y la CNDH la vulneración de este derecho es ejercida principalmente hacia las mujeres afrodescendientes, migrantes, mujeres que viven con VIH, indígenas, con discapacidad, menores de edad, entre otras), generándose entonces una doble transgresión, en primer lugar, por cuestiones de género y en segundo por la condición social o vulnerabilidad de cada mujer.
- Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes: la situación en la que se detecta reiteradamente el maltrato hacia la mujer, es en el momento del parto, a través de agresión verbal o psicológica, además de muestras de insensibilidad frente al dolor de la mujer, insultos y comentarios humillantes del tipo “Si te gusto aguántatela (haciendo referencia a los dolores de parto que aparentemente la mujer debería soportar por haber sentido placer al momento del acto sexual)” (INSGENAR, 2003:19)

A través de estos estudios es posible constatar que gran parte de la población que acude a los servicios gratuitos de salud pertenece a sectores desaventajados desde una perspectiva socioeconómica, situación que dificulta el conocimiento de los derechos que poseen y por tanto, anula casi por completo la posibilidad de defenderlos.

3.1 Marco normativo: análisis y presentación de convenciones vigentes

La Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer fue Aprobada por Naciones Unidas en 1979 y ratificada por Chile en 1989, establece los compromisos y obligaciones que tienen los Estados por prevenir y erradicar todas las formas de discriminación contra las mujeres, además de adoptar todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole, que permitan avanzar hacia el pleno goce y ejercicio de derechos y participación de las mujeres en todos los ámbitos de la vida económica, social, política y cultural. Reconociendo que la discriminación contra las mujeres viola los principios de la igualdad de derechos y del respeto de la

dignidad humana, que dificulta la participación de la mujer en las mismas condiciones que el hombre y que ello entorpece el pleno desarrollo de las posibilidades de las mujeres.

La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes fue adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1984 y ratificada por Chile en 1988; y adoptado por la ONU en y ratificado por Chile en 2008, respectivamente, ambos instrumentos buscan evitar la comisión de actos que inflijan intencionadamente dolores y sufrimientos graves, físicos o mentales, con el fin de obtener información por algún acto que haya cometido. Es posible señalar que la violencia obstétrica puede constituir tortura o una forma de TCID cuando se cumplen los respectivos elementos exigidos por ellos.

1. Se satisface la intencionalidad, probando que el personal de salud que ejerció los malos tratos actuó al menos con dolo eventual, es decir, que haya tenido la intención de causar dichos sufrimientos.
2. Hay finalidad, en el caso de la tortura, cuando mediante el apremio ilegítimo se ejerce con un objetivo claro como lo es, generalmente en el caso de la violencia obstétrica, la aplicación de un castigo, la intimidación o por cualquier razón basada en la discriminación.
3. Se cumple con la existencia de dolores o sufrimientos graves, físicos o mentales, generalmente en la evaluación casuística del caso a denunciar evaluando los efectos que dichos dolores tienen sobre la víctima.
4. Hay sujeto activo, en el caso de las convenciones aquí señaladas, consistente en un funcionario público o un privado que actúe directamente o por omisión, cuando los malos tratos los ejerce el personal de salud a cargo de la atención de la mujer

Al respecto, Nash (2009) p.6 señala: “Se puede sostener que la distinción entre las distintas conductas merece ser hecha, particularmente, para destacar la tortura, dado que esta calificación lleva consigo una estigmatización mayor que debe ser expresada. La tortura genera obligaciones diferenciadas para el Estado y puede tener consecuencias en materia de reparaciones; finalmente, la diferenciación entre las formas de afectación

a la integridad personal puede ser relevante en materia de activación de mecanismos de protección a nivel de la Convención de las Naciones Unidas contra la Tortura (CAT)”

La violencia obstétrica constituye, en principio, una forma de tortura o TCID, debido a las condiciones en las cuales ella se genera: existe una relación de jerarquía entre el personal de salud y la mujer, donde se imponen las decisiones de estos profesionales vulnerando los derechos que constantemente hemos tratado, y donde dicha transgresión puede abarcar muchísimos grados e intensidades de violencia para la mujer e inclusive su familia.

Sadler (2004) señala al respecto: “Desde el momento en que la mujer ingresa al sistema, una serie de mecanismos se conjugan para expropiarla de su identidad, de sus conocimientos, de cualquier autoridad que pueda ejercer, incluso de su propio cuerpo. Lo que debería suceder como un proceso normal, se interfiere hasta ser tratado como cualquier intervención compleja: la mujer debe desvestirse y ponerse una camisa que el hospital le entrega, acostarse de espalda sobre una cama, conectarse a un monitor fetal y a vía intravenosa (con lo cual queda inmovilizada y obligada a permanecer en la cama), permanecer en esa posición durante las contracciones, para luego ser trasladada a un box o pabellón de atención de parto que en casi nada se diferencia de una sala de cirugía compleja. (...) No sólo no se les permitirá que opinen, sino tampoco que expresen lo que sienten. Tal es la autoridad que se impone sobre ellas, que en gran parte de los casos no se atreven a preguntar qué está ocurriendo” (p. 6).

La Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993) constituye el primer instrumento internacional que abordó de forma explícita la violencia contra las mujeres, estableciendo un marco para la acción nacional e internacional. Define la violencia contra las mujeres como todo acto de violencia de género, basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. En su artículo 1º, define la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o

psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

Belém do Pará (Brasil, 1994) la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer fue desarrollada en Brasil, adoptada el 9 de junio de 1994 por 31 de los 34 estados que integran la Organización de Estados Americanos (OEA), fue ratificada por Chile el 11 de noviembre de 1998. Rotuló la violencia contra la mujer como una violación de los derechos humanos, una ofensa a la dignidad de la persona y la definió como «cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado». La Convención Belém do Pará reconoce el derecho de todas las mujeres a una vida libre de violencia y obliga a los Estados Parte de la convención a adoptar, por todos los medios que sea apropiado y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia.

De igual manera, la Convención señala una serie de deberes que los Estados Partes se comprometen a cumplir, tales como: el deber de adoptar las políticas públicas necesarias para la prevención, pesquisa, sanción y erradicación de la violencia de género, de asegurar un libre acceso a la justicia por parte de las víctimas, de fomentar el respeto de los derechos consagrados y la modificación de patrones socioculturales que los violentan, de legislar y modificar sus leyes internas en caso de ser necesario, establecer y fomentar programas de reparación a las víctimas, entre otros.

Por su parte, La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el cumplimiento de sus mecanismos de seguimiento a la implementación de la Convención “Belém do Pará”, ha alarmado a los Estados Parte sobre las vulneraciones de derechos de las mujeres que se dan dentro de la atención médica del embarazo, parto y postparto; sugiriendo el tomar acciones, de forma urgente, que tiendan a la erradicación de ellas y la protección efectiva de las mujeres en estas esferas.

Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) es una agenda con visión de futuro para el empoderamiento de las mujeres, el texto de referencia fue el resultado de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing, China, en septiembre de 1995.

Definiendo la salud sexual y reproductiva como una parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. Aun así, se siguen violando

“Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí” (Declaración y Programa de Acción de Viena, 1993). Sin embargo, llama la atención la ausencia de referencias directas a la violencia obstétrica en la gran mayoría de los textos sobre violencia hacia las mujeres.

Chile al no legislar ni tomar las medidas administrativas necesarias por parte de diversos organismos del Estado en torno a la Violencia Obstétrica y su prevención, sanción y erradicación, éste se sigue convirtiendo en cómplice de una cruel violencia de género, contribuyendo de manera activa a su normalización, invisibilización y fomento; no protegiendo, ni garantizando los derechos humanos, siendo la sociedad civil la única que se ha organizado y hecho cargo de este problema tan profundo.

En relación a esta problemática Dubravka Šimonović, relatora especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias de la ONU, que se publicó el 11 de junio de 2019, pide sentar las bases para que los Estados cumplan sus obligaciones en materia de derechos humanos, elaboren leyes, políticas y estrategias nacionales de salud reproductiva para las mujeres e implanten mecanismos de denuncia para asegurar un enfoque basado en los derechos humanos de la atención de la salud y garantizar la rendición de cuentas por las violaciones de los derechos humanos (Šimonović, 2019, p. 6).

Como se mencionó anteriormente La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha considerado como una de las preocupaciones que los Estados Parte deberían priorizar como materia urgente de cambio a la Violencia Obstétrica, así lo manifiesta en el párrafo 52 de su publicación Estándares jurídicos vinculados a la igualdad de género y a los

derechos de las mujeres en el sistema interamericano de derechos humanos: desarrollo y aplicación, actualización del 2011-2014, al mencionar que en sus visitas a todos los países de la región se ha mostrado una persistencia de la violencia obstétrica en los entornos de atención de salud (CIDH. 2011.)

El trato deshumanizador y la pérdida de protagonismo de las mujeres en sus propios procesos reproductivos son algunas de las consecuencias de dicho fenómeno; lo que trae consigo la restricción de sus derechos de autonomía y libre determinación, inherentes a la persona humana.

Por último, si analizamos cualquier situación de violencia obstétrica, veremos cómo se vulneran varios derechos. En los últimos años, el maltrato y la violencia contra la mujer experimentados durante la atención del parto en los centros de salud y en otros servicios de salud reproductiva han generado gran interés a nivel mundial debido, entre otras cosas, a los numerosos testimonios publicados por mujeres y organizaciones de mujeres en los medios sociales; se ha demostrado que esta forma de violencia es un fenómeno generalizado y sistemático. Reconociendo que estos problemas no se han abordado plenamente desde la perspectiva de los derechos humanos, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer decidió preparar su informe temático sobre el maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica (Šimonović, 2019, pp. 4-5).

4. Las secuelas de la violencia obstétrica

Como lo señala Ayers y Pickering (2001) un parto traumático, producto de la Violencia Obstétrica vivida en él, trae consigo sensaciones de miedo, indefensión y terror, las que no se detienen con el término de éste, sino que se suceden a lo largo del tiempo mediante recuerdos vívidos del suceso, flashbacks, pesadillas e irritabilidad; esto además de las marcas y cicatrices físicas producto de ella, como pueden ser las dejadas por una cesárea innecesaria o una episiotomía de rutina y las posibles complicaciones que pueden traer como: infecciones, mala cicatrización, dolor inmediato y posterior al desarrollar la vida cotidiana, dolor durante las relaciones sexuales o menstruación, entre

otras; lo cual evidentemente afecta la autoestima de las mujeres, el desarrollo sano de su maternidad y sexualidad posterior al evento, y su desenvolvimiento familiar y social.

Además de las implicancias para la salud, las consecuencias de la violencia tienen efectos intergeneracionales de corto y mediano plazo y su costo impacta no solo a las personas que sobreviven la experiencia, sino que tiene también consecuencias a nivel familiar, comunitario y en la sociedad en su conjunto. La violencia contra las mujeres obstaculiza los esfuerzos de los gobiernos por reducir la pobreza, reducen la productividad de las mujeres y aumentan el gasto público en salud (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

De acuerdo con lo anterior, se evidencia que los daños que ocasiona la violencia obstétrica pueden ser múltiples y severos para las mujeres, pudiendo llegar a ser irreversibles. Según lo expuesto, las secuelas que se pueden originar son físicas, tales como lesiones orgánicas leves o, incluso, la muerte si se realizan intervenciones médicas invasivas, como las cesáreas (García, 2015; Iglesias et al., 2019; OMS, 2014). Además, las víctimas pueden padecer secuelas psicológicas, las cuales pueden pasar de leves a significativas. También se identifican daños en las relaciones familiares y en el entorno (García, 2018). Dichas consecuencias se exponen a continuación.

4.1 Consecuencias Físicas

García (2018) menciona cuatro principales secuelas físicas, una de ellas es con relación a problemas con la lactancia materna, ya que, si el parto ha sido un procedimiento más natural que médico, existirán menos inconvenientes en este aspecto. En el caso anterior, el uso de antibióticos altera la flora bacteriana, pudiendo provocar obstrucciones que impiden el correcto drenaje de la leche en una zona focalizada. Por otro lado, con relación a las cesáreas y al dolor postoperatorio, las mujeres pueden encontrarse inhabilitadas para amamantar a su hijo o hija. Posterior al parto, la mujer puede presentar incontinencia urinaria en diferentes grados debido a las posturas artificiales que se han llevado a cabo durante el momento del parto, o como causa de emplear instrumental médico. De manera más grave, afectando esta consecuencia también a nivel psicológico, es posible que se desarrolle incontinencia fecal, lo cual

disminuye considerablemente la calidad de vida de las mujeres víctimas de violencia, afectando incluso a su autoestima (García, 2018).

Si se ha realizado una cesárea, como daño severo se pueden producir hemorragias, ya que la pérdida de sangre está asociada a dicha intervención. Por otro lado, se pueden dar “hemorragias puerperales”, que son las que suceden tras el momento del parto, si este ha sido largo y la mujer ha tenido que realizar grandes esfuerzos. Las hemorragias puerperales también aparecen si se ha manipulado artificialmente el ritmo de las contracciones (García, 2018).

En el caso del parto que ha sido instrumentalizado, pueden presentarse desgarros profundos, llegando a rasgar tejido vaginal, músculos vaginales, y pudiendo atravesar el esfínter anal. Esto último provoca intensos dolores durante meses, lo que también estará asociado a sufrir incontinencia fecal (García, 2018).

Por último, dentro de las consecuencias físicas también se encuentra un aumento de la morbilidad materna u obstétrica y mortalidad por el empleo de prácticas sin justificación médica, destacando entre otras, las cesáreas o las episiotomías (Chávez y Sánchez, 2018; García, 2015; Iglesias et al., 2019).

4.2 Consecuencias psicológicas

Señalado por París (2018) las consecuencias psicológicas posteriores a un episodio de violencia obstétrica van desde la depresión postparto a cuadros de ansiedad, fóbico o evitativos, y al trastorno de estrés postraumático. Esta situación de malestar psicológico afecta la relación de la madre consigo misma, con el bebé, con la pareja, la familia, el entorno y los profesionales de la salud.

García (2018) menciona que los daños derivados de la violencia obstétrica pueden causar consecuencias psicológicas que afectan a la autoestima, producen alteración emocional, perturbación del sueño, ansiedad o sintomatología depresiva.

De acuerdo con lo anterior, existe evidencia que las mujeres que han sufrido violencia durante su parto suelen tener flashbacks, recuerdos invasivos y desagradables

de momentos específicos que pueden dispararse ante cualquier estímulo relacionado: una mujer embarazada, la ruta por donde se va al hospital en el que la atendieron, un olor particular, un sonido, una aproximación sexual genital, etc. Algunas veces también tienen pesadillas donde reviven la escena vivida, o rumiaciones constantes de la misma intentando buscar el fallo para intentar tener mediante la fantasía un resultado diferente: aquel momento donde pudieron haber hecho tal o cual cosa, lo que no dijeron, a lo que no se atrevieron, lo que se les pasó o ante lo que se encuentran paralizadas. Todo esto suscita un gran malestar: tristeza, angustia, rabia, y un gran embotamiento emocional; así como también puede generar conductas evitativas de todo aquello que pueda recordar la experiencia vivida.

De igual manera la relación de pareja también se ve afectada, ocurriendo que muchas relaciones de pareja se rompen meses después de un parto traumático: la relación se trastoca, el vínculo se fragiliza y se genera distanciamiento emocional. La sexualidad también suele verse profundamente afectada, no sólo porque hay heridas físicas que tardan en sanar, sino que también, porque hay heridas psicológicas que acompañan el proceso.

4.3 Consecuencias para Familiares y el Entorno

De acuerdo con lo mencionado por Crespo-Antepara et al. (2018), la violencia obstétrica no solo afecta a la mujer embarazada, sino que las secuelas derivadas de este abuso pueden también dañar a la familia y su entorno cercano, al percibir la atención obstétrica como una experiencia negativa. Según Sadler et al. (2016), aquellas personas que han sido testigo de este tipo de violencia también pueden sufrir alteraciones a nivel psicológico debido a la exposición de situaciones traumáticas y estresantes que experimenta la mujer. Por tanto, esto afectaría al bienestar familiar o del núcleo cercano de la mujer embarazada (Crespo-Antepara et al., 2018).

Se evidencia que, una de las principales situaciones adversas vividas por los familiares o acompañantes de las mujeres es la desinformación, por otro lado, existe también la separación de la mujer que está dando a luz. Situación que deja entrever, no sólo una afectación indudablemente perjudicial, de forma severa y directa a las mujeres,

sino que también se trata de un problema de salud pública al provocar daños que se extienden al entorno (García, 2018).

CAPÍTULO IV

Marco metodológico

1.- Tipo y enfoque del estudio

El tipo de investigación utilizado en la realización del presente estudio es de carácter cualitativo, considerado el más idóneo para poder alcanzar el objetivo planteado dentro del proceso investigativo, a fin de comprender las consecuencias de la violencia obstétrica a través de la narrativa de las mujeres que han sido víctimas de ella, en este sentido las investigaciones cualitativas nos aproximan a un sujeto real, que está presente en el mundo y que puede, en cierta medida, ofrecernos información sobre sus propias experiencias, opiniones, valores, etc. Este tipo de investigación facilita que quienes recolectan las experiencias y vivencias de los sujetos de investigación, puedan informar con objetividad, claridad y precisión acerca de sus propias observaciones del mundo social, así como de las experiencias relatadas por ellos/as. (Hernández, Fernández & Baptista 2014).

La investigación tiene un enfoque fenomenológico, ya que este permite obtener la perspectiva de los/as participantes. En el caso de esta investigación, es necesario conocer la perspectiva e interpretación de quienes han sufrido violencia obstétrica, por lo cual este enfoque es idóneo de acuerdo con su diseño y objetivo. Como lo plantea Hernández, Fernández & Baptista (2014) el fenómeno se identifica desde el planteamiento y este puede ser igual de variado que las experiencias humanas; por tanto, en su diseño, primero se debe reconocer el fenómeno, para luego recopilar los datos de las personas que han experimentado este y posteriormente desarrollar lo que sería una descripción compartida de la esencia de la experiencia de quienes participan.

2.- Instrumento de recolección de información

El principal instrumento de recolección de datos en esta investigación es la entrevista semiestructurada, ya que nos permite conocer en mayor profundidad las diferencias o similitudes que se pudieran presentar a lo largo del diálogo con cada entrevistada.

Según Vallés (1997) las entrevistas contienen una riqueza informativa que emana de las palabras e interpretaciones de los entrevistados, por otra parte, proporciona a quien investiga, la posibilidad de clarificar y replantear preguntas en un marco de interacción flexible, directo, espontáneo y personalizado, siendo esta una técnica flexible y económica que permite por, sobre todo, acceder a información difícil de observar.

Para Hernández, Fernández & Baptista (2014) las entrevistas como herramienta de recolección de datos cualitativos, permiten obtener información compleja cuando el problema que se está estudiando no se puede observar o es difícil por ética. En este sentido la utilización de entrevistas para esta investigación, nos permitió poder conocer desde la interpretación de las mujeres víctimas de violencia obstétrica, la forma en que esta se da en el interior de los procedimientos y atenciones durante la gestación, en el parto y post parto.

2.1 Categorización

Enunciado de la investigación	Categoría base
Violencia Obstétrica: la experiencia de mujeres usuarias de hospitales públicos del servicio metropolitano sur.	<ul style="list-style-type: none"> - Violencia física - Violencia Psicológica - Impacto Psicológico - Secuelas - Necesidades

2.2 Técnicas de Registro de información

Las principales técnicas para el registro de datos que se utilizaron fueron grabaciones de audio y transcripciones de la entrevista.

Estos registros, permitieron agrupar y analizar la información de manera más sencilla, fidedigna y a su vez, poder volver a revisar y/o reproducir la información en caso de ser necesaria. Otros registros como las notas de campo o bitácoras fueron herramientas fundamentales a la hora de contrastar y analizar la información obtenida.

En este sentido, Hernández, Fernández & Baptista (2014) describe la bitácora como una especie de diario personal en el cual se registran descripciones del ambiente (iniciales y posteriores) que abarcan lugares, personas, relaciones y eventos; mapas, diagramas, esquemas y diversos aspectos del desarrollo de la investigación.

3.- Muestra

Al ser una investigación cualitativa el tipo de muestreo utilizado es no probabilístico que, según Cuesta, (2009) es una técnica de muestreo donde las muestras se recogen en un proceso que no brinda a todos los individuos de la población iguales oportunidades de ser seleccionados. A partir de este tipo de muestreo y para poder responder a la pregunta de investigación, utilizaremos el tipo:

El muestreo que se utilizó es por bola de nieve: se localiza a algunos elementos del universo, los cuales conducen a otros, y estos a otros, y así hasta conseguir una muestra suficiente, llegando incluso a completar el censo del universo. Aunque pueda parecer que no tiene utilidad, se utiliza frecuentemente cuando conocemos la población, por ejemplo, con poblaciones como delincuentes, sectas, determinados tipos de enfermedades, entre otros. López, 2010).

Se entrevistó a una muestra de 7 personas, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

1. Género: Mujeres
2. Edad: entre 18 y 40 años
3. Que hayan tenido un parto (cesárea, normal o natural) en los últimos 5 años
4. Atendidas en hospitales públicos del servicio de salud metropolitano sur . Tales como: Hospital Barros Luco Trudeau, Hospital El Pino, Hospital Parroquial de San Bernardo.
5. Nacionalidad: chilena

4.- Plan de Análisis: Tipo de análisis

Al ser una investigación basada en la narrativa de las mujeres se utilizó la técnica de análisis de contenido, que es un método que apunta a descubrir la significación de un mensaje, ya sea este un discurso, una historia de vida, un artículo de revista, un memorando, etc. Específicamente, se trata de un método que consiste en clasificar y/o codificar los diversos elementos de un mensaje en categorías con el fin de hacer aparecer de manera adecuada su sentido (Mayer & Quelle, 1991).

En la misma línea para Allport, se trata de un método para estudiar y analizar las comunicaciones de una forma sistemática, objetiva y cuantitativa a fin de medir variables (Allport, en Pérez, 1994); Berelson, el primer autor que escribió un libro específico del tema, señala que el análisis de contenido es “una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de las comunicaciones con el fin de interpretarlas” (Berelson en Hernández, 1994,p.301).Durante esta etapa inicial, otros autores como Paul Lazarsfeld y Harol D. Lasswell ayudaron a sentar las bases del análisis (Mayring, 2000).

El mecanismo de procesamiento de la información se realizó de la siguiente manera:

1. Determinar el objeto o tema de análisis.
2. Determinar las reglas de codificación.
3. Determinar el sistema de categorías.
4. Comprobar la fiabilidad del sistema de codificación-categorización.
5. Inferencialidad.

5.- Consideraciones éticas de la investigación

Existe mucho sobre qué investigar para hacer valer la ética en el quehacer profesional de los trabajadores/as sociales, aún más considerando que la violencia obstétrica, naturalizada, invisibilizada y sin resorte legal, es una realidad que se vive día a día en Chile. Pese a contar con el reconocimiento de la ONU en 2019, que la establece como una violación a los derechos humanos de las mujeres y a la vigencia de guías de

práctica clínica para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas pertinentes, publicadas por la OMS y el Ministerio de Salud en 2015, continúan existiendo casos de este tipo de violencia hacia la mujer de forma cotidiana en recintos de salud públicos y privados.

5.1 Consentimiento informado

En la investigación, se entregó un consentimiento informado a cada una de las participantes, el cual debió ser aceptado y firmado por ellas, este contempla el nombre de la investigación e informa sobre la confidencialidad de los datos entregados. Además, se menciona que la información proporcionada será difundida exclusivamente con fines académicos.

Las entrevistas realizadas fueron escritas y grabadas, para este último punto existe la obligación de garantizar el anonimato y la confidencialidad, estableciéndose lo anterior por escrito, permitiendo de esta manera proteger la identidad y la confidencialidad de la entrevistada a lo largo de todo el proceso, desde que se le contacta, hasta que se realiza el análisis de datos y la publicación de estos resultados.

5.2 Autorización de grabación

Como segundo punto, la autorización consciente de la experiencia, asegurando que cada entrevistada, entienda claramente el contenido y objetivo de la entrevista, el uso que se le quiere dar a la información, su derecho a no contestar preguntas, su derecho a dar por terminada la entrevista cuando le parezca y su derecho a poner restricciones al uso de la información.

CAPÍTULO V

Resultados

Cumpliendo con el objetivo principal de la investigación que es analizar las experiencias de mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica en hospitales públicos del servicio de salud metropolitano sur y describir los tipos de violencia, así como también las consecuencias de esta, se presentan los siguientes resultados:

1. Violencia y secuelas físicas: Estado de vulnerabilidad e invisibilización de sus necesidades:

Se evidencia la ocurrencia de un conjunto de prácticas invasivas por parte del personal de salud, expresadas en un trato deshumanizado, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales del parto. Dichas prácticas o conductas provocan daño y sufrimiento físico, destacar que estas acciones físicas dañan la integridad de las mujeres, siendo disminuidas y dejándolas en una posición de subordinación, vulnerabilidad y desprotección lo que para Gálvez (2018) es también considerada violencia de género en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a.

Existe entonces una percepción de maltrato generalizado por parte de la mayoría de los funcionarios de la salud como lo señalan las siguientes citas:

“...entonces le avisé y ahí el que pasaba me hacía tactos vaginales.” (E1)

“...otra matrona me hace el tacto sin decirme nada, ponen una bandeja abajo y ahí ya fue la explosión de líquido, me dice: “bájese póngase la ropa y traiga el bolso de la atención” porque su guagua va a nacer.” (E2)

En base al relato anterior y como lo menciona Gálvez (2018) se puede afirmar que la violencia obstétrica es violencia de género y a su vez está basada en la violencia

simbólica en la que se enmarca, dado que existe una complicidad involuntaria ante la mala praxis de los trabajadores de la salud.

Otras manifestaciones de violencia física evidenciadas en las entrevistas fue la invisibilización del dolor asociado al parto, la nula respuesta de los funcionarios de la salud ante las demandas de la mujer y abandono por parte de ellos hacia ésta, dónde frecuentemente se imponen las decisiones de los profesionales asociados a la atención y no la de las entrevistadas. El trato deshumanizador y la pérdida de protagonismo de las mujeres se traducen en la restricción de sus derechos de autonomía y libre determinación, inherentes a la persona humana. Así como también la transgresión del derecho a la integridad personal, donde la mayoría de las entrevistadas experimentan sentimientos permanentes de indefensión, vulnerabilidad y angustia.

Es posible señalar que este tipo de violencia obstétrica pueda constituir tortura o una forma de TCID ya que existe un sujeto activo, en este caso consiste en un funcionario público que actúa directamente o por omisión, cuando los malos tratos los ejerce el personal de salud a cargo de la atención de la mujer.

“...yo gritaba, ahí ya estaba gritando, se me salió pelo, porque yo me revolcaba en la camilla, se me salió el pelo, me hice heridas en los brazos porque la fricción que hacía en la camilla para sostener las contracciones, tuve muchas heridas en mi cuerpo, porque me revolcaba y hacia presión y el pelo de atrás se me salió entero porque movía la cabeza, eran movimientos involuntarios y lo hacía por dolor. Pasaron las 7, estuvo dos horas, tres horas en esa camilla y llega la misma matrona que me había atendido en la recepción y me pone una inyección en el trasero, yo le digo ¿Qué es? Y me dice: “es para el dolor” que tampoco me quiso decir el medicamento, luego y me la coloco y yo quedé igual, sentía lo mismo.” (E2)

“...Después de todo lo que tuvimos esperando, estuve 23 horas más en trabajo de parto. Ese día yo pensé que me iba a morir, los dolores, todo, todo, cuando llegó el anesthesiólogo, sentí que cada uno de ellos estaba en una carnicería, porque cada uno de ellos me hacía algo.” (E7)

De acuerdo a lo planteado por Villanueva (2010) la violencia obstétrica es una constante de regaños, insultos, humillaciones, manipulación de la información que se entrega a las mujeres y negación a tratamientos e incluso el no consultar ni permitir la participación en toma de decisiones durante el trabajo de parto y la utilización del dolor como forma de castigo que se evidencia en las siguientes citas:

“...no me pusieron anestesia, tuve contracciones todo el día, estaba súper cansada, no podía pujar, entonces fue súper complicado.” (E1)

“...me hicieron raspaje y me dijeron: “no, si es normal en todos los partos” y esa fue la explicación que me dieron, que era normal.” (E4)

“...si consideramos violencia física, por ejemplo, que en el momento del parto se me haya subido a la guata ¿y me hayan aplastado? Sí.”(E3)

Asimismo, es posible constatar la práctica de procedimientos médicos por parte del equipo de salud, que provocan en las puérperas consecuencias físicas que en muchos casos pueden disminuir su calidad de vida posterior al parto, como pueden ser las dejadas por una cesárea innecesaria y las posibles complicaciones que esta pueda traer como: infecciones, mala cicatrización, dolor inmediato y posterior al desarrollar la vida cotidiana; situación que impide un desarrollo sano de su maternidad y sexualidad posterior al evento, y su desenvolvimiento familiar y social.

En el caso del parto que ha sido instrumentalizado, pueden presentarse desgarros profundos, llegando a rasgar tejido vaginal, músculos vaginales, y pudiendo atravesar el esfínter anal, como es mencionado por García (2018), esto último provoca intensos dolores durante meses, lo que también estará asociado a sufrir incontinencia fecal, impactando profundamente en el bienestar físico y social de las mujeres, tal como se menciona en las siguientes citas:

“...a mí el cuello del útero se me triso, quede con un trauma pélvico que me duró como tres meses” (E1)

“...terminó el parto y me llenaron de gasas la vagina, como mil gasas para dentro porque era mucha sangre, después cada dos horas me las iban a sacar, me metían más gasas para dentro, entonces yo quede así adolorida al máximo, hematomas en la vagina, hematomas gigantes, botaba coágulos de sangre.” (E1)

Situación que se condice con lo mencionado por García (2018) que como consecuencia física se producen “hemorragias puerperales”, que son las que suceden tras el momento del parto, si este ha sido largo y la mujer ha tenido que realizar grandes esfuerzos, además de desgarros profundos que provocan intensos dolores durante meses.

Por último, también se considera consecuencia física las prácticas sin justificación médica destacando entre otras las episiotomías mencionadas en la siguiente cita:

“...dijo la matrona, lo siento te tengo que rajar, y ahí me corto, fue sin consentimiento nada.” (E6)

Como lo indica, Chávez y Sánchez (2018); García, (2015) e Iglesias (2019) dentro de las consecuencias físicas también se encuentra un aumento de la morbilidad materna u obstétrica y mortalidad por el empleo de prácticas sin justificación médica, destacando entre otras, las cesáreas o las episiotomías.

Por tanto, lo que queda en evidencia en estos casos, tal como lo señala Prado (2021) es que la práctica de cesáreas injustificadas es un ejercicio naturalizado de violencia.

2. Violencia psicológica, su impacto y consecuencias como resultado de un trato deshumanizado durante la atención.

Al identificar las consecuencias psicosociales provocadas por la violencia obstétrica, las mujeres en su gran mayoría coinciden en el relato de malas experiencias, miedos, dudas, sensaciones y opiniones que son invisibilizadas y suprimidas por el personal de la salud. A su vez, las mujeres que han sufrido violencia durante su parto suelen tener flashbacks, recuerdos invasivos y desagradables de momentos específicos

que pueden dispararse ante cualquier estímulo relacionado. Como lo menciona García (2018) los daños derivados de la violencia obstétrica pueden causar consecuencias psicológicas que afectan a la autoestima, producen alteración emocional, perturbación del sueño, ansiedad o sintomatología depresiva, situación que se manifiesta en las siguientes citas:

“Me aguantaba porque la niña que estaba al lado gritaba de dolor y la matrona que había de turno era mayor, les decía, así tal cual, no le gustó ahora tienen que aguantarse así gritando. Entonces no me quedaba otra que quedarme callada.”(E3)

...Yo escucho al matrn y dice: “hay que sacarla de aquí, porque se queja demasiado, no puede estar aquí con pacientes que ya están recuperadas y que están con sus bebés” porque yo ya me agarraba de la camilla del dolor que tenía.” (E2)

“...yo no sé qué gritas tanto, gritas tanto, si estás teniendo una guagua, obvio que te va a doler, deja de quejarte” aparte yo ya me sentía tan mal, frustrada y humillada, estaba tan indignamente teniendo a mi hijo” (E2)

En este sentido, Arguedas (2014) establece la violencia obstétrica como un conjunto de prácticas que intimida y oprime a mujeres y niñas en lo que respecta a la atención de salud reproductiva, intensificando estas prácticas durante el período de embarazo, el parto y postparto.

Sumado a esto, se encuentra la ausencia de respeto por aspectos relacionados con la intimidad de las mujeres ya que, en el ámbito hospitalario, el pudor y la vergüenza ante la exhibición de sus cuerpos y genitales desnudos no es tomada en consideración, existiendo una exposición innecesaria del cuerpo, en especial de sus órganos genitales, en el parto, en la consulta ginecológica y otras sin ofrecer a la mujer la posibilidad de decidir sobre su cuerpo” (INSGENAR, 2003:20) tal como se señala en la siguiente cita:

“...como había tanta gente en la sala de parto, yo me tapaba y me retaban, porque yo trataba de taparme para que no me vieran tanto, viste que te ponen unas botas en las piernas y se me bajaban entonces yo trataba de subirlas, porque como estaba tan lleno, yo me sentía, así como cohibida, avergonzada, y me retaban, me decían no te puedes

tocar, no te toques, no te toques, como me tocaba las botas tratando de subirlas para taparme las piernas.” (E1)

De acuerdo a lo mencionado por las entrevistadas no se estaría respetando la ley 20.584 (2012) que indica como derecho el ser tratado/a con dignidad y respeto en todo momento, por lo que por parte del funcionario/a de salud se espera que vele por mantener un lenguaje adecuado con los/as usuarias/as, adoptar una actitud que se ajuste a las normas de cortesía generalmente aceptadas socialmente, junto con respetar y proteger la vida privada de las personas durante su atención en salud.

Así también lo señala la última entrevistada “...Imagínate que hasta el anestesiólogo me gritaba cosas.” (E7)

Como consecuencias de sufrir violencia psicológica durante el parto Paris (2018) señala la aparición de diversos trastornos que van desde la depresión post parto a cuadros de ansiedad. Todo esto suscita un gran malestar: tristeza, angustia, rabia, y embotamiento emocional; así como también puede generar conductas evitativas de todo aquello que pueda recordar la experiencia vivida, tal como se indica en las siguientes citas:

“No quiero ir a ningún hospital, para evitar todo lo que me pasó, a mi tercer hijo igual lo tuve en el hospital parroquial, pero en pensionados” (E1)

“...con mi embarazo actual que mi bebé ya tiene como cuatro meses, me tocó ir a un control en el Barros Luco y la verdad que no me pude quedar, me tuve que ir porque desde que tú entras vas caminando por el pasillo de la maternidad es súper feo, como que te da mal augurio, así como que llamas a algo malo... y no, no aguante y me tuve que ir porque me acordé de todo lo que yo viví y no pude, no pude.” (E3)

“Yo tuve depresión posparto inmediata y aparte estrés postraumático, después del parto, estuve 15 horas en la sala de pre parto, pero totalmente sola, totalmente sola, entonces para mí ese momento fue como que me fueron a tirar.” (E6)

“...Tuve problemas psicológicos, yo mentalmente quedé muy mal, tuve depresión post parto...” (E7)

Otro factor importante a considerar en el impacto psicológico que ocasiona la violencia obstétrica y como también lo señala Sadler (2004) donde la mujer al momento de ingresar al sistema, una serie de mecanismos se conjugan para expropiarla de su identidad y lo que debiese ser tratado como un proceso normal de parto pasa a ser un proceso de intervención compleja, situación que despoja a las mujeres de vivir un parto humanizado, donde se respeten los derechos humanos que tiene la mujer sobre su cuerpo y el entorno que desea para traer al mundo a la nueva persona, tal como se señala en las siguientes citas:

“...me voy con una visión del hospital el pino y sobre todo la maternidad que son unos desgraciados, me mataron el momento más hermoso de una mujer ¿usted tiene hijos? Me dijo sí. Me mataron el momento más hermoso de una mujer, que es tener un hijo.” (E2)

“...nos cambió la vida, algo que podía ser tan bello, tan bonito, en ese momento fue lo más horrible de mi vida, tenía miedo de perder a mi hija, tenía miedo de todo, quedé con puras inseguridades.” (E7)

Asimismo, García (2018) señala que los daños derivados de la violencia obstétrica afectan la autoestima de las mujeres y producen alteraciones emocionales, perturbación del sueño, ansiedad o sintomatología depresiva.

Finalmente, como lo menciona Ayers y Pickering (2001) un parto traumático, producto de la violencia obstétrica vivida en él, trae consigo sensaciones de miedo, indefensión y terror, las que no se detienen con el término de éste, sino que se suceden a lo largo del tiempo mediante recuerdos vívidos del suceso, flashbacks, pesadillas e irritabilidad.

3. Necesidades identificadas a través del relato de mujeres víctimas de violencia obstétrica.

En cuanto al presente apartado y según lo mencionado en el marco teórico son pocos los países que han implementado normativas que regulen y enfrenten la violencia obstétrica como un fenómeno social, por lo mismo hay muy poca bibliografía en cuanto a necesidades que presentan las mujeres en el proceso de parto y post parto. En el caso de esta investigación las usuarias manifestaron en sus relatos distintas necesidades como:

“...yo creo que a todas les gustaría que le dieran más detalles sobre los procedimientos, si es que algo sale mal, nadie te explica si es que algo sale mal, si a ti te llega a pasar algo, porque no siempre sale todo bien, ellos creen que siempre sale todo bien el parto en el hospital.” (E4)

“Explicar los procedimientos, empatizar con el sufrimiento.” (E2)

Ante esta necesidad encontramos la ley argentina de parto humanizado que establece una serie de derechos tales como el derecho a la información sobre los distintos tipos de intervenciones que se contemplan en los procedimientos dando cabida a poder decidir de manera libre (Ley 25.929, 2004).

Otros requerimientos expresados por las mujeres entrevistadas, es la necesidad de acompañamiento durante el parto, donde la pareja debería tener un rol fundamental a la hora de brindar apoyo tanto físico (en determinadas posturas) como emocional. De acuerdo con esto, Northrup (1999) señala que los estudios han demostrado que las mujeres que no reciben apoyo o están excesivamente estresadas durante su embarazo tienen más probabilidades de resultados adversos. Situación que se evidencia en las siguientes citas:

“...se supone que en ese momento tiene que sentirse acompañada, contención y todo esto y yo no la tuve y me dolía harto quería solo llorar...” (E3)

“...creo que acompañamiento psicológico, y creo que la mayoría de las mujeres, aparte de parir, ósea después de tener un hijo, ya uno está con temas hormonales, ya está un poco más vulnerable por decirlo así, y más encima sumarle violencia obstétrica que muchas mujeres viven, creo que debería haber o existir un acompañamiento psicológico.” (E5)

“...que falta en realidad es más empatía del servicio sobre todo el público, más empatía, más acompañamiento, no sólo en el embarazo, sino también en el momento del parto, el acompañamiento es casi nulo, entonces fue cero empático, entonces más que física más que físico el trauma terminó siendo psicológico yo tengo varias amigas que también fueron mamá el mismo tiempo y tengo una en particular que su experiencia fue en clínica, y fue totalmente distinta, le tenían música, aromaterapia, masajes, si quería un vasito de agua, todo fue muy distinto y en el sector público es súper frío, es súper poco empático, no hay nada de acompañamiento.” (E6)

Las consideraciones de la OMS sobre los cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva, en su apartado de acompañamiento durante el trabajo de parto y el parto recomienda el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección. En relación al mismo tema García (2018) señala que al no tener un acompañamiento se sufren situaciones adversas como la desinformación, además la separación en el momento que se está dando a luz es indudablemente perjudicial tanto para la mujer como para su entorno.

Dando cuenta sobre la importancia de que en todo momento del parto se encuentre la mujer en compañía de su pareja u otra persona de su confianza, ya que es un momento único de dolor, incertidumbre y vulnerable sin embargo lo anterior pocas veces se cumple o se ve como necesidades, reafirmando esta información los presentes relatos;

“Estuvo mi pareja, pero en el último momento, cuando la guagua va a salir, ahí recién pudo entrar, en ese momento, entro como en la mitad del proceso”. (E1)

“Yo creo que el haber estado con el Cristian me hubiera hecho bien, porque no sé, él también estaba sufriendo mucho desde afuera, él estaba afuera de la neo y tampoco lo dejaron entrar. Estuve siempre sola. Incluso ahí también en la neonatología no hay ningún pudor en decir las cosas, al lado había una mamá con su hijo que tenía muerte cerebral porque la guagüita se ahogó en el momento del parto, y el doctor a viva voz delante de todas contaba la historia y la mamá muerta llorando, entonces tampoco se resguarda el tema de información, de sufrimiento, privacidad no hay, en el pino puedo decir que no hay privacidad de nada, no resguardan la privacidad del paciente, nada, nada, nada”. (E2)

“Mira como la sala era como común, había muchas niñas, yo pregunté varias veces si mi pareja podía entrar y no, no te dejan ahí te dan dos tiempos de 5 minutos que ellos deciden la hora y van a buscar a tu esposo o a quien sea que está afuera y te lo hacen entrar como onda, ¿cómo estás? Besitos y para afuera.... Ya ahí fue el único momento en que él estuvo, pudo estar como acompañándome, por decirlo así, porque él vio nacer a mi hijo, todo mira lo único que rescato en este momento fue que cuando sacaron a mi bebé me lo pusieron en el pecho y mi pareja pudo cortar el cordón, fue lo único rescatable de toda esta experiencia. (E3)

En este punto también se evidencia la necesidad de la mujer de cuidar del otro, en este caso, la preocupación de la salud del recién nacido era más importante que sus dolencias físicas o daños psicológicos sufridos, pasando estos a segundo plano sin tener la preocupación de cuidar de su salud como se evidencia en la siguiente cita:

“Eso es lo que pasa, me hiciste recordar algo, uno en ese momento, yo tenía tanto miedo, además que cero tino los doctores, estaban al frente mío con cara así como de “oh que hicimos” y yo más me asustaba, porque decían “oh qué vamos hacer” “oh no sale” entonces yo ¿qué hago en ese momento? No sé, ¡qué salga, que salga y que a mí me pase lo que sea!, solamente que la guagua salga bien, que no le pase nada, que salga sanita.” (E1)

“No, como que solo pasó el tiempo, de hecho, nunca volví al doctor, nunca lo hablé con el doctor, nunca nada, nunca hice nada, ni pedí asesoramiento nada, sentí que ya me traje a mi hijo a la casa y eso era todo. “

Al respecto García (2018) señala que una de las principales situaciones adversas vividas por los familiares o acompañantes de las mujeres es la desinformación, por otro lado, existe también la separación de la mujer que está dando a luz. Situación que deja entrever, no sólo una afectación indudablemente perjudicial, de forma severa y directa a las mujeres, sino que también se trata de un problema de salud pública al provocar daños que se extienden al entorno.

4. Hallazgos emergentes en la investigación:

Una vez codificados los resultados de las entrevistas, es posible constatar la aparición de categorías emergentes, dichas temáticas no estaban contempladas dentro de los objetivos del estudio, sin embargo, se traducen en datos de gran relevancia a la hora de conocer y comprender la problemática en estudio, a continuación, se presentan estas categorías emergentes:

4.1 Consecuencias de la violencia obstétrica en el recién nacido.

Según el Centro para el cuidado de la salud mental de madres, padres y bebés (2020) la separación rutinaria del recién nacido y su madre, con el fin de estabilizar, pesarlo, desinfectar, lavarlo, vestirlo, etc., prácticas rutinarias y normalizadas, constituyen maltrato al recién nacido. Ya desde 2015, la OMS ha llamado la atención de los Estados en relación a esta forma de violencia y discriminación hacia las mujeres, estableciendo un listado de prácticas iatrogénicas y hasta prohibidas en los protocolos obstétricos, cada una de las cuales tiene una consecuencia directa en el bebé.

Esta rutina de separación, junto con la cesárea, cuando no está realmente justificada por motivos médicos, es quizás el ingrediente fuerte del nacimiento patriarcal, ya que despoja a la madre de su poder femenino, interrumpe el flujo de la experiencia del parto y la predispone a la depresión, sumando a toda esta situación un parto traumático que muchas veces trae consecuencias físicas a los recién nacidos debido a

procedimientos negligentes por parte de los funcionarios de la salud. Así lo relatan las entrevistadas:

“...espere horas en tener respuesta, angustiada sin saber nada, no sabía si estaba muerto, vivo, no sabía nada, luego llegan y me dicen tu guagua quedó hospitalizada porque requirió de oxígeno y me dice un sinfín de complicaciones y yo me pongo a llorar.” (E2)

“Ahora veo todas las consecuencias de este parto, que el Lucas nunca tuvo vínculo conmigo, no le pude dar lactancia materna, lo intenté por todos los medios, todo, todos y no hubo caso.” (E2)

“yo estaba lista para que mi hijo naciera y el doctor no llegaba, entonces mi hijo nació con hipoxia, debido a la culpa que el doctor no llegaba.” (E5)

“Me sentí muy pasada a llevar fue horrible, de hecho, yo dije ¿solo le dieron la leche, o me están preguntando ahora si le puede dar una leche? No ya se la dimos, si él tiene que comer. Entonces porque no me lo trajo si yo igual podía darle leche, no, es que usted tenía que descansar, todo lo hicieron sin consentimiento, solo lo hicieron.” (E6)

Mencionado por el Centro para el cuidado de la salud mental de madres, padres y bebés (2020) este trauma se manifiesta luego en diversas molestias a corto, mediano y largo plazo, que por frecuentes ya hemos normalizado: depresión/ansiedad postparto en la madre (y su consecuente ausencia emocional), cólico y llanto excesivo del recién nacido, dificultades en el establecimiento de la lactancia materna, trastornos del apego vínculo (madre-bebé), déficit atencional, cefalea idiopática, entre otros.

Es necesario aclarar que en este escenario donde la madre, su pareja y su bebé están sometidos a un rol pasivo, los agentes activos pueden ser totalmente inocentes del daño que están causando, ya que este modelo es el que han aprendido en su formación profesional y está avalado por los sistemas sanitarios.

4.2 Violación de derechos humanos, identificados en la narrativa de mujeres víctimas de violencia obstétrica.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, emitida por la Organización de las Naciones Unidas se traduce en el primer impulso normativo en el reconocimiento internacional de los derechos humanos de las mujeres, declarando en su artículo primero que «todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos».

De acuerdo con esto, es imposible separar el derecho a la vida del derecho a la salud, ni el derecho a la salud escindido del derecho a la dignidad, es decir, se establece que todas las personas independientes de su sexo, edad, nacionalidad, condición económica entre otras, poseen derechos universales, indivisibles e interdependientes y los cuales se relacionan entre sí.

Sin embargo, la evidencia obtenida en la investigación confirma que en muchas instituciones de la salud se transgreden sistemáticamente los derechos reproductivos de las mujeres durante el parto, convirtiéndose en formas naturalizadas de violencia, situación que se manifiesta en las siguientes citas:

“...en el parto había como cincuenta personas en la sala, porque la guagua la recibió un ginecólogo practicante, estaba lleno de enfermeros todos mirando porque había muchos practicantes en la sala de partos.” (E1)

“pero las niñas que estaban al lado mío estaban todas desnudas, tampoco tenían movilidad, trataban de darle pecho a sus guaguas, desnudas hacia arriba, se daban vuelta se les veía el trasero.” (E2)

En ambos relatos es posible evidenciar la violación del derecho a la privacidad e intimidad, mencionado en INSGENAR (2003) Este derecho se ve violado en las instituciones de salud a través de la exposición innecesaria del cuerpo de las mujeres, en especial de sus órganos genitales, en el parto, en la consulta ginecológica y otras sin ofrecer a la mujer la posibilidad de decidir sobre su cuerpo.

De igual manera, la toma de decisiones sobre el cuerpo y el acceso a la información sobre los posibles procedimientos durante el parto, son obviados por los centros de salud, tal como se expone en las siguientes citas:

“Al seguir mi control yo le digo que me quiero esterilizar, me dice que no y yo le digo ¿por qué no? Me dice porque no vienes con la autorización de la matrona del consultorio y ahí me negó la posibilidad de esterilizarme, luego ella me dice “te tienes que subir a la camilla, te sacas la ropa y colocas las piernas, de un lado al otro lado” (E2)

“llegó una matrona me hizo tacto y me dijo no, para qué va a ser cesárea, no, no que sea parto normal, lo decidieron como entre tres, porque como me tocaron como tres personas y como entre ellos lo decidieron que fuera normal.” (E1)

“Ese día, ni siquiera me dijeron nada, fue mi segundo parto, pero fue totalmente diferente, ese día me pasaron una gasa y supuestamente yo con la gasa me limpie, en ningún momento me dijeron tiene que tenerla, tiene que limpiarse con ella, nada, yo la ocupe solamente y me limpie con ella.” (E7)

“Me sentí muy pasada a llevar fue horrible, de hecho, yo dije ¿solo le dieron la leche, o me están preguntando ahora si le puede dar una leche? No ya se la dimos, si él tiene que comer. Entonces porque no me lo trajo si yo igual podía darle leche, no, es que usted tenía que descansar, todo lo hicieron sin consentimiento, solo lo hicieron.” (E6)

En estos casos, se evidencia la transgresión al Derecho a la información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud: quedando de manifiesto al momento de realizar prácticas sin previa consulta y sin ofrecerles ningún tipo de información sobre las implicancias de estas.

En cuanto al derecho de integridad personal, el cual implica que nadie debe ser lesionado o agredido físicamente, ni ser víctima de daños mentales o morales que le impidan conservar su estabilidad psicológica o emocional, es posible evidenciar que existen procedimientos y prácticas que van en desmedro de la integridad de las mujeres entrevistadas tal como se señala en las siguientes citas:

“Yo le decía, pero por favor colóqueme algo para el dolor, no, no, no, me lo negaban por todos lados, no me dio explicación.” (E2)

“...tuve que ir al baño y me paro con la mano abajo, afirmándome el apósito, pero me manché entera porque no tenía con que afirmármelo, después ya no pude ir más al baño hasta que llegaron mis cosas porque no tenía con que afirmarme el apósito. En ese momento me dio una pena porque me sentía sola, me sentí muy sola.” (E3)

“Yo le digo no es que me sienta mal, estoy recién con una cesárea, y ellos me dicen “es que ustedes tienen que caminar, aquí uno no tiene tiempo de andarlas paseando en silla de ruedas” yo le digo, pero mira la distancia son dos pisos, tuve que bajar hasta en ascensor, ¿no te parece ilógico? Y me dicen “es que así es el sistema aquí”. Está normalizada la indignidad en los hospitales públicos.” (E2)

Ahora bien, gran parte de la población que acude a los servicios gratuitos de salud pertenece a sectores económicamente desaventajados o son inmigrantes, situación que dificulta el conocimiento de los derechos que poseen y, por tanto, anula casi por completo la posibilidad de defenderlos. Situación que se evidencia en la siguiente cita:

“Pero eso no es nada, yo les pude responder, pero hay otras mujeres haitianas que están calladitas y no pueden hacer nada.” (E2)

Relato que confirma la vulneración del derecho a la igualdad y estar libre de discriminación. En palabras de la ONU y la CNDH la vulneración de este derecho es ejercido principalmente hacia las mujeres afrodescendientes, migrantes, mujeres que viven con VIH, indígenas, con discapacidad, menores de edad, entre otras), generando entonces una doble transgresión, en primer lugar, por cuestiones de género y en segundo por la condición social o vulnerabilidad de cada mujer.

CAPÍTULO VI

Conclusiones y líneas de investigación

A partir de la presente investigación se pretende dar respuesta a la pregunta que da origen al estudio acerca de las experiencias de mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica en hospitales públicos del servicio de salud metropolitano sur, a fin de comprender a través de sus propios relatos cuales son las características de esta problemática, describiendo los tipos de violencia, sus consecuencias psicosociales e identificando las necesidades de las mujeres, permitiendo de esta manera aportar evidencia que será determinante para generar nuevos conocimientos al respecto de este tipo de violencia.

Al analizar la experiencia de mujeres es posible constatar que, de manera sistemática, estas son víctimas de distintos tipos de violencia en el proceso de parto y puerperio, destacando entre ellas la física y psicológica, lo que trae consecuencias a largo plazo, tanto para la madre como para el recién nacido y su entorno, existiendo también evidencia fundada de vulneración a los derechos humanos.

Se establece también que posterior a la experiencia, las mujeres vivencian episodios de cuestionamiento personal y culpabilización, además se logró comprobar que existe una clara deficiencia en la comunicación entre funcionarios de la salud: matronas, médicos, anestesistas, técnicos en enfermería y paciente, donde las mujeres vivieron situaciones angustiantes por falta de información y falta de empatía en la atención recibida.

En cuanto al objetivo específico N°1, describir los tipos de violencia que sufren las mujeres víctimas de violencia obstétrica en los hospitales públicos del Servicio Metropolitano de Salud de la zona sur del área metropolitana, prevalece en los resultados obtenidos la ocurrencia constante de violencia física representada en la aplicación de procedimientos innecesarios y repetitivos durante el trabajo de parto y puerperio, de igual manera es posible señalar que el dolor físico presentado por las mujeres es invisibilizado

y pasado a segundo plano por parte del personal de salud, quienes frecuentemente, imponen sus decisiones médicas por sobre las demandas de las pacientes, incumpliendo la ley 20.584 que regula los derechos y deberes de las personas respecto a las acciones vinculadas a la atención de salud, la cual tiene como foco principal el respeto a los pacientes y el resguardo de la privacidad, así como también reconoce la autonomía y la participación activa de las personas en su atención.

A través de los relatos se establece que las mujeres experimentan violencia psicológica, tipificada en el abuso verbal y emocional donde para Sadler (2004) “no sólo no se les permitirá que opinen, sino tampoco que expresen lo que sienten. Tal es la autoridad que se impone sobre ellas, que en gran parte de los casos no se atreven a preguntar qué está ocurriendo”. Todos estos actos que infringen intencionadamente dolores y sufrimientos graves, físicos y mentales, es lo que se busca evitar la convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, Inhumanos o degradantes, ratificada por Chile en el año 2008, pero lamentablemente, se cumplen los elementos establecidos por ellos para que la violencia obstétrica constituya tortura o una forma de TCID como: la intencionalidad, la finalidad y la existencia de un sujeto activo.

En la investigación realizada se evidencia la existencia de violencia simbólica, debido a que las mujeres entrevistadas expresaron la incapacidad para impugnar las acciones médicas consideradas necesarias, que de acuerdo a Fernández (2005) es debido a que las mujeres no son conscientes de su estado de sumisión por lo tanto no actúan , ya que hacerlo sería ir en contra del orden lógico o natural, lo da paso a la normalización de la violencia obstétrica y de género contra las mujeres en situación de vulnerabilidad.

La descripción de los distintos tipos de violencia sufridas por las entrevistas se condice con lo señalado por Villanueva (2010) donde la violencia obstétrica es una constante de regaños, insultos, humillaciones, manipulación de la información que se entrega a las mujeres y negación a tratamientos e incluso el no consultar ni permitir la participación en toma de decisiones durante el trabajo de parto y la utilización del manejo del dolor como forma de castigo.

Es necesario reconocer que estos tipos de violencia antes mencionados también constituyen una violación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, situación que hasta el momento es pocas veces problematizada y visibilizada, no solo en Chile sino también en otros países, como es el caso de Argentina, así lo han señalado en diversos informes presentados por la Comisión para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM). Una de las más generalizadas violaciones a los Derechos Humanos y un problema de salud pública mundial es la violencia de género, así lo señala Blanco (2005), la que se visibiliza en la violencia obstétrica por cuanto se expresa solo a mujeres que se encuentran en situación de vulnerabilidad y en esta investigación, por lo relatos de las entrevistadas esta violencia muchas veces fue ejercida por mujeres en la atención del parto y puerperio , lo que no se relaciona con la teoría de Gálvez (2018) que plantea que la violencia de género se genera en cuanto lo masculino subordina a lo femenino.

Un hallazgo en relación a este objetivo, es que en la categorización realizada no contemplaba todos los tipos de violencia manifestados en las entrevistas realizadas, a ello se debe sumar la violencia económica o discriminación que constata en la comparativa de la percepción de mujeres que han experimentado la atención en el sistema público y privado, en este punto la OMS señala que el mayor uso de intervenciones en el trabajo de parto sin indicaciones claras continúa ampliando la brecha sanitaria en cuanto a la equidad entre entornos con muchos recursos y aquellos con pocos recursos.

Para finalizar con este objetivo señalar que en Chile, no se están respetando las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre la atención del parto y puerperio que define una experiencia de parto positiva como la experiencia que cumple o supera las creencias y expectativas personales y socioculturales previas de la mujer. Esto incluye el nacimiento de un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas.

Con el objetivo específico N°2 que busca identificar las consecuencias psicosociales de las mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica en hospitales públicos del servicio de salud metropolitano sur, es posible señalar que de acuerdo a los resultados, las consecuencias psicológicas son las que tienen una mayor incidencia de acuerdo a la percepción y experiencia de las mujeres entrevistadas que han sido víctimas de este tipo de violencia. En este sentido, el mayor impacto se percibe en consecuencias como la depresión post parto, estrés post traumático, ansiedad y crisis de angustia. Sin embargo, se logra identificar que la violencia obstétrica tiene un mayor alcance ya que también influye en el entorno más cercano de la mujer que la padece. Por otra parte, la sensación de humillación y vulneración a la intimidad provocan graves daños en la autoestima de las víctimas de violencia obstétrica, aumentando así los riesgos de sufrir secuelas a nivel psicológico y emocional.

Estos resultados coinciden con lo que plantea Jiménez (2021) de acuerdo a que las consecuencias del daño a la autoimagen y los traumas psicológicos provocados por la violencia obstétrica tienen un alto impacto en sus relaciones interpersonales, las decisiones sobre la maternidad y el vínculo entre madre e hijo/a. En este sentido Sadler et al (2016) plantea que el entorno testigo de una mujer víctima de este tipo de violencia, pueden llegar a sufrir alteraciones psicológicas ante la exposición de eventos traumáticos, como la separación de la mujer embarazada, desinformación entre otros. Así también, el trauma psicológico provocado puede derivar en otro tipo de trastornos que requieran intervenciones psicoterapéuticas o tratamientos que perduren por mayor tiempo.

Por otra parte, uno de los resultados respecto a las consecuencias que tiene la violencia obstétrica, tiene relación con aquellas que impactan al recién nacido principalmente asociados a los tiempos de espera en el trabajo de parto, la separación rutinaria, en ocasiones forzada entre madre/hijo y el rol pasivo con el que se considera a los padres en el momento del parto.

Tal como lo plantea Cobo (2016) actualmente los profesionales médicos continúan justificando el modelo de atención obstétrica como un método seguro y de atención efectiva, sin embargo, la realización de prácticas como cesárea, inducción del parto entre otros pueden provocar desde patologías respiratorias, problemas de aprendizaje e incluso ser una causal del trastorno de espectro autista.

Es importante recalcar la necesidad de ahondar en el impacto y las consecuencias que tiene la violencia obstétrica en las mujeres y en el recién nacido, atendiendo la temática como un problema grave de la salud pública, que puede generar consecuencias irreversibles para quienes la sufren.

En cuanto al objetivo específico N°3, respecto a las necesidades que presentan aquellas mujeres que sufren violencia obstétrica, se infiere que la desinformación y falta de comunicación con los profesionales y técnicos que participan en la atención, así como también la ausencia de apoyo psicosocial posterior al parto, son algunos de los factores más mencionados e influyentes en la percepción que tienen las mujeres sobre la experiencia del parto y post parto, comprobando que es la falta de información por parte del personal médico la que desencadena una serie de hechos que afectan directamente en la calidad de la atención entregada a las usuarias y que se exacerban aún más si estas desconocen por completo los motivos, consecuencias, razones y/o alternativas de los procedimientos a realizar, situación que les impide decidir sobre sus propios cuerpos y verse sometidas a maniobras que en la mayoría desconocen. Por otra parte, la falta de comunicación con el equipo médico que interviene, propicia un ambiente hostil y sensación de abandono, aumentando así las posibilidades de generar una experiencia negativa para las mujeres y su entorno.

En este sentido, la necesidad de contención y mayor información sobre el parto son fundamentales para entregar una experiencia adecuada que marcará el resto de la vida de las mujeres que serán madres. Esto se condice con lo mencionado por Iglesias et. al (2019) que develan un alto porcentaje de mujeres que indicaron no haber recibido consentimiento informado respecto a la ejecución de técnicas o prácticas durante el parto,

la presencia de pasantes para la atención del parto, ni tampoco haber tenido oportunidad de expresar sus miedos. Es en base a lo anterior y los resultados obtenidos se considera prioritario incluir la capacitación y formación de los equipos médicos y funcionarios de la salud en general sobre el abordaje de aquellos aspectos emocionales y sexuales del parto Olza (2014), así como también continuar hacia la educación de la población femenina previo al parto sobre sus derechos y deberes como usuarias del sistema de salud.

De igual manera, como grupo investigativo creemos que es fundamental diseñar e implementar un protocolo de atención posterior al parto en los servicios de salud, sean estos públicos o privados, el cual considere atención psicosocial y todos aquellos aspectos que aseguren mantener el bienestar físico, psicológico y social de la madre, el recién nacido y su familia.

En relación a las políticas públicas en Chile existe una evidente falta de regulación y de sanciones en torno a la violencia obstétrica, puesto que a la fecha de finalización de este estudio el proyecto de ley Adriana aún se encuentra en tramitación parlamentaria. Proyecto de ley que establece derechos en el ámbito de la gestación, preparto, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia gineco-obstétrica y que propone un cambio de paradigma en la atención de la gestación y parto, desde un enfoque preventivo, de promoción y reparación.

Tal como lo señaló la Comisión de Mujeres e Igualdad de Género del senado 2022, se presenta la necesidad urgente de legislar sobre el parto respetado o humanizado, para que las mujeres y sus recién nacidos/as tengan derecho a una experiencia positiva de parto, a un acompañamiento constante, a ser informadas, a manifestar su consentimiento y al contacto piel con piel e inicio de la lactancia materna inmediatamente, que sean protagonistas de la experiencia. Esto conlleva también a la educación y actualización de conocimientos de los y las profesionales de la salud, donde es primordial respetar el derecho de las mujeres, recién nacidos y sus familias.

Por lo cual, anterior al parto es fundamental asegurar el acceso de las mujeres a educación prenatal con enfoque de género, derechos humanos y salud mental perinatal. Durante el parto es necesario respetar en todo momento las necesidades y deseos de la mujer, evitando imponer el uso de procedimientos y medicamentos, a excepción de casos extremos y posterior al parto es recomendable reunir de inmediato al recién nacido y la madre, para que se genere el vínculo natural que propiciará el bienestar de ambos.

En base a lo anterior, necesitamos una política pública que implemente pautas de parto individualizado y humanizado, que asegure atención de calidad, se base en un enfoque de derechos, que favorezca el bienestar maternal y la satisfacción usuaria, que brinde información y educación a la mujer, padre y familia en la materia y que además establezca capacitaciones para el desarrollo de habilidades blandas y de comunicación en los equipos de médicos obstetras y matronas asociados a los procesos de parto, apuntando a brindar buen trato a las madres y su familia para evitar o reducir la violencia obstétrica en Chile.

A su vez, de acuerdo con los antecedentes recabados durante esta investigación, es necesario propiciar una instancia de denuncia de hechos de violencia tardía, ya que según lo manifestado por las entrevistadas, no es después de varios meses o incluso años que logran interiorizar y reconocer el haber sufrido violencia obstétrica durante el parto, incluso la gran mayoría de las mujeres entrevistadas no tenían en cuenta que muchos de los procedimientos realizados durante la atención constituyen violencia obstétrica o más aún violación a sus derechos humanos.

En el escenario que se aprobara el Proyecto de ley Adriana, Chile podría estar a la par de los países latinoamericanos que ya han regulado la violencia obstétrica, tal como Venezuela en 2007, Argentina en 2009 y el estado mexicano de Veracruz en 2014, mediante leyes de igualdad de género, prevención de la violencia contra la mujer y promoción de los derechos de nacimiento.

Desde el Trabajo Social, es posible establecer que la profesión posee un rol fundamental a la hora de promover y garantizar los derechos de las mujeres y sus hijos, siendo la promoción de derechos, el acompañamiento, asesoramiento y el trabajo interdisciplinario intervenciones valiosas si se quiere abordar esta problemática de manera holística y desde un enfoque de género, y derechos humanos.

Al ser la violencia obstétrica un ejemplo de la naturalización extendida con que se ejerce el control de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, siendo parte de un fenómeno estructural dentro del entramado social, el cual se encuentra arraigado y normalizado entre los cimientos de una cultura patriarcal, al intervenir existe el desafío de propiciar un camino de aprendizaje de todos los actores involucrados, lo que implica generar instancias de diálogos participativos entre el personal de salud y los usuarios.

Así como también, establecer espacios de prevención para que las mujeres en su totalidad no sufran en su salud física y psíquica a consecuencia de la violencia obstétrica. Esto incluye acciones de sensibilización dirigidas a los equipos de profesionales asociados al parto, educación sexual para toda la población, como también el empoderamiento de las mujeres a través de la promoción y difusión de sus derechos de manera masiva y continua.

De igual manera, la profesión a través de investigaciones como esta, genera conocimiento fundado recogido a través de los relatos y experiencias vividos por quienes en algún momento han sufrido de violencia obstétrica, lo que significa un gran aporte para comprender este fenómeno social.

Recomendamos también la posibilidad de continuar con este tipo de investigaciones que permita percibir la violencia obstétrica desde otra perspectiva, como por ejemplo un estudio comparativo entre el sistema público de atención y el sistema privado de atención, para develar si la violencia obstétrica se constituye también por falta de recursos económicos o si bien se trata de una práctica común en el campo de la salud pública. Se sugiere también ahondar en investigación sobre experiencias de parto de mujeres migrantes o experiencias de parto en regiones, dando cuenta que lo anterior

serviría a su vez como instrumento de trabajo y una fuente de conocimiento, que entregará herramientas a los profesionales que desempeñan labores en salud, para generar un cambio en la forma de atender y tratar a las mujeres.

Así mismo, enfatizamos en la necesidad de dar foco y atención a los canales informativos de las instituciones sean estas públicas o privadas y a generar protocolos de denuncias en cuanto a atenciones no adecuadas dentro de sus dependencias. Donde estas tengan la claridad respecto a lo que conlleva aplicar algunas malas prácticas, discriminar o tener conductas que constituyen violencia hacia las mujeres en gestación, lo cual repercute negativamente a quien sufre este tipo de maltrato, así como también a sus acompañantes.

En la misma línea, destacar la importancia del respeto a la dignidad durante el proceso reproductivo de cada mujer, donde resulta primordial resguardar su derecho a la privacidad, pudor y la libre elección de cómo vivir la experiencia de ser madre. Así como también valorar el gran paso que daríamos como nación al ser aprobada la Ley Adriana, mediante la cual las mujeres contarían con una instancia legal de denuncia y posterior acompañamiento en el caso de sentirse violentadas.

Finalmente, en la medida que las mujeres conozcan sus derechos y puedan identificar cuáles son las acciones o procedimientos que constituyen hechos de violencia obstétrica estaremos avanzando hacia un camino de parto respetado y humanizado para todas, sin importar condición social.

ANEXOS

Consentimiento informado

Acepto participar en la investigación titulada “Violencia Obstétrica: la experiencia de mujeres usuarias de hospitales públicos del servicio metropolitano sur”, cuyo objetivo general es analizar la experiencia de mujeres que han sido víctimas de violencia obstétrica en hospitales públicos del servicio de salud metropolitano sur, de la Escuela de Trabajo Social de Universidad UNIACC.

El registro de información aportada por usted será absolutamente anónimo respecto a su identidad, solo se consignarán datos generales como edad, sexo, fecha y tipo de parto, nacionalidad, hospital donde fue atendida y su difusión será exclusivamente con fines académicos.

Cabe señalar, además, que la entrevista será grabada y será utilizada sólo para fines de la presente investigación.

Usted acepta participar en la elaboración del presente documento en forma libre, responsable, sin presiones ni coacciones de ninguna naturaleza.

Firma

FECHA:

Instrumento de recolección de la información

Dimensiones	Preguntas
<ul style="list-style-type: none"> - Tipos de violencia obstétrica: de género, psicológicas, físicas. - Etapa en la que se identifica el hecho (preparto, parto o post parto). 	¿Qué tipo de violencia obstétrica sufrió al momento de ser atendida?
	¿Fue considerada su opinión respecto al tipo de parto deseado y a su vez informada de los posibles procedimientos durante el parto? Sé explicará a qué nos referimos con los procedimientos.
	¿En qué momento de la atención se sintió vulnerada? ¿Qué sucedió?
<ul style="list-style-type: none"> - Consecuencias psicológicas, sociales, económicas, físicas. 	A partir de la violencia que sufrió ¿Qué consecuencias tuvo en términos psicológicos y físicos? ¿Sociales y económicos?
<ul style="list-style-type: none"> - Acompañamiento 	<p>¿Qué tipo de acompañamiento necesitaba?</p> <p>¿Recibió o solicitó algún tipo de acompañamiento o asesoría para enfrentar la situación?</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Reparación 	<p>¿Cómo cree Ud. que debiera ser un proceso de parto y post parto óptimo, que consideraciones se debieran incluir?</p> <p>¿Tuvo acceso a realizar algún reclamo, sugerencia o denuncia, posterior al episodio?</p>

Pauta de entrevista

“Violencia Obstétrica: la experiencia de mujeres usuarias de hospitales públicos del servicio metropolitano sur”

Buenas tardes mi nombre es xx y junto a mi compañera xx realizaremos la entrevista para nuestra tesis “Consecuencias de la violencia obstétrica en la narrativa de las mujeres chilenas”. Leído el consentimiento informado vamos a comenzar recordando que esta entrevista será grabada solo para fines académicos.

Para comenzar podrías indicarnos los siguientes datos:

Nombre

Edad

Nacionalidad

En qué hospital fue tu parto

En qué año fue tu parto y cuál fue el tipo: cesárea, parto normal, parto inducido

La idea de esta entrevista es que te sientas en plena libertad de contar tu historia y todo lo que te parezca importante informarnos al respecto de tu atención en el parto y de cómo te sentiste en uno de los días más importante para una mujer que está embarazada

(Nombre de la entrevistada) ¿Fue considerada tu opinión respecto al tipo de parto deseado y a su vez informada de los posibles procedimientos médicos durante el parto? A procedimientos nos referimos a los tactos vaginales, monitoreo fetal, administración de medicamentos para “apurar” el parto, compresión del abdomen al momento de pujar, episiotomía (ensanchar la abertura de la vagina, mediante un corte).

¿Cómo te sentiste con la atención recibida en cada etapa del embarazo? ¿Cómo fue la atención (o qué sucedió)?

¿Qué tipo de violencia obstétrica, crees haber sufrido en el parto?

A partir de la violencia que sufrió ¿Qué consecuencias tuvo en términos psicológicos y físicos, afectó a tu autoestima? ¿Sociales y económicos?

¿Recibiste o solicitaste algún tipo de acompañamiento o asesoría para enfrentar la situación?

¿Qué tipo de acompañamiento crees que necesitaste en ese momento?

¿Cómo crees que debiera ser un proceso de parto y post parto óptimo, qué consideraciones se debieran incluir?

¿Tuvo acceso a realizar algún reclamo, sugerencia o denuncia, posterior al episodio?

Otras preguntas:

¿En las atenciones estuvo acompañada? ¿De quién?

¿Hubo funcionarios del lugar donde te atendiste que te contuvieron en algún momento?

¿Viste que se repitieran situaciones de tu experiencia con otras pacientes del lugar?

Referencias Bibliográficas

Arguedas, G. (2014). *“La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”*. Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe Vol. 11, Nº 1, pp. 155-180 -ISSN: 1659-4940

Ávalos, Nicolás y Tapia, Sandra. (2013). Consentimiento informado: síntesis de teoría actual y recomendaciones. *Revista chilena de cirugía*, 65(5), 448-453. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262013000500014>

Ayers, S.; Pickering, A. (2001). ¿Las mujeres padecen un trastorno de estrés postraumático como resultado del parto? Estudio prospectivo de incidencia. *Nacimiento*. Berkeley, California. Páginas. 111-118.

Blanco, P. (2005). *«Consecuencias de la violencia sobre la salud de las mujeres»*, en Consue Ruiz-Jarabo Quemada y Pilar Blanco Prieto (coord.), *La violencia contra las mujeres: prevención y detección: cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*, Díaz de Santo (ed.), España, págs. 103-107.

Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Rev. Redbioética/UNESCO*. Año 4. 1 (7): 25-34. P. 28.

Carballeda, A. (2016). El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del trabajo social.

Cea D’Ancona, M. (1996). *Metodología cuantitativa: estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid.

Centro para el cuidado de la salud mental de madres, padres y bebés. (2020) *Casa Natal*. *Violencia Obstétrica también es maltrato para el recién nacido*

CIDH. (2011). *Estándares jurídicos vinculados a la igualdad de género y a los derechos de las mujeres en el sistema interamericano de derechos humanos: desarrollo y aplicación*. OEA publicaciones oficiales. Ser.L/V/II.143. Doc.60. P. 31.

Cobo, C. (2016). La Violencia Obstétrica. [Trabajo fin de grado, Universidad de Cantabria].

Cuevas, 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. *Revista Némesis*, 14, 88-111.

Chávez, M. L. y Sánchez, N. A. (2018). Violencia obstétrica y morbilidad materna: sucesos de violencia de género. *Revista de El Colegio de San Luis*, 8(16), 103-119.

Crespo-Antepara, D. N., Sánchez-Zambrano, B. M. y Domínguez-Ontano, D. P. (2018). La violencia obstétrica como elemento deshumanizador del parto. *Polo del Conocimiento*, 3(7), 347-361.

Diario Constitucional. (2021). "Ley Adriana": Comisión despacha proyecto que termina con violencia Gineco-obstétrica. Obtenido de: <https://www.diarioconstitucional.cl/2021/09/25/ley-adriana-comision-despacha-proyecto-que-termina-con-violencia-gineco-obstetrica/>

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 (Valparaíso)*, (51), 123-143. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>

Decreto 2035 de 2015 [con fuerza de ley]. Establece la Ley de obligaciones de las obras sociales y medicina prepaga, de Argentina, habitualmente denominada Ley de parto humanizado. B.O.21 de septiembre de 2004.

Espinar, E. (2007). *Las raíces socioculturales de la violencia de género*. Rev. Escuela Abierta. 10: 23-48. P.28.

Errázuriz, Y. (2021). Ley Adriana: En búsqueda del parto respetado y sancionar la violencia ginecobstétrica. Diario La tercera. Recuperado de:

<https://www.latercera.com/paula/ley-adriana-en-busqueda-del-parto-respetado-y-sancionar-la-violencia-ginecobstetrica/>.

[Faldmed, portal digital](#)

<https://www.falmed.cl/falmed/gaceta/violencia-obstetrica-algunos-aspectos-juridicos>

Gálvez, N. (2018). *Violencia Obstétrica: Género y derecho* [memoria de grado, Universidad de Chile]. Repositorio Universidad de Chile: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/170725/Violencia-obstetrica-genero-y-derecho.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

García, E. M. (2015). Evolución del nacimiento por cesárea: El caso de México. *Dilemata*, 7(18), 27-43.

García, E. M. (2018). Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales [Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Madrid]

Gardella, N. (2020). Es momento de pensar la manera en que abordaremos el nacimiento y el trato humanizado de miles de mujeres y de sus hijos. Centro de Estudios Públicos (CEP). Disponible en <https://www.cepchile.cl/cep/opinan-en-la-prensa/violencia-obstetrica>

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE). (2013). *Omisión e indiferencia. Derechos reproductivos en México*. Disponible en: <http://www.sitioswwwweb.com/miguel/Gire-Aborto.pdf>.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6a. ed. --.). México D.F.: McGraw-Hill.

Iglesias, S., Conde, M., González, S., y Parada, M. E. (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas*, 4(1), 77-97

INSGENAR. 2003. Con todo al aire 1. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales públicos. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo.

Rosario Argentina. Disponible en: <https://insgenar.files.wordpress.com/2012/04/con-todo-al-aire.pdf>.

INSGENAR. 2008. Con todo al aire 2. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales públicos. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Rosario Argentina. Disponible en: <https://insgenar.files.wordpress.com/2012/04/con-todo-al-aire-2.pdf>.

Jiménez Pacheco, M. (2021). *Impacto psicológico de la violencia obstétrica. Una revisión bibliográfica* [Trabajo de fin de grado, Universidad de Cádiz]. <https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/25116/Jiménez%20Pacheco%2C%20M.%200%281%29.pdf?sequence=4&isAllowed=y>

Lafaurie, M., Rubio, D., Perdomo, A., Cañón, F. (2019). La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2019;18(36). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps18-36.volc>

Morales, P. (2020). Falta de consentimiento y malos tratos: cifras de la violencia ginecológica y obstétrica en Chile. *Revista Paula. La Tercera*. Disponible en <https://www.latercera.com/paula/primer-encuesta-nacional-sobre-violencia-ginecologica-y-obstetrica-en-chile-un-67-de-mujeres-considera-que-ha-vivido-violencia-ginecologica-y-un-79-violencia-obstetrica/>.

Northrup, Ch. (1999). *Cuerpo de mujer, sabiduría de mujer. Una guía para la salud física y emocional*. Barcelona: Urano.

Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. (2018). Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile. Santiago de Chile: 2018. Disponible en: [34https://www.academia.edu/36896840/OVO_Chile_2018_Resultados_1_Encuesta_nacimiento_Chile.pdf](https://www.academia.edu/36896840/OVO_Chile_2018_Resultados_1_Encuesta_nacimiento_Chile.pdf)

Ojoar, E., Cuchumbe, Y., Ledesma, J., Muñoz, M., Campo, A & Suárez, J. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud*, 51(2), 135-146. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>.

Olza, Fernández I. (2014) .Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. *C Med Psicosom.* 2014:111.

ONU. (2013) Declaración y Programa de Acción de Viena, Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena el 25 de junio de 2013. Disponible en [http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.sP](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.sP).

Organización Mundial de la Salud (2014). La prevención y eliminación de la falta de respeto y el abuso durante el parto en un centro. Declaración de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud (2012). Unidad de género, Etnia y Salud. La violencia contra las mujeres. Recuperado a partir de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15259&.

Paris, H. (2018) Las secuelas psicológicas de la Violencia Obstétrica. Lactancia, Maternidad, Parto, Postparto, Psicología Perinatal, Violencia Obstétrica. Recuperado a partir de: <https://ilianaparis.com/las-secuelas-psicologicas-de-la-violencia-obstetrica/>.

Prado, A. (2021). La cesárea rutinaria como una forma de violencia obstétrica: experiencias de mujeres y médicos de un hospital público en la ciudad de México. *Musas*, vol. 6, núm. 1 (2021): 59 -76. ISSN 2385-7005. DOI: 10.1344/musas 2021.vol 6.num1. Recuperado a partir de: <https://revistes.ub.edu/index.php/MUSAS/article/view/vol6.num1.4/33139.->

Rojas, M. (2018). La violencia obstétrica como violación de los derechos humanos de las mujeres y su situación en Chile: el caso de Lorenza Cayuhán. *Revista digital de Políticas Públicas y Derechos Humanos*, 3, 45-61.

República Bolivariana de Venezuela. (2007). Ley Orgánica N° 38.668, sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Artículo 15 numeral 13.

Sadler, M. (2004). «Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto». En SADLER, Acuña, Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género. Santiago de Chile: Catalonia, págs. 15-66.

Sadler M., Santos, M., Ruiz-Berdún, D., Leiva, G., Skoko, E., Guillen, P. y Clausen, J. A. (2016). Más allá de la falta de respeto y el abuso: abordar las dimensiones estructurales de la violencia obstétrica. *Asuntos de salud reproductiva*, 24 (47), pág. 47-55.

Sadler, Strauss y Corbin (1990). Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Editorial Universidad de Antioquia.

Silva, A., Pantoja, F., Millón, Y., Hidalgo, V., Stojanova, J., & Arancibia, M. (2020). Percepción de actores involucrados acerca del parto humanizado y la violencia obstétrica en Chile: una revisión panorámica. *Medwave*, 20(9), e8047.

Šimonović, D. (2019). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. Informe ONU [en línea]. Recuperado de https://digital.library.un.org/record/3823698/files/A_74_137-ES.pdf

Vallés, M. (1997). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid.

Villanueva, L. (2010). "El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un Gineco obstetra". *Revista CONAMED*, vol. 15, n 3, julio-septiembre, pp. 147-151. México. ISSN 1405-6704.