



**UNIVERSIDAD
ACADEMIA**
DE HUMANISMO CRISTIANO

ESCUELA DE
PSICOLOGÍA

**Prácticas violentas en la atención obstétrica: Relatos y experiencias desde sus
protagonistas.**

UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Nombre de autoras/es: Fernanda Andrea Alviña González.
Sebastián Ignacio Lobos Cuevas.

Nombre profesor guía: Tamara Jorquera Álvarez

Artículo para Optar al Grado de Psicólogo/a

Santiago 2021

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo analizar la existencia de prácticas violentas que pudiesen ser ejercidas durante los procedimientos médicos gineco-obstétricos por parte del equipo de salud, a través de la teoría fundamentada, basado en el análisis de entrevistas a seis mujeres que atravesaron procesos de embarazo, parto y post-parto en el periodo entre 2017-2019 en Santiago de Chile. Los resultados fueron agrupados en categorías tales como: condiciones previas que involucran la violencia obstétrica, las formas en las cuales opera, los vínculos que las entrevistadas realizan entre el fenómeno y la violencia de género, factores protectores y prácticas de resistencia, así como la resignación en torno a tomar medidas legales. Este artículo busca visibilizar la violencia obstétrica, concebida en la actualidad como una manifestación de violencia de género dado que, la maternidad en este contexto se encuentra subyugada al orden médico y al control institucional.

Palabras claves: Violencia obstétrica – Violencia de género – Derechos sexuales y reproductivos – Instituciones de Salud – Maternidad.

Abstract

This study aims to analyze the existence of violent practices that could be exercised during gynecological-obstetric medical procedures by the health team, through grounded theory, based on the analysis of interviews with six women who went through pregnancy, childbirth and postpartum processes in the period between 2017-2019 in Santiago, Chile. The results were grouped into categories such as: previous conditions that involve obstetric violence, the ways in which it operates, the links that the interviewees make between the phenomenon and gender violence, protective factors and resistance practices, as well as resignation around taking legal actions. This article seeks to make obstetric violence visible, currently conceived as a manifestation of gender violence since, in this context, motherhood is subjugated to the medical order and institutional control.

Keywords: Obstetric violence – Gender Violence – Sexual and Reproductive Rights – Health Institutions – Motherhood

Antecedentes

En la presente investigación se aborda la violencia obstétrica como un fenómeno que se ve enraizado en las instituciones de salud públicas y privadas, el cual ha sido analizado y conceptualizado por la corriente feminista como un tipo de violencia de género.

En este marco, categorizar este fenómeno como “violento” generará un cruce entre las prácticas de la profesión médica, junto con los protocolos que estos requieren, los cuales les dan legitimación. Por otro lado, lo que las víctimas van a vivenciar como actos que pasan a llevar su integridad, desde juicios, reprimendas y negaciones. “Desde el momento en que ingresan a la sala de labor, las mujeres reciben una serie de mensajes, que las instruyen sobre la conveniencia de someterse a las órdenes de los médicos” (Villanueva, 2010, p. 148).

Desde la panorámica internacional, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2014, realiza su primer acercamiento a través de las experiencias de mujeres que fueron víctimas de tratos irrespetuosos, ofensivos y negligentes, durante su período de embarazo y posterior parto en los centros de salud. En este sentido, la declaración de la OMS indica lo siguiente:

Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud. Esta es una violación de la confianza entre las mujeres y los profesionales de la salud que las atienden, y también puede ser un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios. Si bien es posible que, durante el embarazo, el parto y el puerperio, se trate a las mujeres de manera irrespetuosa y ofensiva, hay que tener presente que ellas son especialmente vulnerables durante el parto. (OMS, 2014, p.1)

Si bien la declaración no habla sobre violencia obstétrica como tal, hace su primer acercamiento al mencionar tratos deshumanizados y humillantes. Este posicionamiento de la parturienta, nos habla sobre una condición de vulnerabilidad que la antecede, denotando al momento de su elaboración una distancia con los discursos de género que gran parte de las indagaciones sobre esta temática manejan y promueven.

En este sentido, Sadler y Rivera (2015), realizan una crítica al paradigma biomédico, como el principal responsable de incorporar la desvalorización de lo femenino. Y, en estricto rigor,

las/los profesionales de la salud son preparados específicamente en los riesgos de la patología femenina y lo van reproduciendo en las conversaciones con sus pacientes.

(...) Antropólogas como Emily Martin (1987) y Robbie Davis- Floyd (2001) han analizado cómo desde los discursos médicos los procesos corporales femeninos son descritos en términos negativos, permeando la sociedad y contaminando las percepciones individuales sobre el cuerpo. La menstruación es descrita como degeneración, declinación, pérdida, desgaste, debilidad, deterioro, destrucción y mutilación del cuerpo; la menopausia como declinación ovárica, pérdida, desbalance hormonal. La gestación y especialmente el parto son descritos como procesos muy riesgosos y patológicos, y se reproduce la idea de que para parir se requiere siempre del uso de intervenciones y de tecnologías, como si no fuera posible hacerlo sin su utilización. (Sadler y Rivera, 2015, p. 66)

A raíz de lo anterior, la violencia obstétrica es ubicada como una manifestación de violencia de género, amparada bajo un paradigma médico incuestionable, que al mismo tiempo remarca aún más la distancia existente entre el médico – paciente. Y con ello, simboliza la cultura patriarcal bajo la cual se encuentra cimentado dicho paradigma médico. En este sentido, entenderemos la cultura patriarcal a partir de los aportes de Camacaro (2009), quien expone:

(...) se ha definido que masculinidad y feminidad son construcciones opuestas y excluyentes. Como quien define, el hombre, lo hace desde un lugar de poder, ese otro definido: la mujer, a quien se le niega el poder para definirse, pasa a ser lo desigual, lo opuesto, el otro. (Cuevas, 2009, p. 150)

Es latente la gravedad que significa para las mujeres las situaciones de violencia obstétrica, ya que, bajo esta panorámica, los mecanismos en que se ve manifestada la cultura patriarcal en el sistema de salud son los mismos que tienen por labor darle legitimación a las intervenciones para el control sobre la voluntad de las mujeres en esta área.

En este contexto, son múltiples los estudios académicos que analizan la “violencia obstétrica”, en donde, autores tales como Arguedas (2014), Villanueva (2010), Belli (2013), Sadler (2016), entre otros, contribuyen a la temática de violencia de género que circumscribe la violencia obstétrica.

Respecto al concepto de violencia obstétrica, Arguedas (2014) lo entiende como “un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el

ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y posparto” (2014, p. 157). Para la autora dicha definición cobra relevancia desde un análisis hacia la estructura patriarcal en la cual se encuentra inserta esta modalidad de violencia de género. Esta perspectiva nos permitirá realizar una interpretación más profunda vinculada al género y lo que implica dentro de esta temática.

En base a lo anterior, queda ilustrado el poder que ha adquirido la medicina –y que viene adquiriendo desde mediados de siglo XIX. En el área obstétrica, implicó la tecnificación de la labor en relación con las pacientes, donde pasaron a ubicar a la parturienta ya no en el lugar central de su proceso de parto, sino que se limitó su participación.

Esto provocó una subordinación hacia el profesional de la salud, quien es encargado ahora de dirigir este momento y muchos otros vinculados con la sexualidad femenina y los procesos reproductivos, cuyo objetivo de base consiste en un trabajo de higienización y hegemonización del parto y los procesos ligados a la maternidad.

El trabajo de parto pasaba a manos de un/a profesional calificado o “experto/a”. Ahora bien, con respecto al personal, existe otra transformación paralela. Dicha transformación consiste en la modificación del lugar histórico en donde se ubicaba a la parturienta. Debido a que el hogar era símbolo de contención, puesto que quien se encontraba en proceso de parto permanecía rodeada de otras mujeres más experimentadas, quizás por la familia u otras madres, quienes brindaban el apoyo necesario y los conocimientos adquiridos para entregarlos a las nuevas generaciones.

En cambio, ahora la labor se realiza en un centro de salud, bajo el acompañamiento de desconocidos/as asistentes de parto, reflejando que “la institucionalización de los procesos reproductivos desplaza a la mujer del rol protagónico en su propio embarazo” (Belli, 2013, p.27). Lo anterior desde ciertas perspectivas no parece sorpresivo, ya que la práctica médica por el hecho base de que se encuentra inserta en el entramado social, permite entrever relaciones y enfrentamientos de poder, posiciones de clase, jerarquías, sujeción y otras formas de violencia, y de manera implícita posiciona a las pacientes –de manera general– con un alto grado de pasividad en lo que se refiere a sus procesos de atención y consultas médicas (Castrillo. 2016).

Como señalan Leiva y Sadler (2016), Chile y otros países del mundo en el siglo XIX, vivieron una de las transformaciones más radicales en relación a la asistencia del parto. En aquel momento, gestar y parir eran experiencias que se asociaban a la mortalidad materna, principalmente a causa de infecciones puerperales y hemorragias. Esto provocó que la

asistencia sanitaria del parto se convirtiera en una inquietud social y esencialmente médica. En este periodo se inició la formación de matronas profesionales y de obstetras. Por lo tanto, el parto comenzó paulatinamente a dejar de ser asistido por parteras (no profesionales). Así, transitando desde el reino de lo natural –comunitario, normal, fisiológico– al de lo médico, hospitalario, intervenido, patológico. En consonancia con esta tendencia, se esperaba por parte de la Organización de Naciones Unidas, que en Chile disminuyera la mortalidad materna, pero desde el año 2000 la tasa de mortalidad materna no disminuyó, solo se mantuvo constante. Una de las explicaciones que plantean los autores son: la maternidad excesivamente postergada, como también el envejecimiento de la población y la excesiva medicalización (Sadler, 2016, p. 63).

Este último factor –la excesiva medicalización– cobra completa relación con el tema de la presente investigación, el cual se venía desarrollando desde que se hace alusión al predominio del saber médico, a cómo producen y reproducen a través del lenguaje aspectos propios del ciclo vital de las mujeres como patológicos, “explicándolos y atendiéndolos en gran medida, a través de técnicas y concepciones biomédicas” (Sadler, 2016, p. 64). La medicalización se convierte en un problema quirúrgico, junto con la situación del parto a través de la automatización de las cesáreas innecesarias en países como México y Chile.

Entonces, se puede circunscribir estos procedimientos médicos excesivos dentro del fenómeno de la mercantilización de la vida, a raíz de una subordinación de los sistemas de salud al neoliberalismo instalado en sus políticas.

Este planteamiento cobra sentido desde lo que expone Laurell (2010) respecto al aseguramiento como mecanismo de financiamiento de los sistemas de salud, cuyo ideal de trabajo básicamente era promover el libre acceso a la salud, incrementar la equidad y la calidad de los servicios, por medio de dos instituciones en Chile: Fondo Nacional de Salud (FONASA) –por un lado– y la Institución de Salud Previsional (ISAPRE). Sin embargo, en Chile, en el año 1981, esta reforma pinochetista trajo consigo instalar una red de salud mercantilizada y privatizadora, que permitió y promovió el libre mercado y la competencia en los servicios de salud. Con ello, tales servicios tomaron distancia de sus objetivos en torno a satisfacer necesidades de la población en salud, viéndose guiados, ahora, en razón de intereses puramente económicos.

Estos procedimientos médicos excesivos –enraizados en lo anterior– son utilizados en mujeres de alto riesgo, de bajo riesgo y en trabajos de parto que no presentan

complicaciones. A partir de esto, volvemos a la idea de cómo el rol de la mujer ha perdido protagonismo y cómo la medicalización juega su papel en dicha tarea, cuya teoría Sadler (2016) fundamenta, por ejemplo, en declaraciones como:

(...) el uso de anestesia epidural generalmente motiva a usar oxitocina, cuya principal complicación iatrogénica es el hipertono uterino (aumento del tono muscular del útero que puede reducir el flujo de sangre hacia el feto), la taquisistolía (exceso de contracciones) y la hipoxia fetal (déficit de oxígeno en el feto), que pueden finalmente conducir a una cesárea. Es en este sentido que la excesiva medicalización del nacimiento expone a las mujeres a efectos iatrogénicos, entendidos como los efectos nocivos en la salud de las personas por efecto de la medicina. (Sadler, M. 2016, p. 64).

Estas intervenciones médicas se han tornado rutinarias en los cuerpos de las mujeres en el actual sistema de salud. Las medidas agilizan los partos y apresuran las altas, permitiendo en ocasiones tratos deshumanizados en el proceso. En este sentido, según Ilich (1975): “(...) la medicalización excesiva y sus subproductos no deseados forman parte de una crisis profunda y general que afecta todas nuestras instituciones principales” (p. 78). Bajo esta mirada, comprendemos que esta excesiva medicalización forma parte los productos indeseados de la crisis que experimentan los sistemas de salud.

Problematización

La violencia obstétrica como concepto es relativamente nuevo, y su definición es muy variada. No existe un consenso, debido a que intervienen múltiples factores sociales y culturales. Sin embargo, la etnografía de Martínez (2015) realizada en Alicante permite vislumbrar el recorrido del concepto de violencia obstétrica, considerado prematuramente como violencia en el nacimiento. Otros autores como Chávez (citado en Martínez, 2015) apuntan indirectamente al concepto de violencia obstétrica a través de lo que llama violencia institucional.

En esta investigación, se indagó sobre violencia obstétrica tras el análisis de las experiencias de mujeres en los procesos de embarazo, parto y posparto. Resulta pertinente señalar que la violencia obstétrica, al no contar con una hegemonización en tanto concepto, suele vincularse principalmente a los procesos de parto, sin embargo, los dominios del campo de la salud se instalan mucho más allá, por ejemplo en la anticoncepción, la planificación familiar, el aborto y la menopausia. (Belli, 2013).

En la actualidad, la atención que concierne a la salud sexual y reproductiva de las mujeres es altamente regulada a fin de establecer procedimientos homogéneos durante este proceso de embarazo, parto y posparto. Dado esto, pretendemos realizar un análisis que comprenda la biopolítica como parte importante de las interpretaciones que se lleven a cabo sobre el problema, cuyo significado se ve ilustrado en los escritos de Foucault (1977), en donde se expone que:

Los Estados no se pueblan según la progresión natural de la propagación, sino en razón de su industria, de sus producciones y de las distintas instituciones (...) Los hombres se multiplican como las producciones del suelo y en proporción con las ventajas y recursos que encuentran en sus trabajos. (Foucault, 1977, p. 28).

Lo anterior expuesto plantea que el crecimiento demográfico en ciertos sectores, no circula bajo un alero natural, sino que se encuentra supeditado al desarrollo institucional de las naciones, al desarrollo económico y a los medios de producción, teniendo como objetivo relacionar el futuro y prosperidad de un territorio o nación con el modo en que los/as habitantes de dicho territorio hacen uso de su sexualidad, convirtiendo a las habitantes –en este caso a las mujeres, en quienes se centró esta investigación– en objetos de estudio de manera inadvertida, por ende, “se pasa a un discurso en el cual la conducta sexual de la población es tomada como objeto de análisis, y a la vez, blanco de intervención” (Foucault, 1977, p. 29).

Dicha intervención debe estar regulada para que los resultados de la misma, se encuentren bajo los parámetros que ya se han establecido previamente a través de las instituciones implicadas en tales modificaciones. Con ello, se entrega legitimidad al modelo de género societal patriarcal imperante. Arguedas (2013) entiende lo anterior como *poder obstétrico*, cuya herramienta ejerce un poder disciplinario capaz de moldear y someter a las mujeres a tales regulaciones en el área reproductiva y sexual.

Por otra parte, en el contexto nacional, el Ministerio de Salud de Chile en el 2008, publica el “Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo”. En este documento no utilizan el concepto de violencia obstétrica, solo hacen mención al término de violencia contra las mujeres, diciendo:

(...) cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la

mujer o que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona. (p. 17)

En el año 2018, se impulsó el proyecto de ley “Parto respetado y fin a la violencia gineco-obstétrica”¹. Su finalidad era erradicar y dejar de normalizar este tipo de violencia contra las mujeres. Los principales aspectos que incluyó el proyecto de ley eran regular, garantizar y promover los derechos de las mujeres en el ámbito de la gestación, parto, posparto y aborto. Esta iniciativa, pretendía reconocer dicha vulneración y ofrecer una serie de derechos a las mujeres antes, durante y después del parto; no pudo ser presentada en el Senado debido a la polémica que originó, además de los reclamos por parte del “Colegio de Matronas” que rechazaba el proyecto. Al respecto, la presidenta de dicho Colegio, señaló:

Me parece injusto que se diga que nosotras somos las culpables de la violencia obstétrica, cuando el gran culpable es el Estado de Chile (...) en Chile no existe violencia obstétrica (...) lo que hemos dicho como gremio es que no nos parece acuñar, bajo el concepto de “violencia obstétrica”, cualquier situación que parezca irregular o que pueda atentar contra la integridad de la mujer y su hijo/a que está por nacer. (Espinoza, 2017, p. 1)

Como respuesta ante el obstaculizar los avances legislativos en torno a este fenómeno, organizaciones provenientes de la sociedad civil como “Parir-NOS Chile” llamaron a manifestarse a través de redes sociales, a todas las mujeres que hayan sido víctima de violencia obstétrica. En nuestro país existen organizaciones, como “Parir-NOS Chile”, que buscan generar debates, con el propósito de que prácticas como el maltrato físico y psicológico y procedimientos no justificados, sean erradicados del sistema de salud. A través de acompañamiento, denuncias y acciones comunitarias, pretenden sensibilizar a la sociedad en cuanto al respeto de los procesos reproductivos de la mujer, reivindicando su protagonismo.

En este sentido, la Encuesta sobre Nacimiento en Chile, aplicada por la Fundación Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (OVO Chile), describió cuantitativamente la experiencia de parto o cesárea de mujeres en Chile entre 1970 y 2017. En esta encuesta se analizaron los partos institucionales (ocurridos en hospitales/clínicas). Entre 2014-2017

¹ Proyecto de Ley iniciado por moción parlamentaria presentado ante la Cámara de Diputados el 28 de enero de 2015, Boletín N° 9902-11. En su artículo primero regula lo que denomina violencia gineco-obstétrica, mientras que en el artículo segundo introduce una modificación al Código Penal para sancionar el delito de violencia obstétrica.

dicho estudio, aborda el monitoreo fetal y la administración de oxitocina artificial, haciendo hincapié que es en las clínicas donde se utiliza más la anestesia, la maniobra de Kristeller y la práctica de cesáreas. La posición litotómica fue reportada en un 80% de los partos. Este estudio concluyó en recomendar la posición libre del parto y el contacto con el recién nacido mayor o igual a 30 minutos, que no se ha conseguido instalar.

En este contexto, la encuesta logra dar cuenta de la considerable brecha que existe entre clínicas y hospitales, en cuanto a: acompañamiento, respeto por la intimidad y privacidad de la mujer, comprensión, empatía frente a los dolores, abuso verbal. Estos estándares, señala el estudio, son peores en las experiencias de parto de mujeres jóvenes y aquellas con niveles educacionales bajos. Debido a que en “el periodo 2014-2017, en un 43,4% de las experiencias de parto en hospitales se reportó haber vivido crítica o represión de expresiones de dolor y emociones, lo cual sucedió en el 16,6% de las experiencias en clínicas” (Sadler et al., 2018, p. 6).

En concordancia con lo anterior, esta investigación estará centrada en analizar prácticas violentas en los procedimientos médicos gineco-obstétricos, que pudiesen estar relacionadas al concepto de violencia obstétrica, pero a partir fundamentalmente, de la perspectiva de mujeres que han atravesado procesos de embarazo, parto y posparto recientemente. Tal propósito se ve fundamentado en que gran parte de los estudios que hoy tienen lugar en torno a la violencia obstétrica, se ven situados en gran medida, desde la perspectiva de las/os profesionales de salud encargados de dichos procesos, como también otra parte de dichos estudios se enfocan en su conceptualización (ver Castro, 2014; Castrillo, 2016; Perdomo-Rubio 2019; Villanueva 2010). Por lo tanto, bajo este panorama se comprende la pertinencia de esta investigación, y lo importante que es la perspectiva de las protagonistas.

Pregunta de Investigación

Desde la perspectiva de mujeres que, en el periodo 2017-2019 han atravesado procesos de embarazo, parto y posparto en la Región Metropolitana: ¿Qué prácticas violentas consideran pueden ser ejercidas durante los procedimientos médicos gineco-obstétricos por parte del equipo de salud?

Objetivo General

Analizar la existencia de prácticas violentas que pudiesen ser ejercidas durante los procedimientos médicos gineco-obstétricos por parte del equipo de salud desde la

perspectiva de mujeres que en el periodo 2017-2019 han atravesado procesos de embarazo, parto y posparto en la Región Metropolitana.

Objetivos Específicos

- Describir a partir de los relatos de mujeres que han atravesado procesos de embarazo, parto y posparto el fenómeno social de la violencia obstétrica.
- Relacionar, a partir de los relatos de las mujeres, las prácticas violentas ejercidos a través de los procedimientos médicos gineco-obstétricos con la pérdida de autonomía de la mujer en el área de la salud sexual y reproductiva.
- Caracterizar vinculaciones entre la violencia obstétrica y la violencia de género que establecen mujeres que han atravesado procesos de embarazo, parto y posparto.

Relevancia

La realidad nacional hasta la fecha presenta una insuficiencia en éste ámbito, puesto que existe una falta de regulación legislativa en temáticas en torno al fenómeno de violencia obstétrica.

La medicalización de los partos y la pugna por el control del cuerpo de las mujeres, expropiado a través del parto tecnocrático, tiende a menospreciar el saber histórico de las mujeres. Asimismo, la maternidad es una experiencia a menudo atravesada por la violencia, a la cual también está expuesto el recién nacido. Por lo que para su visibilización, esta debe ser nombrada y reconocida como fenómeno, aportando a la discusión, reflexión y sensibilización desde la psicología respecto a los procesos internos de las instituciones del área de la salud, como fundamento para organizaciones de la sociedad civil y para una apertura a próximas investigaciones.

Método y procedimiento

Para esta investigación se utilizó una metodología cualitativa, acorde a Marshall y Rossman (citado en Vasilachis, 2006) como paradigmática, interpretativa y asentada en la experiencia de las personas. Se realizaron seis entrevistas semi estructuradas a mujeres de la Región Metropolitana de Santiago de Chile, que hayan atravesado por el proceso de embarazo, parto y posparto en el periodo entre 2017-2019, y así se identificaron prácticas en el área de la salud gineco-obstétrica que están vinculadas al concepto de violencia obstétrica. La utilización de este tipo de entrevistas se inserta en la necesidad de flexibilidad en el planteamiento de las preguntas, ya que al tratar temas sensibles como lo son los procesos de embarazo, parto y posparto, estas deben ajustarse a la realidad de cada

entrevistada (Bravo et al., 2013). Además, debido a su amplio espectro de aplicación, permitió averiguar aspectos en torno a “significados, motivos, puntos de vista, opiniones, insinuaciones, valores, emociones” de las entrevistadas (Bravo et al., 2013, p. 165).

Para ello, el estudio estará situado bajo el paradigma de investigación con bases en la fenomenología, dada la importancia que posee dicho enfoque en relación a las experiencias subjetivas y lo individual. En este sentido, parece pertinente explicitar que la tarea de investigación fenomenológica busca conocer los significados que los individuos dan a su experiencia, donde lo importante es aprender el proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia (Rodríguez et al., 1996). El enfoque fenomenológico permitió adentrarnos en la experiencia subjetiva de las mujeres que han atravesado procesos de embarazo, parto y posparto y con ello cuestionar y problematizar la verdadera naturaleza de las prácticas comprendidas dentro de la violencia obstétrica a partir de los relatos de sus protagonistas.

Muestra

La muestra se constituyó por mujeres que atravesaron procesos de embarazo, parto y posparto entre los años 2017-2019, decisión fundada en acceder a relatos que pudiesen presentar mayor profundidad en sus detalles, dada la proximidad de los acontecimientos. El tipo de muestreo empleado fue no probabilístico e intencional.

Criterios de inclusión

1. Mujeres que han atravesado procesos de embarazo, parto y posparto entre los años 2017 y 2019.

Criterios de variabilidad muestral

1. Tipo de parto llevado a término
 - a. Parto natural
 - b. Cesárea

La fundamentación de este primer criterio de variabilidad en la muestra asegura una heterogeneidad en relación a como se viven los procesos de embarazo, parto y posparto. Esto debido a que en ambas modalidades –parto natural o cesárea– las mujeres se ven o pueden verse afectadas por diferentes prácticas médicas en el área gineco-obstétrica, las cuales pueden desencadenar en diferentes tipos de violencia obstétrica.

2. Rango de edad

- a. Mujeres en un rango de edad entre 18 – 23 años.
- b. Mujeres en un rango de edad entre 23 – 30 años.
- c. Mujeres en un rango de edad entre 30 – 40 años.

El criterio de variabilidad en la muestra asegura una diferencia en la edad de las entrevistadas. Básicamente, para abarcar un rango etario más amplio, que podría vincularse con diferentes formas de enfrentar la violencia obstétrica en centros de salud, como también, podrían encontrarse diferencias en tanto que rango de edad se encuentra más afectado a este tipo de violencia o con mayor tendencia a sufrir situaciones de violencia obstétrica. Se considera pertinente excluir de la muestra a mujeres menores de edad por motivos éticos y prácticos, en relación al consentimiento informado de los/as adultos/as cuidadores y a la entrevistada, además de la coordinación que implica.

3. Modalidad de atención

- a. Mujeres que acuden al servicio público
- b. Mujeres que acuden al servicio privado

Este último criterio de variabilidad fue utilizado para garantizar diferencias en las experiencias que serán recogidas de la muestra. Es de suma importancia este criterio de variabilidad, ya que se considera que la modalidad de atención, cualquiera que fuere, posee distintos protocolos y procedimientos que pueden o no desencadenar distintas situaciones con las usuarias de tales servicios.

Dado el contexto global en torno a la pandemia de covid-19, las entrevistadas fueron contactadas por llamado telefónico, se les envió el consentimiento informado y posteriormente se organizó una reunión por la plataforma Zoom. La muestra se constituyó por 6 mujeres ("C" de 21 años, "V" de 23 años, "S" de 25 años, "M" de 28 años, "F" de 31 años, "CE" de 34 años)². La mitad de la muestra asistió al servicio privado y el resto al servicio público, y en relación al tipo de parto, 3 de ellas llevaron a cabo un parto normal, dos de ellas atravesaron la cesárea y una de ellas experimentó un parto prematuro de 4 meses.

² Se utilizaron las iniciales de las participantes de la investigación, a fin de preservar la confidencialidad de las entrevistadas.

Estrategias de producción de información

Para los objetivos de la investigación, se realizaron entrevistas semi estructuradas a mujeres que han atravesado procesos de embarazo, parto y posparto entre los años 2017-2019. A través de este tipo de entrevistas, estructuradas a modo de conversación con la entrevistada, permiten explorar y acceder al conocimiento subjetivo de las personas en la temática. Por otro lado, estas entrevistas no presentan una estructura estándar sino se manejan en forma flexible, que se asemeje en lo posible a una situación de la vida cotidiana (Krause, 1995, p. 30).

Las entrevistas se realizaron a través de video llamadas. Estas tuvieron una duración variada, de entre 30 minutos y 1 hora y media aproximadamente. Estas fueron grabadas en audio por medio de la plataforma Zoom, para su posterior transcripción, con el correspondiente consentimiento informado. Se realizaron siete entrevistas a participantes que cumplían los criterios de inclusión y variabilidad muestral, sin embargo, una de ellas fue descartada pues se repetían ciertos criterios respecto a la edad, por lo que solo fueron seleccionadas seis entrevistas.

Las entrevistas se realizaron en el periodo entre el 30 de abril del 2020 y el 03 de mayo del mismo año. Estas fueron transcritas por los investigadores de manera manual sin necesidad de procesadores de textos, respetando y manteniendo los relatos tal cual fueron expresados por las participantes.

Tipo de análisis

Se realizó un análisis de datos a partir de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin (2002), lo que permite ir construyendo a partir de los discursos categorías que asentarán un aporte teórico para el tema de la violencia obstétrica, el cual, como ya fue señalado, no cuenta con dicha profundización.

En sus planteamientos comprende un análisis, descomposición y examen minucioso de los datos, los cuales posteriormente fueron reagrupados en códigos y categorías con sub-categorías a fin de formular una discusión más precisa y compleja sobre el fenómeno de la violencia obstétrica. El procedimiento analítico de la investigación se basó en la lectura sucesiva de la totalidad de las entrevistas, a modo de familiarización sobre la forma y el contenido, como también para lograr mayor abstracción y jerarquización de los tópicos principales. Cabe destacar que la lectura sucesiva fue a través del microanálisis línea a línea. Se generaron códigos conceptuales que luego fueron agrupados en categorías

analíticas para después relacionarlas entre sí. En síntesis, la técnica empleada en la investigación permitió hacer descripciones y ordenamientos conceptuales.

Aspectos éticos

En relación a los resguardos éticos que como equipo de investigación se tomaron al momento de efectuar las entrevistas con la muestra, cabe destacar:

- Se utilizó consentimientos informados a las mujeres participantes de las entrevistas a modo de respaldo de su voluntad a participar en la investigación.
- Se empleó consentimiento informado para las mujeres participantes de las entrevistas para el resguardo de las entrevistas en grabaciones de audio.
- Se resguardó en todas las etapas de la investigación el anonimato y privacidad de las participantes, quienes contaban con la posibilidad de retirar su participación en cualquier momento del proceso.

Resultados

En esta sección se presentan los temas que emergieron a raíz de los relatos de las entrevistadas. Primero se abordarán las condiciones previas que involucran la violencia obstétrica. El segundo tema apunta hacia las formas en las cuales opera. Luego, se exponen los vínculos que las entrevistadas realizan en torno a la violencia obstétrica y violencia de género. La cuarta temática expuesta responde a factores protectores y prácticas de resistencia ante este fenómeno. Por último, se expone como categoría, la resignación en torno a tomar medidas legales en contra de tales prácticas.

1. Condiciones previas que involucran la violencia obstétrica

Dentro de esta categoría, se abordan temáticas que se cruzan con el proceso de embarazo, parto y posparto, principalmente en torno a las condiciones previas existentes en las mujeres que atraviesan este proceso y que pueden verse de algún modo perturbadas por el ejercicio de violencia obstétrica en sus diversas formas. Se entiende por condiciones previas aspectos como la preparación para el parto, saberes en torno al proceso y las expectativas adyacentes, las motivaciones al momento de elegir modalidad de atención público/privado y la percepción de esta atención en ambas modalidades.

1.1 Preparación para el parto, saberes en torno al proceso y expectativas

Tal preparación es ampliamente comprendida por las entrevistadas, casi por unanimidad, por aspectos físico-nutricionales, como también por la información necesaria para llevar a cabo el proceso. Por ende, la importancia que se le otorga a la información necesaria para llevar a cabo el proceso, se relaciona también con los saberes que poseen las entrevistadas en torno a la situación de experimentar el embarazo, parto y posparto.

Si bien se le otorga un papel importante a los saberes de cada mujer respecto al embarazo, parto y posparto, es evidente una tendencia al sometimiento ante el saber médico por gran mayoría de las entrevistadas. Una entrega total que en ocasiones desencadena en la completa manipulación del proceso por parte de los/as profesionales, ahondando en la sensación de desconocimiento, falta de control y pérdida de autonomía en las decisiones que atraviesan el proceso completo. Por otro lado, prima el desconocimiento de derechos fundamentales en la atención en salud por parte de las entrevistadas, y aquello que ellas señalan está fundamentalmente relacionado a nociones básicas de respeto en la atención,

tanto fuera como dentro de los servicios de asistencia en salud. Se puede observar lo anterior a continuación: "Nada...yo en realidad fui como muy a la vida...porque como te mencioné antes yo no sabía que tenía derecho a tres epidurales, creo que son tres a las que tienes derecho como para no sentir tanto dolor...no sabía" (Participante "S", entrevista personal, 30 de abril 2020).

En este fragmento la entrevistada manifiesta situarse en esta posición de no saber, que a la vez la ubica en una situación vulnerable ante el ejercicio de diferentes mecanismos propios de la práctica gineco-obstétrica. La siguiente entrevistada, por otro lado, señala "Mira, había visto la cartilla de derechos y deberes del paciente, pero internalizarlos mucho no, yo soy media dejada en ese sentido (...) más por el tema de nociones básicas de respeto (Participante "F", entrevista personal, 1 de mayo 2020). En este caso, la entrevistada señala conocer respecto a derechos fundamentales en la atención en salud, sin embargo, este conocimiento lo deja entrever como superficial. Junto con lo anterior, la entrevistada además no considera esta variable, de hecho, toma posición desde el sentido común, a pesar de contar con información de carácter formal. Al mismo tiempo, es importante tener en cuenta las expectativas asociadas al proceso que cargan las entrevistadas, pues estas expectativas y su cumplimiento en ocasiones permiten evaluar cómo fue la prestación de servicios.

Estas expectativas están ligadas en su mayoría a la percepción del dolor, la duración del parto, la espera de un parto natural, el anhelo del puerperio inmediato y en un caso particular, que el proceso se sitúe bajo la perspectiva de "parto humanizado", el cual según la entrevistada se comprende como "un parto que está conectado con lo natural (...) un parto lo más humanomamífero posible" (Participante "CE", entrevista individual, 03 de mayo 2020). Entendemos que parte de esas expectativas van ligadas a poder contar con el acompañamiento de la pareja durante el proceso, pues la totalidad de la muestra contaba con pareja al momento del parto. Parte importante de ellas refiere la necesidad de que se respete el contacto piel con piel posterior al nacimiento por lo menos por media hora.

1.2 Motivaciones en torno a la elección de la modalidad público/privado

Las motivaciones en torno a la elección de modalidad público/privado, también caen dentro de lo que denominamos como expectativas, pues apuntan directamente a la posibilidad de conseguir en alguna de las modalidades una prestación adecuada. En las entrevistadas que se encontraban afiliadas a una ISAPRE, sus motivaciones de elección se vinculan a la cobertura que ofrecía el plan más económico. Otras mencionan referencias de conocidas

como un factor determinante en su elección. Por último, sólo una entrevistada manifiesta que su elección en la modalidad de la atención estuvo motivada por la búsqueda de un equipo médico que trabajara bajo la perspectiva de “parto humanizado”.

En otra fracción de entrevistadas, su elección en torno a la modalidad público-privado estaba supeditada a la espera de contar con el beneficio de financiamiento “Bono PAD”³ y en un caso particular, a una entrevistada se le adelantó el proceso de parto, lo cual hizo que perdiera el beneficio y abruptamente tuvo que dirigirse al servicio público más cercano. La situación de dicha entrevistada refleja que la decisión en torno a la elección de la modalidad en el proceso va mucho más allá de sus decisiones.

1.3 Percepción de la atención pública/privada

La percepción que ambas modalidades originan en las entrevistadas es vista como parte de sus expectativas, pues de ellas se desprenden las decisiones en torno a qué se desea en el proceso y qué es necesario evitar. Parte de las entrevistadas refieren entender el sistema público de atención como precario, con malas instalaciones y falta de recursos, además de no contar con espacios que promuevan la privacidad en el proceso de embarazo, parto y posparto, también mencionan la constante rotación de personal como un aspecto negativo. Sin embargo, otra porción de entrevistadas difieren en que en el sistema público se realiza una atención integral, a causa de los múltiples profesionales con los que puede ser derivada en el proceso, como también dan cuenta del estigma en la atención pública. Al referirse al sistema privado, en cambio, algunas entrevistadas consideran este como una modalidad que propicia una atención más personalizada, con instalaciones más modernas, pero que sin embargo, estas no están exentas de que allí ocurran sucesos negativos ligados a la violencia obstétrica. Las entrevistadas manifestaron que tanto la modalidad pública como la privada no se encuentra exentas al ejercicio de violencia obstétrica.

2. Formas en las que opera la violencia obstétrica

Este apartado abarca aquellas prácticas específicas de las/os profesionales de la salud insertas/os en el área gineco-obstétrica, que hayan sido percibidas por las entrevistadas

³ El Bono PAD (Pago Asociado a Diagnóstico) es un beneficio que ayuda a que los usuarios(as) de Fonasa, y sus cargas, puedan acceder a distintos paquetes de prestaciones y atenciones en salud pagando un precio fijo y conocido, lo que aplica para distintas intervenciones quirúrgicas o procedimientos.

como negligentes u atentatorias contra su integridad, como la represión de expresiones de dolor y emociones, las dificultades para realizar el primer contacto con el recién nacido y las trabas en torno a no permitir la lactancia de manera adecuada. Por último, se aborda la problemática en torno a la violencia ejercida hacia las mujeres no hispanoparlantes.

2.1 Prácticas negligentes

En relación a los procedimientos que las mujeres experimentaron como negligentes, se encuentra la cesárea, vista como una solución práctica, y en otras, foco de críticas al ser programada, procedimiento altamente impulsado por los/as profesionales de la salud. La sobre utilización de anestesia igualmente se enmarca en estas prácticas negligentes, y en su polo opuesto, la ausencia de anestesia. La utilización de “fórceps” es catalogado como un procedimiento invasivo, poco pertinente y desactualizado. Asimismo, se consideró como práctica invasiva y brusca la limpieza y sutura de los genitales de las mujeres en el momento donde realizaban el puerperio inmediato. A continuación se expone el último punto:

Cuando ya te entregan a tu guagua, entre que te suturan...encontré que eso era un poco brusco, porque tú estás como en otra, con tu guagüita en el pecho, todo exquisito, pero te limpian por dentro, te sacan todo...lo encontré un poco invasivo. (Participante “M”, entrevista individual, 03 de mayo 2020)

Queda plasmado en el relato anterior las prácticas que interfieren el primer contacto con el recién nacido. Otra entrevistada, nos permite entrever la crudeza de otros procedimientos y lo negligente que llega a convertirse la asistencia al parto, a saber: “Entonces me sientan, me empiezan a aplastar la cabeza, yo no sé si realmente ese sea el procedimiento real pero, así me pusieron la epidural” (Participante “S”, entrevista individual, 30 de abril 2020). Queda en evidencia que el servicio de asistencia al parto en las modalidades público y privada están colmados de variadas formas de violencia hacia las mujeres, tomando la forma de prácticas negligentes, omisión de información, procedimientos innecesarios, entre otras.

2.2 Represión de expresiones de dolor y emociones

La minimización del dolor y la represión de emociones, se presentan como una constante en gran parte de las entrevistadas que comparten la sensación de haber sido acalladas durante el embarazo, parto y posparto. Se invalida y desvaloriza los sentires de las pacientes en proceso de parto, poniendo por encima el saber médico de los/as profesionales quienes

actúan como si conocieran los síntomas y los dolores subjetivos de las protagonistas; para la entrevistada esto se enmarca en una incompetencia por parte del profesional, ya que este era un parto prematuro y no un dolor estomacal, como bien él afirmaba. A saber:

La parte más negligente fue la parte del Hospital del Profesor, cuando el doctor me daba viadil, eso lo encuentro innecesario, porque no me creía que tenía contracciones, me decía: "eso no es contracción" y quizás si no hubiese bajado la matrona a verme, no sé si hubiesen aplicado ley de urgencia, quizás hubiese nacido ahí.

(Participante "V", entrevista individual, 03 de mayo 2020)

En relación a la represión de expresión de emociones, en algunos casos se realizaron reprimendas sobre la dilatación, adjudicando la culpa a las mujeres. Las entrevistadas señalan que los sermones y gritos pudiesen haber influido en la dificultad de lograr la dilatación esperada. Los/as profesionales en el contexto de urgencia, tanto en modalidad pública como privada, omiten la justificación de su proceder, teñido de críticas. En el párrafo siguiente se evidencia:

...entonces me aguantaba me aguantaba, nunca grité, nunca grité...si me quejaba mucho y me acuerdo en eso que llega la matrona de turno, del otro turno y me dice "¡Déjate de reclamar que así nunca vas a dilatarte!"...y yo le dije "No estoy reclamando", y me dice "Sí, te escucho de allá de la sala reclamar"

(Participante "S", entrevista individual, 30 de abril 2020)

Es relevante evidenciar la situación que la entrevistada declaró. Al interior de las salas de parto, se tiende a silenciar a las mujeres. Las entrevistadas critican el pensamiento sustentado en la idea de que el ser mamá implica aguantar y ser capaz de lidiar con el dolor. Por otro lado, algunas entrevistadas de forma voluntaria, se predisponen y optan por el silencio; expresa:

Es que es como un dicho muy popular así como que uno no tiene que ser gritona pa' que no te trate mal las matronas, así que uno va con ese pensamiento al parto la verdad, así como un poco asustada, así como si gritai mucho, te van a tratar mal. Igual, la verdad es que yo me guardé, así que fue una buena experiencia, no sé si porque fui callada o porque... (Participante "C", entrevista individual, 2 de mayo 2020).

En este caso, es evidente la predisposición a “guardarse”, pues pareciera ser que la expresión de emociones, el gritar o llorar, bajo esta lógica, puede traer desventajas más que ser un elemento liberador. Se entiende por tanto: a menor expresión de emociones, mejor atención. En este punto es donde la autonomía de las mujeres que hacen uso de tales servicios ven su libertad de expresión truncada por la imposición que el personal médico y asistentes al parto promueven bajo estas restricciones y prácticas, que no hacen más que atemorizar y ubicar a las mujeres en una zona pasiva ante las intervenciones quirúrgicas impuestas.

La atención directa de los/as profesionales de la salud se mostró con malos tratos o mala disposición, las salas de parto en los servicios de salud poseían escasa intimidad y un nulo manejo profesional de las circunstancias que trae consigo la parturienta en su proceso, volcando la culpa de ciertos fenómenos a la paciente, ejerciendo presión y violencia verbal, como puede observarse en el siguiente fragmento: “Me hace el tacto la matrona y me dice: ‘Negrita, tienes el cuello como piedra, así nunca va a nacer tu guagua, tú no estás poniendo nada de tu parte, tienes que respirar mejor’, todo gritando” (Participante “S”, entrevista individual, 30 de abril 2020).

Cuando se menciona que los espacios donde se lleva la labor de parto no propician la libertad de expresión del dolor y emociones, las entrevistadas ponen énfasis en la crítica al ambiente violento en el cual nacen los/as bebés. En su mayoría, por los comentarios negativos acerca de sus cuerpos, la forma en la que llevaban el proceso de parto, haciendo recaer la culpa sobre ellas sin cuestionamientos en torno a los procedimientos llevados a cabo, los protocolos o acciones de los/as profesionales que estaban a cargo. En el siguiente fragmento de entrevista se puede observar lo anterior:

Yo las escuchaba a las guaguas como nacían y una que me llamó mucho la atención...una niña que gritaba, mucho pero ni siquiera era un...era, gritaba...y la retaban, y le gritaban de vuelta, que se callara, que esta era una sala de parto y que esto no era un estadio, y que aquí habían guaguas recién nacidas... pero con mucha violencia, onda “icállate!”, así. (Participante “S”, entrevista individual, 30 de abril 2020)

Las entrevistadas adjudican la vivencia de violencia obstétrica a manos de profesionales de mayor edad. La utilización de fórceps para las entrevistadas se vincula a profesionales mayores, y a una pobre actualización de métodos durante el desarrollo del trabajo; otro aspecto que puede entenderse como causa de esta vivencia de violencia obstétrica según

las entrevistadas, se encuentra en la calidad de la atención por parte de los/as profesionales, puesto que se tiende a depositar plena confianza en el proceso que llevan, dado que se les sitúa como aquellos que “saben” respecto a los procesos, cómo deben ser aplicados los procedimientos y bajo qué limitaciones. Dicha entrega hacia el personal que sabe, posiciona a las entrevistadas en un lugar de subordinación, lo que se adjudica también a factores que facilitan la vivencia de violencia obstétrica.

2.3 Dificultades presentadas en torno al puerperio inmediato

Aquellas que lograron este primer contacto, lo experimentaron como un procedimiento brusco e invasivo. Aquellas que no pudieron hacer contacto inmediato “piel con piel” con el bebé, señalan que la instancia no fue propiciada por el equipo médico. A continuación un fragmento de entrevista que ilustra lo anterior: “Me dijeron después “mira, tu guagua está bien, solo tardó en reaccionar, pero está bien”, eso me dejó más tranquila... pero llegué a la pieza y todavía no me pasaban a mi guagua [comenta angustiada]” (Participante “F”, entrevista individual, 1 de mayo 2020). Bajo este testimonio se deja entrever la demora que sufrió la entrevistada para estar con su bebé posterior al parto. En el relato siguiente se logra observar una situación similar: “Yo no tuve apego, me la pusieron en la guata, me dijeron ‘saluda a tu guagua’, yo saludé a mi hija y se la llevaron (...) No me dejaron formar el primer apego con ella [comenta entristecida]” (Participante “S”, entrevista individual, 30 de abril 2020).

En ambos relatos se presentan las dificultades que el equipo médico presenta para propiciar este momento que para las entrevistadas cobra mucha importancia. En un caso particular una de las entrevistadas sostiene que aquella “complicación médica” por la cual no le entregaron de inmediato a su bebé, era que este se había tardado en reaccionar; posteriormente, realiza un vínculo entre ese hecho y la utilización de fórceps en el trabajo de parto.

En los casos analizados, las instituciones no propiciaron procedimientos elementales como lo es este primer contacto con el recién nacido. Priman procedimientos como limpiar, pesar, medir y suturar. A diferencia de los relatos anteriores, una entrevistada que sí logró tener piel con piel, lo narra cómo una grata experiencia, emocionante, importante y que es invisibilizada dentro de los procedimientos.

2.4 Dificultades en torno a la lactancia

Algunas entrevistadas manifestaron la existencia de un vínculo entre la pérdida de la instancia de puerperio inmediato, con las dificultades posteriores que tuvieron con la lactancia, la calidad de la misma y el acople al pecho materno, como bien lo señala la entrevistada "Lo más importante que yo siento que me perdí fue el tema del contacto inmediato... porque quizás hubiese tenido más posibilidad de que él enganchara mejor y todo" (Participante "C", entrevista individual, 02 de mayo 2020).

En la cita anterior, se realiza un vínculo entre negar la instancia del puerperio inmediato con el recién nacido y las dificultades que pueden presentarse durante el proceso de lactancia, dando cuenta de las implicancias que llega a tener el ejercicio de cualquier procedimiento que resulte violento, amenazante o inadecuado durante los procesos de embarazo, parto y posparto. En cambio, el siguiente relato ilustra la contraparte:

Hicimos al tiro el tema de la lactancia, y claro, para mí igual fue una huevía súper bonita, emocionante y sorpresiva... durante la primera hora, mi guagua se alentó, tomó pechuga, tuvimos un buen acople, y hoy día yo puedo decir que con mi hija tengo una lactancia exitosa... los beneficios que tiene para la vida, este tipo de prácticas que no están visibilizadas... y que el no hacerlo son parte de la violencia obstétrica.

(Participante "CE", entrevista individual, 5 de mayo 2020)

Se comprende que en las entrevistadas, el proceso de lactancia fue vivido de distinta manera. En las citas anteriores, la primera entrevistada hace alusión al tiempo que demoró realizar el puerperio inmediato, tomándole más de una hora, y también a los factores que influyen en la dificultad del acople del recién nacido al pecho materno, como el dolor físico al amamantar y la falta de talleres educativos en torno al proceso. Comenta en otra ocasión, la misma entrevistada, al consultar a causa de las dificultades en la lactancia, los/as profesionales le recomiendan "fórmula de inicio" (complemento o suplemento de leche materna) como primera medida, una solución rápida y práctica. Es importante destacar que esta alternativa de dar fórmulas de inicio (suplemento o complementos) desconoce orientaciones de organismos internacionales como UNICEF, OMS y organismos pediátricos nacionales, pues esta alternativa pretende debe ser otorgada en casos puntuales donde ya se han agotado otras herramientas para dar paso a la lactancia, y en caso de que no se pudiese, indicar la administración de sucedáneos de leche materna.

Por otro lado, la otra entrevistada señala que una lactancia “exitosa”, es aquella donde el equipo médico propicia un buen ambiente, donde se “respeten los instintos” tanto de la madre como del bebé, ya que es un momento donde señalan experimentar muchas emociones y el invisibilizar este momento para ellas es violencia obstétrica.

En este sentido, las entrevistadas dejan de manifiesto la importancia de este acontecimiento tras el parto, anhelado y cargado de expectativas, emociones y afectos. Por ende la gravedad de que no se encuentre establecido como factor clave durante el proceso. Y ahí, se presenta implícita la demanda hacia el personal de la salud en torno a promover y proteger el momento de la lactancia.

2.5 Violencia obstétrica ejercida hacia mujeres no hispanoparlantes

Este apartado es producto de las críticas por parte de las entrevistadas, hacia la calidad humana de los/as profesionales, donde soluciones como: instalación de protocolos, capacitaciones y sensibilización, sienten que no surgen efecto. Se hace alusión a una generación de profesionales, que hoy se encuentran atrapados con viejos paradigmas. Finalmente mencionan que es un desafío visibilizar la violencia obstétrica en la población migrante no hispano-parlante, ya que aún es tema la migración en Chile, puesto que ellos traen consigo toda una cultura, que en ocasiones deben dejar ir en pos adaptarse a nuestro país. A continuación:

Eran seis...y estuve con dos haitianas, y yo vi que fueron muy violentadas por todo el equipo... pasó mucho que venían doctores con los practicantes de medicina y estas niñas no hablaban español, y ellos hablaban de ellas, al frente de ellas, como si no existieran, y puras cosas malas, como “No es que su cultura es súper alharaca, si mira no se quiere ni parar, si tuvo una cesárea no más...si son súper alharacas...y son pésimas mamás, no alimentan nunca a los niños”, así hablaban al frente de ellas... Más encima estás formando a estudiantes de medicina y les dices eso.
(Participante “S”, entrevista individual, 30 de abril 2020).

Es importante señalar a raíz de esta situación, las herramientas que se le otorgan al personal de la salud, las que deben ser atingentes a las necesidades que en el territorio se presentan. Dichas necesidades se basan en atravesar la barrera idiomática que se instala al momento de dar asistencia en salud a las mujeres de otras naciones, y que el personal debiese manejar u al menos instalar protocolos de atención que permitan la comunicación fluida, como bien hace alusión la entrevistada a continuación: “Desafortunadamente las

personas más vulneradas son las que menos reclaman (...) es una cuestión que no se ve...porque además las mujeres migrantes no reclaman". (Participante "CE", entrevista individual, 03 de mayo 2020). Parece importante para las entrevistadas hacer visible estas problemáticas que atañen directamente a los conductos regulares de las instituciones de asistencia al parto y también al trato deshumanizador, racista y poco ético que poseen ciertos profesionales de la salud.

3. Vinculaciones entre violencia obstétrica y violencia de género

En este apartado, se revisan prácticas violentas que pueden ser ejercidas en los procedimientos gineco-obstétricos, vinculadas con el fenómeno de violencia obstétrica, así como la pérdida de autonomía de la mujer en el área de la salud sexual y reproductiva a través del relato de las entrevistadas, y por último, caracterizar los vínculos que las mujeres entrevistadas realizan entre violencia obstétrica y violencia de género.

3.1 Prácticas comprendidas como violencia obstétrica

Según las entrevistadas, la violencia obstétrica quebranta los Derechos Humanos de las mujeres durante la asistencia a los centros médicos públicos y privados, y paralelamente, la negación de derechos en la atención (contar con un acompañante significativo, comentarios y juicios ofensivos, negación de medicamentos para aliviar el dolor) es comprendida como una manifestación de violencia obstétrica según la entrevistada: "...cuando pasan a llevar tus derechos... así como lo que está de moda ahora, los derechos humanos, pero siento que esto es algo más íntimo, que te impongan algo" (Participante "M", entrevista individual, 3 de mayo 2020).

En el relato, la violencia obstétrica es vivenciada cuando no se explican los procedimientos y su pertinencia a las pacientes; en otros, cuando el personal de salud no permite la expresión de emociones durante el proceso, tal como lo expone la siguiente entrevistada: "Ellas hicieron lo que quisieron con mi cuerpo en relación a como yo tenía que aguantar el dolor, o sea, ni siquiera fue una pregunta (...) ellas me gritaron como quisieron" (Participante "S", entrevista individual, 30 de abril 2020). Se evidencian las prácticas violentas que según la entrevistada son manifestaciones de violencia obstétrica. Además, la entrevistada al hacer énfasis en la nula participación que tuvo en el transcurso del proceso, a nivel de toma de decisiones, permite hacer una conexión entre estas prácticas violentas ejercidas hacia ella y su cuerpo con la pérdida de autonomía de las mujeres en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Esta otra entrevistada, al igual que la anterior, percibe el accionar de los/as profesionales como violento durante el desarrollo del proceso, tras recibir tratos irrespetuosos, ofensivos y agresivos: “La matrona me dice: ‘Ya, esto te va a doler, pero tú quédate calla...¡Pero quédate quieta!’ y yo me retorció del dolor...Como que en ese momento solo lo sentí como violencia ...fue sorpresivo y doloroso más encima” (Participante “C”, entrevista individual, 2 de mayo 2020). Es relevante destacar, además de lo mencionado anteriormente, que la entrevistada manifiesta que el desarrollo del proceso no estaba acorde a lo esperado. Como también, que a pesar de manifestar molestias y dolor durante las revisiones, estas molestias no fueron acogidas por los/las profesionales y menos aplacadas por ellos/as.

Las entrevistadas reconocen la recepción de tratos irrespetuosos y ofensivos durante el desarrollo de los procesos relativos al embarazo, por parte de los/as profesionales. Es una manifestación evidente de aspectos relacionados a la violencia obstétrica. El siguiente relato lo ilustra:

...cuando te maltratan verbalmente, uno está tan vulnerable en ese sentido, que lo uno lo único que quiere, entre el dolor que significa tener una guagua, la incertidumbre de que todo salga bien... que te empiecen a no sé, a tratar como “niñita”, que ‘¿Porque hiciste eso?, ¿acaso no te la podís?’, en vez de darte la confianza para empoderarte de que todo saldrá bien (...) se necesita de que te estén apoyando y no tirando mierda innecesaria.
(Participante “V”, entrevista individual, 03 de mayo 2020)

Cabe mencionar que en el relato la entrevistada, además de referirse a los mensajes ofensivos e innecesarios por parte de los/as profesionales, apunta a la tendencia de “infantilizar” a la paciente a través de mensajes y juicios también considerados como innecesarios. Se puede hacer un vínculo entre dicha tendencia a “infantilizar” que menciona la entrevistada, con la pérdida de la autonomía en estos espacios, pues esta tendencia a infantilizar a las mujeres durante el proceso de parto no hace más que ahondar en la visión errada de las mujeres fuera del campo de lo racional en el momento del parto, y por tanto, revelando relaciones asimétricas con las/os profesionales, a la vez que se restringen los derechos fundamentales de las mujeres.

3.2 Vínculo establecidos entre violencia obstétrica y violencia de género

Otras participantes de la investigación van más allá de los hechos concretos de violencia hacia las mujeres en estos espacios, mencionando que “el sistema de salud en general es bastante violento (...) es violento más con las mujeres, como casi todo en esta sociedad” (Participante “CE”, entrevista individual, 03 de mayo 2020). En tales dichos, se evidencia un vínculo entre la violencia que según la entrevistada caracteriza a las instituciones de salud, con aquello que entendemos son manifestaciones de violencia de género, pues en este caso, y en esta área de la salud particularmente, son principalmente las mujeres quienes hacen uso de tales espacios, y por ende son violentadas en ellos. Dentro de este vínculo, algunas entrevistadas son enfáticas en recalcar el erróneo pensamiento de tipo cultural que se posee en torno a la imagen de las mujeres, como se ve a continuación:

Yo creo que está muy relacionado, porque en el fondo la mujer casi que su única función en la vida es como, ser mamá, dueña de casa y para lo que es buena, entonces si una no llega preparada y lista para ser cuero de chanco te tratan como inútil.

(Participante “V”, entrevista individual, 03 de mayo 2020)

Bajo esta mirada, se cuestiona el “deber ser” de las mujeres en este ámbito, tensionando aquella idea impuesta por un sistema esencialmente patriarcal que permite este tipo de violencias y transgresiones. Además, se menciona de manera implícita, el hecho de que las mujeres que asisten a centros de salud y no cargan con tales características propias de un “modelo” de mujer estereotipada bajo estas normativas, son interpeladas y posiblemente reciban un trato irrespetuoso y violento. El siguiente fragmento viene a complementar lo anterior:

Se le exige mucho a la mujer mantenerse calma, serena, el no quejarse, el que la mujer puede, y nos crían de esa forma y después eso lo replicamos y somos bien críticas en un sentido negativo con otras mujeres, y el tema de la vulnerabilidad es mal visto sobre todo en este contexto, porque se “supone” que estamos hechas para esto, entonces no puedes sentir cansancio, dolor, no te puedes alterar. (Participante “F”, entrevista individual, 01 de mayo 2020)

Se hace evidente el vínculo que realizan las entrevistadas en cuanto al complejo fenómeno de la violencia de género y sus diversos modos de manifestación, basados en una serie de preconceptos y prejuicios en torno a modelos imaginarios de cómo debieran ser, en este

caso, las mujeres que requieren de asistencia médica en procesos de embarazo, parto y posparto.

En este sentido, otra entrevistada apunta a lo anterior directamente, pues es enfática en criticar ciertas concepciones tradicionales sobre el “ser madre”, como bien dice: “...que porque somos mamás tenemos que olvidarnos de que somos personas y que primero está nuestro hijo” (Participante “S”, entrevista individual, 30 de abril 2020).

El relato anterior, también da cuenta de la relación entre la situación de que, las madres que atraviesan este proceso pasan a segundo plano, según la entrevistada, y la pérdida de autonomía como mujeres aisladas del proceso de maternidad. En tal vínculo se evidencia la pérdida de autonomía por parte de las mujeres a causa de este modelo cultural patriarcal imperante que le da énfasis al cuidado del recién nacido por sobre el bienestar de la mujer que acaba de dar a luz. De hecho, otra entrevistada logra de igual forma relacionar estas concepciones tradicionales sobre el “ser mujer” con la pérdida de autonomía en los servicios de salud sexual y reproductiva; la entrevistada expresa:

...con el tema de vernos como el sexo débil... se supone que nosotras por algo podemos parir, estamos, preparadas para eso, y muchas veces, en estos casos al tratar así a las mujeres le quitan esa confianza de ‘yo puedo’.

(Participante “C”, entrevista individual, 02 de mayo 2020).

Por último, se considera relevante volver a recalcar esta sensación que las entrevistadas manifiestan respecto a una usurpación de la confianza y seguridad respecto a los procesos de embarazo, parto y posparto. Sobre todo en circunstancias donde no se comunican ni explicitan procedimientos que serán llevados a cabo en las mujeres. Los/as profesionales que no tienden a respetar las decisiones, exigencias y requerimientos de las mujeres en estos espacios, no hacen más que menoscabar la autonomía y capacidad de toma de decisiones.

3.3 Razones de la violencia obstétrica en Chile

Se presenta aquello que las entrevistadas adjudican como razones por las cuales se da el fenómeno de violencia obstétrica en Chile. En este sentido, una de las entrevistadas expresa: “Yo creo que se da en todo el mundo, va de la mano de los profesionales, no todos tienen la pasta ni el empuje...la vocación, la matrona que les comento que encontré pesada, al tiro la note más dura” (Participante “M”, entrevista individual, 03 de mayo 2020). En este caso, la entrevistada apunta directamente a la vocación de las/os profesionales. Considera

que dicha vocación se ve reflejada en el trato hacia las mujeres que hacen uso de estos servicios, denotando una disposición percibida como negativa. Otra entrevistada, por su parte, realiza un análisis un poco más general acerca de la situación a nivel nacional:

Vivimos en una sociedad que es patriarcal, entonces lo masculino predomina por sobre lo femenino, hay un status como de poder y lo que está asociado ahí a lo femenino, tiene siempre la posibilidad de ser violentado por otro (...) se produce ahí y se reproduce desde ahí. (Entrevistada "CE", entrevista individual, 03 de mayo 2020).

En este caso, la entrevistada manifiesta que lo que caracteriza a la violencia obstétrica posee sus raíces a nivel global. Atribuye al ejercicio de violencia obstétrica, el hecho de que estamos insertos en una sociedad altamente patriarcal que tiene como consecuencia, diversas manifestaciones de violencia de género y dentro de ellas estaría ubicada la violencia obstétrica. Otra entrevistada, en cambio, adjudica la existencia del fenómeno a la desinformación con la que cargan las usuarias de los servicios de obstetricia al momento de asistir a los centros. A saber: "Yo creo que es por la desinformación de la gente, el personal de la salud se cree, de repente súper poderoso, como "yo estudio medicina", y tengo el derecho de tratarte como sea"...cuando uno se informa, pone esa barrera" (Participante "V", entrevista individual, 03 de mayo 2020).

Si bien hace mención a la desinformación, también realiza una crítica a la actitud omnipotente con la que caracteriza a las/os profesionales de la salud. Agregando que en casos donde se posee la información y el conocimiento sobre los procedimientos y protocolos habituales, esta omnipotencia del personal, puede no presentarse como un problema, pues las herramientas para detener acciones violentas, en este caso, han sido adquiridas. La siguiente entrevistada, plantea lo siguiente: "Tal vez, las facilidades para que se acceda a la actualización de conocimiento, porque no se da, y también los mismos hospitales y clínicas deberían propender a que sus profesionales estén con los conocimientos actualizados" (Participante "C", entrevista individual, 01 de mayo 2020). A partir de su experiencia, la entrevistada plantea como eje central la actualización en términos formativos como factor que permite ocurran casos de violencia obstétrica. Sin embargo, lo expone desde una perspectiva que incita a promover la actualización de las/os profesionales.

4. Factores protectores y prácticas de resistencia

Se hace alusión al acompañamiento o contención emocional que las entrevistadas refieren haber experimentado en sus procesos de embarazo, parto y posparto, ya sea a nivel familiar, de pareja o incluso proveniente desde el equipo médico a cargo del proceso. Por otro lado, se exponen aquellas prácticas de resistencia ante la violencia obstétrica, desde las cuales se pretenden mejorar la experiencia del parto y recobrar el protagonismo a las mujeres.

4.1 Acompañamiento

Gran parte de las entrevistadas se encontraban con familiares o pareja que se traducen en contención emocional o un “colchón emocional”. A continuación, un extracto de entrevista de lo anteriormente comentado: “Sí, estuve con el papá de mi guagua (...) lo más importante yo creo que fue el acompañamiento que tuve de las matronas, porque... estuvieron ahí como indispensables todo el rato como apoyándome” (Participante “C”, entrevista individual, 02 de mayo 2020). En este caso se puede apreciar la importancia que haya un “otro”. Si bien en el fragmento, el apoyo del acompañante es importante, pareciera ser que el apoyo de las matronas se vuelve más significativo, ya que mejoraron la experiencia durante el parto.

4.2 Prácticas de resistencia a la violencia obstétrica

Este apartado está conformado por la reflexión de las entrevistadas respecto al lugar donde ocurre el parto, y por otro lado, al entierro de la placenta como un ritual de resistencia. En ambos se hace alusión a los cruces de creencias culturales tanto por parte de las mujeres como de la pareja. Esto se encuentra enmarcado en el grado de información que cargan las mujeres y sus parejas en tanto posibilidad de acceder a estas formas de resistencia a la violencia obstétrica como vías alternativas.

En relación al lugar del parto, las entrevistadas plantean el parto en casa como una opción que se ha estado masificando, ya que los partos institucionalizados poseen diversas complejidades, por ejemplo el riesgo de exponerse a infecciones intrahospitalarias. Por otro lado, mencionan cómo la asistencia hoy en día es cuestión que solo compete a las/os profesionales, apropiándose y despojando a la parturienta de elegir las circunstancias de su propio parto. Además, acentúan la importancia sobre volver a la atención tradicional de parto, donde se propiciaba el acompañamiento a partir de una red familiar de mujeres y de sus experiencias.

Es súper importante comprender y volver un poco (...) a lo tradicional en ese sentido...la medicalización del nacimiento es una cuestión del último siglo, las mujeres desde el principio de la humanidad hemos parido en nuestras casas, en compañía de nuestras mamás, nuestras abuelas, nuestras hermanas, y así ha sido históricamente, entonces cuando este tema se medicalizó (...) los hombres además tomaron el protagonismo médico (...) el nacer es un proceso fisiológico, no es una enfermedad, entonces lo hemos olvidado también. (Participante "CE", entrevista individual, 01 de mayo 2020).

A pesar de que el parto en casa o en otras dependencias es algo que existe desde hace mucho tiempo, es un elemento que ha vuelto a tomar protagonismo. En nuestro país el 39,7% de partos ocurrieron en hospitales públicos, un 57,6% en clínicas privadas y un 2,7% en otras dependencias (Sadler, 2018). Esta vía de resistencia a la violencia obstétrica permite a la parturienta tener el control del parto, además de ser un territorio donde se puede mantener un ambiente cálido, una luz tenue, silencio, libertad de movimiento y seguridad, a diferencia de los procedimientos situados bajo un modelo tecnocrático del nacimiento⁴, donde algunos procedimientos sólo son utilizados si son necesarios, permitiendo la tranquilidad necesaria para la parturienta, logrando una conexión entre la mente y el cuerpo, fundamental en el trabajo de parto.

4.3 La placenta como rito de pertenencia cultural

En este punto, la entrevistada plantea que, la placenta en los centros de salud califican como desecho biológico, para ella, es parte de un ritual como manifiesta a continuación: "Hicimos una cuestión más bien simbólica, es un rito...una apropiación cultural porque no es nuestra, los mapuches tienen esa práctica (...) plantamos la placenta en el patio de la casa" (Participante "CE", entrevista individual, 01 de mayo 2020).

En este sentido, la entrevistada junto con su pareja adoptan una práctica proveniente del pueblo mapuche, dejando entrever acercamientos a dicha cultura y los significados

⁴ Un leve acercamiento al concepto de modelo tecnocrático del nacimiento se define a partir de lo expuesto por Magnone (2013), quien ubica este modelo de atención como aquel que jerarquiza la separación entre mente y cuerpo y ve el cuerpo como una máquina, acarreado consecuencias no deseadas en los niveles de intervención sobre los cuerpos de las mujeres y los recién nacidos. Sadler (2016), afirma que dicho modelo "expresa los valores centrales de las sociedades occidentales: una fuerte orientación hacia la ciencia, alta tecnología, beneficio económico e instituciones gobernadas por un poder patriarcal" (p. 47)

asociados al rito. El fragmento anterior puede verse complementado por el siguiente relato, pues en él se permiten dilucidar las motivaciones en torno a esta práctica. A saber: "En el servicio público la gente puede pedir la placenta pero tiene que llenar una ficha igual, y dar explicaciones... porque es como material... 'desecho biológico', una cuestión así... ¡Pero es tuyo igual po! es parte de mi cuerpo" (Participante "CE", entrevista individual, 01 de mayo 2020).

Existe un cuestionamiento por parte de la entrevistada sobre la visión institucional que se posee acerca de aquello que pertenece a las mujeres y a su proceso de embarazo, tildándolo de "desecho biológico". Se deja entrever, además, los obstáculos que se instalan por parte de los centros de salud para permitir hacer uso de estos "desechos" por parte de las mujeres, y que pueden tornarse en dificultades para llevar a cabo ritos y expresar creencias culturales en torno al nacimiento.

5. Resignación en torno a tomar medidas legales en contra de la violencia obstétrica

Este apartado hace alusión a la carencia de medidas legales en relación al fenómeno de violencia obstétrica, además de la prolongación del malestar producto del impacto psicológico, emocional, físico y social, como también a la necesidad por parte de la entrevistada de visibilizar prácticas que son naturalizadas, recalcando cómo se vive esta violencia de forma interna producto de la falta de protección y protocolos legales. Relata:

Es que finalmente...tú entras en un punto en donde dices: ¿Qué puedo hacer? ¿Me quedo con esta rabia, con esta pena, o ya, lo dejo pasar? ¿Y busco algo que me haga sentir mejor? O sea, por ejemplo el primer año de mi hija fue terrible, porque yo reviví toda la noche el parto en mi cabeza...entonces fue como igual fuerte (...) Pensé en demandar al hospital (...) tomar acciones legales...pero mi papá es abogado, y mi papá me dijo "¿Tú sabes lo difícil que es irse en contra de instituciones públicas? No vas a ganar...Que rabia (...) porque ocurre. (Participante "S", entrevista individual, 30 de abril 2020).

La entrevistada finalmente evidencia las dificultades que considera se le presentan en torno a la posibilidad de exponer estas situaciones de violencia, además de tajantemente abandonar dicha opción, pues los obstáculos para un término favorable ante la toma de medidas legales son mayores, desde su perspectiva. Dicha sensación puede verse acentuada por la falta de legislación respecto al fenómeno de violencia obstétrica en Chile. Dado esto, parece de suma importancia hacer énfasis en la resignación ante la toma de

medidas legales hacia tal fenómeno. Al no tomar acciones legales, se naturaliza y perpetúan las conductas de los/as profesionales que ejercen este tipo de violencia, como también aquella violencia que proviene de las instituciones como tal. El relato expuesto deja en evidencia como acaban muchas de las situaciones de violencia obstétrica, es decir, en la impunidad de quienes ejercen violencia, en el silenciamiento de las víctimas de malos tratos, en el sufrimiento privatizado, y con ello, despolitizado.

Discusión

Existen prácticas violentas que son ejercidas durante los procedimientos médicos gineco-obstétricos por parte del equipo de salud, tal como se logró demostrar a través de los relatos de las entrevistadas. Dentro de las formas en las que opera la violencia obstétrica, se evidencia un desafío para las/os profesionales de la salud en torno a generar un espacio de respeto frente a la diversidad cultural que se presenta, junto con atravesar las barreras lingüísticas que trae la población no hispanoparlante. Es necesario, pues de no propiciar tal espacio, la atención se vuelve aún más deshumanizada, característica propia del fenómeno de violencia obstétrica. Cuando las entrevistadas señalan que las mujeres haitianas “no reclaman”, parece necesario remitirse a Arguedas:

La xenofobia y el racismo son expresiones discriminatorias que también se hacen presentes en las salas de parto de los hospitales. Pensemos que ya es bastante aterrador estar en un espacio hospitalario en el que, aunque hablemos el mismo idioma, desconocemos la jerga técnica. ¿Cuánto temor pudo haber experimentado esta mujer si, además, nadie ahí habla su idioma? El silencio es entonces el único refugio disponible, porque no tiene derecho a la palabra. (Arguedas, 2014, p. 163)

Aquello hace pensar en la falta de canales de comunicación y profesionales que permitan realizar ese diálogo esencialmente intercultural, como aquellos que destaca Zepeda y Campos (2019) como factores protectores en el sistema de salud chileno: “Profesionales e integrantes de los equipos sanitarios, que acogen a los inmigrantes y los ayudan con distintos mecanismos para que puedan acceder sin problemas a la atención; compartir el mismo idioma actúa en el mismo sentido” (p. 89-90). En esta línea, se evidencia que Chile como país se encuentra en deuda al respecto, pues no posee herramientas lingüísticas variadas para entregar de manera homogénea una atención adecuada. Es responsabilidad de cada país el ser capaces de promulgar leyes que protejan los derechos en el área de salud a migrantes, ya que la migración es asumida como un derecho, por lo tanto, no se

sustentan requisitos para las personas inmigrantes; desde la base, ello corresponde a una práctica discriminatoria (Zepeda y Campos, 2019).

Dentro de la categoría factores protectores, a pesar de que hubieron entrevistadas que adjudicaban la culpa al personal de la salud por haber tenido una mala experiencia durante el parto, otras entrevistadas recalcaron la importancia que puede llegar a tener el apoyo por parte de un acompañante significativo, como también por parte de las/os profesionales de la salud. Una de ellas pudo contar con el acompañamiento de su pareja al momento del parto, pero le dio mayor énfasis al acompañamiento del equipo de matronas, que señaló como “indispensables”. Esto nos permite ampliar el concepto de “contención emocional”, ya que el equipo médico puede llevar a cabo esa labor a pesar de ser desconocidos y asistentes en el proceso, supliendo las faltas que pueden existir en casos donde no se posee la pareja-familia, etc.

En este sentido, las doulas podrían convertirse en pieza fundamental de estos procesos debido a la naturaleza de su trabajo en labores de pre parto y parto, incluso posparto. Rodríguez y Durán (2016) señalan que las doulas aclaran dudas, acompañan y enseñan técnicas de relajación y diferentes técnicas de respiración. Las doulas en este proceso podrían ser de mucha ayuda, brindando la contención emocional necesaria a aquellas madres que no poseen redes familiares. Todo con el objetivo de brindar el soporte necesario para que los nacimientos que sucedan en un futuro estén plasmados del respeto y la completa entrega emocional que requieren estos procesos. La doula como una potencial figura significativa para aquellas mujeres que atraviesan el proceso de parto con un acompañante que muchas veces no sabe el nivel de participación e importancia que puede llegar a establecer. La figura del acompañamiento significativo, tiene que ser no solo porque es el padre, pareja o un familiar, o como simbólicamente ha sido posicionado, sino que ese “otro” es significativo porque el alcance de su rol es crucial para ofrecer sostén, cuidado y sobre todo información en relación a la atención.

En la categoría de resistencia a la violencia obstétrica, algunas entrevistadas destacaron el parto en casa como una temática que está cobrando relevancia. Mencionan por ejemplo las infecciones intrahospitalarias, lo cual les permite reflexionar a esto de “volver a lo natural”, como resistencia el modelo tecnocrático del nacimiento. La Asociación Gremial Maternas Chile, quienes asisten parto en casa en nuestro país señalan que “la atención del parto en casa en Chile correspondería a menos del 1%, situación que iría en aumento”(A.G [A.G] Maternas Chile, Agosto 2017).

Como señalan Leiva y Sandler (2016) gestar y parir eran experiencias asociadas a la mortalidad materna a causa de infecciones puerperales y hemorragias; convirtiéndose en una preocupación social y médica, con el objetivo de detener la mortandad asociada al nacimiento. Mencionan que en 1957 en nuestro país el 60% de los nacimientos ya eran atendidos por profesionales, y en 1990 la cifra alcanzó el 99%. Casi la totalidad de los partos ocurren en este territorio biomédico y por lo tanto, en base a un modelo tecnocrático del nacimiento. En relación a esto, Sadler (2016) ejemplifica que la posición litotómica, es una posición que se sigue enseñando en la obstetricia contemporánea. Dicha posición resulta ventajosa mayoritariamente para el personal de la salud, ya que esta postura no da ningún beneficio ni a las mujeres ni al feto. También menciona la posición decúbito dorsal, la cual infantiliza a la mujer, dejándola expuesta frente al médico, además de ubicarse en una altura inferior ante quienes la atienden, sin posibilidad de observar; generando que la mujer se disocie durante la espera del bebé, pues permanece desinformada durante todo el parto. Los avances en medicina específicamente en el área obstétrica, han sido beneficiosos no hay duda, pero este foco centrado en la patología del cuerpo de las mujeres han provocado un excesivo intervencionismo y la medicalización del nacimiento.

En relación al ritual de la placenta que señala una de las entrevistadas, este también es visto como una forma de resistencia ya que “las prácticas relativas al parto aparecen como una rutina relativamente uniforme, sistemática, estandarizada y ritualizada” (Márquez, 2019. p. 29); esta última, el rito simbólico de la placenta, es una práctica que evidencia la necesidad de salir de los estándares institucionales tradicionales, lo que provoca el enfrentamiento entre las creencias de cada pareja y la cultura. Según Ochsenius & Bravo (2018), el cuidado de la madre en todas sus dimensiones: física, mental, emocional y social, contribuyen a una placenta y bebé saludables.

Dentro de la cultura ancestral mapuche, la placenta tiene una dimensión espiritual, es el espíritu del hijo/a, y una tercera presencia independiente de la madre y el bebé, de ahí la importancia y el ritual de honrarla, agradecerle y sembrarla, haciéndola parte de la tierra y así de modo simbólico, genere más vida. En relación a la pertinencia cultural, Cabieses et al. (2016) señalan que en Chile la única forma en la que pueblos indígenas accedan a servicios de salud es a través de la adaptación de patrones y formas culturales dominantes, renunciando a su identidad, debido a su histórica condición de marginalidad y dominación, debido al poder y reconocimiento del “modelo médico hegemónico”.

Un aspecto importante que se evidenció fue que tanto la modalidad pública como la privada no se encuentran exentas al ejercicio de prácticas violentas. En ambas se presentaron prácticas negligentes, tratos deshumanizados, además de la omisión de información, resultando en momentos angustiosos. Cuando las mujeres se informan acerca de las experiencias por la que pasaron y lo resignifican comprenden que han experimentado violencia obstétrica como tal. El discurso de las entrevistadas permite entrever cómo está implicada este tipo de violencia, tanto física como psicológica. Además de hacer una crítica al ambiente violento en el cual están actualmente naciendo los/as bebés.

Las entrevistadas comprenden que este es un fenómeno que atenta contra sus derechos, ya que amenaza y usurpa la confianza y seguridad respecto al proceso de embarazo. Muchas de las entrevistadas se entregaban a los procedimientos del equipo médico, debido a que ellos poseen el conocimiento, asumiendo este poder, coartando la libertad de las parturientas sobre la toma de decisiones de su propio cuerpo. Dicha entrega hacia el personal que “sabe” da paso a relaciones de poder asimétricas y basadas en una lógica de dominación.

En relación a la represión de emociones, las entrevistadas, comentan que la expresión de estas no eran bien acogidas por los/as profesionales y mucho menos aplacadas:

Esta forma de poder disciplinario se acopla con la jerarquía del género para naturalizar lo que son funciones socialmente construidas. De ahí que la tolerancia al dolor durante el proceso de labor de parto será una exigencia moral, asociada a un indicador sobre la calidad y aptitud de la mujer para asumir su papel de madre. El maltrato adultocéntrico hacia las adolescentes que están en los salones de maternidad, forma parte de las lecciones morales que también se asocian al poder obstétrico. Es decir, el poder obstétrico se engarza con el mandato patriarcal de la reproducción: la maternidad como destino superior de toda mujer. (Arguedas, 2014, p. 164)

La violencia obstétrica es la suma de todas esas variables (psíquicas, físicas, sociales, culturales) que son aceptadas e invisibilizadas, como lo es muchas veces la infantilización de las pacientes a través de mensajes y juicios que las disminuyen en su calidad de mujeres como sujetos de derecho, sobre todo en el área de salud sexual y reproductiva.

Conclusión

A partir de la experiencia de las mujeres que atravesaron el proceso de embarazo, parto y postparto, es posible visibilizar que aún existen muchas dudas e imaginarios estereotipados en relación al dolor y a la rapidez o demora que conlleva la labor de parto; es un desafío actualmente en esta sociedad respetar los tiempos biológicos de cada mujer, relativos al tipo de parto, además de devolver el control a la mujer sobre su propio cuerpo.

Nos situamos bajo un contexto de un escenario cultural que construye al parto como tremendamente riesgoso, doloroso y sufriente. Hemos creado nuestra propia mitología occidental del parto, plantea la antropóloga británica Sheila Kitzinger; el drama de este mito está en la emergencia médica, la ambulancia a toda velocidad, la batalla de un equipo médico por combatir la muerte. Hay monitores cardíacos, operaciones, cesáreas, hemorragias masivas, resucitación de la mujer y del bebé. Es un drama que alimenta los temores inherentes al modelo médico de atención, que condiciona a las mujeres embarazadas a someterse a su ritual (Kitzinger 2000, en Sadler 2016)

Solo aquellas que lograron completa autonomía de su proceso y que se informaron, ven este proceso de parto con satisfacción, a diferencia de aquellas mujeres que experimentaron la violencia de las/os profesionales y tratos deshumanizados, lo que se tradujo en rabia, miedo, angustia, trascendiendo incluso meses después del parto. La visibilización de estas prácticas son un llamado a que la mujeres sean las que tomen decisiones sobre su cuerpo. Para erradicar esta violencia, las/os profesionales deben colaborar en conjunto con las mujeres, ya que son los principales involucrados en el objetivo de permitir un nacimiento amable.

La violencia obstétrica es una forma de violencia de género que requiere promulgación de leyes que den cuenta del impacto que es parir en violencia, ante esta desigualdad social en la cual las mujeres se ven inmersas. Una ley que de respaldo, apoyo y empoderamiento, para garantizar a las mujeres víctimas de violencia el acceso a la justicia y la sanción de los/as involucrados. Una ley que promueva espacios de formación sobre derechos sexuales y reproductivos a la población en general, como también para la formación de los equipos médicos. De esa manera se puede llegar a erradicar estos fenómenos que amenazan a las mujeres en los servicios de salud , y paralelamente, debe existir un constante ímpetu entre las/os involucradas/os en esta temática en torno a mantener la lucha contra las formas

patriarcales de situar el rol de las mujeres, y por ende, como ellas experimentan su vida sexual y reproductiva.

En tanto las limitaciones de la investigación, una de ellas es la dificultad para definir y visibilizar lo que es en sí la violencia obstétrica de parte de sus protagonistas, dado que muchas veces hay víctimas que naturalizan la violencia y no logran identificar cuando están siendo víctimas de prácticas inadecuadas. Otra limitación que se presentó, tiene estrecha relación con el acceso a las entrevistadas, puesto que al utilizar criterios de inclusión, fue dificultoso dar con mujeres que cumplieran con las características y que quisieran ser parte del estudio.

Otra limitación presente durante el desarrollo de la investigación, que es imposible pasar por alto, gira en torno a la pandemia de covid-19 que azota al mundo y a nuestro país. Esto es considerado como un obstaculizador debido a que la forma en la cual se iban a llevar a cabo las entrevistas debió ser modificada, desechando lo presencial e instalando la modalidad de entrevistas en línea. Al mismo tiempo, esta se vio reflejada en la investigación debido a que cierta porción de entrevistadas debió desistir de su participación a causa de problemas de conexión a internet.

Por último, se considera que un tema relevante a trabajar en investigaciones futuras es la discriminación y violencia ginecológica, que afecta también de manera importante a la población transgénero, pues es necesario investigar y visibilizar sobre sus realidades y experiencias en esta temática que afectan su calidad de vida y atentan contra su integridad. Además, se plantea la necesidad de abordar de mayor manera estudios que se enfoquen en cómo afecta a la población migrante no hispanoparlante la violencia gineco-obstétrica en los centros de asistencia en Chile. Dicha preocupación surge a causa de que la población migrante cada vez se encuentra más presente a nivel nacional, lo cual requiere políticas públicas en torno a la salud, que logren amparar y respaldar los derechos de las personas de otras naciones.

Referencias

- Arguedas, G. (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe, 11(1),145-169.[fecha de Consulta 18 de Diciembre de 2019]. ISSN: 1659-0139. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4769/476947241008>
- Asociación Gremial Maternas Chile. (Agosto 2017). I Jornada de Parto en Casa. Parto en Casa planificado con asistencia profesional. Santiago de Chile. Disponible en: <https://www.maternaschile.com/informacion-actualizada>
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. [en línea] Revista Redbioética/UNESCO, Año 4, 1 (7): 25-34, enero – junio 2013. http://www.unesco.org.uy/shs/redbioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf
- Camacaro Cuevas, M. (2009). *Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico*. Improntas de la praxis obstétrica. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer.2009; 14(32):147-62
- Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, (24), 43-68. <https://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>
- Díaz-Bravo, Laura, & Torruco-García, Uri, & Martínez-Hernández, Mildred, & Varela-Ruiz, Margarita (2013). La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investigación en Educación Médica, 2(7),162-167.[fecha de Consulta 18 de Diciembre de 2019]. ISSN: 2007-865X. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3497/349733228009>
- Espinoza, M. 2017. La ofensiva del Colegio de Matronas para obstaculizar Ley de Violencia Obstétrica. [en línea] Diario UChile, 21 de diciembre, 2017 <

- <https://radio.uchile.cl/2017/12/21/la-ofensiva-del-colegio-de-matronas-para-obstaculizar-ley-de-violencia-obstetrica/>> [consulta: 18 de diciembre 2019].
- Foucault, M. (2011). *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. Siglo Veintiuno Editores. Buenos Aires.
- Ilich, Ivan. (1975). *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barral editores. Barcelona.
- Krause, M. 1995. *La investigación cualitativa: un campo de posibilidades y desafíos*. Revista temas de educación, n°7, p, 19-39
- Laurell, C (2010). *La segunda reforma de salud. Aseguramiento y compra-venta de servicios*. Salud Colectiva, Buenos Aires, 6 (2): 137-48.
- Magnone, N. (2013). Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 5 (12), p. 80.
- Marquez, Y (2019). *Parto en casa contemporáneo en Santiago de Chile*. (Tesis de maestría). Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud (2008). Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. [En línea] <<http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf>> [consulta: 16 de enero 2018] P. 17.
- Ochsenius, B.(2018). *Instinto: Sabemos parir*. Santiago de Chile, Catalonia.
- Organización mundial de la salud. (2014). Declaración sobre la Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. [en línea] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf?ua=1
- Rodriguez, G. Gil, J. Gracia, E. 1996. *Metodología de la investigación cualitativa*. Ed. Aljibe, Malaga.
- Sadler, M. (2016). Etnografías del control del nacimiento en el Chile contemporáneo, *Revista Chilena de Antropología*. 33(1), p. 47.

- Sadler, M, Leiva, G. (2016). *“Nacer en el Chile del Siglo XXI: el sistema de salud como un determinante social crítico en la atención del nacimiento”*. En, Cabieses B. et al. (eds.), Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones. Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo. Pp. 61-77.
- Cabieses, B, Bernaldes, M, Obach, A, Pedrero, V (2016). *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile: Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones*. Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo. Recuperado de <https://www.researchgate.net/publication/298792268>
- Sadler, M, Rivera, M. (2015). *“El temor al parto: Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos.”* Revista Contenido, Cultura y Ciencias Sociales. N°6: 61-72.
- Sadler, M, Leiva, G, Bussenius, P, León, T, & Valdebenito, J. (2018). *Resultados Primera Encuesta sobre Nacimiento en Chile*.
- Vasilachis, I. (2006) *La investigación cualitativa*. En I. Vasilachis (Coord.) Estrategias de investigación cualitativa (pp. 23-64). Barcelona: Gedisa.
- Villanueva, L (2010). *El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco obstetra*. Revista CONAMED, volumen 15(3).
- Zepeda Vega, C. V., & González Campos, M. C. (2019). Discriminación y exclusión hacia migrantes en el sistema de salud chileno. Una revisión sistematizada. *Salud & Sociedad*, 10(2), 188-204. Doi: 10.22199/issn.0718-7475-2019-02-012