



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Sociología
Tesis de Grado

Representaciones sociales de mujer según gestantes, parturientas y puérperas que vivieron experiencias de Violencia Obstétrica



Javiera Valdebenito Zárate

Profesora guía: María Emilia Tijoux

2018

AGRADICIMIENTOS

A mi profesora guía María Emilia Tijoux por apoyarme y acompañarme en la realización de esta tesis desde una perspectiva de género.

También agradezco a todas las mujeres que tuvieron la disposición de colaborar como entrevistadas, principalmente a: Haschly, Carla, Paulina, Graciela, Clara, María José, Paula, Stefani, Guisela, Macarena, María.

Ellas también son autoras del conocimiento producido en esta tesis.

Además, agradezco a las personas del Observatorio de Violencia Obstétrica Chile por ayudarme a gestionar las entrevistas.

Especialmente a Pilar Plana por involucrarse en mi aprendizaje sobre este tema.

Finalmente, a Bárbara Torres por contribuir con su pintura, perspectiva y colores en la portada de esta investigación

ÍNDICE

I.	RESUMEN	5
II.	INTRODUCCIÓN	7
III.	ANTECEDENTES	10
I.	¿Qué es la Violencia Obstétrica? ¿Cómo se define? ¿Quiénes son los actores involucrados? 10	
II.	Antecedentes sociohistóricos de la intervención obstétrica	21
III.	PROBLEMATIZACIÓN	29
I.	Reproducción, gestación y parto/cesárea desde una perspectiva social	29
II.	La Violencia Obstétrica es también Violencia de Género	34
IV.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	40
V.	OBJETIVO GENERAL.....	40
VI.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	40
VII.	PROPUESTA TEÓRICA	41
I.	Aproximaciones Epistemológicas.....	41
II.	Experiencia	44
III.	Representaciones sociales	49
IV.	Representaciones de mujer	53
V.	Violencia.....	57
VI.	Poder obstétrico.....	64
VII.	MARCO METODOLÓGICO.....	66
I.	Enfoque de la investigación	66
II.	Alcance de la investigación	67
III.	Método.....	68
IV.	Proceso metodológico y selección del grupo de estudio.....	68
IV.	Operacionalización.....	70
VI.	Guion de entrevista.....	76
VIII.	CONTEXTO Y PRÁCTICAS QUE CONSTITUYEN LAS EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA	78
I.	Violencia directa.....	78
I.I	Maltrato físico	78

I.II. Prácticas perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas según la Organización Mundial de la Salud.....	86
I.II.I. Uso de enema y rasurado del vello púbico.....	86
I.II. II. Posición de cúbito supino durante la dilatación y posición dorsal de litotomía con o sin estribos durante el parto.....	89
II. Violencia Moral.....	94
II.I. Ridiculización.....	94
II.II. Intimidación.....	98
II.III. Amenazas.....	109
II.IV. Condenación de la sexualidad.....	114
II.V. Culpabilización por actos y el funcionamiento corporal.....	120
II.VI. Desvalorización cotidiana de la mujer como persona, de su personalidad y sus trazos psicológicos, de su cuerpo, de sus capacidades intelectuales, de su trabajo, de su valor moral.....	129
III. Eficiencia de la violencia.....	144
III.I. Diseminación masiva en la sociedad que garantiza su naturalización como parte de comportamientos considerados normales y banales.....	145
III.II. Arraigo en valores morales religiosos y familiares, lo que permite su justificación.....	158
III.III. Imposibilidad de denunciar y pedir ayuda.....	161
IV. Tabla de resultados.....	166
IX. REPRESENTACIONES DE CUERPO E IDENTIDAD FEMENINA.....	170
I. Roles, Mandatos y Sanciones Sociales.....	170
I.I. Rol de la mujer como paciente.....	170
I.II. Mandato social de parir con dolor.....	175
I.III. Sanciones Sociales: ser alharaca y ser madre joven.....	180
II. Representaciones sociales de la Maternidad.....	184
III. Representaciones del cuerpo.....	189
IV. Tabla de resultados.....	199
X. CONSECUENCIAS DE LAS REPRESENTACIONES DE MUJER EN GESTANTES, PARTURIENTAS O PUÉRPERAS QUE VIVIERON VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	202
I. Sentimiento de que la experiencia de parto robada por el personal de salud.....	224
II. Sentimiento de Rabia.....	224
III. Problemas para el desarrollo del vínculo madre-hijo/a.....	226
IV. No querer volver a gestar ni parir nuevamente.....	229

V.	Sexuales.....	231
VI.	Miedo y desconfianza a las atenciones de salud	235
VII.	Trastorno de Estrés Postraumático.....	236
VIII.	Depresión Postparto	240
IX.	Necesidad de reivindicar la experiencia.....	242
X.	Tabla de Resultados	243
XI.	CONCLUSIONES	246
	Anexo 1: Consentimiento informado.....	251

I. RESUMEN

La presente investigación se enmarca en la problemática de la violencia de género, trabajándose específicamente el problema de violencia obstétrica (VO) en Chile desde la perspectiva del análisis cualitativo y situado. En la investigación se analizaron experiencias de mujeres que sufrieron este tipo de violencia durante su gestación, parto y/o puerperio en Santiago, para conocer cuáles son las representaciones sociales de mujer que surgen, cómo se constituye la violencia obstétrica y conocer sus consecuencias.

Para llevar a cabo los objetivos propuestos realicé entrevistas en profundidad a mujeres que asistieron a hospitales públicos y clínicas para atender sus procesos de gestación, parto y puerperio. Los análisis de estas entrevistas en primera instancia pudieron develar las acciones e intervenciones que realiza el personal de salud, y en algunos casos de los/as acompañantes de las mujeres, que constituyen violencia obstétrica en 2 ejes principalmente: violencia directa y moral. También se realizó un abordaje del contexto que propicia las condiciones de este tipo de violencia, basado en la propuesta de Rita Segato sobre la eficiencia de la violencia. De los hallazgos principales de este apartado se tiene que la violencia obstétrica opera de forma transversal en las instituciones de salud, que hoy existen mujeres que durante su atención de parto son sometidas a abusos comparables con situaciones de tortura, que en Chile no se respetan las recomendaciones de atención de la gestación, parto y puerperio de la OMS y ni siquiera las que se promueven desde el Ministerio de Salud, y también que existe todo un marco simbólico de representaciones e imaginarios que sustentan aún la normalización de la violencia obstétrica.

En cuanto a las representaciones sociales, estas se abordaron principalmente desde la construcción del cuerpo y la identidad de género, abordándose el rol de la mujer como paciente en el espacio hospitalario, el mandato social de parir con dolor, las sanciones sociales que viven las mujeres, las representaciones sociales de la maternidad y las representaciones del cuerpo. Todo esto principalmente desde el enfoque de género que aporta Judith Butler sobre las normas de género y las construcciones de cuerpo e identidades. Al respecto, se evidencia que la patologización de los procesos reproductivos de las mujeres, así como la construcción androcéntrica de la obstetricia son las condiciones

de posibilidad que sustentan las normas y sanciones sociales sobre la maternidad, la percepción del dolor durante el parto y las representaciones del cuerpo máquina.

Finalmente, como consecuencia de las experiencias de violencia obstétrica, las mujeres hicieron referencia a conductas o sentimientos relativos a la sensación de que su parto les fue robado por el personal de salud, sentimiento de rabia, problemas para el desarrollo del vínculo madre e hijo, a la convicción de no querer gestar ni parir nuevamente por miedo a volver a experimentar los abusos y la violencia, a los problemas para retomar la vida sexual por: dolor de las cicatrices, deformidad de los genitales, miedo y cosificación del cuerpo. También se evidenció la presencia de síntomas o indicios de depresión postparto y trastorno de estrés postraumático. Sin embargo, también para algunas mujeres, surgió la necesidad de reivindicar su experiencia educándose y siendo activistas del tema, así como decidir volver a gestar y parir en espacios respetuosos.

Palabras claves: Violencia obstétrica, representaciones sociales de mujer, cuerpo, e identidad

II. INTRODUCCIÓN

A modo de introducción me voy a situar como investigadora, para dar cuenta de cuáles son las motivaciones que tengo para realizar esta investigación y así situar el conocimiento producido. Para ello relataré un poco de mi historia.

Desde el comienzo de mi formación siempre estuve interesada por aprender y profundizar en el tema de la sociología de la salud, debido a que desde niña me he sentido cercana al mundo de la salud por diversas situaciones familiares. A medida que fui avanzando en los cursos, me interesé también por las problemáticas y las teorías de género.

El 2015 asistí al lanzamiento del libro *El parto Medicalizado en Chile -Saberes, capitalismo y patriarcado-* de las sociólogas Camila Fernández y Natalia Contreras. Cuando lo leí me pareció muy interesante la forma en que se abordó el tema del parto: entendiéndolo como una experiencia vital inserta en relaciones de dominación y poder que subordinan el cuerpo, sexualidad y el nacimiento en Chile. Pero también, me llamó la atención la propuesta de que el parto, a la par de ser una experiencia que se constituye a través del poder, también es una posibilidad de emancipación para las mujeres y sus crías.

Posteriormente, el año 2016 tuve la oportunidad de realizar un intercambio en académico. Durante esta experiencia, en un curso llamado sistematización de experiencias, pude presenciar la exposición de una compañera, quien presentó una investigación desarrollada a raíz de su experiencia de violencia obstétrica. Ese momento fue muy significativo para mí, pues me sentí inmediatamente movilizada por esta experiencia, fue algo muy visceral. Luego comprendí que este es el tema en donde se articulan las inquietudes e intereses que tuve durante la formación académica.

Luego de estas aproximaciones al tema del parto y el nacimiento, conseguí hacer la práctica profesional en el Observatorio de Violencia obstétrica, en donde pude seguir aprendiendo aún más sobre violencia obstétrica, pero además sobre la fisiología del parto. A raíz de este último conocimiento y de todo lo que influyeron en mí trabajo mis compañeras y compañeros del observatorio, pude tener un acercamiento más concreto al tema de las potencialidades del parto en sus dimensiones espiritual, mental y corporal.

En este sentido, las implicancias que tiene el parto para las mujeres, para los/as acompañantes y para sus crías, son para mí los motivos que impulsan mi interés por seguir aprendiendo, pero también por buscar alternativas para aportar a reivindicación del parto como experiencia sexual, instintiva y amorosa principalmente para las mujeres y sus niños/as. Al respecto, me parece importante pensar que a través del parto y del nacimiento nos estamos reproduciendo a nosotras mismas, y que, por lo mismo a raíz de experiencias de sufrimiento, abuso y maltrato también estamos reproduciendo la naturalización de la violencia desde nuestro nacimiento.

Es por ello que, a través de esta investigación busco aportar desde el conocimiento sociológico al problema de la dominación en las experiencias sexuales y reproductivas de las mujeres. El acercamiento a este problema lo haré¹ entendiendo que la violencia obstétrica es la expresión de la articulación de tres sistemas de dominación: el capitalismo, el patriarcado y el saber científico. La imbricación de estos se da a través del control del cuerpo y la reproducción en función de la producción económica y social, la matriz sexo-género y el modelo tecnocrático del nacimiento, respectivamente.

Situando en este contexto la VO, es que entonces, con un enfoque de género problematizaré el saber médico obstetra, en cuanto a prácticas y discursos, para conocer cuáles son las representaciones sociales de mujer que surgen de estas experiencias en instituciones de salud pública y privada en Santiago.

De acuerdo con esto, el énfasis de la investigación está puesto en las representaciones sociales de mujer que se instituyen y normalizan en el territorio hospitalario. Es por ello que, abordaré la construcción del cuerpo y de la identidad femenina como estrategia para acceder a este tejido normativo relativo a cómo se configura el ser y actuar como mujer en experiencias de VO. En este sentido no pretendo que el ejercicio de caracterización de las representaciones sociales de mujer se comprenda como un ejercicio en donde se aspira a la búsqueda de una esencia de género femenino, sino de forma contraria, puesto a que teóricamente me posiciono desde la propuesta de Judith Butler quien manifiesta que:

¹ Esta investigación será escrita en primera persona debido a que es una apuesta por la construcción de conocimiento situado que no tiene ni busca constituirse como neutral mediante el distanciamiento “objetivo” de la autora.

El género no es, de ninguna manera, una identidad estable; tampoco es el locus operativo de donde precederían los diferentes actos; más bien, es una identidad débilmente construida en el tiempo: una identidad instituida por una repetición estilizada de actos. Más aún, el género, al ser instituido por la estilización del cuerpo, debe ser entendido como la manera mundana en que los gestos corporales, los movimientos y las normas de todo tipo, constituyen la ilusión de un yo generizado permanente. Esta formulación desplaza al concepto de género más allá del terreno de un modelo sustancial de identidad, hacia uno que requiere de una conceptualización de temporalidad social constituida (1990, pág. 297).

En este sentido, el relato de mujeres que fueron abusadas y maltratadas durante sus experiencias de gestación, parto y puerperio serán el medio de acceso a las normas de género que se reproducen en este tipo de experiencias. Por lo tanto, se debe tener en consideración que la pretensión de esta investigación es construir conocimiento situado y pertinente a nuestro contexto, experiencias y a las resignificaciones de estas últimas.

III. ANTECEDENTES

I. ¿Qué es la Violencia Obstétrica? ¿Cómo se define? ¿Quiénes son los actores involucrados?

En Chile la violencia obstétrica a pesar de ser un problema social, cuyo origen se podría especular, existe hace más de un siglo, aún no es un tema que se reconozca como importante ni contingente en la agenda política del país. Inclusive, ni siquiera las instituciones del Estado de Chile reconocen la existencia de la violencia de género en la sociedad, más allá del ámbito teórico. Prueba de ello es que en el Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de género (Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género, 2018) sólo se hace referencia a la *violencia contra las mujeres*, concepto que según la misma institución hace alusión a que:

Las mujeres, sólo por el hecho de ser mujeres, viven diversas formas de violencia de parte de sus parejas o de su entorno que van desde el control hasta la agresión física. Esto se justifica porque en muchas culturas, incluida la chilena, todavía se cree que los hombres tienen derecho a controlar la libertad y la vida de las mujeres.

Al respecto, no hay mucho que decir, pues claramente no hay un posicionamiento frente al tema de hecho, se corre el riesgo de naturalizar las causas de la violencia contra la mujer con argumentos culturales².

² Desde el SERNAMEG, se definen las siguientes formas de violencia:

-Violencia física todas aquellas formas de agresión a las mujeres que van desde los empujones y zamarreos, tirones de pelo, pellizcos, apretones, golpes de puño y patadas hasta los golpes con objetos. También agregan que la forma más fuerte de agresión física es el feminicidio.

-Violencia psicológica es cuando se intenta controlar a una mujer mediante amenazas, humillaciones y presión emocional con el propósito de hacerla sentir insegura y sin control sobre su vida y sus decisiones.

-Violencia sexual es cuando una mujer es obligada, mediante la fuerza física o amenazas psicológicas, a tener relaciones sexuales o realizar actos sexuales que le resulten humillantes o degradantes.

-Violencia económica refiere al hecho de controlar a la mujer a través de la entrega del dinero necesario para su mantención personal y/o de las hijas o hijos, o de otras personas que integran la familia. También constituye cuando alguien se apropia del dinero que ganó la mujer con su trabajo.

-El acoso sexual es cuando a una mujer se le exigen favores sexuales a cambio de su permanencia en el trabajo o se condiciona su ascenso o cualquier mejoría laboral. También ocurre en los lugares de estudio, cuando se condicionan notas o pasar de cursos a cambio de acceder a las peticiones de un profesor o director.

Peor aún resulta esta situación si nos detenemos a mirar el marco legal que existe en Chile para denunciar este tipo de violencia, puesto que aún no se ha tipificado la violencia contra la mujer como un delito. De acuerdo con el SERNAMEG hoy para poder denunciar este tipo de violencia sólo se puede recurrir a la Ley de Violencia Intrafamiliar N° 20.066 (Congreso Nacional de Chile, s.f.) la cual establece que:

Será constitutivo de violencia intrafamiliar todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente.

Es evidente que esta es una norma que limita la violencia contra la mujer sólo al contexto familiar, dejando fuera de su alcance a otras formas de violencia que cotidianamente sufren las mujeres en el país. A consecuencia de esto, la VO en el país no está reconocida dentro de los márgenes legales ni punitivos, pues las únicas figuras legales que limitan algunos aspectos de este tipo de violencia de género son: la Ley la Ley 20.584 sobre los Derechos y Deberes del paciente (Ministerio de Salud, 2012), las Recomendaciones de la OMS sobre el parto y nacimiento (Chile Crece Contigo, s.f.), a las cuales adscribe el Estado Chileno, y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994), conocida como Convención de Belén do Pará a la cual el Estado chileno también adhiere.

Como la VO en Chile no se ha tipificado legalmente ni se ha desarrollado un concepto a nivel institucional, me resulta pertinente recurrir a la propuesta de Natalia Magnone (2011) para entender de cómo se sitúa este problema en el tejido social. Esta autora, desde la perspectiva de los derechos reproductivos, plantea que la violencia obstétrica es: “Un producto de la inserción de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud. Un tipo de violación a los derechos sexuales y

- Hostigamiento y/o agresión en espacios públicos es cuando las mujeres son molestadas y/o agredidas en la calle, en el transporte público e incluso en su trabajo. Con el pretexto de un “piropo” o que la mujer sería atractiva se dicen groserías, o se justifican “agarrones” y manoseos.

reproductivos hasta ahora muy poco problematizado e invisibilizado”. Esta descripción resulta atingente a la realidad chilena, pues como he dicho este es un tipo de violencia de género que ha sido omitida desde el Estado³, siendo cómplice entonces de su reproducción en las instituciones de salud. Esto se refleja en las palabras de Anita Román (Diario Uchile, 2014), presidenta del Colegio de Matronas, quien afirma públicamente que el gran culpable de la violencia no son los especialistas médicos, sino el Estado:

Siendo Chile un país que ha invertido mucho dinero en que no se mueran las madres, no se ha invertido para que las madres tengan un proceso más participativo en el parto (...), no es posible que hoy se diga que la violencia viene solo de la matronería, porque viene desde el Estado que no respeta los derechos de las mujeres ni en el embarazo, tampoco en el parto y menos en los procesos de aborto.

Sin embargo, a pesar de que no exista una voluntad institucional por abordar el tema, sí hay organizaciones y grupos que han trabajado el tema, buscando introducirlo en la agenda pública. Ejemplo de esto es que a finales del año 2016 por primera vez se publica en el Informe Anual de los Derechos Humanos en Chile (2016) un apartado en donde se aborda y problematiza la VO con la intención de comprobar que este tipo de violencia ocurre en las instituciones de salud. El informe comienza con la descripción del caso de Lorenza Cayuhán, comunera mapuche a quién se le realiza una cesárea mientras se encontraba engrillada a la camilla, vulnerándose así sus derechos humanos.

En este sentido, una de las principales ideas de este documento es evidenciar que este tipo de violencia contra de las mujeres conlleva la vulneración de varios derechos humanos: “(...) el derecho a la salud, en particular, a la salud sexual y reproductiva, a una vida libre de violencia, a la no discriminación, y a la integridad física y psíquica, entre otros” (Ibidem, pág. 234). De ahí que, como propone Belli (2014) “No se debe pensar el

³Desde el Ministerio de Salud, específicamente en el marco de la política Chile Crece Contigo, se comparte la Declaración de Fortaleza realizada en 1985 por la OMS en Brasil mediante la cual se busca humanizar el parto y fortalecer el rol de la mujer en el mismo. Sin embargo, sólo se trata de intenciones y voluntades. Ver online: <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2009/11/Recomendaciones-OMS-sobre-el-parto.pdf>

derecho a la vida como separado del derecho a salud, ni el derecho a la salud como escindido del derechos a la dignidad” (pág. 31).

Otro aspecto importante que se evidencia en el documento, es que actores institucionales como el Ministerio de Salud y la OMS no reconocen el concepto de VO, utilizando para este tipo de experiencias las nociones de calidad de la atención y maltrato físico o psicológico.

Bajo este escenario, se constata entonces que son las organizaciones de la sociedad civil quienes están abogando por el reconocimiento de este tipo de violencia y su desnaturalización en la sociedad. Por esta misma situación, los únicos datos que se tienen sobre VO son los presentados por el Observatorio de Violencia Obstétrica. Según Gonzalo Leiva (2016) “De octubre de 2014 a octubre 2016 el Observatorio ha recibido 89 denuncias de mujeres que han sufrido violencia obstétrica. De esta cifra, 29 han manifestado haber presentado algún tipo de reclamo o demanda”.

Sin embargo, al contrario de lo que ocurre desde la institucionalidad respecto al tema de la VO, actualmente hay mujeres que sí han acuñado el concepto de VO para denunciar abusos y maltratos sufridos durante las atenciones de salud en la gestación, parto y puerperio, e incluso, se encuentran publicando sus testimonios en las redes sociales para difundir sus experiencias y así rechazar este tipo de prácticas. También existen organizaciones que se agrupan en la Coordinadora por los Derechos del Nacimiento en Chile, quienes a través de su trabajo buscan posicionar este tema compartiendo información, orientando a mujeres y generando protestas para denunciar públicamente abusos y maltratos. Si bien no son muchas, se está avanzando en visibilizar experiencias y denunciarlas públicamente. Con estas intenciones, Pilar Plana y Gonzalo Leiva, activistas y promotores del parto respetado en nuestro país, fundan el Observatorio de la Violencia Obstétrica⁴ (OVO), el cual surge a partir de la necesidad de “(...) visibilizar, denunciar y acompañar a las mujeres y sus recién nacidos; parejas, familias y profesionales de la salud

⁴ Organismo no gubernamental, sin fines de lucro y multidisciplinario.

que han sido víctimas de violencia obstétrica en las instituciones de salud pública y privada en nuestro país” (2015).⁵

A raíz de este proceso de visibilización y la organización que ha suscitado, las diputadas Loreto Carvajal Ambiado y Marcela Hernando Pérez (2015), proponen un proyecto de ley⁶ en el que se define la violencia gineco-obstetra “como un tipo de violencia de género que se ejerce sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, en un abuso de medicamentos y patologización de los procesos reproductivos”, con el fin de avanzar en la garantía y promoción de los derechos de las mujeres embarazadas y sus hijos, así como en la penalización de la misma.

Contrariamente a lo que sucede en Chile, en otros países de Latinoamérica ya se han elaborado leyes al respecto. Venezuela fue el primero en reconocer la VO legalmente y tipificarla como delito. En el año 2006, en el marco del día internacional de la No Violencia a las Mujeres se aprueba la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una Vida Libre de Violencia, la cual entró en vigor el 19 de marzo del año 2007. Esta ley define la Violencia Obstétrica como:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres (Ministerio Público. República Bolivariana de Venezuela, 2016).

El artículo 51 de esta ley, señala que:

Las conductas o actos ejecutados por el personal de la salud, las cuales indican que se está en presencia del delito de violencia obstétrica son: 1) No atender

⁵ Es importante considerar en este marco la importancia que ha tenido el activismo en contra de la VO. Existe la propuesta de que el concepto de parto respetado debe ser reivindicado políticamente, debido a que parir implica también parirnos a nosotras en nuestro género -según todos los significados y sentidos imaginables de la palabra-. En esta línea colectivos y agrupaciones (como Parir-NOS, Colectivo contra la Violencia Obstétrica, Nacer en Libertad, Cría Iguales, entre otros) proponen abogar por partos mamíferos y salvajes que apunten a la reapropiación de nuestro cuerpo, sexualidad y autonomía como sujetas, a través de la experiencia de gestaciones, partos y puerperios conscientes y auto determinados.

⁶ Ver en: <http://ovochile.cl/wp-content/uploads/2015/05/Proyecto-Ley-Violencia-Obstétrica.pdf>

oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas. 2) Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical. 3) Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer. 4) Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer. 5) Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Posteriormente, en el año 2009, en Argentina se crea la Ley N° 26.485, llamada Ley de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos que desarrollen sus relaciones interpersonales. En el Artículo 6, relativo a las modalidades en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres, en el inciso e) se define a la Violencia Obstétrica como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresado en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929” (Consejo Nacional de las Mujeres, 2010).

Resulta relevante destacar que en ambos casos se aborda este tipo de violencia durante los procesos reproductivos de la mujer, evidenciándose así, que este problema no sólo ocurre durante el parto -como se piensa generalmente- sino que también durante la gestación y el puerperio. Además, también resulta notable que tanto en Argentina como en Venezuela se reconozca en estos marcos legales que el “cuerpo femenino” es un territorio intervenido por la ciencia moderna.

En este sentido, para María Belén Castrillo (2014) -quien sitúa este problema desde la *intervención médica en el parto* (IMP)- no todas las intervenciones deben entenderse como formas de VO debido a que esta depende de cómo las mujeres perciban el trato recibido. Al respecto, vale decir que no todas las intervenciones médicas en los partos constituyen formas de intimidación, discriminación, subordinación, ni actos de violencia

física o psíquica. Es por ello que, el reconocimiento de la VO depende de la elaboración sensitiva y reflexiva que realice la mujer de su experiencia en el espacio institucional obstétrico. De acuerdo con esto, son expresiones de la VO el maltrato verbal, psicológico y físico a las parturientas mediante acciones como acallamientos, omisiones, amenazas. Sumado a esto, las intervenciones médicas de rutina sin justificación clínica ni consentimiento, pueden ser también consideradas como formas de violencia obstétrica, y con esto me refiero a: cesáreas innecesarias, episiotomías, roturas artificiales de membranas, monitorización fetal continua, uso de vía intravenosa, múltiples tactos, rasurado del vello púbico, uso de enema, etc.

Relativo al trabajo académico sobre violencia obstétrica, ya se han elaborado propuestas conceptuales en la región, entre las que destaca la de Laura F. Belli (2013), quien propone que la VO:

(...) Es una consecuencia casi inevitable de la aplicación del paradigma médico vigente en casi todos los países de la región. Puede definirse como el tipo de violencia ejercida por el profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente -aunque no con exclusividad- en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente -aunque no con exclusividad- en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto (pág. 28).

En Chile también existen investigaciones que, desde las ciencias sociales han buscado explorar, conocer y analizar este problema. Entre las personas que investigan la violencia obstétrica destaca la antropóloga Michelle Sadler (2004), quien es una de las principales investigadoras y referentes en la construcción de conocimiento sobre este tema. El enfoque que utiliza resulta significativo para entender por qué este problema no es importante en el territorio, a diferencia de lo que sucede en otros países como México,

Argentina y Venezuela. Para esto la autora trabajó en su tesis de pregrado el tema desde el concepto de violencia simbólica, proponiendo conocer *cuáles son los mecanismos y condiciones que organizativas, materiales e ideológicas que hacen posible que los/as prestadores de salud, como las/os usuarios/as del sistema encuentren como naturales y legítimas las relaciones de poder y deslegitimación de saberes de las mujeres usuarias y sus familias.*

Bajo esta inquietud, Sadler descubrió diferentes mecanismos de desautorización que operan en pos del control de la mujer al momento de parir. En el siguiente esquema se muestra como se articulan estos mecanismos para producir la naturalización y subordinación de las mujeres al sistema médico androcéntrico en partos intervenidos.



Elaborado por Sadler, 2004

Conforme al esquema, vale indicar que las mujeres son sociabilizadas en una cultura – en nuestro caso la occidental- que privilegia el saber de la biomedicina como único conocimiento autorizado para intervenir el parto, lo cual supone que los procesos reproductivos se patologicen y medicalicen provocando extensión del conocimiento médico sobre el control y normativización de las vidas y cuerpos femeninos.

Dicho lo anterior, el ingreso al hospital supone someterse a una serie de prácticas mediante las cuales el sistema médico usurpa las identidades particulares de las pacientes, homogenizándolas bajo la misma condición física. Producto de esto, se interviene a todas con el mismo procedimiento médico, previamente regularizado y estandarizado. Además, en el momento en que la mujer ingresa al hospital para ser atendida, adquiere la figura de paciente y, por lo tanto, como al resto de ellos, se le trata como alguien que posee una enfermedad, por lo que se patologiza el parto para ser tratado desde la intervención/control de un especialista. Siguiendo esta línea, la ciencia médica ha construido el cuerpo en base a la patologización del mismo, motivo por el cual las especialidades médicas se han erigido sobre el conocimiento de una enfermedad u órgano en específico, en el caso del parto el órgano que cobra protagonismo es el útero. Esto genera que las sujetas se constituyan en la desarticulación entre el cuerpo, mente y sentimientos, negándoseles la posibilidad de entenderse desde múltiples dimensiones como seres integrales (Ibidem, 2004).

Como se mencionó, históricamente a las mujeres se las ha inferiorizado por medio de la desvalorización y deslegitimación de sus saberes. Durante el parto se las concibe como personas irracionales; pacientes que deben someterse al conocimiento científico (García, 2015; Castrillo, 2014; Fernández & Contreras, 2015; Sadler, 2004). Esta irracionalidad se expresa mediante la infantilización de las parturientas al momento de tratarlas como “niñas”, “chiquititas”, etc. Acorde con esto se las naturaliza, en tanto se las construye discursivamente como próximas a la naturaleza más que a la cultura, por estar viviendo un proceso que es natural común a las hembras mamíferas. Además, la naturaleza, según la autora (Sadler, 2004), es entendida como sexo, por lo cual también mediante este mecanismo se sexualizan los cuerpos y las interacciones que suceden.

Como se asume que los especialistas son las personas que detentan el conocimiento autoritario y legítimo, cualquier intervención de la mujer es considerada como una contaminación en proceso, de lo cual se infiere que es un elemento dentro del hospital que se debe suprimir o invisibilizar. Esto conduce a que muchas parturientas se puedan sentir responsables de cualquier problemas o dificultad que se presente en el parto, pues a pesar de que toda responsabilidad se delega a los especialistas, toda la opresión de género se

manifiesta en el momento en que se las culpabiliza como responsables de cualquier problema durante la gestación, parto y puerperio.

Por consiguiente se observa que, articulados estos mecanismos de desautorización, las mujeres encarnan construcciones simbólicas y lingüísticas del sistema médico, consiguiendo prácticas que se apropian de sus cuerpos durante la atención de partos y que deriva en su naturalización, pues a pesar de que muchas mujeres prevean otros tipos de partos más autónomos, la vulnerabilidad del momento y la incertidumbre de lo que se están enfrentando las paraliza.

A modo de conclusión, Sadler (Ibidem) plantea que la atención biomédica del parto hoy es una forma de opresión patriarcal sobre las vidas femeninas, y a la vez una supresión de cualquier otra forma de saber no hegemónico. Existe una contradicción entre los beneficios de la biomedicina y las prácticas que se llevan a cabo para lograrlos pues muchas veces estas tienden a ser injustificadas. Sin embargo, por la socialización en el consenso de que el sistema alópata es la mejor alternativa para realizar un parto, compartida por los sujetos que participan de esta experiencia, se legitima que a todas las mujeres se les considere pacientes (con riesgos de sufrir patologías), así como también, la estandarización de procedimientos de intervención (protocolos) para todas por igual.

Este estudio, resulta revelador para entender de qué manera opera el problema en el país, debido a que se demuestra que la violencia obstétrica es una experiencia naturalizada para muchas mujeres, dado que no se vislumbran otras opciones de asistencia al parto ni otros métodos. Por las condiciones simbólicas y materiales en que opera este problema social, muchas no reconocen la situación como anormal y violenta. Al respecto y para respaldar esta idea, retomo el relato de Claudia (24 años), quien para un reportaje al Diario Uchile (2014) narra lo siguiente:

Yo fui víctima de violencia obstétrica y no hice nada porque no sabía que eso existía. Creí que era lo normal y lo acepté. Me di cuenta que era violencia cuando llegué a mi casa y empecé a leer sobre los procedimientos. Fui muy ignorante y permití que me maltrataran en el momento que se supone debía ser el más lindo de mi vida.

Otra investigación en la que se aborda este problema es *El parto medicalizado en Chile. Saberes, capitalismo y patriarcado* realizada por Camila Fernández y Natalia Contreras (2015)⁷. Ellas señalan que el parto es un espacio de litigio atravesado y conducido por discursos ideológicos y éticos, de acuerdo con esto se plantea que:

El espacio social es reorganizado en su potencial de vida. El cuerpo y el sexo principalmente quedan prendidos de un sistema coercitivo, en tanto que se ha construido una nueva moralidad y prescripción técnicas que normalizan y resignifican socialmente el parto como un escenario de dominio” (Fernández & Contreras, 2015, pág. 62).

Además, formulan que el parto medicalizado, en tanto saber asimétrico que profundiza la concepción social de medicalización de la vida coherente e inmersa en la esfera del consumo, se erige como un dispositivo de manejo monopólico de la vida de las mujeres.

En suma, los antecedentes presentados muestran de que la violencia obstétrica emerge de la articulación de diferentes sistemas de dominación y poder, como el modelo tecnocrático del nacimiento, el patriarcado, el sistema capitalista y el poder del Estado, en un espacio institucional de intervención médica determinado que es la clínica y el hospital. De tal manera que, la VO es una expresión moderna y occidental del control, dominación y disciplinamiento de los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres. Como mecanismo de poder, ésta funciona mediante la naturalización de la inequidad de poder en procesos reproductivos tales como gestación, parto y puerperio, situación que condiciona configuración de cuerpos sexualizados, subordinados y controlados. La interpelación es entonces a entender que la VO es también violencia de género (Belli, 2013), bajo el argumento de que la mujer constituye un territorio-cuerpo que ha sido construido y organizado social e históricamente a través de la imposición de sentidos, discursos y subjetividades, producto de relaciones de dominación, subordinación y disciplinamiento.

⁷La evidencia nos dice que la medicalización del parto es un problema bastante común y grave, según un estudio realizado por la Universidad de Chile en el país el 92,7% de los partos fue intervenido médicamente a través del uso de oxitócica sintética, anestesia epidural y ruptura artificial de membranas (Binfa, Pantoja, Jovita, Gurovich, & Cavada, 2013), procesos contraindicados por la Declaración de Fortaleza (1985) de la OMS sobre el parto humanizado, manifiesto al cual Chile adscribe.

II. Antecedentes sociohistóricos de la intervención obstétrica

En Latinoamérica, principalmente en países en donde se reconoce legalmente la VO, se han realizado diversos estudios para abordar el vínculo que existe entre la intervención médica del parto y la violencia de género. Sin embargo, el escenario en nuestro país es diferente, pues es un problema social recientemente abordado que está en fase de sistematización e investigación. Debido a esta situación, en este apartado me basaré principalmente en dos investigaciones chilenas: *Parir en el Siglo XIX. De la <<ciencia de la hembra>> a la ciencia obstétrica* de la historiadora María Soledad Zárate y también en *El Parto medicalizado en Chile. Saberes, Capitalismo y Patriarcado* (Ibidem). Así, en esta sección presentaré una reconstrucción sociohistórica sobre la institucionalización de la intervención médica y el proceso de posicionamiento hegemónico del saber obstétrico, con el fin de dar cuenta el vínculo que existe entre la ciencia obstétrica y los imaginarios sociales de género, específicamente, con las representaciones sociales de mujer.

Las ideas sobre el embarazo, parto y puerperio que hoy naturalizamos, han sido condicionadas históricamente por mecanismos de poder y saberes hegemónicos de la modernidad (Fernández & Contreras, 2015; Sadler, 2007). En este sentido, es posible pensar que la naturalización del parto medicalizado, sólo se pudo lograr bajo la imposición de un nuevo sistema de creencias en el tejido social.

Aunque en Chile no se han desarrollado teorías sobre el problema, acuñaré la propuesta de Robbie Davis-Floyd (2004), quien sitúa y comprende el sistema médico de Estados Unidos según lo que ha denominado *Modelo Tecnocrático del Nacimiento*⁸. La diferencia sustancial entre este paradigma y el del parto tradicional, así como su particularidad, es que en este modelo del nacimiento “los procedimientos trabajan acumulativamente como rituales para convencer a la parturienta tanto de la defectuosidad inherente a su cuerpo-máquina como de la superioridad de las tecnologías usadas para corregir sus deficiencias y mejorar su funcionamiento” (Ibidem, pág. 15). En efecto, es un paradigma en donde se reproducen las relaciones de poder y asimetría entre médico y paciente, que en este caso

⁸Hago la analogía con el sistema médico de Chile, porque la autora plantea las condiciones de posibilidad de desarrollo de estos paradigmas corresponden a sociedades guiadas por la ideología del progreso tecnológico, altamente jerarquizadas y burocratizadas.

son de doble subordinación porque son las mujeres quienes deben operar con los roles de: mujer-madre y paciente.

Este modelo tecnocrático del nacimiento está compuesto por 12 principios:

“1. Separación mente-cuerpo, 2. Considerar el cuerpo como una máquina, 3. Ver al paciente como un objeto, 4. Distanciamiento del médico (de su paciente), 5. Diagnóstico y tratamiento de afuera hacia adentro (curando enfermedades, reparando disfunciones), 6. Organización jerárquica y estandarización del cuidado, 7. Autoridad y responsabilidad inherente al médico, no al paciente, 8. Sobrevaloración de la ciencia y la tecnología, 9. Intervenciones agresivas con énfasis en resultados a corto plazo, 10. La muerte como derrota, 11. Sistema guiado por ganancias y 12. Intolerancia a otras modalidades” (Ibidem, pág. 24).

En este marco de sistema de valores y creencias de la ciencia obstétrica, el efecto social que se produce es la institucionalización de condiciones materiales y simbólicas que sostienen la prevalencia de la VO y con ello la violencia de género. De manera que, los sentidos y significados que sostienen esta nueva forma de parir, legitiman ciertas construcciones de mujer, en este sentido “dar a la luz es una experiencia femenina que, mirada desde una perspectiva histórica, permite entender el lugar de las mujeres en la sociedad y el mandato universal de la maternidad como clave primigenia de la vida femenina y de su naturalización” (Zárate, 2007, pág. 26). Por ello, en el marco del modelo tecnocrático del nacimiento, la VO es un mecanismo de poder relacional mediante el cual se institucionalizan y reproducen cuerpos sexuados, así como sujetas-pacientes subordinadas.

Dentro de las condiciones de posibilidad que sostienen a este nuevo paradigma, una de las transformaciones históricas más significativas en la forma de parir fue el traslado territorial del parto, debido a que significó para las mujeres movilizarse obligatoriamente desde sus hogares o espacios íntimos a centros de atención hospitalaria, ajenos y desconocidos (Castrillo, 2014; Fernández & Contreras, 2015; Sadler 2004). Ya instaladas en estos espacios se va a imponer un nuevo conocimiento sobre el parto que, sobrevalora el saber médico, considerado jerárquicamente superior a cualquier otra forma de

conocimiento no científico. En este sentido, el ingreso al hospital significó para muchas mujeres poner a disposición su cuerpo como territorio de observación e intervención médica debido a que, por las condiciones materiales y simbólicas del espacio, las intervenciones obstétricas son legítimas y están justificadas por la ciencia.

Vinculado con el traslado del parto al hospital, la atención del parto resulta ser otra transformación importante en el modo de dar a luz y otra condición de posibilidad para el modelo tecnocrático del nacimiento. La atención que tradicionalmente estuvo en manos de parteras pasó a estar protagonizada por médicos obstetras y matronas (Castrillo, 2014). Generalmente la partera era una mujer⁹ que cumplía la función de acompañar, guiar y asistir a parturientas durante la gestación y/o parto, según saberes y conocimientos experienciales, territoriales y tradicionales, que pueden haber sido transmitidos por abuelas, madres u otras mujeres de su comunidad. Contrario a esto, la atención de los especialistas -médicos hombres generalmente y matronas mujeres- estaba fundamentada en saberes “científicos” y experimentales, de manera que, sus intervenciones se realizaron desde la perspectiva de la patologización y medicalización de estos procesos. En consecuencia, esto produce una transformación en las relaciones de género y de poder entre los diferentes actores, pues mediante la intervención médica del parto no se promueven relaciones horizontales entre los que participan en la experiencia, más bien asimétricas y heteronormativas, debido a que se recurre a un saber científico masculinizado (Zárate, 2007; Fernández & Contreras, 2015).

Finalmente, y en vinculación con los cambios territoriales y de atención del parto, otro hecho importante para comprender el proceso de transformación sociohistórica del parto es la modificación de la posición corporal para parir. Tradicionalmente, la posición que se adoptaba era vertical de pie o en cuclillas, debido a que en estas posiciones las mujeres se favorecen de la fuerza de gravedad para parir. Sin embargo, con la institucionalización del parto se comienzan a desarrollar nuevas tecnologías médicas, entre las cuales destaca la camilla obstétrica. Bajo la premisa de que la función sigue a la forma, la camilla obstétrica es un condicionante material de la posición corporal de la mujer, pues la única posibilidad para la mayoría de los casos es parir de forma horizontal,

⁹ Se tienen antecedentes de que en la cultura Aymara había hombres parteros que asistían y acompañaban partos.

específicamente, en posición supina con las piernas levantadas. Esta nueva forma de parir, si bien entorpece e incómoda la expulsión del bebe a las parturientas, facilita a los especialistas la intervención (Fernández & Contreras, 2015).

Los tres cambios mencionados -hospitalización, asistencia médica y posición corporal en el parto-, son actos constitutivos de la intervención médica del parto, debido a que posibilitaron la institucionalización de las ciencias médicas, específicamente la obstetricia, y con ello la consolidación del modelo tecnocrático del nacimiento.

Al respecto, la historiadora María Soledad Zárate (2007) propone que, a consecuencia del proceso de institucionalización y profesionalización de la medicina, en el marco de la consolidación del Estado chileno durante el siglo XIX, hay tres momentos disruptivos en la historia del parto tradicional en Chile mediante los cuales se consolida y legitima la ciencia médica masculina como saber hegemónico, así como la dominación patriarcal sobre cuerpos feminizados. Como primer momento sitúa el desarrollo de la obstetricia formal y la participación masculina en su ejercicio, como un segundo momento está la transición de la partera a la "matrona examinada" y la conversión de un oficio tradicional en una futura profesión, y finalmente, como tercer momento: la evolución y la transformación de la Casa de Maternidad de Santiago en un recinto clínico y de entrenamiento médico durante la segunda mitad del siglo XIX.

Según la autora (Ibidem), durante ese siglo el parto era una experiencia que se asociaba a la muerte por altas tasas de mortalidad infantil y materna, producto de la gran cantidad de hemorragias y epidemias puerperales. Esta situación condujo a que la asistencia sanitaria del parto fuese tema de interés político nacional, especialmente durante la segunda mitad del siglo XIX. Bajo principios progresistas -como la higiene y la salud- es que el Estado comienza a promover la intervención médica del parto, sobre todo en casos que se calificaban como complicados.

El parto hasta el siglo XIX, fue una práctica y una experiencia que las mujeres experimentaron en sus hogares asistidas por parteras, cuyo conocimiento empírico y tradicional estaba legitimado culturalmente. Hasta ese momento no se tenía información sobre grandes avances científicos respecto al parto, razón por la cual, la intervención médica no distaba de ser muy diferente a la de las parteras. Es a partir de la segunda mitad

del decimonónico que los médicos comienzan a posicionar el saber científico como el único legítimo para intervenir partos. Esto sucede gracias a que, con el desarrollo del conocimiento obstétrico en Francia y en Estados Unidos a nuestro país llegan nuevos saberes, situación por la cual, los médicos residentes en Chile seducidos por las ideas de la ilustración y el progreso cultural, comienzan a promover estos conocimientos como los únicos válidos y nobles (proceso que es propio del mundo occidental desde que la medicina afirma tener sustento científico en oposición al conocimiento precientífico de las prácticas médicas tradicionales). Es así como comienzan a generarse actitudes de desprecio y deslegitimación pública hacia las parteras, a las cuales se les consideró como salvajes, ignorantes, brutas y hasta como personas gordas y feas, por el gremio médico (Zárate, 2007).

La legitimación del sistema médico se produjo a través de la formación universitaria de médicos obstetras y la instrucción formal de matronas, sucesos apoyados por el Estado y las Juntas de Beneficencia. Lorenzo Sazié es quien comienza a impartir los primeros cursos para formar matronas examinadas en la sala maternal de la Casa de Huérfanos de Santiago en 1834. La función de este espacio era operar como una escuela de matronas y también como un centro de asistencia médica, por lo tanto, mientras esas mujeres recibían instrucción durante 3 años, paralelamente asistían partos a modo de práctica. No obstante, las matronas no gozaban del mismo estatus que los médicos, pues no eran consideradas como profesionales, ya que su educación era entendida como la formalización de un oficio durante el siglo XIX, a pesar de construirse en base a conocimiento científico. Esta situación cambia a lo largo del siglo XX cuando sus saberes son calificados como universitarios. Relativo a la instrucción de los médicos, durante 1835 se inauguran los primeros cursos de medicina obstétrica. Paralelamente también se va desarrollando la Casa de Maternidad, espacio que sirve para atender la demanda de partos complejos y además como lugar de entrenamiento de médicos y matronas. En un comienzo, el objetivo de estas instituciones fue responder a las políticas de reducción de la mortalidad poblacional, vinculadas a enfermedades epidémicas.

En este contexto, poco a poco el saber médico-científico se posiciona hegemónicamente, siendo el único conocimiento que se reconoce como válido

socialmente. A consecuencia de esto, se comienzan a transformar los marcos de percepción tradicionales sobre la (re)producción de la vida, el cuerpo y la concepción de mujer. Los cambios asistenciales del parto vinculados a la hegemonía del saber científico por sobre *la ciencia de la hembra* (Zárate, 2007) tienen un fuerte componente de género. La comprensión integral de estos procesos y sus implicancias en términos de imaginarios y representaciones sociales contribuye a entender las transformaciones ocurridas a la población femenina, y también, sobre la sociedad chilena.

Además, con la institucionalización de la profesión médica se comienza a desarrollar un vínculo entre ciencia y masculinidad, debido a que "la dedicación al estudio y práctica de la medicina universitaria hacia fines de siglo XIX en Chile dio lugar a la difusión de un nuevo ideal masculino, <<el hombre de ciencia>>, que ya contaba con eximios representantes en la comunidad médica (...)" (Zárate, 2007, pág. 91). En este sentido, por las condiciones materiales de la época y la división sexual del trabajo, se va cimentando un nuevo imaginario social de masculinidad, coherente con el proceso de deslegitimación de parteras y matronas como sujetas de ciencia, en contraposición a la idea de hombre en tanto sujeto legítimo dentro del campo médico. Es de esta manera es que se van generando los primeros mecanismos de diferenciación sobre el acceso al conocimiento médico.

Ocurre entonces un movimiento dialéctico en donde el conocimiento científico adquiere sentido en tanto produce las categorías sociales necesarias para sustentarse como tal, al mismo tiempo que se consolida como *sistema médico*, es decir, como "(...) un conjunto organizado de creencias y acciones, de conocimientos científicos y habilidades de miembros de un grupo pertenecientes a una determinada cultura, relativas a la salud, enfermedad y sus problemas asociados" (Castrillo, 2014, págs. 3-4).

El predominio de la ciencia médica en la sociedad chilena implicó que la medicina popular fuera asociada a la barbaridad, pues este saber fue deformado por los prejuicios de género a los cuales fue vinculado, entendiéndose como un conocimiento propio de la naturaleza, no racional y hasta sobrenatural¹⁰. De forma paralela, se consolidó el saber médico en base a la idea de hombre científico. La profesionalización de la medicina se

¹⁰ Como dato anecdótico, Benjamín Vicuña Mackenna fue uno de los personajes en nuestra historia que se encargó de hacer público el repudio que tenía en contra de las parteras.

produce al alero de la asociación de práctica científica con la masculinidad, debido a que los médicos eran los únicos autorizados para intervenir partos complejos. Al respecto, lo masculino, a diferencia de lo femenino, generalmente ha estado asociado a lo racional y a la lucha por el progreso social, lo que da cuenta de la sobrevaloración de la práctica médica, situación que se ampara en la construcción del hombre como ser racional. De esta manera, la medicina en tanto discurso se organiza en base a una racionalidad instrumental en donde lo masculino se erige como lo autorizado y legítimo, debido a que:

La profesionalización del ejercicio médico y su vinculación con la masculinidad cobró especial sentido para el caso de estas especialidades que -a diferencia de la <<ciencia de hembra>>de parteras, curanderas y, hasta matronas, ejercieron ancestralmente- dio lugar a una combinación a la que se le atribuía ventajas, que eran asociadas a la difusión de un conocimiento más <<científico>> y más seguro." (Zárate, 2007, pág. 94).

A consecuencia de esta racionalidad instrumental, la ciencia se erige como un saber neutro y objetivo, nociones que invisibilizan, o peor aún, naturalizan las relaciones de dominación patriarcal durante la intervención médica del parto. Mecanismo que, además, permite situar a la mujer, su cuerpo y útero como elementos biológicos y ahistóricos (Castrillo, 2014), pues sólo cobran sentido si se comprenden desde la enfermedad y el riesgo. Motivo por el cual se propone que la ciencia obstétrica opera como un mecanismo de poder, en donde "la maternidad se convierte en motivo para regularizar el cuerpo de la mujer" (García, 2015).

En definitiva, la historia demuestra que existe una contradicción en los efectos que han surgido de la intervención médica del parto, pero también que esta es la condición de posibilidad para cambiar el rumbo histórico de este mismo problema. Pues si bien, la intervención médica permitió reducir los niveles de mortalidad en el proceso y además ser una alternativa para aliviar el sufrimiento y el dolor del parto tradicional, también posibilitó la alienación a la mujer de su cuerpo, de sus impulsos y de sus saberes, debido a que la obstetricia conquista y somete el cuerpo a la racionalidad instrumental de la ciencia, "de esta manera la historia del parto, en tanto que conocimiento obstétrico e ilustrado,

estaría contrastado por un silencio, en virtud de grito que comprende a su dominio como posibilidad de rehacer un lenguaje sobre la mujer" (Fernández & Contreras, 2015, pág. 48).

Por esto, comprender el modo en que se interviene médicamente el embarazo, el parto y el puerperio en Chile, es apostar a la producción de conocimiento orientado a la cristalización de las relaciones de poder que operan en la construcción de cuerpos sexualizados en instituciones de atención/intervención médica. En esta línea, es también apostar por entender, desde la forma de organización médico-administrativa, el parto como una experiencia vital de subordinación corporal, subjetiva e identitaria, a la matriz heteronormativa sexo-género, en la cual se nos ha inscrito.

III. PROBLEMATIZACIÓN

I. Reproducción, gestación y parto/cesárea desde una perspectiva social

La reproducción, es una experiencia de vida determinada por factores biológicos y ambientales y por las formas de organización social y cultural de cada sociedad. De esta manera, su comprensión y sentido en tanto experiencia individual y problema social, está sujeta a las construcciones socioculturales que circulan en cada constructo social. Es así como, la reproducción en tanto suceso biológico y cultural depende contextualmente de las condiciones materiales y simbólicas de cada sociedad, es decir, de las formas de organización social, normalización y control social.

Históricamente, la reproducción ha sido un tema de suma importancia y preocupación para la humanidad, sobre todo en nuestra cultura occidental, en donde, la prolongación de la existencia material está sobrevalorada socialmente. En consecuencia, los procesos reproductivos además de estar mediados por los intereses y deseos individuales de cada persona también lo están por los intereses socioeconómicos de cada sociedad. Y es que el control de la reproducción es uno de los principales factores del desarrollo y progreso económico, de modo que, “las disparidades reproductivas entre países todavía están correlacionadas con las diferencias en materia de desarrollo económico y social” (CEPAL/CELADE, 2005, pág. 15).

Ejemplo de esta relación, entre reproducción y sociedad, son las medidas políticas que se tomaron para acelerar procesos de reproducción durante el siglo XIX, orientadas a estimular el aumento poblacional y, con ello, generar condiciones propicias para los procesos de modernización de los estados-nacionales en Latinoamérica, pues de la cantidad de cuerpos trabajadores dependía el crecimiento productivo y el desarrollo nacional.

Bajo esta lógica, es que el cuerpo se ha constituido como un espacio de producción y más importante aún, como espacio de reproducción de la organización social:

(...) el sistema capitalista consolida una economía política del cuerpo, en tanto que las tecnologías aplicadas a él se adhieren a un sistema económico de producción y lo reproducen, entonces esa práctica productiva y económica establece un control poblacional mediante formas de vida ajustadas a esos procesos (Fernández & Contreras, 2015, pág. 79).

En efecto, la comprensión de la reproducción humana va más allá de explicaciones biológicas, debido a que es también una experiencia sociocultural sujeta a intereses económicos y políticos.

Así mismo, en sociedades heteropatriarcales (como la nuestra) la reproducción se comprende como un *hecho social* normativamente asociado a lo femenino, pues se cree que esta función es una responsabilidad que las mujeres debemos asumir dada nuestra posición social, cuerpo y habilidad maternal. De este modo, desde el sentido común se han construido no tan sólo sentidos, sino que también, discursos sobre la manera en que nos entendemos y paradójicamente nos reproducimos -como mujeres- en el mundo (Fernández & Contreras, 2015). Prueba de ello es la naturalización de estereotipos sobre ser mujer-madre en experiencias vitales:

Una dicotomía tan desgastada como la que separa y divide a la mujer en la madre abnegada y sacrificada – que no debe sentir o, ni siquiera imaginar, dolor durante el parto -y la prostituta- cuya relación con el placer se paga con el máximo dolor posible se activa en este tipo de discursos y prácticas médicas que, en definitiva, lo que promueven es una imagen incompleta – y por incompleta, juzgable y degradable- de la mujer y su cuerpo (Calafell, 2015).

Otro ejemplo es la construcción de mujer que ha hecho la religión en occidente, en donde desde una concepción marianista se promueve la sumisión, humildad, protección y sacrificio (Wohlgemuth, 2015) como características constitutivas de cada una.

Los discursos que sustentan la reproducción como lo propio y lo constituyente de la mujer provienen del saber médico androcéntrico, mediante el cual, se entiende que la gestación y el parto son procesos fisiológicos inherentes al cuerpo femenino. Evidencia de esto es el uso y connotación que tiene el concepto embarazo desde el saber médico y el

sentido común. En esta línea, la Organización Mundial de la Salud (2018) promueve la siguiente descripción del embarazo “los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer - es para la mayoría de las mujeres un periodo de gran felicidad”, asimismo la RAE (Real Academia Española, 2018) define embarazo como “1. m. Impedimento, dificultad, obstáculo. 2. m. Estado en que se halla la mujer gestante. 3. m. Encogimiento o falta de soltura en los modales o en la acción”. Mediante estos discursos es que se promueve una imagen social y, con ello, una moral sobre la gestación de la cual emergen diferentes juicios valorativos y connotaciones.

Desde visiones más críticas, los discursos que se promueven de estos procesos fisiológicos, es que son acontecimientos también amorosos y sexuales que nada tienen que ver con la sumisión del cuerpo de la mujer a la ciencia, ni a la sociedad. Casilda Rodrigañez (2009) a través de su investigación propone que el parto tiene la cualidad específica de generar producciones libidinales maternas, las cuales además de generar pasión por el cuidado del bebé, inciden de manera positiva en el proceso de autorregulación de la vida humana y en el cuidado de conservación de la misma, tanto en los ámbitos del desarrollo individual, las relaciones sociales y formación social que se construye. La autora manifiesta que todo este despliegue y potencial de la sexualidad femenina es contraproducente a los esquemas de poder del patriarcado, razón por la cual el parto en vez de ser una experiencia placentera y autónoma es doloroso y propiedad de la ciencia.

En consecuencia, es importante considerar que la reproducción, gestación, parto y cesárea son más que acontecimientos biológicos y construcciones sociales pasivas, también son experiencias significativas para las mujeres en tanto estos procesos fisiológicos tienen implicancias en la constitución de las sujetas, en este sentido, son experiencias fundantes de nuestra condición de mujer en la sociedad. Son rituales de reafirmación femenina mediante los cuales se encarnan discursos, actos, sentimientos e ideas relativas a las formas en que nos entendemos y habitamos el mundo, es decir, bajo los cuales se sostienen representaciones sociales e imaginarios sociales.

Es así como, los discursos que se erigen sobre la gestación, el parto y la cesárea “(...) dan cuenta del mundo social en su conjunto, de la realidad que encierra prácticas y

comportamientos correspondientes a determinados saberes discursivos dominantes de cada época” (Fernández & Contreras, 2015, pág. 38). Por ello, sólo una mirada de la perspectiva del poder nos puede dar cuenta de la construcción social que se hecho de estas experiencias biopsicosociales.

Sabemos que en la actualidad, la intervención de estos procesos adquiere justificación en el contexto neoliberal de la sociedad y en la legitimación del saber médico androcéntrico occidental. Pues no se trata tan sólo de la normalización de la intervención científica del parto/cesárea, sino que también de cómo estos eventos se articulan con las lógicas de mercado. En este sentido, se condice la idea de que “el cuerpo de la mujer es el <<campo de trabajo>> de otros” (Fernández del Castillo, 2014, pág. 41) con el hecho de que el porcentaje de atención profesional del parto corresponda al 99,80% según las estadísticas presentadas por el DEIS (2011).

En particular, el sistema de salud en Chile se constituye en base a relaciones sociales asimétricas y desiguales entre sus actores, basadas en jerarquías de género y en quien detenta la legitimidad del conocimiento que opera en ese campo. Estos motivos sustentan las ideas de que generalmente durante la gestación y/o parto/cesárea se justifica e, incluso, se desea el control y la intervención médica cuando esta no es necesaria para la mujer, pero sí para la producción mercantil del parto, en donde la medicalización es un nuevo espacio de consumo y, es que, como se ha mencionado la organización del saber médico condiciona la reproducción de estas situaciones (Contreras, S/f). Evidencia de esto se encuentra en la tesis de Montanaro, Romero, Romo & Verdugo (2014), quienes en base al conocimiento de Sadler (2004) postulan que “el intervencionismo va acompañado del apremio hospitalario, donde es más importante <<apurar>> y <<sacar>> la mayor cantidad de partos. Donde el fin único es la <<producción>>, es decir el factor tiempo y el factor económico es determinante sobre la fisiología materna, dando origen al abuso de la tecnología de manera innecesaria” (pág. 24).

Lo mismo sucede en el caso de la cesárea, intervención que surge para salvar la vida de la mujer y su hijo/a en caso de que hayan complicaciones durante el parto. Sin embargo, esta situación ha cambiado, pues si bien la cesárea aún sigue siendo una intervención de urgencia que permite salvar muchas vidas, las altas tasas de cesáreas en

Chile dan cuenta de un abuso de esta práctica por parte del personal médico. Las últimas actualizaciones sobre el porcentaje de cesáreas en el país señalan que en el año 2012 en el sector privado se realizaron 50.086 cesáreas, constituyendo éstas el 71,8% del total de los nacimientos en ese sector, según lo señala el DIES (Departamento de Estadísticas e Información de Salud, 2012) y que en el sector público, las cesáreas representaron el 40,5% de los partos atendidos (según el mismo centro de investigación pero en el año 2013)¹¹. Evidentemente si comparamos estas estadísticas con las Recomendaciones de la OMS realizadas en Fortaleza (1985) resulta alarmante, pues según esta institución “a nivel de población, las tasas de cesáreas superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal” (2015). Situación que en el año 2011 deja a Chile como el tercer país con mayor tasa de cesáreas según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (Ministerio de Salud, 2013).

Es evidente entonces que la práctica de esta intervención no está asociada a sólo razones médicas, pues la producción de intervenciones quirúrgicas constituye una oportunidad de negocio en el sistema de salud chileno. Al respecto, Michelle Sadler y Gonzalo Leiva (2015) reflexionan:

Un antecedente relevante para complejizar la discusión sobre los honorarios médicos, es que una cesárea dura aproximadamente una hora, mientras el parto vaginal tiene una duración variable y puede tomar muchas horas. De hecho, sólo la fase activa del trabajo de parto que va de los cuatro a los diez centímetros de dilatación dura en promedio cinco a seis horas, por tanto, en el mismo periodo en que un equipo médico acompaña un parto vaginal, podría eventualmente realizar varias cesáreas, optimizando el tiempo, los ingresos económicos, y asegurando además que el trabajo de parto de esa mujer no iniciará espontáneamente en un horario incómodo (noche, fin de semana o vacaciones)”.

¹¹ Respecto a las altas tasas de cesárea y a las diferencias presentes en el sistema de salud público y privado el INDH (2016) declara “Las cifras revelan una diferencia difícilmente atribuible a necesidades de salud diferentes entre aquellas mujeres que recurren al sector privado, en una determinada región del país, que justifique las diferencias tan significativas con – aquellas de la misma región- que tuvieron sus partos en el sector público” (pág. 248).

Y es que en la construcción social que se ha hecho de estas experiencias, opera una racionalidad con arreglo a fines, pues los principios básicos de funcionamiento son la medicalización, las intervenciones obstétricas en la mayor parte de los casos y el negocio de la producción del parto, de modo que “hablar del parto obstétrico en Chile y en el mundo es referir a esa estrecha relación científicista entre cuerpo y medicina que incorpora en el imaginario social una medicalizada naturaleza de lo corporal” (Fernández & Contreras, 2015, pág. 59)¹². En este sentido las representaciones sociales que existen de estas experiencias se instituyen mediante la imposición y el disciplinamiento de las usuarias en un sistema de salud, promoviéndose formas correctas de actuar, pensar y sentir, coherentes con los sistemas de dominación que lo constituyen: de género y capitalista.

En efecto, la intervención médica de los cuerpos y las subjetividades durante procesos de gestación y parto se podría considerar como un *hecho social*, en tanto conducen a la reproducción y normalización del orden social, pues “(...) no sólo intervienen los conocimientos técnicos y profesionales, o los avances tecnológicos, sino, también, las imágenes sexuadas que culturalmente construimos en torno a ellos e inmersas en un *orden de género*” (Zárate, 2007, pág. 25). Entendiéndose que son hechos sociales, por cuyo efecto coercitivo se orientan conductas.

Frente a este escenario, es que el parto como acontecimiento biológico determinado social y culturalmente por las condiciones históricas y socioeconómicas de hoy, necesariamente debe ser investigado desde el intervencionismo y con una mirada crítica, poniendo énfasis en la construcción histórica del poder en que se funda.

II. La Violencia Obstétrica es también Violencia de Género

Chile es un país en donde los valores, las conductas y las actitudes heteronormativas se pueden observar fácilmente debido a que, si bien éstas se producen desde estructuras de poder históricas; se reproducen por acciones que agencian los sujetos desde su cotidianidad. El problema de aquello es que la mayor parte del tiempo, estas conductas no se cuestionan, sino por el contrario se naturalizan al punto de normalizarse e incluso

¹²Todo esto contrario a la racionalidad con arreglo a valores que debiese operar en estas experiencias, pues se debería promover que estas sean experiencias respetadas, autónomas y sexuales de cada mujer

justificarse. Prueba de ello, es que en nuestro país se cree que el machismo es parte de nuestra idiosincrasia, llegando en ocasiones a considerarse que actitudes de este tipo son graciosas, nobles e incluso muestras de buena educación. A consecuencia de esto es que muchos imaginarios sociales violentos sobre el rol, categoría y posición social de las mujeres se legitiman, provocando entre los miembros de la sociedad silenciamiento y complicidad frente a estas formas de violencia, pues se justifican bajo el argumento de “son parte de la vida”. Para evidenciar todo esto, basta con mirar las portadas del diario “popular” La Cuarta.

Desde una mirada sobre el género, el problema de la heteronormatividad se puede comprender bajo el marco del sistema de relaciones de dominación patriarcal. En función de esto, el patriarcado se entenderá como “un sistema o estructura general de dominación, interclasista y metaestable (...) que opera, en un nivel estructural ideológico y simbólico” (Femenías, 2008, pág. 14). Cuando se dice que es metaestable, quiere decir que al ser históricamente y temporalmente determinado y situado es posible de cambiar. Mediante este sistema, los seres humanos se han organizado socialmente de tal manera que históricamente se ha asumido la hegemonía de lo masculino por sobre lo femenino. Las consecuencias de organizar las relaciones de género de esta manera son la emergencia de formas de discriminación y violencia que operan como dispositivos de disciplinamiento, control y subjetivación, mediante los cuales se facilita la reproducción y (re)construcción de relaciones de asimetría, en base a las construcciones de género y sexualidades que la sociedad considera legítimas.

De manera que, no se puede argumentar que la condición de existencia del patriarcado es la diferencia sexual entendida como una característica natural de la especie humana mediante la cual entonces es justa la asimetría social entre géneros, debido a que esta condición natural de hombres y mujeres no existe sino por los procesos de socialización mediante los cuales culturalmente se asigna superioridad a un género por sobre otro.

En este sentido, la dicotomía sexo/género, donde la categoría sexo es la condición natural de posibilidad del género, es una construcción sociocultural que nada tiene que ver con precondiciones constituyentes de la naturaleza humana. No se trata de que el sexo no

exista, “(...) sino que la idea de un <<sexo natural>> organizado en base a dos posiciones opuestas y complementarias es un dispositivo mediante el cual el género se ha estabilizado dentro de la matriz heterosexual que caracteriza a nuestras sociedades” (Sabsay, 2009). Por lo tanto, la estabilidad del patriarcado como sistema de dominación radica en la naturalización de las construcciones sociales hegemónicas del género, en su sentido social y biológico.

Consecuencia de esto, es que al incorporar estos imaginarios sociales sobre la correspondencia entre sexo-género además de definir una identidad, estamos comprendiéndonos y construyéndonos como sujetos sociales. Proceso mediante el cual nos disponemos, según estas categorías, a interpretar y leer nuestros y otros cuerpos. Por esto, es que si bien, el patriarcado se plantea como un sistema de dominación simbólica, no se debe entender bajo estos términos abstractos, pues tiene un correlato en la realidad más cotidiana de cada sujeta, permeando desde las relaciones de dominación institucionales hasta las relaciones micro sociales; promoviendo formas adecuadas de actuar, pensar y sentir el género. Por esto resulta relevante adscribir a la frase de Kate Millet *lo cotidiano es político*, para efectos de esta investigación.

Para seguir complejizando estas construcciones de género, se vuelve necesario precisar que el patriarcado no es un sistema de dominación autónomo del cual emerjan dispositivos de control, subordinación y disciplinamiento. El patriarcado está articulado a otros sistemas de dominación como el capitalismo, racismo, colonialismo y adultocentrismo -entre otros- cuyas formas de vinculación están determinadas históricamente. Por lo tanto, como sujetas al ser socializadas en este entramado complejo de estructuras y relaciones de dominación, las lecturas que hacemos de nuestras condiciones y posiciones no pueden ser sólo recurriendo a una forma de dominación, sino que deben atender a la complejidad de estas para así entender las problemáticas de violencia y discriminación a las cuales nos vemos expuestas. De manera que, la violencia de género es una expresión de la organización social patriarcal articulada a otras formas de dominación que sostienen nuestra sociedad.

Sobre la violencia de género hay muchas definiciones, en general la mayor parte de estas refieren al ejercicio de poder y violencia de hombres contra mujeres, y/o a las formas

de subordinación de lo masculino sobre lo femenino. Sin embargo, son conceptualizaciones en las que generalmente se explicita que esta violencia ocurre a las mujeres sólo por el hecho de serlo. Por ello, es necesario poner en tensión estas ideas a través de dos argumentos: en primer lugar, la violencia de género no es sólo un problema social que afecta a “la mujer”, pues también es un mecanismo de discriminación en contra de las personas que no se identifican con las categorías binarias del sexo-género. Ejemplo de esto es lo ocurrido con Daniel Zamudio el año 2012, quien fue agredido, torturado y humillado sólo por ser homosexual. En segundo lugar, entender que la violencia de género desde el binarismo heterosexual es seguir reproduciendo la noción de que el género es una característica natural de nuestros cuerpos e identidades, pues de esta manera se instituye la idea de que lo femenino y masculino es esencial a lo humano, subordinando entonces la diferencias y la pluralidad de las subjetividades a una forma dicotómica de entender(se) el mundo.

A condición de lo expuesto anteriormente es que propongo abordar la violencia de género según la perspectiva de Beatriz Preciado (2010), quien en una entrevista afirma “no creo en la violencia de género, creo que el género mismo es la violencia, que las normas de masculinidad y feminidad, tal y como las conocemos producen violencia”. Bajo este planteamiento es que la violencia de género excede la idea de la opresión del hombre sobre la mujer, lo cual no se puede desconocer tampoco, sino que va más allá puesto que la misma construcción del género es la violencia. Es el género el dispositivo que marca, disciplina y configura nuestros cuerpos como construcciones que condicionan además nuestra identidad, en tanto adscribimos a ciertos roles, posiciones, derechos y deberes. El género que como categoría y construcción social está sometido a regulación política en tanto cualquier desviación supone castigo, penalización y sanciones. Por lo tanto, en palabras de Butler (2007), *la mujer* más que un sujeto colectivo es un significante político.

De modo que la comprensión de la violencia de género no se debe limitar a la opresión heteronormativa, sino que también su concepción se debe ampliar hacia el control, vigilancia y disciplinamiento entre personas del mismo género. Esta forma de violencia de género, cotidianamente ejercido desde y hacia nosotras mismas, acontece también como una práctica de violencia simbólica mediante la cual “los dominados aplican

a las relaciones de dominación unas categorías construidas desde el punto de vista de los dominadores, haciéndolas aparecer como naturales” (Bourdieu P. , 2000, pág. 50). De manera que, al reproducir las categorías de dominación entre nosotras, mediante mecanismos de vigilancia y culpabilización del género -ser femenina, buena madre, etc.- estamos también legitimando y naturalizando las propias normas sociales que nos oprimen y, con ello, legitimando las formas de reconocimiento en la estructura de dominación.

En consecuencia, resulta pertinente seguir ahondando en el vínculo entre las experiencias de violencia de género y el impacto que generan en la (re)producción del mundo social. En este marco es significativo entonces, pensar que la violencia de género es violencia simbólica en tanto, el mundo social se conoce, comprende y habita a partir de las posiciones sociales que ocupamos. A saber, el concepto de violencia simbólica nos permite comprender que “la sumisión al orden establecido es fruto del acuerdo entre las estructuras cognitivas que la historia colectiva (filogénesis) y la individual (ontogénesis) han inscrito en los cuerpos y las estructuras objetivas del mundo al que se aplica (...)” (Bourdieu P. , 1999, pág. 232). Argumentación que permite afirmar que nuestras representaciones de la realidad social, a la vez que, nuestro sentido práctico, dependen de la encarnación de esquemas de percepción cognitivos y sociales.

Por lo tanto, según lo mencionado anteriormente las experiencias de violencia obstétrica constituyen también experiencias políticas en tanto configuran y reproducen imaginarios sociales a través de discursos, prácticas y normas mediante los cuales se hace posible acceder a la materialidad del cuerpo, pues “en definitiva, la <<coherencia>> y la <<continuidad>> de la <<persona>> no son rasgos lógicos o analíticos de la calidad de persona, sino más bien normas de inteligibilidad socialmente instauradas o mantenidas” (Butler, 2007, págs. 71-72). Comprendiendo así que la VO es una experiencia de encarnación de imaginarios sociales violentos y representaciones sociales cuyo fin como sujetas es la identificación y con ello, la inteligibilidad social, de ser y entendernos como mujer. Ahora bien, entender la violencia obstétrica como un mecanismo regulador de la coherencia del género, implica asumir que bajo esta forma de violencia se promueve la construcción de cuerpos culturalmente aceptados, así como de identidades socialmente correctas, en los espacios de atención/intervención científica-obstétrica. Entendiendo que

cuerpo e identidad cobran coherencia en tanto son construcciones sociales propias y, además, constituyentes de las relaciones de género.

A raíz de esto es que se comprende que la VO es una expresión de la violencia de género particular que opera en el ámbito y espacio de la medicina institucional. Espacio en donde mediante relaciones y prácticas corporales de poder y dominación, en procesos fisiológicos como el embarazo, parto y puerperio, se juega el control social por la reproducción y la sexualización de cuerpos.

Es así que la VO se constituye como un dispositivo de dominación y control que no sólo deforma, coloniza e ideologiza nuestros cuerpos, sino que también nuestras subjetividades de tal manera que incluso naturalizamos esta experiencia legitimando el mandato social de la maternidad. Es por eso que:

Hablar de violencia obstétrica implica hablar de soberanía del cuerpo de las mujeres, de su reconocimiento y ejercicio. Adquiere sentido en un mundo patriarcal, occidental y cristiano que ha colocado a las mujeres, junto a los niños, del lado de los cuerpos dóciles y de las subjetividades heterónomas” (Fernández T. , 2015)

De acuerdo a lo anterior, propongo en esta investigación indagar en la comprensión de la VO como un problema social que impacta en la encarnación de representaciones sociales relativas “al” género femenino y que condiciona la autoconciencia de las mujeres. Todo esto, en coherencia a la reproducción histórica de la cultura de la dominación patriarcal que se basa en la promoción de los roles, mandatos sociales y posiciones que deben encarnar las mujeres en el sistema de reproducción social.

IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Siendo entonces el propósito de esta investigación explorar sociológicamente el problema de la Violencia Obstétrica, conociendo la experiencia de mujeres que sufrieron maltrato e intervenciones obstétricas innecesarias, la pregunta de esta investigación es:

¿Cuáles son las representaciones sociales de mujer que surgen en las experiencias de Violencia Obstétrica—durante la gestación, parto y puerperio— en hospitales y clínicas de Santiago?

V. OBJETIVO GENERAL

- ❖ Conocer las representaciones sociales de “mujer” que emergen en experiencias de Violencia Obstétrica -durante la gestación, parto y puerperio- en hospitales y clínicas de Santiago

VI. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Describir el contexto y las prácticas que constituyen las experiencias de Violencia obstétrica, según el relato de mujeres que se atendieron en hospitales y clínicas de Santiago.
- ❖ Caracterizar las representaciones de cuerpo e identidad de género que están vinculadas a las experiencias de Violencia Obstétrica, según mujeres que se atendieron en hospitales o clínicas de Santiago.
- ❖ Explorar las consecuencias que tienen las representaciones sociales de mujer en gestantes, parturientas o puérperas que vivieron Violencia Obstétrica en hospitales o clínicas de Santiago

VII. PROPUESTA TEÓRICA

I. Aproximaciones Epistemológicas

Cuando se pretende estudiar un problema social, muchas veces damos por sentado que este constituye una realidad objetiva, neutral y universal. Sin embargo, no nos damos cuenta de que, la misma configuración de una situación, experiencia o forma de relación social como un problema u objeto de estudio sociológico, da cuenta de una construcción que hacemos del mismo. Para Berger y Luckmann (2003) esta es una premisa básica, según ellos:

"(...) bastará con definir la <<realidad>> como una cualidad propia de los fenómenos que reconocemos como independientes de nuestra propia volición (no podemos <<hacerles desaparecer>>) y definir el <<conocimiento>> como a certidumbre de que los fenómenos son reales y de que poseen características específicas" (pág. 11).

En el fondo, estos autores postulan que la realidad social se construye socialmente, en tanto como sujetos intentamos conocer y, por ende, interpretar problemas sociales cuya existencia no podemos controlar, pero sí demostrar.

Ahora bien, que ciertos conocimientos se instituyan socialmente como realidad implica que en tanto sujetos debemos incorporar, naturalizar y, en algunos casos subordinarnos a ciertos saberes para así comprender y hacer inteligibles nuestras experiencias en esa misma realidad social. Por ello, entiendo que la realidad no tan solo se organiza en relación con mi presente, espacio y cuerpo, sino que también, en base a estructuras, ideologías, y sistemas de dominación que en su conjunto conforman el contexto social y la sociedad en que nos insertamos y en donde, además, se despliega nuestra subjetividad. De ahí que, en nuestra condición de pertenencia a una organización cultural determinada somos capaces de interiorizar ideas, sentidos, significados y pautas de entendimiento mediante abstracciones no neutras del contexto sociocultural.

Sin embargo, no se puede obviar la determinación material sobre el universo simbólico. La forma en que en que los humanos hemos intervenido la naturaleza es un condicionante de la forma en que también nos hemos organizado socioculturalmente. Históricamente las posibilidades de nuestros sistemas de dominación han dependido de la capacidad de intervención en los diferentes medios naturales en que nos desenvolvemos. De modo que, las condiciones de posibilidad del Patriarcado y el Capitalismo en las sociedades occidentales también radican en las formas en que se intervine, produce y explota el ambiente material y la naturaleza.

En este sentido, como he intentado demostrar, la VO -en tanto problema social- surge de la institucionalización de la ciencia obstétrica, cuyos saberes son principalmente androcéntricos, es decir, cuya visión del mundo y de las relaciones sociales están centradas en el punto de vista masculino (Real Academia Española, 2018). Saber médico que, por sus características, es considerado y, se ha considerado a sí mismo, como la única verdad universal y legítima sobre los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres.

En base a este planteamiento y, en oposición al saber hegemónico, es que me interesa -para realizar este estudio- posicionarme desde la Teoría del Conocimiento Situado (Haraway, 1995; Smith, S/f) entendido como un conocimiento encarnado, localizable y práctico, que no aspira a la verdad, sino más bien a la praxis mediante el tejido de conocimiento, comunicación y emergencia de nuevas ideas. Se trata de una práctica de objetividad mediante la cual se busque transformar sistemas de conocimiento y formas de observar; "los conocimientos situados requieren que el objeto del conocimiento sea representado como un actor y como un agente, no como una pantalla o un terreno o un recurso, nunca como esclavo del amo que cierra la dialéctica en su autoría de conocimiento <<objetivo>>" (Haraway, 1995, pág. 341), de manera que "las versiones de un mundo <<real>> no dependen, por lo tanto, de una lógica de <<descubrimiento>>, sino de una relación social de <<conversación>> cargada de poder" (Ibidem, pág. 342). Se trata entonces de construir puntos de vista mediante los cuales se aspire a construir conocimiento no deificado, a través de la utilización de categorías históricas y, por ello, con la potencialidad de ser desplazado.

Resulta pertinente entonces referirme a la crítica de Smith (S/f), quien pone en tensión la idea de esencialismo en la teoría del Punto de Vista, pues en muchos casos se cree que la experiencia de las mujeres supone objetividad del conocimiento que se construye, siendo esto contradictorio con intereses de la misma teoría. El problema está en el uso de la categoría *mujer o mujeres* para identificar atributos específicos y compartidos en ciertos sujetos, "se vio como esencialista porque excluye otras bases de opresión e inequidades que interceptan la categoría "mujeres" (Smith, S/f, pág. 8). Este Argumento también es compartido por Judith Butler (2007) quien entiende que el género como construcción social "no se digna a un ser sustantivo, sino a un punto de unión relativo entre conjuntos de relaciones culturales e históricas específicas" (pág. 61). Según la misma autora el género exige una comprensión como una *temporalidad socialmente construida* (Ibídem, pág. 274).

Sin embargo, en la práctica y en este estudio, se aboga por el uso de la categoría mujer en tanto esta funciona políticamente. Según Butler "(...) una es mujer en la medida en que funciona como mujer en la estructura heterosexual dominante" (Ibídem, pág. 12). En este sentido, más que un sujeto colectivo, la mujer es un significante político, pues como se mencionó, esta no resulta ser una categoría exhaustiva mediante la cual se logre explicar el modo en que se constituyen las sujetas colectivas. Es por ello que esta categoría siempre debe ser vinculada a otras formas de dominación y no tan sólo a las relaciones heterosexuales, puesto que el género en tanto sistema de dominación emerge, se desarrolla y vincula con otras formas de poder.

Parece ser que entonces resulta pertinente articular la categoría de paciente con la de mujer para comprender que el problema de la VO es violencia de género y no sólo un producto de las relaciones médico-paciente, y así, abordar desde otra perspectiva las representaciones de mujer que emergen de esta experiencia en donde prima la subordinación y disciplinamiento científico androcéntrico.

II. Experiencia

Este concepto tiene múltiples significados, nace del latín *experientia* y hace referencia a “la cualidad (ia) de intentar o probar (per) a partir de las cosas” (Etimologías.dechile.net), es decir, es una forma de conocimiento empírico. En términos cotidianos la experiencia está muy vinculada al conocimiento, tanto así que generalmente validamos la idea de que “mientras más experiencia tengo, más sé sobre algún tema”, como si la acumulación de experiencias significara también la de conocimientos o esta fuese el punto inicial de este.

Desde la teoría del conocimiento, en oposición a lo mencionado anteriormente, se postula que es a través de la experiencia que aprehendemos el mundo y lo incorporamos de manera subjetiva. Kant buscando responder a la incógnita sobre la forma en que conocemos y qué es lo que se conoce, resuelve estudiar la experiencia concluyendo que esta es “(...) siempre información ya elaborada, puesto que lo que experimentamos depende de manera decisiva de nuestras propias capacidades de intuir (la sensibilidad) y de pensar (el entendimiento)” (Amengual , 2007, pág. 11). Indicando así que, las experiencias dependen de la sensibilidad y la capacidad de inteligibilidad, puesto que no se trata sólo de conocer mediante la intuición, sino que también, de integrar el conocimiento en el entendimiento para hacerlo inteligible, o sea, incorporarlo al ámbito de la conciencia mediante representaciones.

Para el autor, la experiencia se comprende en vinculación al conocimiento, pero también con relación al sujeto, pues es este último quien tiene la capacidad de integrar en categorías las representaciones y hacerlas consientes:

Es más, el ámbito de la experiencia posible, coincide con el ámbito de las representaciones consientes, por lo tanto con el ámbito de la conciencia posible. La unidad de las categorías viene garantizada por la unidad de todas las acciones mentales. El yo no es más que pensar, pero no es que sólo piense, sino que es el punto de referencia al que está orientada la unidad sintética de la apercepción, es el principio unificador del conocimiento mismo. De esta manera a priori podemos estar seguros de que los objetos de la experiencia sin

excepción corresponden a los conceptos del entendimiento y así a los principios del entendimiento puro, porque los objetos sólo pueden ser contruidos por nosotros a partir de la multiplicidad de las intuiciones con la ayuda de categorías. Las categorías son condiciones de la posibilidad de la experiencia (Ibid, pág. 13).

De ahí que se acepte que para Kant el sujeto cognoscente es trascendental y que, por lo tanto, su existencia no depende de la experiencia sensible, sino todo lo contrario.

Los planteamientos; anteriormente expuestos, resultan relevantes para comenzar una discusión sobre el vínculo existente entre experiencia-conocimiento-sujeto (identidad), pero desde una forma más situada al problema de esta tesis, que tiene que ver con las experiencias y representaciones de género, específicamente de mujer. Para generar entonces esta discusión, es necesario problematizar las condiciones de posibilidad de ocurrencia y comprensión de las experiencias, Scott (1990) postula:

“No creo que podamos hacerlo sin prestar atención a los sistemas simbólicos, esto es, a las formas en las que las sociedades representan el género, hacen uso de éste para enunciar las normas, de las relaciones o para construir el significado de la experiencia. Sin significado, no hay experiencia; sin procesos de significación no hay significado (...)” (pág. 17)

De acuerdo con esta propuesta, las experiencias son inteligibles en la medida que los sistemas de representación -del género- nos ofrecen marcos para la comprensión de las mismas. De ahí que sea relevante considerar los diferentes significados y sentidos sobre el género que operan en nuestras sociedades, porque finalmente mediante estos marcos las experiencias se vuelven reales, y con ello también coherente con los sistemas simbólicos, normas, significados y relaciones sociales que, a su vez, refuerzan el carácter real de estas experiencias.

Sin embargo, no sólo se debe buscar la inteligibilidad de la experiencia en las representaciones, sino que también en el lenguaje puesto que:

“los signos de <<hombre>> y <<mujer>> son construcciones discursivas que el lenguaje de la cultura proyecta e inscribe en la superficie anatómica de los cuerpos, disfrazando su condición de signos (articulados y contruidos) tras una falsa apariencia de verdades naturales, ahistóricas” (Richard, 2008, pág. 31)

De ahí que, resulte relevante, considerar los diferentes significados y sentidos que operan en la construcción del género en nuestras sociedades, porque finalmente estos son los marcos mediante los cuales nuestras experiencias adquieren el supuesto de realidad, y con ello también, la coherencia con los sistemas simbólicos (ya sean normas, significados, sentidos y relaciones sociales) que, a su vez, en una especie de círculo vicioso, refuerzan el carácter real de estas mismas experiencias.

Con este marco en donde la inteligibilidad de la experiencia depende del lenguaje y, con ello de las representaciones que constituyen los sentidos y significados de las experiencias, es que asumo la postura teórica que propone Scott (1992) sobre la constitución del sujeto, presente en la siguiente cita:

No son los individuos los que tienen la experiencia, sino los sujetos los que son constituidos por medio de la experiencia. (...) la experiencia se convierte entonces no en el origen de nuestra explicación, no en la evidencia definitiva (porque ha sido vista o sentida) que fundamenta lo conocido, sino más bien en aquello que buscamos explicar, aquello de lo cual se produce conocimiento. (Scott, 1992, págs. 49-50)

Cabe destacar esta propuesta teórica debido a que se problematiza la experiencia como un elemento constituyente de las sujetas y, con ello, irreductible a la connotación de vivencia¹³ que generalmente se le asigna. De ahí que, la importancia de esta propuesta es que ofrece una respuesta a la incógnita de si la experiencia es una cualidad de los sujetas, en el sentido de que de ellas surgen las experiencias, o si bien, las experiencias constituyen

¹³Idea que se problematizó al inicio de este apartado.

a las sujetas y, por lo tanto, la identidad de los mismos depende de la construcción normativa de estas.

En este sentido, el vínculo que existiría entre la experiencia y la identidad sería contingente, pues dependiendo de los marcos reguladores que existan para las experiencias, se constituirían identidades en tanto estas serían efectos de esos mismos marcos. Mediante este argumento, donde la experiencia ya no se considera en sí misma una forma válida de construcción de conocimiento empírico, es que entonces también se puede refutar la noción de identidad como esencia, puesto que de la experiencia no devendrían datos primarios, según N. Richard (2008):

No podemos desconocer que la reivindicación crítica de la categoría de “experiencia” ha sido especialmente confundida con el rescate naturalista de un dato primario. Tomando en su dimensión ya no ontológica sino epistemológica, el concepto de experiencia tiene el saludable valor crítico de postular formas de conocimiento parciales y situadas, relativas al aquí-ahora de una construcción local de sujeto que desmiente el falso universo del saber que defiende el sistema de generalización masculina (págs. 33-34).

De esta manera, se instala la idea de que la constitución del sujeto a través de la experiencia no se trata de una suerte de esencialismo de donde emergen saberes transcendentales e irrefutables. Todo lo contrario, se trata de comprender la experiencia desde su dimensión histórica en función a los marcos normativos y simbólicos que operan en la construcción de esta, de forma situada y dinámica. Para Scott (1992) la centralidad de este carácter histórico está en el lenguaje:

Los sujetos son constituidos discursivamente, la experiencia es un evento lingüístico (no ocurre fuera de significados establecidos), pero tampoco está confinada a un orden fijo de significado. Ya que el discurso es por definición compartido, la experiencia es tanto colectiva como individual. La experiencia es la historia del sujeto. El lenguaje el sitio donde se representa la historia (pág. 66).

En la cita se indica que la forma en que se constituye la identidad estaría mediada por marcos representaciones configurados por el lenguaje. De acuerdo con esto, la experiencia se comprende entonces como una posibilidad de aprehensión de los órdenes simbólicos y normativos cuyo efecto provoca la sujeción del individuo a estos órdenes, configurándose así identidades que, a la vez, son coherentes normativa y simbólicamente. De ahí que, el lenguaje:

(...) es un elemento fundante de la matriz cultural, o sea, de la estructura madre de significaciones en virtud de la cual nuestras experiencias se vuelven inteligibles. Con una estructura psíquica universal y mediante el lenguaje, también universal, aunque tome formas diferentes, los seres humanos simbolizamos un material básico: la diferencia sexual, constante en todas las sociedades” (Lamas, 2002, pág. 55).

Otro aspecto importante que resaltar de la experiencia es su carácter colectivo. Hasta el momento sólo se ha abordado la idea de que las experiencias son colectivas porque su constitución está mediada por el lenguaje. Sin embargo, desde otra perspectiva, el sociólogo François Dubet (2007) aborda el carácter colectivo de la experiencia empleando el concepto de *experiencia social*. El autor también comparte la propuesta de que es mediante la experiencia que se constituyen las sujetas sociales, pero a diferencia de Scott, para él este proceso es a través de la acción e integración social, y no por el lenguaje:

Concebida de ese modo, la experiencia social no es algo <<vivido>> que corresponde a una simple descripción compresiva, es un trabajo, una actividad cognitiva, normativa y social, que debemos aprender a analizar cuando la programación de las funciones sociales y el juego de los intereses no permiten dar cuenta de ella de forma cabal” (Ibid, pág.125).

Según el autor, el carácter colectivo de la experiencia va más allá de la implicancia en la constitución de sujetas. Propone que el uso de este tipo de perspectiva permitiría comprender cómo llegamos a vivir juntos, es decir, nuestras formas de organización social (Ibid). Todo esto bajo la noción de que, según esta perspectiva, los marcos de

inteligibilidad de las experiencias sociales estarían mediados por la comprensión de las formas de integración social que existen.

De esta manera "la experiencia es, a la vez, siempre una interpretación y requiere una interpretación. Lo que cuenta como experiencia no es evidente ni claro y directo: está siempre en disputa, y por lo tanto siempre es político" (Scott, 1992, pág. 73). De ahí que sea pertinente que el ejercicio de comprensión de las experiencias de cuenta de los marcos normativos de donde surgen estas. Pero también de los marcos en donde se instituye la relación entre experiencia, conocimiento y sujeto, ya que, el ejercicio de reinterpretación de los acontecimientos impacta en el proceso de constitución de identidades.

En este sentido la (re)interpretación de la experiencia para la constitución de sujetas la presento vinculada a las construcciones simbólicas que operan en la sociedad, pues las normas, las relaciones sociales, los imaginarios y las representaciones sociales resultan ser entramados significativos para dar cuenta de las experiencias en el marco de las relaciones de poder y dominación en que emergen.

III. Representaciones sociales

La teoría de las representaciones sociales (RS) surge del área de la psicología social, en estrecho vínculo con la sociología. El concepto es propuesto por primera vez por el psicoanalista Serge Moscovici (1961) en su tesis doctoral que trata sobre el vínculo que existe entre la sociedad y el psicoanálisis, para lo cual el autor estudió las representaciones del psicoanálisis que tenían las personas.

Para Moscovici las representaciones sociales son constructos simbólicos y funcionales que surgen de las interacciones sociales de los individuos. Su funcionalidad radica en que sirven a los sujetos para integrarse a la sociedad y constituir la realidad, de ahí que sean "un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios (...)" (Moscovici, 1979, pág. 18). Es así que las representaciones sociales además de ser una actividad social, resultan ser también una actividad cognitiva, puesto que:

Representar una cosa, un estado, no es simplemente desdoblarlo, repetirlo o reproducirlo, es reconstituirlo, retocarlo, cambiarle el texto. La comunicación que se establece entre el concepto y la percepción, mediante la penetración de uno en la otra, transformando la sustancia concreta común, da la impresión de “realismo”, de materialidad de abstracciones, porque podemos actuar con ellas, y de abstracción de las materialidades, porque expresan un orden preciso (Ibidem, pág. 39).

La teoría de las RS no tan sólo busca explicar de qué manera se producen e inscriben los significados y sentidos en nuestros contextos socioculturales, sino que también y, de manera articulada a ese ámbito, busca dar cuenta de la forma en que nos desenvolvemos, actuamos y configuramos la realidad. De esta manera, las representaciones no son una construcción que media entre el sujeto y el objeto de conocimiento, “sino un proceso que hace que el concepto y la percepción de algún modo sean intercambiables porque se engendran recíprocamente” (Ibidem, pág. 38), de ahí que estas se constituyen como una tercera instancia entre la percepción y el conocimiento.

Esta instancia se caracteriza por ser dinámica y autónoma, debido a que implica un doble trabajo para el sujeto o grupo social que representa: por una parte, está la actividad cognitivo-sensorial del sujeto que percibe y, por otra, la actividad de producción de significados. Se lleva a cabo un proceso cognitivo que es autónomo en su configuración sensitiva y perceptual, pero que a la vez es complejo en su proceso experiencial y de elaboración conceptual, puesto que está determinado por el contexto sociocultural.

De ahí que, las representaciones sean siempre sociales, dado que en el proceso de elaboración de este corpus de conocimiento no opera la dualidad de entre sujeto-objeto, pues dicha separación no existe. No se trata de comprender la elaboración de estos conocimientos siguiendo la lógica relacionada al estímulo-respuesta o percepción-concepto. Se trata más bien entender que el sujeto y el objeto están implicados cada uno en el otro, debido a que su propia elaboración implica la del otro, ya que ambos están inmersos en los mismos sistemas de valores, en la misma organización cultural y están situados históricamente.

A partir de esto Abric (2001) afirma que las representaciones sociales nunca serán disfuncionales para el contexto social y el grupo del cual emergen debido a que: “el objeto construido es entonces de forma tal que resulta consistente con el sistema de evaluación utilizado por el individuo (...) Es y existe para un individuo o grupo en relación con ellos. Así pues, la relación sujeto-objeto determina al objeto mismo” (pág. 12). Esta apuesta teórica me lleva a pensar que entonces las representaciones sociales interfieren en la conciencia y agencialidad de las personas dado que, en tanto sujetas, somos también “objetos” de representación coherentes con los sistemas de evaluación. Sin embargo, también surge el cuestionamiento de qué sucede con aquellas sujetas que no son inteligibles mediante representaciones sociales ni coherentes con los sistemas evaluación. Tiendo a creer que, de igual manera, esa “incoherencia” permite definir los límites de lo inteligible y con ello sólo se ajustan y definen las representaciones sociales.¹⁴

Dentro de esta línea teórica se busca comprender que las representaciones sociales constituyen también marcos de referencia para la acción y el comportamiento de los sujetos puesto que, en tanto corpus de conocimiento, estas “(...) permiten hilvanar ideas, clasificar el mundo social y a sus actores, organizar y actuar en el mundo de la vida cotidiana” (Piña & Mireles, s.f., pág. 15). Sin embargo, se debe tener cuidado con reducirlas a sólo marcos de referencia, ya que más allá de ser un punto referencial, son una instancia en la que se elaboran sentidos de las acciones y relaciones, en otras palabras:

Si partimos de que una representación social es una <<preparación para la acción>>, no lo es sólo en la medida que guía el comportamiento, sino sobre todo en la medida en que remodela y reconstituye los elementos del medio en el que el comportamiento debe tener lugar. Llega a dar un sentido al comportamiento, a integrarlo en una red de relaciones donde está ligado a su objeto. Al mismo tiempo proporciona las nociones, las teorías y el fondo de

¹⁴ Entender de esta manera las representaciones sociales implica pensar que la constitución de las sujetas está estrechamente relacionada con la integración de las mismas al marco de representaciones, implicando que su conciencia y agencialidad estarían definidas en coherencia a las diferentes relaciones entre sujeto-objeto. Esta reflexión está basada en los cuestionamientos que tuve a raíz de la lectura a Judith Butler (2007), quien se pregunta si en realidad las prácticas de género que no son coherentes a la matriz sexo-género-deseo son subversivas.

observaciones que hacen estables y eficaces estas relaciones (Moscovici, 1979, pág. 32).

Al respecto, es importante entonces destacar las funciones de las representaciones sociales que propone Abric (2001), puesto que en ellas se ofrece una explicación de cómo se articula la noción de marco de referencia para: acción, la elaboración de sentidos y la integración de las sujetas. Según el autor las RS cumplen 4 funciones:

1. De saber, debido a que permiten entender y explicar la realidad. Esto posibilita a los actores sociales adquirir conocimiento e integrarlos en un marco asimilable y comprensible para ellos, en coherencia con su funcionamiento cognitivo y con los valores a los que se adhieren.
2. Identitarias, puesto que definen la identidad y permiten salvaguardarla de la especificidad de los grupos. Es decir, permiten situar a los individuos y a los grupos en el campo social.
3. De Orientación, conducen los comportamientos y las prácticas. La representación interviene directamente en la definición de la finalidad de la situación, determinando así, a priori, el tipo de relaciones pertinentes para el sujeto, pero también eventualmente, en una situación en que una tarea es por efectuar, el tipo de gestión cognitiva que se adoptará. La representación produce igualmente un sistema de anticipaciones y expectativas. Es así, pues, una acción sobre la realidad: selección y filtro de las informaciones, interpretaciones con objetivo de volver a esa realidad conforme a la representación. En este sentido, según el autor, la representación es prescriptiva de comportamientos o prácticas obligadas. Define lo lícito, tolerable o inaceptable en un contexto social dado.
4. Justificadoras, debido a que permiten justificar a posteriori las posturas y comportamientos. La representación tiene por función perpetuar y justificar la diferenciación social, puede -como los estereotipos- pretender la discriminación o mantener una distancia social entre los grupos respectivos” (págs. 15-17)

Retomando la idea de Moscovici sobre los marcos de referencia, el autor, a modo de ejemplo, compara las representaciones con el sentido común moderno para decir que es mediante este último que las sujetas generan conocimiento empírico y desarrollan su sentido práctico, en tanto este permite interpretar y construir la realidad. Sin embargo, como las sujetas no están inmersas en las mismas relaciones de poder, sistemas de dominación y organizaciones culturales, no se puede asumir que las representaciones sociales son conocimientos comunes a todas, debido a que estas están también estrechamente vinculadas a las experiencias de las sujetas, es decir, a lo que esas prácticas representan en y para ellas:

Porque hablar de sujeto en el campo de estudio de las representaciones sociales es hablar del pensamiento, es decir, referirse a procesos que implican dimensiones psíquicas y cognitivas; a la reflexividad mediante el cuestionamiento y el posicionamiento frente a la experiencia; a los conocimientos y al saber; y a la apertura hacia el mundo y los otros. Tales procesos revisten una forma concreta en contenidos representacionales expresados en actos y en palabras, en formas de vivencia, en discursos, en intercambios dialógicos, en afiliaciones y conflictos (Jodelet, 2008).

En efecto, según la teoría de las representaciones sociales no se puede pretender generar conocimiento sobre estas sin antes situar a la sujeta cognoscente, al objeto y la relación sujeto-objeto. Pues la integración de estos elementos permitirá definir los límites y alcances de las representaciones sociales en la constitución de la realidad y los sujetos.

IV. Representaciones de mujer

En la cultura occidental se han institucionalizado representaciones en torno al género, que devienen en la legitimación de roles y posiciones sociales femeninas, bajo el esquema de mandatos sociales. A través de estos, las mujeres para considerarse como tales -ante ojos ajenos y propios- deben cumplir con un “deber ser”; con una representación socio cultural que depende de los espacios sociales en que nos desenvolvemos. De acuerdo con esta idea, los marcos de referencia que se promueven en la sociedad y, que operan en relación con mandatos sociales, constituyen formas de subordinación, control y

disciplinamiento social, puesto que es por medio de estos que se busca homogenizar “la” identidad femenina.

La matriz sexo-género parece ser la representación -corpus de conocimiento- social más normalizada en las sociedades occidentales. Según esta, la realidad del género radica en el sexo, entendido este como la base material y natural del género. Bajo este corpus es que se naturaliza, en la sociedad, la idea de que el género está determinado biológicamente pues se piensa que si una persona nace con X sexo debe asumir los roles culturales del género X, siempre manteniendo la coherencia de esta dualidad. El problema de esta matriz es que se legitima la idea de que el sexo preexiste a las sujetas, sin entender que esta misma idea es una construcción cultural sobre el sexo debido a que lo que es considerado “natural” corresponde a los significados y sentidos con que cada cultura interpreta y organiza su mundo y realidad social:

Desde luego, si el género es la significación cultural que asume el cuerpo sexuado, y si esa significación queda co-determinada por varios actos percibidos culturalmente, entonces es obvio que, dentro de los términos de la cultura no es posible conocer de manera distinta el sexo y el género (Butler, 1990, pág. 303).

Por lo tanto, esta forma de comprender el género responde a una construcción normativa del mismo, externa a los sujetas y que constituye un mecanismo de control para mantener la coherencia entre el sexo, el género, la sexualidad y el deseo. Mediante estos signos es que las sujetas se vuelven legibles para el resto y para sí mismas como personas, en las sociedades heteronormadas (Butler, 2007). No obstante, la no representación de estas formas institucionalizadas de ser según el género que corresponda provoca sanciones y exclusión social hacia estas sujetas. Situaciones mediante las cuales se logra evidenciar la ficción que constituye la matriz sexo-género, si partimos de la base que se concibe como una realidad objetiva y natural. Además, estas situaciones también constituyen escenarios propicios para reconocer la normatividad del género, en cuanto ciertas acciones, discursos, identidades y justificaciones son legítimas y aceptables para la sociedad, así como coherentes con las mismas representaciones.

Para explicar la idea de la matriz sexo-género, vinculada a la constitución de un sujeto, y con ello de la identidad, retomo el concepto de identidad de género destacando la frase de Simone de Beauvoir quien a través de su pensamiento precisa que *no se nace mujer, llega una a serlo*, para dar cuenta que ser mujer no corresponde a ningún esencialismo¹⁵. Dando cuenta que las representaciones sociales, en tanto sentidos y significados sobre ser mujer corresponden a posibilidades históricas y sociales. Relacionada a estas ideas, Butler radicaliza aún más estos argumentos, planteando que no existe ninguna identidad de género, debido a que este resulta ser performativo, es decir, siempre es un hacer de las prácticas reguladoras las cuales van configurando identidades. De acuerdo a esto “(...) no existe una identidad de género detrás de las expresiones de género, esa identidad se construye performativamente por las mismas <<expresiones>> que, al parecer, son resultado de esta” (Butler, 2007, pág. 85), es decir producto del efecto de las prácticas reguladoras del género se genera un doble movimiento en relación a la estabilización y coherencia entre las identidades de género y sus expresiones.

Siguiendo esta línea, es que entonces la heteronormatividad se comprende como un dispositivo productor de subjetividad y coherencia, pues bajo estas normas se promueven marcos de interpretación para encarnar el género.

Ahora bien, como he mencionado no se puede suponer que las representaciones género y, ancladas a esta, las de mujer, sólo son construcciones que surgen del sistema de dominación patriarcal, pues de esta manera estaría asumiendo que las representaciones sociales de mujer tienen un solo origen y con ello estaría enmascarando las otras formas de dominación que operan en los cuerpos femeninos, así como la particularidad de la expresión de estas formas de dominación interseccionales unas a otras. Es por ello que, debemos tener presente que la categoría de mujer, como significante, va presentando diferentes significados de acuerdo a la situación, contexto y territorio en que esta se despliega.

Para tensionar entonces las representaciones de mujer, y con ello la configuración de identidades, retomaré la propuesta de Foucault sobre el alma. El autor establece que la

¹⁵ No pretendo con ello homologar el pensamiento de Butler al de Beauvoir, ya que esta última pensadora no cree que el sexo, es decir, ser hembra sea una construcción social.

subjetividad es producida por el funcionamiento del poder -en este caso principalmente el poder obstétrico- sobre aquellos que vigila, castiga, sanciona y coacciona. De ahí que, las representaciones de género -entendiendo que son en sí mismas violentas- son concebidas para efectos de esta investigación, y desde estos posicionamientos teóricos, como consecuencias iatrogénicas de la intervención médica (científica y patriarcal) de la gestación, puerperio y el parto, que exceden la materialidad del cuerpo.

Según Foucault, el alma es la prisión del cuerpo, pues de esta depende el control y el manejo que se ejerce sobre el mismo. De acuerdo con esto, las posibilidades del cuerpo físico emergen y dependen del modo en que se constituya y de los sentidos que la constituyan, pues “(..) si la subjetividad o la conciencia ya poseen límites, inmediatamente el cuerpo los perpetúa en sus prácticas” (Fernández & Contreras, 2015, pág. 93). Bajo esta línea conceptual es que “(...) el cuerpo se entiende como el proceso activo de encarnación de ciertas posibilidades culturales e históricas” (Butler, 1990, pág. 298) y, por lo tanto, adquiere significado sólo en la medida en que esas expresiones históricas se hacen efectivas por medio del poder o por medio de la subversión de las normas sociales de género. No se trata de que el cuerpo no sea material, sino que no se puede acceder a esa materialidad del cuerpo si no es a través de un imaginario social; de los discursos, prácticas y normas (Sabsay, 2009).

De acuerdo a esto, existen representaciones sobre el cuerpo feminizado, el cual se entiende como la idea de “(...) obligar al cuerpo a conformarse con una idea histórica de “mujer”, a inducir al cuerpo a volverse signo cultural, a materializarse obedeciendo una posibilidad históricamente delimitada, esto, hacerlo como proyecto corporal, sostenido y repetido” (Butler, 1990, pág. 300). Por este motivo se propone que, en experiencias de VO, el cuerpo femenino constituye una representación en donde los estereotipos sociales funcionan orientando y justificando la estigmatización debido a que se los considera como sospechosos, deficientes y peligrosos durante el proceso de intervención médica del parto, pues siempre constituyen un factor de riesgo. En este sentido, se trata entonces de que:

El cuerpo es habitado y conducido por esta subjetividad que el poder-saber induce en el cuerpo. La subjetividad del sujeto moderno produce una realidad del parto en correspondencia con el saber que lo determina, al mismo tiempo

que crea la realidad limítrofe de su imaginario social (Fernández & Contreras, 2015, pág. 94).

Bajo estas nociones sobre la emergencia de un cuerpo feminizado producto de la naturalización de la matriz sexo-género, es que la maternidad se acepta como la condición misma de constitución del cuerpo femenino. Esquema de percepción mediante el cual se encubren las relaciones de poder a través de las cuales se genera este mismo cuerpo materno, en este sentido este es “(...) un efecto o una consecuencia de un sistema de sexualidad en que se exige que el cuerpo femenino acepte la maternidad como la esencia de su yo y la ley de su deseo” (Butler, 2007, pág. 194). Es así, que la maternidad se constituye tanto en concepción material (cuerpo) y simbólica (identidad) como uno de los principales elementos de valoración social de lo propiamente femenino.

A modo de ejemplo de las representaciones sociales de mujer citaré el trabajo realizado por la antropóloga Sonia Montecino, quien en su libro “Madres y Huachos” aborda el problema de la identidad mestiza latinoamericana de la mujer. Parte del problema del mestizaje en la cultura latinoamericana, dando cuenta que en su origen existe un desacople entre la experiencia y la conciencia, pues los roles sociales se definieron según las categorías europeas pero la organización social se erigió, por las condiciones de la época, bajo un nuevo orden. En este contexto es que la autora plantea que las identidades indígenas y europeas no tuvieron cabida en el grupo de los mestizos configurándose nuevas representaciones de los roles y mandatos sociales según cada género. Es en este escenario en donde surgen nuevas representaciones de mujer y de hombre, de madre y de huacho respectivamente. Destaca las representaciones de mujer-madre, la virgen y la patria por ser fuentes organizadoras y constitutivas del espacio social, y de los sujetos.

Finalmente es importante entender que estas representaciones del cuerpo-identidad femenina son coherentes con el modelo de reproducción social en todos sus ámbitos y significados, debido a que condicionan las percepciones que tiene las mujeres de su propia identidad, de su cuerpo, pero peor aún, su subordinación a los sistemas de dominación bajo las cuales se constituyen y reconocen.

V. Violencia

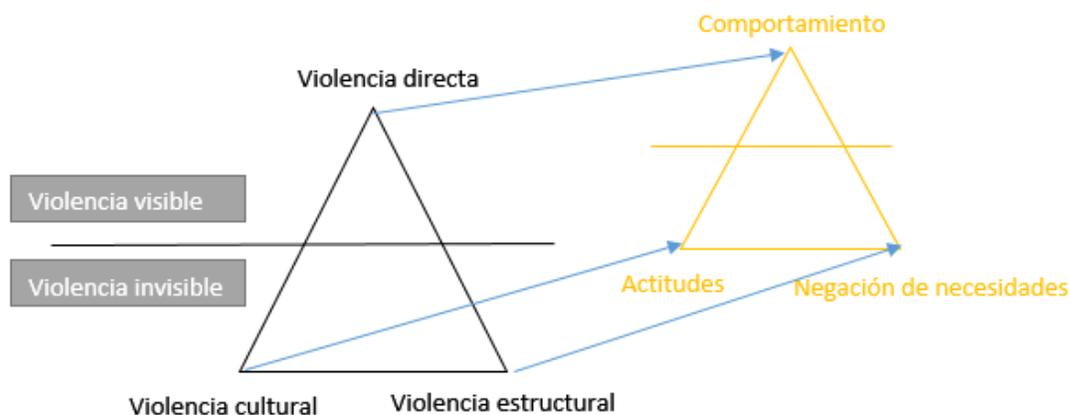
En la sociología han existido muchos intentos por definir la violencia, desde Marx quien comprendía la violencia como un mecanismo que funciona como motor en la constitución y transformación de las relaciones sociales capitalistas, hasta las nociones de Weber en donde la violencia “(...) se ubica en las relaciones de lucha entendidas como aquellas es donde la acción se orienta por el propósito de imponer la propia voluntad contra la resistencia de la otra u otras partes” (Guzmán, 1990, pág. 9). En ambas perspectivas se ofrece una concepción de la violencia como mecanismo de producción y reproducción del orden social en las sociedades modernas, sin embargo, resultan ser enfoques demasiado amplios para este estudio. Es por ello que considero necesario abordar el concepto de violencia desde su complejidad estructural y agencial en función a la reproducción de órdenes sociales, y así, buscar comprender la constitución del sistema sexo-género.

Joan Galtung (1989) propone entender la violencia según tres niveles: violencia directa, estructural y cultural. La violencia cultural se entiende como “(...) aquellos aspectos de la cultura, el ámbito simbólico de nuestra existencia (materializado en religión e ideología, lengua arte, ciencias empíricas y ciencias formales -lógica, matemáticas-), que puede utilizarse para justificar o legitimar la violencia directa o estructural” (Galtung, 2003, pág. 7), en términos de argumentos, ideas y actitudes. Este concepto, sin embargo, puede abordarse desde dos perspectivas:

Por un lado, con este término se hace referencia al ataque contra los rasgos culturales y la identidad colectiva de una comunidad. Por otra parte, también es violencia cultural todas aquellas justificaciones que permiten y fomentan las distintas formas de violencia directa y estructural. (Galtung citado en Espinar, 2003, pág. 36)

Otro nivel es lo que llama violencia estructural, la cual consiste en “la suma total de todos los choques incrustados en las estructuras sociales y mundiales “(...) hace referencia a situaciones de explotación, discriminación y marginación” (Ibid.). Y, por último, define la violencia directa como “(...) aquella violencia física y o verbal, visible en forma de conductas. Se trata de la violencia más fácilmente visible, incluso para el ojo inexperto o desde el más puro empirismo” (Ibidem, pág. 35).

La importancia de remitir a esta perspectiva radica en que el autor más que hacer una desarticulación y definir distintos tipos de violencia, hace una operacionalización mediante la cual presenta una propuesta de articulación de estos tres niveles. De esta manera, se construye un triángulo conceptual para dar cuenta de los efectos que producen entre sí estos niveles, y la forma en que se transmiten de una esquina a otra (ver el esquema). Además, el autor, hace una analogía del triángulo la violencia directa, estructural y cultural con un triángulo para el comportamiento, negación de necesidades y las actitudes, con relación al modo en que operan estos tipos de violencia.



Elaboración propia

Siguiendo con este ejercicio teórico, las definiciones que propone Galtung sobre violencia cultural, las vincularé a los conceptos de violencia contra la mujer (VcM) y violencia de género (VdG) que propone María Jesús Izquierdo. La diferencia entre ambos es que VcM refiere a formas de violencia en donde las víctimas son mujeres, es decir, en donde se ataca la encarnación de una identidad colectiva si lo pensamos desde la primera perspectiva de violencia cultural. Por otra parte, la VdG, se define como “aquella violencia que hunde sus raíces en las definiciones y relaciones de género dominantes en una sociedad” (Guzmán, 1990, pág. 38), ajustándose también a la segunda definición de violencia cultural que elabora Galtung, la cual trata sobre las justificaciones sociales que

permiten las diferentes formas de violencia estructural y directa, que en este caso se evidenciaría en las formas de legitimación del sistema sexo-género.

Ahora bien, creo que estas diferencias conceptuales son eficientes sólo en términos teórico-analíticos, pues en la práctica estos límites no operan de forma clara, debido a que la violencia contra las mujeres se expresa y produce por violencia de género. De ahí, que los límites entre ambas no sean objetivamente definibles u observables.

Según lo anterior me parece necesario entonces ahondar en el concepto de violencia de género. Para Rita Segato, este tipo de violencia se debe abordar haciendo énfasis en el carácter coercitivo de las relaciones de género normales, en donde el grado de naturalización de la misma constituye la violencia. Para esto, la autora recurre al concepto de violencia moral:

La violencia moral es el más eficiente de los mecanismos de control social y de reproducción de las desigualdades. La coacción de orden psicológico se constituye en el horizonte constante de las escenas cotidianas de sociabilidad y es la principal forma de control y de opresión social en todos los casos de dominación. Por su sutileza y su carácter difuso y omnipresencia, su eficacia es máxima en el control de las categorías sociales subordinadas. En el universo de las relaciones de género, la violencia psicológica es la forma de violencia más maquina, rutinaria e irreflexiva y, sin embargo, constituye el método más eficiente de subordinación e intimidación (Segato, 2003, págs. 114-115).

Cuando la autora se refiere a las categorías sociales subordinadas no sólo está definiendo las categorías de género, sino que también a otros sistemas de estatus que “(...) operan también en el control de la permanencia de jerarquías en otros órdenes, como el racial, étnico, el de clase, el regional y el nacional” (Ibidem, pág. 107). De ahí que la violencia moral refiere a la intersección de las relaciones de género con otras formas de jerarquía social, y la particularidad que de ello surge.

La violencia moral en términos concretos es definida como:

Todo aquello que envuelve agresión emocional, aunque no sea consciente ni deliberada. Entran aquí la ridiculización, la coacción moral, la sospecha, la intimidación, la condenación de la sexualidad, la desvalorización cotidiana de la mujer como persona, de su personalidad y sus trazos psicológicos, de su cuerpo, de sus capacidades intelectuales, de su trabajo, de su valor moral. Y es importante enfatizar que este tipo de violencia puede muchas veces ocurrir sin ninguna agresión verbal, manifestándose exclusivamente con gestos, actitudes, miradas (Ibidem, 2003, pág. 115).

Es importante resaltar que estas formas de violencia moral no siempre son acciones deliberadas ni racionales de las personas, debido a que los efectos de dominación, control, subordinación y coacción no resultan ser conscientes para todos los sujetos. Contrariamente, ocurre que estas formas de violencia moral son expresión de discursos, valores y representaciones socialmente legítimas y “normales”, razón por la cual resultan ser tan eficiente para el orden social¹⁶. Esta eficiencia en la reproducción de los sistemas de control está en su carácter jerárquico doméstico: “la violencia moral se infiltra y cubre con su sombra las relaciones de las familias normales, construyendo el sistema de estatus como organización natural de la violencia social” (Ibidem, 2003, pág. 114). Quedando así en segundo plano la idea de que la principal característica de la violencia moral es ser la base de sustento de la violencia física, y con ello, enfatizando entonces que la particularidad de la violencia moral no es la continuación ni expresión en violencia física, sino el efecto que provoca en el proceso de naturalización de un sistema de estatus diferenciador según sexo que organiza el universo de las relaciones de género.

Para la autora la eficiencia de esta violencia es producto de 3 aspectos:

1) Su diseminación masiva en la sociedad, que garantiza su “naturalización” como parte de comportamientos considerados “normales” y banales

¹⁶ Destaco esta idea porque es uno de los principales argumentos del personal de salud para negar la existencia de la violencia obstétrica y apelar así al concepto de mala calidad de la atención como causa de las intervenciones innecesarias y maltratos sistemáticos en las atenciones obstétricas. La lógica que sigue esta argumentación es aislar los malos tratos como hechos particulares y, así desarticular la violencia de su contexto, desentendiéndose de las construcciones sociales de género principalmente que constituyen y propician la normalización y naturalización de la violencia obstétrica.

2) Su arraigo en valores morales religiosos y familiares, lo que permite su justificación

3) La falta de nombres u otras formas de designación e identificación de la conducta, que resulta en la casi imposibilidad de señalarla y denunciarla e impide así a sus víctimas defenderse y buscar ayuda.” (Ibidem, 2014, pág. 115)

Por último, abordaré el concepto de violencia a partir de la propuesta que hace Bourdieu con el concepto de violencia simbólica, para sí poder complementar con un enfoque sociológico los aportes sobre violencia moral que realiza Segato. La violencia simbólica se define como:

Violencia amortiguada, insensible, e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento o, más exactamente, del desconocimiento, del reconocimiento o, en último término, del sentimiento (Bourdieu P., 2000, pág. 12).

De ahí que opere como una forma de dominación estructurada y estructurante en la cual el sentido práctico de los sujetos dominados, es decir, las disposiciones psicológicas, conductuales y emocionales son coherentes a las categorías y representaciones sociales que legitiman las relaciones de dominación. Y en este sentido, legitimando los esquemas reproductores su posición de subordinación y contribuyendo a la misma. En palabras del autor este proceso:

Se basa en la sintonía entre las estructuras constitutivas del habitus de los dominados y la estructura de la relación de dominación a la que ellos (o ellas) se aplican: el dominado percibe al dominante a través de unas categorías que la relación de dominación ha producido y que, debido a ellos, son conforme a los intereses del dominante (Bourdieu P., 1997, pág. 197).

Estas categorías de percepción que operan en la construcción de relaciones sociales basadas en la violencia simbólica están estrechamente vinculadas al tipo de capital simbólico que se esté distribuyendo de manera diferenciada y, principalmente, desigual en el campo social. El capital simbólico se define como:

Una propiedad cualquiera, fuerza física, riqueza, valor guerrero, que es percibida por unos agentes sociales dotados de categorías de percepción y de valoración que permiten percibirla, conocerla y reconocerla, se vuelve simbólicamente eficiente, como una verdadera fuerza mágica una propiedad que, porque responde a unas <<expectativas colectivas>> socialmente constituidas, a unas creencias, ejerce una especie de acción a distancia, sin contacto físico (Ibidem, pág. 173).

De esta manera, las disposiciones y el sentido práctico de las personas frente al mundo social dependen de la posición que en el ocupan respecto a la posesión de capital simbólico. Situado esta teoría en el problema de la VO, se podría pensar que existen dos campos diferentes, pero articulados, en donde opera la violencia simbólica. Por una parte, en campo del saber médico, en donde el capital simbólico podría ser la autoridad que otorga tener credenciales o poseer conocimiento científico, lo que lleva a que las mujeres ocupen la posición de pacientes, es decir, se las reconoce como personas que no tienen autoridad ni conocimiento para decidir sobre sí mismas. También está el campo de la dominación de género que opera articulado al saber médico, el cual históricamente se ha reconocido como androcéntrico, lo cual causa que el personal de la salud (sin importar su género) legitime aún más su posición de autoridad y conocimiento respecto a las “pacientes”, cuyo cuerpo es sexualizado como femenino.

En consecuencia, es importante destacar la idea de que la particularidad de violencia simbólica y de la dominación masculina es que son las propias dominadas las que reproducen las mismas relaciones de dominación a las cuales están sujetas, ocultando muchas veces la dominación bajo la excusa de consentimiento. Para Bourdieu (2000) esto tiene que ver con:

Los actos de conocimiento y de reconocimiento prácticos de la frontera mágica entre los dominadores y los dominados que la magia del poder simbólico desencadena, y gracias a las cuales los dominados contribuyen, una veces sin saberlo y otras a pesar suyo, a su propia dominación al aceptar tácitamente los límites impuestos, adoptan a menudo la forma de emociones corporales - vergüenza, humillación, timidez, ansiedad, culpabilidad- o de pasiones y de

sentimientos -amor, admiración, respeto-; emociones a veces aún más dolorosas cuando se traducen en unas manifestaciones visibles, como el rubor, la confusión verbal, la torpeza, el temblor, la ira o la rabia impotente, maneras todas ellas de someterse, aunque sea a pesar de uno mismo, la complicidad subterránea que un cuerpo que rehúye las directrices de la conciencia y de la voluntad mantiene con las censuras inherentes a las estructuras sociales (Pág. 55).

Finalmente, y en relación a todo lo presentado en este apartado, es que importante tener en cuenta que el abordaje de la violencia como problema social no se debe reducir simplemente a sus aspectos visibles y evidenciables, debido a que es mucho más complejo, ya que, de esta forma se corre el riesgo de reducir el enfoque a la falsa dicotomía de violencia psicológica o física. Por lo mismo busqué a través de este abordaje conceptual rescatar la particularidad de la violencia y sus diferentes mecanismos, así como también dar cuenta que es un problema dinámico debido a que surge como expresión histórica de diferentes sistemas de dominación, control, disciplinamiento y subordinación.

VI. Poder obstétrico

Para terminar con este marco conceptual, me gustaría abordar el proceso mediante el cual se vincula la VO con el disciplinamiento y control de subjetividades y cuerpos de las parturientas. Para poder desarrollar este vínculo, me basaré en la propuesta conceptual de Gabriela Arguedas, quien propone la noción de poder obstétrico. Sin embargo, antes debo aclarar que este es un concepto exploratorio, pues no existe mucho desarrollo teórico al respecto. No obstante, resulta esclarecedor para entender el modo en que se articula el sistema sexo-género con el saber médico-obstétrico en función de la subordinación, control y disciplinamiento del cuerpo y subjetividades de las mujeres gestantes, motivo por el cual decido utilizarlo.

La noción de *poder obstétrico* surge de la teoría de Foucault sobre el poder. Esta se caracteriza por ser una forma de poder disciplinario particular que se liga a la estructura patriarcal de dominación y al saber obstétrico. En este marco, la VO se entiende como un

mecanismo de control y opresión, que emerge del poder obstétrico, mediante la cual se (re)producen subjetividades y cuerpos feminizados, en este sentido la autora propone que:

Para producir unos cuerpos que obedecen a los mandatos de la socialización del género en la sociedad patriarcal, debe ejercerse un poder disciplinario capaz de moldearlos y someterlos a ese régimen de inteligibilidad. Y, en el caso de las mujeres, parte de ese disciplinamiento se ejerce por medio del poder obstétrico (Arguedas, 2013, pág. 147).

Entonces, el poder obstétrico es una forma de poder disciplinario que se enmarca en el ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres, y que por lo tanto se ejerce en un territorio-género determinado, que en este caso son los cuerpos que pueden embarazarse y parir (Arguedas, 2013). Bajo este marco es que el hospital deja de ser el único territorio en donde se legitiman mecanismos de control, pues el cuerpo, también se constituye como tal. Ahora, la particularidad del poder obstétrico es que este amplía su campo de acción hacia estos dos territorios, del cual emergen formas de dominación interseccionales para la mujer gestante. Es así, que esta forma de poder disciplinario se acopla con la jerarquía de género y del saber obstétrico androcéntrico, para generar procesos de naturalización y por lo tanto subordinación a funciones socialmente construidas para la mujer (Ibídem), es decir, mandatos sociales.

Es un poder mediante el cual las mujeres aprenden a negarse a sí mismas, “la docilidad se impone como único camino para tener un grado de bienestar” (Ibídem, pág. 156) dada las condiciones simbólicas y materiales de la experiencia. Es así como:

El objetivo del poder obstétrico sería la producción de cuerpos dóciles femeninos que permitan maximizar la efectividad de los embarazos, los partos y del cuidado de los recién nacidos, lo que sólo es posible si estos procesos son construidos subjetiva y socialmente como problemas sociales y de alteración/desorden que deben ser vigilados (Castrillo, 2014, pág. 5).

Por lo mismo, la VO no es sólo una experiencia en donde la mujer se somete a una forma de control y dominación relativa a la salud, sino también un mecanismo de subordinación, que implica en sí mismo también violencia simbólica, en tanto se asumen

las representaciones sociales de la mujer como los únicos esquemas de percepción y valoración posibles, pues estas han sido histórica y socialmente determinados.

VII. MARCO METODOLÓGICO

I. Enfoque de la investigación

Al tratarse de una investigación en la que se pretendió ahondar en las subjetividades de mujeres y en la construcción de reflexiones acerca de experiencias “comunes”, a través, de la realización de un ejercicio reflexivo relativo a las representaciones sociales de mujer, el enfoque metodológico más coherente con esta propuesta fue el cualitativo. El alcance de esta metodología posibilitó el acceso y el conocimiento a diversos significados y sentidos de la realidad social. También esta metodología posibilita y es coherente al ejercicio de visualización y denuncia de la VO como violencia de género, desde voces que han sido históricamente excluidas.

En la investigación cualitativa se busca complejizar y comprender la realidad social a través de las elaboraciones que construyen los sujetos sobre la misma, siendo el lenguaje el principal elemento de estudio. Ahora es importante dar cuenta que esta metodología implica rescatar el habla investigada, en este sentido “se trata de un intento de <<comprensión>> del otro, lo que implica no su medida respecto a la vara del investigador, sino propiamente la vara de medida que le es propia y lo constituye” (Ibáñez , 2006, pág. 20). Por lo tanto, lo importante no es realizar una abstracción de la realidad, sino más bien situarla y comprenderla en todas las aristas posibles, decodificando los sentidos que operan en ella. Es así que, la pretensión entonces no es buscar “la verdad” o “la verdadera realidad social”, pues el énfasis está puesto más bien en la comprensión y la

interpretación detalla y reflexiva de la realidad social. Este elemento es importante para el estudio, ya que, el camino tomado para responder la pregunta de investigación consistió en analizar la visión de mundo de mujeres que sufrieron VO. Es así como esta alternativa metodológica permitió complejizar las miradas al respecto, pues se rescataron todas las narrativas, sin intentar hegemonizar discursos.

Al ser la intención reconocer la multiplicidad de sentidos, de visiones y de interpretaciones de mundo, busqué poner en tensión y desequilibrio normativo la relación entre investigador-objeto de estudio, muchas veces trivializado como sujeto-objeto, entendiendo que ambos somos sujetos de conocimiento. Esto, reconociendo que mi relación con las entrevistadas era de sujeta-sujeta, en donde, a través del diálogo y la intersubjetividad se produjo conocimiento. El cual bajo ninguna perspectiva puede ser calificado como neutro, pues nos encontramos posicionadas socialmente, influenciadas por imaginarios sociales, ideologías, y además nuestras miradas están condicionadas por contextos, situaciones y condiciones materiales.

Por estas razones retomé la propuesta epistemológica del *sujeto conocido*, mediante la cual se enuncia que:

El que conoce abandona el lugar que le confiere el conocimiento científico y que lo separa de aquellos a quienes conoce, y asume otro lugar que lo identifica con ellos, que los hace iguales. Es a partir de esa igualdad que la distancia se acorta, desaparece, y el que conoce se encuentra en su *mismidad* con aquel que está conociendo (Vasilachis de Gialdino, 2006, pág. 59).

Bajo esta propuesta, es que entonces, la producción de información y conocimiento se comprende como un trabajo mutuo y colectivo.¹⁷

II. Alcance de la investigación

Dada las condiciones de producción de este conocimiento, me propuse realizar una investigación principalmente exploratoria. Esto bajo dos argumentos: por un lado, en Chile existe poco conocimiento sobre violencia obstétrica desde la perspectiva que abordé esta

¹⁷ Sin embargo, esta propuesta no viene a constituir una epistemología crítica ni dialéctica de construcción de conocimiento porque el diseño de la investigación ha sido elaborado de manera unilateral.

tesis, motivo por el cual esta investigación tiene la particularidad de ser una novedosa en tanto aposté a la construcción de nuevas aproximaciones al problema. Por otra parte, la investigación misma estuvo limitada a sus propias condiciones de realización, pues al ser esta una tesis de pregrado se debió cumplir con cierta normativa en relación con la estructura de la investigación y los tiempos de concreción de la misma. Sumado a que no se contó con recursos materiales ni humanos extras para abordar la problemática con mayor complejidad y profundidad.

A pesar de estas razones-condiciones, de igual manera intenté ir más allá del ámbito exploratorio, centrándome en los principales elementos y características de la violencia y las representaciones sociales de mujer, según las experiencias de quienes sufrieron VO, tratando entonces de realizar también un ejercicio descriptivo.

Espero que este estudio sirva de base para futuras aproximaciones, ya que por lo menos a continuación se presenta un acercamiento y desarrollo del problema.

III. Método

Para la producción de información se realizaron 10 entrevistas en profundidad semi estructuradas, debido a que esta técnica permite, a través del diálogo, profundizar en diferentes hables, sentidos y significaciones. Para Valles (1999) esta técnica por su estilo abierto posibilita la obtención de una gran riqueza informativa: intensiva, holística, contextualizada y personalizada en las palabras y los enfoques de los entrevistados (pág. 196). Por lo tanto, el énfasis estuvo puesto en la producción de información en base al ejercicio de reflexión de las propias experiencias de VO que sufrieron las entrevistadas.

IV. Proceso metodológico y selección del grupo de estudio

Para acercarme a las mujeres, generé un vínculo con el Observatorio de Violencia Obstétrica Chile, y así establecí contactos y redes con mujeres que habían sufrido este tipo de violencia. De esta manera, realicé una publicación en el fanpage haciendo un llamado a participar de forma voluntaria en la investigación. Luego de esto procedí a seleccionar a las mujeres que cumplieran con los criterios muestrales.

Respecto al criterio muestral, cabe indicar que en estudios de enfoque cualitativo la muestra busca que los participantes “se seleccionen a través de una representación del colectivo como un espacio ordenado internamente como <<relaciones>>, como posiciones o perspectivas diversas, convergentes o sostenidas sobre una misma posición base” (Ibáñez, 2006, pág. 23), de modo que el entrevistado representa una categoría social –una posición y perspectiva- en la estructura de relaciones sociales. En base a esto, es que para efectos de esta investigación los criterios para la selección de la muestra fueron:

- Mujeres que sufrieron violencia obstétrica en centros hospitalarios de carácter público y privado. Esta distinción se utilizó para intentar hacer una diferenciación implícita de clase, ya que en muchos relatos sobre violencia obstétrica se alude a que las mujeres que se van a atender en clínicas privadas están mejor preparadas para posicionarse y evitar exponerse a estos casos de violencia, pues ellas poseen–hipotéticamente- mayores niveles de capital cultural y económico.

La muestra se compuso de la siguiente manera

	Mujeres
Atención en institución de salud pública	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital El Pino • Hospital Dr. Luis Tisné Brousse • Hospital San José • Hospital Clínico San Borja Arriaran • Hospital Dr. Sótero del Río
Atención en institución de salud privada	<ul style="list-style-type: none"> • Clínica Las Violetas • Clínica Las Lilas • Hospital Clínico de la Universidad Católica • Clínica Santa María y Clínica Alemana
Hospital de las Fuerzas Armadas	<ul style="list-style-type: none"> • Hospital Militar de Santiago

Es importante señalar que la metodología adoptada en este estudio no pretendió ser representativa de los hospitales ni clínicas de Santiago, más bien, busqué conocer los diferentes contextos y prácticas en las que ocurre VO. Así como también, conocer desde diferentes experiencias, posiciones y puntos de vista las representaciones sociales de mujer que emergen de esta experiencia.

Luego del proceso antes mencionado, comencé desarrollar las entrevistas aplicando como instrumento un guion que me ayudó a orientarme respecto a las temáticas y preguntas. Las entrevistas fueron realizadas entre los meses de agosto y septiembre del año 2016. La cantidad de casos no buscó satisfacer el principio de saturación de la muestra cuantitativa debido a que el desarrollo de esta investigación estuvo sujeta a las condiciones prácticas y materiales propias de una tesis de pregrado, como ya lo mencioné.

Para el análisis de las entrevistas utilicé la técnica de análisis de contenido cualitativo, basándome en una operacionalización previa para indagar en ciertas dimensiones y categorías relativas a los objetivos y marco teórico de esta investigación. Ahora, a pesar de ya tener este trabajo, en el análisis se reorganizaron algunas categorías según la pertinencia de las experiencias de las mujeres, así como también surgieron otras nuevas.

IV. Operacionalización

A continuación, presento una tabla con la operacionalización inicial de las variables para dar cuenta como se llegó a la construcción del guion de la entrevista. Esta fue desarrollada con la función de realizar un ejercicio de vinculación entre los objetivos, marco teórico y marco metodológico. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, luego de los análisis surgieron nuevas categorías. Al final de los resultados de cada capítulo se hará este mismo ejercicio para dar cuenta entonces como están vinculados los objetivos y los resultados de forma gráfica.

Objetivo general	Objetivos específicos	Dimensiones	Subdimensiones	Tópicos
<p>Conocer las representaciones sociales de “mujer” que emergen en experiencias de Violencia Obstétrica - durante la gestación, parto y puerperio- en hospitales y clínicas de Santiago</p>	<p>Describir el contexto y las prácticas que constituyen las experiencias de Violencia obstétrica, según el relato de mujeres que se atendieron en hospitales y clínicas de Santiago.</p>	<p>Describir cómo ocurren y cuáles son los elementos que constituyen las experiencias de Violencia Obstétrica, según el relato de mujeres que se atendieron en hospitales o clínicas de Santiago.</p>	<p>Descripción de la experiencia</p> <hr/> <p>Reflexiones</p>	<p>Realizar una reconstrucción de la experiencia. Contar cómo fue el embarazo, el parto y el pos parto</p> <p>¿En qué pensaba?</p> <p>¿Qué sintió?</p> <p>¿De qué tenía ganas?</p>
	<p>Identificar elementos que componen las representaciones sociales de “mujer” que están vinculados a las experiencias de</p>	<p>Representaciones de identidad y cuerpo</p>	<p>Normas de género</p>	<p>¿Qué cree que es ser mujer?</p> <p>¿de qué manera vivió esto durante su embarazo, parto y pos parto?</p>

<p>Violencia Obstétrica, según mujeres que se atendieron en hospitales o clínicas de Santiago</p>		Discursos sobre mandatos sociales, roles, o sobre “el deber ser”	<p>¿Qué le decían las personas que la atendieron?</p> <p>¿Hablaron con usted?</p> <p>¿Recuerda algún tipo de comentario?</p> <p>¿Tuvieron un trato diferenciado?, ¿qué pasó?</p>
		Control sobre las emociones, sensaciones, acciones y pensamientos	Usted, ¿Intentó hacer algo para enfrentarse al trato que recibió?
		Castigos por conductas o discursos	<p>¿Existieron castigos en algún momento?</p> <p>¿Cuáles? ¿Qué se estaba castigando?</p>
		Vigilancia y amenazas	<p>¿Se sintió vigilada o amenazada?</p> <p>¿bajo qué circunstancia y</p>

				por quién?
			Reconocimiento o premio por comportarse bien (de forma aceptable o legítima)	¿Hubo alguien que la trató bien? ¿En qué momento y quién?
			Concepción normativa sobre el funcionamiento del cuerpo en términos binarios (un cuerpo bueno/malo)	¿Se valorizó o sancionó el funcionamiento o del cuerpo de manera negativa o positiva? Explicar bajo qué situaciones ocurrió, qué pasó.
			Culpabilización por el funcionamiento o actos corporales	¿Sintió culpabilidad o le hicieron sentir culpable en algún

				momento? ¿En qué situación?
			Sentidos, significados y simbolismos del cuerpo femenino	Durante esta experiencia, ¿qué cree que representaba su cuerpo para el equipo médico? ¿Qué significa para ti?
			Estigmatización del cuerpo como un factor de riesgo (sospechoso, deficiente, peligroso)	¿En algún momento te hicieron sentir y creer que tu cuerpo es sospechoso, deficiente y peligroso para tu bebé?
			Significados e interpretaciones del cuerpo materno (deseos, aceptación, esencialismo)	¿De qué manera piensa que se vincula ser mujer con ser madre, según lo que vivió? ¿Durante su experiencia se promovieron

				ideas sobre la maternidad? ¿Qué se decía?
	Explorar las consecuencias de las representaciones sociales de mujer en gestantes, parturientas o púerperas que vivieron Violencia Obstétrica en hospitales o clínicas de Santiago	Reconstrucción reflexiva sobre la violencia obstétrica y su vínculo con la violencia de género	Consecuencias de la violencia obstétrica en términos corporales y subjetivos	¿Cómo crees que esta experiencia repercute en la idea que tiene de su cuerpo? ¿qué crees que significó o significa esta experiencia para tu identidad, para ti? Si tuvieras que explicar de nuevo tu experiencia de violencia obstétrica, ¿qué agregarías o qué omitirías de lo que me dijiste y por qué?

VI. Guion de entrevista

1. Preguntas de identificación

1.1 Edad:

1.2 Tipo de institución en la que se atendió:

2. Preguntas generales

2.1 Realice una reconstrucción de su experiencia, contando lo sucedido durante el embarazo, parto y pos parto, ¿Cómo fue esa experiencia para usted? ¿En qué pensaba? ¿Qué sintió? ¿De qué tenía ganas?

2.2 ¿Qué le decían las personas que la atendieron? ¿Recuerda algún tipo de comentario? ¿Tuvieron un trato diferenciado? ¿Qué pasó?

2.3 Usted ¿Intentó hacer algo para enfrentarse al trato que recibió?

2.4 ¿Existieron castigos en algún momento? ¿Cuáles? ¿Qué se estaba castigando?

2.5 ¿Se sintió vigilada o amenazada? ¿bajo qué circunstancia y por quién?

2.6 ¿Sentiste culpabilidad o te hicieron sentir culpable en algún momento? ¿En qué situación? Ya sea que no te dilatabas, o que las contracciones no eran las adecuadas, por ejemplo.

2.7 ¿Hubo alguien que la trató bien? ¿En qué momento y quién?

2.8 ¿Qué cree que es ser mujer? ¿de qué manera vivió esto durante su embarazo, parto y pos parto?

2.9 Me gustaría saber el personal de salud que la atendió, ¿le hizo algún comentario por su apariencia física? ¿En qué situación y quiénes?

2.10 En algún momento ¿Escuchó o sintió que hubo morbo sexual? ¿De qué forma ocurrió esto y por quién?

2.11 Continuando con su reflexión ¿Qué cree que representaba su cuerpo para el equipo médico?

2.12 Me gustaría saber en términos generales ¿Qué piensa sobre su cuerpo? ¿Qué representa para usted? ¿Cómo crees que esta experiencia repercute en la idea que tiene de su cuerpo?

- 2.13 ¿Durante su experiencia escuchó o sintió que se promoviera alguna idea sobre la maternidad? ¿Qué se decía?
- 2.14 Según lo que vivió ¿De qué manera piensa que se vincula ser mujer con ser madre?
- 2.15 En términos generales ¿Qué crees que significó o significa esta experiencia para tu identidad, para ti?
- 2.16 Finalmente, si tuvieras que explicar de nuevo tu experiencia de violencia obstétrica, ¿Qué agregarías o qué omitirías de lo que me dijiste y por qué?

VIII. CONTEXTO Y PRÁCTICAS QUE CONSTITUYEN LAS EXPERIENCIAS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA¹⁸

Como parte del ejercicio de análisis, en este capítulo descompondré la violencia obstétrica en diferentes elementos para dar cuenta de cuáles son las prácticas que la constituyen y el que contexto social en que ocurren. Para ello, comenzaré el análisis describiendo prácticas, conductas y actitudes cuyos efectos directos y físicos son constitutivos de violencia obstétrica, basándome en las experiencias de mujeres que asistieron a servicios de salud públicos y privados durante sus procesos de gestación, parto y puerperio, en Santiago.

I. Violencia directa

I.1 Maltrato físico

La violencia es un fenómeno complejo dado que remite a la producción y reproducción del orden social, es por ello que, para entender los elementos que constituyen la VO en su ámbito más evidente he decido comenzar los análisis exponiendo las intervenciones y prácticas que ocurren hoy en instituciones de salud y que constituyen maltrato físico. Abordaré la violencia física desde el enfoque que propone Joan Galtung (1989) sobre violencia directa, la cual es entendida como aquella que es reconocible de forma empírica y visible a través de comportamientos. En esta línea, es que el maltrato físico se entenderá como todas las prácticas que causan dolores físicos y sufrimientos innecesarios, por considerarse evitables, ejercidos por el personal de salud contra gestantes, parturientas o puérperas.

En primer lugar, revisaré el relato de una mujer que describe como violencia física que le hayan realizado una episiotomía sin anestesia, tactos reiterados y que le hayan

¹⁸ Todos los resultados serán escritos bajo la forma gramatical primera persona y en plural debido a que el producto de estos análisis es un trabajo conjunto que dependió del aporte realizado por las entrevistadas a través de sus relatos y del mío en tanto investigadora.

practicado ensanchamiento del cuello del útero, sin existir justificaciones o la necesidad fisiológica:

Yo te diría que, es que mira, yo creo que va como compartida la cosa porque cuando el gallo me dice “ya puja, no, ¡no puedes pujar!, ya córtela, ¡córtela!”, así como ¡córtela! Pescó unas tijeras y me cortó, osea, ni si quiera un poquito de lidocaína, no, nada. Me cortaron a sangre y me hicieron la episiotomía, para mí eso es violencia física, no tiene otro nombre. Que vengan y te hagan 10-8 tactos sin siquiera avisarte, eso para mí eso también es una violencia física. Que te abran el cuello del útero con los dedos para que tu güagüa nazca más rápido porque ellos están apurados, también es violencia física.

De acuerdo con lo mencionado en la cita, es importante discutir sobre el uso de algunas prácticas, como por ejemplo la episiotomía, debido a que existen varias controversias sobre su necesidad y aplicación sistemática. Respecto a la realización de esta, la Organización Mundial de la Salud en su informe Cuidados en el Parto Normal: una guía práctica (1996, pág. 55) establece dos cosas importantes, en primer lugar, que su uso debe ser restringido y recomendando, no debiendo superar el 10% de los casos¹⁹ y, en segundo lugar, que “la episiotomía se debe hacer y reparar con anestésico local y las máximas precauciones de cara a la prevención del contagio del sida y la hepatitis” (Ídem). Respecto a la situación en Chile, el Estado adscribe a las recomendaciones y protocolos que promueve la Organización Mundial de la Salud sobre a las intervenciones y prácticas de salud durante la gestación, parto, puerperio y posparto, bajo la política pública Chile Crece Contigo. Bajo este escenario, este relato sí evidencia una situación de violencia y maltrato físico debido a que a esta mujer se le realizó una episiotomía sin anestesia local, es decir, sin ajustarse a los protocolos de salud que desde el Estado se promueven.

El siguiente relato también sería una evidencia más de la ocurrencia de esta práctica sin ajustarse a los protocolos antes mencionados: *y yo le digo "ya, pero si me tiene que cortar me va poner lidocaína, me va poner algo..." y me decía "no así no más", yo en ese*

¹⁹ No está dentro de mi campo de estudio discutir si la episiotomía fue una práctica innecesaria o no, sin embargo, creo que es pertinente tensionar este debate.

momento empecé a entrar en pánico. En una investigación en donde se evalúa la implementación del modelo de servicios de salud humanizado en Santiago (Binfa, Pantoja, Jovita, Gurovich, & Cavada, 2013), se obtiene como resultado que de una muestra de 508 mujeres al 54% se le realizó una episiotomía, siendo este dato representativo de la Región Metropolitana. Otro de los resultados de esta investigación, respecto a esta práctica es que esta se realiza sistemáticamente (en comparación al porcentaje recomendado por la OMS).

Al respecto, algunas de las mujeres entrevistadas califican esta práctica como una forma de mutilación genital, cuestionando los motivos a través de los cuales se justifica su realización. También reflexionan sobre la normalización de esta intervención:

Tuve cesárea entonces tampoco... fue la cicatriz no más, si no fue parto. Pero encuentro terrible a las mujeres que le hacen la episiotomía, es mutilación genital, es horroroso...

La vagina está hecha para parir, y así hay casos en que se desgarran y se fisuran, pero naturalmente "no, es que esto lo hacemos para que no se te desgarre por todos lados", bueno esos miles de desgarros se hacen para una buena recuperación, son los desgarros que tenían que hacerse, que se van a recuperar y van a quedar normal, pero la episiotomía... es atroz y está tan normalizado...

Existe una situación similar a la episiotomía que constituye maltrato físico. Sucede cuando el equipo de salud sutura el periné (ya sea por la realización de una episiotomía o por un desgarro natural) de las mujeres sin aplicar anestesia local, como se evidencia a continuación:

Pero yo sí tenía un tema de que te metieron una mano hasta el cuello del útero... no, más adentro, me sacaron la placenta. Yo me acuerdo que la sensación era horrible, horrible. Era una ginecóloga la que hizo ese procedimiento y yo le decía "por favor me duele mucho" y me decía "ya, aguante un poquito" (...) Porque la ginecóloga solo me sacó la placenta y ella se fue, nunca más volvió... "oye ya pucha que lata, eh... bueno, vas a estar bien", nada. Onda me sacó la placenta, "terminé", y se fue. Y me dejó con el

matrón, y él me cosió, en ningún momento me pusieron anestesia para coserme tampoco... estamos hablando que me cocieron puntos en el cuello del útero.

De acuerdo con los protocolos y normas anteriormente presentadas, esta práctica también es otra forma de maltrato físico, debido a que nuevamente se infringe dolor a las parturientas siendo este evitable e innecesario. Algunas mujeres asimilan estas situaciones como formas de castigo: *creo que mi peor castigo es que me hayan negado la anestesia*, debido al dolor, incomodidad y sufrimiento que se experimentan.

Volviendo a la información que entrega el primer relato sobre los tactos, la realización de esta práctica de forma sistemática y sin informar sobre su realización previamente a ser ejecutada, también constituye maltrato físico. Evidencia de esto es que lo que se indica en el Manual de atención Personalizada en el Proceso Reproductivo (Ministerio de Salud de Chile, 2008) en donde se especifica que “se deben realizar el mínimo de tactos vaginales y con justificación clínica, evitando exámenes de rutina” (pág. 198). Al respecto, la OMS también recomienda realizar tactos vaginales cada 4 horas “en cuanto a los tactos vaginales a intervalos más frecuentes, deberá darse prioridad a los deseos y las preferencias de la mujer y minimizar la cantidad total de tactos” (2015, pág. 2). De esta manera, cabe resaltar que las preferencias de la mujer siempre deben ser tomadas en cuenta al momento de realizar intervenciones, pues su omisión constituye una situación de violencia que puede derivar en maltrato físico, como en la experiencia descrita anteriormente en donde se le realizaron tactos sistemáticos y sin previo consentimiento a una mujer en trabajo de parto.

Continuando con las experiencias de maltrato físico antes expuesta, en donde ocurrieron episiotomías y suturas de periné sin anestesia, expondré un relato en donde se narra una situación de sometimiento corporal que incluso podría calificarse legalmente como un acto de tortura²⁰. Esta experiencia ocurre en el Hospital San José, institución de salud pública cuyo personal profesional de atención infringe sometimiento y maltrato corporal a una puérpera sin importar su estado de salud. Me interesa resaltar de esta

²⁰ “Tortura es un acto por el cual se causa intencionalmente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos, sexuales o psíquicos en el marco de la acción de funcionarios públicos. Pero no es cualquier acto de este tipo, sino que el que se realiza con el fin de obtener de la víctima, o de otra persona, una declaración o una confesión. (...) Es tortura también si se usa el maltrato para intimidar o coaccionar a la persona.” (Delito de tortura, 2016)

intervención las personas involucradas, en contexto en que ocurre y la forma en que se lleva a cabo. Esta es una práctica realizada por las matronas que ya habían atendido el parto de la mujer involucrada, quien ya había sufrido maltrato físico por no haber recibido anestesia habiéndola pedido durante el trabajo de parto, expulsivo y cuando se le sutura el periné. Esta puérpera se encontraba en reposo y sola cuando se es sometida corporalmente por las matronas para extraerle de forma manual coágulos de su vientre, sin informarle de lo que acontecía ni pedir su consentimiento al respecto:

Lamentablemente me recibió la misma matrona que me atendió en preparto, la misma, entonces yo "Rodrigo ella no me quiso poner anestesia, pídesela por favor, pídesela", "¿qué posibilidades hay de poner anestesia?", "ninguna, caballero porque está la cabeza afuera casi" Yo le dije "Rodrigo no puedo, en serio que Rodrigo me duele mucho", me rajé sin anestesia, me cocieron sin anestesia. Imagínate el dolor que sentí... Entonces yo siempre me digo ningún dolor es más grande que un parto sin anestesia, porque créeme que, de hecho, me sacaron a la niña y una tens nueva, osea no la había visto yo, me pone a la Pascal encima y me dice "tómela" y yo no tenía fuerzas, estaba casi desvaneciéndome, le decía "Rodrigo sácame, no puedo". Y Yo no me acuerdo hasta que llegué a recuperación. En recuperación, me desperté, todo el tema, tenía dolores muy fuertes y sentía, quería hacer pipí a cada rato. Yo no supe más de mi hija hasta que llegué a maternidad. Y me empiezan a tocar aquí como la parte del vientre, la matrona me dice "¿cómo quedó?" y la cuestión, y llama a otra matrona y le dice que a la niña hay que hacerle, ¡ay! no me acuerdo del nombre, bueno la cuestión es que se pusieron arriba mío y me empezaron a hacer así [hace el gesto como si le estuvieran presionando el vientre con las manos empuñadas], te lo juro a puño aquí, yo decía qué onda, "te quedaron coágulos adentro" yo así como que no y las lágrimas y la rabia. No podía ni pararte porque estoy recién cosida y quería puro agarrar a la mina así y no podía porque sabía que estando en servicio público tú insultas a alguien y te vas detenida, pero nadie ve el lado contrario. Entonces la mina, las, las 2, una sujetándome porque yo me movía y la otra arriba mío presionándome el vientre para que salieran los coágulos. Y frente a todas las otras mamás, cero respeto.

Ni si quiera, por último, le tapamos donde está la camilla, cerramos cortina, nada, cero, cero pudor. Entonces como que entre volver o no volver, yo decía qué onda. En ese entonces mi suegra estaba afuera ¡tía, tía! decía yo, "¡tía, tía ayúdeme por favor!" la llamaba, yo sabía que ella estaba afuera, me había visto. Y escuchaba, justo me hija empezó a llorar por el susto. Entonces fue traumante, en serio, salieron como 4 coágulos... Imagínate como lo hicieron. No te digo, cero respeto hacia mi persona, recién parida, recién cocida, sin anestesia y con el dolor de todo, por todos lados...A todo esto, yo no supe de mi pareja en ese entonces, nadie sabía de mí, mi suegra solamente escuchaba de afuera cómo yo la llamaba, se bajaron justo las minas y mi suegra entra, así como "ya, déjenme entrar " "¿qué pasó?", "no es que estas... están arriba mío" y la cuestión "me están sacando coágulos a la fuerza", no salió nunca todo y llegaron y me cosieron.

En esta experiencia el personal de salud no tomó en cuenta el estado de salud, el dolor ni la incomodidad de la mujer al momento de someterla. Cabe destacar que esta práctica no se encuentra los manuales ni protocolos referidos a la correcta atención del parto, porque bajo ninguna lógica constituye una práctica de atención de la salud. Evidencia de esto es que la mujer involucrada en esta situación, posteriormente a su parto, consulta con otras profesionales lo ocurrido y estas califican la situación como inhumana y terrible por constituir una situación negligente en donde se vulneraron los derechos del nacimiento. El relato continúa de esta forma:

Yo lo expliqué eso a la matrona de mi consultorio, en ese entonces, que me atendió todo el embarazo ella, yo le dije esto pasó, esto y esto y me quedó mirando así [pone cara de impresión] y me dijo "discúlpame ¿dónde tuviste a tu hija?", "en el San José", "ese hospital no te tocaba", pero estaba allá por un tema de que no te... sí estaba acá quién me, quién me podía brindar acá un poco de ayuda si estábamos, yo vivía en Padre Hurtado, lejísimo (...) Me dijo "mmm osea ese hospital está catalogado como el Barros Luco" y yo así "¿cómo?" "como matadero" y yo, así como ya, "si po", "pero yo tenía catalogado que ese hospital era bueno, que atendían bien", "no" dijo "todas

estas mamás que han ido a tener guaguas a ese hospital viven la misma situación" yo, así como que pucha. Me vio y gracias a dios estaba bien cocida, no me quedaban coágulos. Y yo le conté el tema de la presión que me hicieron y todo "eso es inhumano" me dijo "no pueden haberte hecho eso, imagínate que no te hubiesen sacado esos coágulos" y yo "¿qué me podrá haber pasado?", "te morí, te de una septicemia y te morí", me dijo esa cuestión, que me había dicho, que es como un veneno para el cuerpo mismo porque es como sangre que es descompuesta, que ya está contaminada y todo, obviamente el cuerpo lo iba a rechazar e iba a ser todo horrible y yo así como ok, horrible, horrible. Yo le contaba lo mismo a la matrona que me atendió en el embarazo "no te puedo creer" me dijo. Me dijo vulneraron tu derecho número 1 que era el tema de la anestesia "tú tienes derecho a la anestesia, y por mucho que tú tengas 8, 7 o la dilatación que tengai, estás en tu derecho de pedirla, y ellos te la negaron.

Ahora expondré una situación similar, en donde nuevamente el personal de salud, en este caso el médico, realiza una práctica innecesaria con el fin de extraer coágulos desde útero de la mujer entrevistada, provocándole mucho dolor. Esto le ocurrió a una mujer, a quien se realizaba un aborto terapéutico por causa de un embarazo ectópico, en la Clínica Las Lilas:

Fui al baño, boté así coágulos horribles, una cuestión espantosa. De ahí me puse en la camilla, el doctor me dijo "ya te voy a examinar... mira te quedan todavía algunos coágulos", me dijo "mira, te voy hacer un tacto" y yo decía para qué un tacto, si ya no hay güagüa, para qué (...) Me dijo que voy hacer un tacto, no sé para qué, y me dijo "te quedan coágulos", dije "ya, entonces eso significa que..." Eh... Nos preguntó "¿quieres ir a la operación, al legrado para sacar los restos o quieres botarlos sola? Eso implica más dolor", entonces yo le dije "no..." obvio que el legrado es mucho más peligroso, pero dije filo, prefiero el legrado porque ya he sufrido, llevo horas sufriendo, horas con dolor y nadie me ha pescado y lo he pasado mal, dije "quiero el legrado", me dijo "ya". Entonces me dijo "ya, te voy hacer el tacto", sacó la máquina y me hizo un tacto que te juro que la mano fue como... no sé qué quería, que me metió la

mano super profundo, me dijo "ah ya" y yo grité del dolor porque te juro que me aguanté mucho los dolores y fue así como que exclamé, le apreté la mano a mi pareja y exclamé. Y me dijo "ah... que te saqué un coágulo" y yo, así como para qué me sacai un coágulo si voy a ir a pabellón a que me hagan todo, me saquen lo que me queda, me hizo sufrir así como porque sí, y ahí ya me puse a llorar y estaba mal y ya (...) no le dije po, yo por dentro, yo por dentro me hice muchas preguntas, pero en el momento me dije para qué me hacen sufrir tanto, y de ahí fue como ya tiene que ir al baño. Yo fui al baño y me dolió tanto eso que en el baño como que me senté y me desplomé, me desplomé. Primero empecé con arcadas y yo me acuerdo que se me caían los mocos, así mal. Y ahí me fui y mi pareja me afirmó y le dijo "doctor venga a verla", y dijo "ah se desmayó, es una reacción vagal" que le llaman por el dolor.

Ambas experiencias dan cuenta de que este tipo de intervenciones innecesarias y brutales constituyen formas de sometimiento corporal en donde se produce maltrato físico. Estas se realizan provocando dolor y sufrimiento, sin tomar en cuenta las consecuencias psicológicas y corporales a las cuales se está exponiendo a las mujeres.

Otra experiencia de maltrato físico que resulta injustificada y que junto a las entrevistadas pudimos evidenciar durante el puerperio, ocurrió a mujeres que tuvieron problemas en la lactancia. La forma en que se las educó y enseñó a amamantar, en algunos casos constituiría una forma de maltrato físico. Una de las entrevistadas describe una situación en donde mientras se le enseñaba a dar leche su seno era pellizcado por la matrona a cargo: *había matronas super amorosas y otras super maltratadoras "ay que a usted no le sale leche" pellizcándome la pechuga.*

En relación a todo lo presentado anteriormente en que se evidencia que ciertas prácticas, como la episiotomía sistemática y sin anestesia, la sutura del periné sin anestesia, la extracción de coágulos del útero de forma manual y comportamientos como pellizcar los pezones de las mujeres constituyen formas de violencia física, cuya principal consecuencia es causar dolor, o bien, aumentar el dolor de forma innecesaria y sin justificación médica

ni fisiológica, en contextos de mucha vulnerabilidad, incertidumbre y miedo para mujeres gestantes, parturientas y púerperas.

I.II. Prácticas perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas según la Organización Mundial de la Salud

A continuación, se considerarán prácticas constituyentes de violencia directa aquellas intervenciones que la OMS²¹ (1996) rechaza por no existir evidencia científica que respalde que su uso beneficia o ayuda a las mujeres durante el parto.

I.II.I. Uso de enema y rasurado del vello púbico

El enema es una práctica que está contraindicada por la OMS (Chile Crece Contigo, s.f.) por considerarse una práctica cuya efectividad no es posible de sustentar con evidencia científica y como “una intervención agresiva e incómoda para las mujeres” (Organización Mundial de la Salud, 2015, pág. 3). Esta consiste en un lavado intestinal que se realiza a través del ano a las mujeres al comienzo del trabajo de parto.

Esta intervención obstétrica, que aún se sigue practicando, se justifica bajo dos razones principalmente: la primera es porque se cree que esta práctica estimula las contracciones y disminuye el tiempo de trabajo de parto, sin embargo, la evidencia dice que “no se ha demostrado que el uso de enemas en forma rutinaria reduzca la duración del trabajo de parto ni ofrezca algún otro beneficio clínico” (Ibid). En segundo lugar, se piensa que este tipo de limpieza intestinal reduce las posibilidades de contaminación e infección que pueda sufrir la mujer y el/la recién nacido/a. La OMS (1996) basándose en dos estudios (Romney y Gordon 1981, Drayton y Rees 1984) afirma al respecto que:

(...) usando enemas, la posibilidad de manchado con heces no se afecta durante la fase de dilatación, pero se ve reducida en la segunda fase del parto. Sin enema el manchado es escaso y más fácil de limpiar que inducido por el

²¹ Este año la OMS publica nuevas recomendaciones, sin embargo, no las integraré a este trabajo de análisis debido a que las experiencias de VO obstétrica ocurrieron antes de la masificación de este documento. De igual manera debo aclarar que las recomendaciones existentes no están obsoletas, pues la OMS las integra a su documento. El documento se puede descargar en el siguiente link: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

enema. No se detectaron efectos en la duración del parto, ni en el índice de infecciones neonatales del periné (pág. 14).

De acuerdo con la evidencia presentada, es que entonces, es posible afirmar que el uso de enema no es una práctica que beneficia a las mujeres durante el trabajo de parto y expulsivo y, por lo tanto, su uso no se justifica.

Respecto al rasurado del vello púbico también existe evidencia bajo la cual no se recomienda este tipo de práctica debido a que no facilita, como se piensa, la sutura del periné y tampoco es una medida higiénica que evite las infecciones. Al respecto la evidencia confirma que con esta práctica:

La mujer experimenta molestias cuando el vello vuelve a crecer y el riesgo de infección no se reduce. El uso rutinario podría incluso aumentar el riesgo de infección por el virus del sida y de la hepatitis, ya sea a la mujer o a la matrona (Ibid).

Según la evidencia presentada se puede afirmar que el uso de enema y el rasurado del vello púbico hoy día no tienen ninguna justificación, prácticas que también son rechazadas en Chile, puesto que el Ministerio de Salud tampoco justifica estas prácticas:

En las últimas décadas, una evaluación crítica del cuidado obstétrico habitual, tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo, revela que diversas prácticas pueden ser físicamente abusivas, una forma de violencia contra las mujeres: realización de procedimientos dolorosos como rasurado perineal y púbico de rutina, y enemas durante el trabajo de parto, cuya eficacia no ha sido respaldada científicamente.

Sin embargo, a pesar de ser intervenciones perjudiciales y abusivas para la mujer actualmente se siguen practicando, ejemplo de ello son estos relatos en donde se describen diferentes perspectivas sobre estas prácticas:

Y te pasan a una sala en donde te toman todos los signos y, además, te hacen rasurado vulvar y lavado intestinal, cosa que yo vengo a saber después que son absolutamente innecesarias y también bastante vejaminosas, por lo demás.

Yo ya había sido mamá, entonces dije "no, esto va a ser más fácil ya, no es tanto problema". Y las tipas me dicen "ya, la tenemos que rasurar" "¿se alcanzó a rasurar?". (...) una enfermera, una tens y yo, así como que "enserio me viste cara de que alcancé a hacerlo", estaba con contracciones, o sea, de adonde. Yo tampoco tenía pensado que se me iba a adelantar el parto, "ya ok", sacó la cuestión, pésimo.

Me pasaron primero a la pieza en donde yo iba a quedarme, me rasuraron, me hicieron un lavado de estómago, me sacaron mi ropa y me pusieron una batita. (...) como que me anunciaron "esto es lo que vamos a hacer", nunca fue como mira a lo mejor esto es bueno, nunca me dieron la alternativa de poder negarme.

En estas tres experiencias hay diferentes elementos que nos permiten entender la forma en que los equipos de salud llevan a cabo estas prácticas y cuáles son las ideas tienen las mujeres sobre estas. La primera mujer no sabía que estas intervenciones eran innecesarias, por lo tanto, se puede asumir que el equipo de salud no le informó nada al respecto, aun así, le resultaron vejaminosas, contrariamente a la experiencia de la segunda mujer quién tiene más naturalizada la práctica del rasurado del vello púbico debido a que ella pensaba depilarse sólo que no alcanzó, lo que no quiere decir que la forma es que se realizó esta práctica no le haya resultado incómoda. En la tercera experiencia se aprecia que la forma en que esta se llevan a cabo estas prácticas obstétricas es avasalladora, debido a que en ningún momento se le informa a la mujer sobre lo que le harán, ni menos se le otorga la opción de decidir.

Por lo tanto, si bien algunas mujeres normalizan que se deben depilar el vello púbico para el momento del parto y que les pondrán un enema, estas prácticas son percibidas como incómodas y en algunos casos vejaminosas. Además, es necesario destacar el hecho de que estas prácticas se siguen realizando a pesar de ser rechazadas internacionalmente y por el propio Ministerio de Salud. También cabe destacar que no existen estudios en Chile que den cuenta de las tasas de uso de estas prácticas. Además, se destaca que estas prácticas injustificadas son realizadas por el personal de salud en hospitales y clínicas sin consentimiento ni informando a las mujeres las razones de por qué se llevan a cabo.

I.II. II. Posición de cúbito supino durante la dilatación y posición dorsal de litotomía con o sin estribos durante el parto

La posición decúbito supino es cuando la mujer se encuentra acostada boca arriba, como se indica a continuación:



(Germanick, 2010, Ilustración)

Esta es una posición muy común para mantener a las mujeres inmóviles durante el trabajo parto, sin embargo, es muy perjudicial debido a que “diversos estudios han demostrado que, durante la fase de dilatación del parto, la posición supina afecta al flujo sanguíneo del útero. El peso del útero puede provocar la compresión aorto-cava y el reducido flujo sanguíneo pueden comprometer la condición del feto” (Organización Mundial de la Salud, 1996, pág. 37). Es por ello que no se recomienda que las mujeres adopten esta posición durante todo el periodo del trabajo de parto, es más, el Chile Crece Contigo (s.f.) que adscribe a las Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre el Parto Humanizado (1985) indica que “debe recomendarse caminar durante toda la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo” (pág. 3), incluso “permitir que las mujeres elijan posturas erguidas o que caminen durante el trabajo de parto ya que esta práctica parece acortar el período dilatante en las nulíparas y reducir la tasa global de cesáreas” (2015, pág. 3). Pero en Chile aún sigue ocurriendo que se mantiene a las mujeres, que están en trabajo de parto, con la indicación de que no se muevan de la camilla:

No, lo ideal es que estés en la cama nomas, pero yo me movía, de hecho, estaba chata ya. Como que ya, tenía que estar en la cama, comer en la cama y que todo te lo traigan a la cama y a mí me estresaba el tema de estar en la cama.

Según la OMS (1996) esta posición está condicionada por factores que limitan la opcionalidad de la camilla, como el diseño de la cama, la presencia de vías intravenosas o el equipo de monitorización. Sin embargo, de acuerdo con las entrevistas realizadas, según las experiencias de las mujeres, hay otro factor muy importante que condiciona la adopción de esta posición y es la vulneración del derecho a la alimentación que tiene cada parturienta en las instituciones de salud (Chile Crece Contigo, s.f.). La OMS al respecto señala:

No debe restringirse la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto. Permitir la ingesta durante el trabajo de parto significa respetar las elecciones y los deseos de la mujer. Además, la restricción de la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto no tiene efectos beneficiosos en los resultados clínicos, entre ellos el uso de la estimulación del trabajo de parto, la duración del trabajo de parto, la tasa (2015, pág. 3).

Al respecto, si a una mujer se le niega la alimentación durante el trabajo es muy probable que las consecuencias sean la disminución de su energía y, con ello, su fuerza, razón por la cual esta práctica también vendría a ser un factor condicionante de la indicación sobre permanecer en la camilla durante el trabajo de parto, como se expresa en el siguiente relato:

No de hecho no puedes comer... Sí, por el tema de que pujas tanto que puedes hacer fecas. Y por ejemplo, yo fui a consulta ese lunes a las tres de la tarde, llegué a mi casa a las 4:30, almorcé a esa hora y ahí no comí nada hasta el otro día a las 4 de la tarde, cuando nació Mateo. Entonces eran las 12 de la noche y yo tenía hambre, era el trabajo de parto y yo le decía Javier por favor tráeme comida “es que no te puedo dar nada” y acostada y acostada.

En esta experiencia nuevamente se evidencia que el razonamiento de que las fecas son un factor de contaminación durante el trabajo de parto y que, por lo tanto, comer

también es perjudicial porque puede estimular el deseo de defecar. Estas ideas sobre la higiene en el paradigma biomédico sólo contribuyen a la generación de experiencias de violencia física para las mujeres que están en trabajo de parto, puesto a que son vulneradas en sus necesidades fisiológicas de defecar, alimentarse y moverse. Además, como se mencionó anteriormente el hecho de estar acostada por horas es perjudicial para la mujer y su hijo/a. Además, de que esta posición no ayuda a la disminución o a sobrellevar de mejor forma los dolores de parto, como se señaló anteriormente.

Por otro lado, la posición dorsal de litotomía con o sin estribos es aquella que se adoptan las mujeres durante el momento del expulsivo, encontrándose boca arriba sobre la camilla obstétrica con las piernas levantadas ya sea sobre los estribos o no, como se señala en la siguiente imagen:



(Green, 2013, Ilustración)

Según las Recomendaciones sobre el Parto Humanizado de la OMS (Chile Crece Contigo, s.f.) cada mujer debe decidir cuál posición adoptar durante el expulsivo. Así mismo, desde el MINSAL (2008) se incita al equipo de salud a “evitar el uso de la posición supina para el parto, y particularmente la posición de litotomía (con las piernas levantadas), estimular a la mujer a que adopte posiciones más verticales, de acuerdo a su preferencia” (pág. 203). Contrariamente a estas recomendaciones, aún se sigue obligando a las mujeres a parir en posición dorsal de litotomía, como se refleja en el siguiente relato en donde la parturienta expresa la necesidad de cambiar de posición sin ser esto posible:

No, no me amarraron, pero si la posición tenía que ser única y exclusivamente con las piernas sobre los esquivos y tomada sobre estas manillas que le ponen, y yo les decía "pero..." "No" no, te podías acomodar, acomodar... Como te digo, para mí, los dolores eran salvajes, y yo sentía la necesidad de sentarme un poco y no.

La posición de litotomía es una realidad a la que la mayoría de las mujeres que van a parir a instituciones de salud está condicionada debido a que la mesa o silla ginecológica es un aparato presente en la mayor parte de las maternidades de Chile. Según un estudio realizado en Santiago a mujeres que parieron el año 2010 y 2011, se estimó que el 86,6% de ellas lo hizo en esta posición de litotomía (Binfa, Pantoja, Jovita , Gurovich, & Cavada, 2013). De acuerdo con esto, a pesar de que se promuevan diferentes usos para la silla obstétrica (Ministerio de Salud de Chile, 2008), la posición de litotomía es la forma en que generalmente se posiciona a las mujeres pues es la resulta más cómoda para la manipulación del cuerpo de la mujer:

Este objeto determina la posición que se espera que la mujer adopte durante el trabajo de parto; la litotomía o la supina -de espaldas y horizontal-. Consecuentemente, una vez que la mujer ingresa a un hospital con este tipo de equipamiento, prácticamente no habrá manera de conducir el parto en otra posición (...) Esta posición permite que la matrona u obstetra se siente entre las piernas de la mujer y pueda observar cómodamente el transcurso del parto (Sadler, 2004, pág. 137).

Sin embargo, esta posición en muchas ocasiones no resulta ser la más cómoda para la parturienta, como se refleja en el siguiente relato:

De verdad era como... estaba la matrona acá al lado, Carlos estaba al otro sujetándome la espalda, ni siquiera me sentaron, me pusieron en una camilla asquerosamente mala. (...) y las piernas arriba, entonces era como... o sea qué manera de pujar es esa, si lo ideal, si antiguamente lo hacían agachadas por algo es po.

Cuestionar la posición para parir tiene mucho más sentido si esta discusión, sobre la tecnología y su funcionalidad, se pone en la perspectiva de las consecuencias históricas en

las relaciones de poder que suscitó esta transformación, pues tradicionalmente la mujer escogía libremente la posición para parir, contrariamente a lo que sucede en las instituciones de salud, en donde, la infraestructura de las mismas condiciona a parir sobre una camilla y los equipos de salud no buscan alternativas, ya sea por interés o limitaciones.

Esta manera espacial de parir es representa una relación de subordinación directa de las mujeres hacia los equipos de salud, para quienes la reducción del cuerpo femenino a esta posición facilita su manipulación y control y, con ello, la comodidad para realización de las intervenciones obstétricas. De ahí que las parturientas en posición litotómica sientan la pérdida de la autonomía respecto a su propio cuerpo y a la capacidad de parir (en condiciones de salud adecuadas) debido a que:

Esta manera cómoda y lógica para el trabajo del médico, quien tiene el cometido de extraer al niño del cuerpo de la madre, anula en gran medida a participación de la mujer en su trabajo de parto, y suspende al mismo tiempo la fuerza de gravedad propia de la naturaleza (Fernández & Contreras, 2015, pág. 50).

Cabe mencionar además que en esta posición las mujeres quedan expuestas corporalmente, sobre todo cuando los equipos de salud no actúan con respeto ni protegen la intimidad de las usuarias, como se describe en el siguiente relato:

Y de ahí, después de eso, al rato, quise pujar y me acuerdo que me decían "ya puje no más, no se preocupe" y me pasaron a la sala de parto. Y ahí yo me acuerdo que había caleta de gente dando vuelta, yo figuraba en posición litotómica, con mis piernas abiertas y como apuntando hacia como una puerta batiente, como de la entrada.

De acuerdo con estos relatos es que entonces cabe analizar estas experiencias, de violencia directa, en función de las relaciones de sociales que emergen del uso de ciertos objetos durante el trabajo de parto y el parto. Es evidente en el último relato como esta posición corporal deja a las mujeres doblemente expuestas, en el sentido de que no pueden controlar las intervenciones que les realizaran en sus cuerpos y porque su intimidad queda expuesta ante personas desconocidas, generándose así un sistema de relaciones en donde la mujer sólo por el hecho de estar expuesta queda en una posición de asimetría respecto al equipo de salud que le brinda atención.

Es por ello que por medio de estas experiencias se logra dar cuenta de que la posición de cúbito supino y de litotomía dorsal es prácticas que aún se siguen aplicando, a pesar de que algunas mujeres hayan expresado necesitar moverse o adoptar una posición diferente al momento de parir. Además, estas son descritas como incómodas, dolorosas y propiciadoras para la exhibición de los genitales. Todos estos argumentos sostienen que estas posiciones condicionan las relaciones de subordinación en las instituciones de salud entre el personal de atención y las parturientas que se atienden en esos espacios.

II. Violencia Moral

En el siguiente apartado abordaré las diferentes formas de violencia moral que se explicitaron en los relatos de las mujeres que sufrieron violencia obstétrica. Como se mencionó en el marco teórico la violencia moral es un mecanismo de control social que ocurre cotidianamente en torno a las diferentes formas de coacción psicológica. De acuerdo con la autora Rita Segato (2003) es que entonces todo lo que constituye agresión emocional es considerado como violencia moral, aunque no sean comportamientos, acciones o actitudes que se realicen de forma deliberada o consciente.

II.1. Ridiculización

En las experiencias de violencia obstétrica ocurrieron situaciones de ridiculización las cuales se evidencian a través de las burlas, ironías y humillación que las mujeres expresaron. En el siguiente en el siguiente relato la ridiculización se describe como bullying:

Entonces era como mucha, mucha el bullying que te hacían, así como por cualquier cosa que tú decías o hablabas ellas encontraban o una forma de molestarte, de tirarte una taya o hacerse las simpáticas... O bien no te contestaban nada, dependía de la matrona que te tocara

Uno de los motivos que causa ridiculización es la apariencia física de las mujeres, siendo la gordura una de las cualidades principales que se destaca de forma negativa:

No, creo que a todas nos trataban igual, a todas nos decían gordas. Cuando iba el obstetra, que yo te digo, pucha ahí éramos las mamitas. Pero cuando no estaba él éramos las gordas, "la gorda de la cama tanto está gritando".

En el trabajo de parto, entre que comentaban "viste, si la que está allá tiene la media guata, no es el hijo, eso es gordura" oye, ¡qué sabes tú!

Esta forma de ridiculización también es una forma de humillación porque el personal de salud somete a la mujer gestante durante el trabajo de parto a una condición de gordura, a través de la ridiculización de su cuerpo bajo la noción del exceso de masa o peso. Además esta situación de ridiculización, constituye una forma de discriminación debido a que el trato que se le entrega a la mujer/usuario del sistema de salud es diferenciado, vulnerándose así uno de los Derechos y Deberes de los pacientes, específicamente el derecho a recibir un trato digno, es decir, a “velar porque se adopten actitudes que se ajusten a las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas, y porque las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre” (Ministerio de Salud, 2012).

Esto mismo ocurre en las situaciones en que se realizaban revisiones de las zonas íntimas en donde también la falta de privacidad, los comentarios y las burlas provocan discriminación y, con ello, se vulnera el derecho a la atención digna. Esto en algunas experiencias, además, genera sensaciones de vergüenza e incomodidad en los momentos en que el personal de salud realizaba las intervenciones obstétricas:

No...y parte eso es lo... no aparte de repente hacían comentarios medios desubicados, por lo menos a mí no me los hicieron, pero sí escuché a otras mamás. Que un día que nos tocó revisión, primero tenía que hacer una fila para ir entrando a la revisión y no faltaba la chica que estaba en práctica media desubicada que decía "uy la viste, estaba como muy ancha" o cosas así, cosas que a ti no te interesaban y aparte estabas hablando de una mujer embarazada, no te podí ir a fijar en cómo es su parte íntima o como no es. Osea eso tú lo guardas, es tú opinión, pero dentro tuyo no más po... No, nosotras con mayor razón, entrábamos con mucha más vergüenza, más costaba que nos examinaran, por lo tanto, más no retaban, que teníamos que estar tranquilas, cosas así. Pero tú no podías estar tranquila si ves que no están siendo profesionales en su trabajo, porque al final te están avergonzando.

Otra de las situaciones en que el personal ridiculiza a las parturientas, es cuando las tilda de locas por intentar ser ellas quienes tomen las decisiones sobre las intervenciones que desean evitar durante el trabajo de parto, como se evidencia en el siguiente relato:

Cuando yo le decía al doctor "yo quiero parto normal y no quiero anestesia" y el doctor decía "no sabí lo que es" y a mi familia le decía "déjela, déjela que no le pongan anestesia para que sepa lo que es" casi como una burla de lo que yo tenía estipulado ... Pero yo en el parto que tuve en la clínica finalmente hicieron lo que quisieron conmigo y se burlaban de mis peticiones de no oxitocina, de no episiotomía, de parto natural sin anestesia... se burlaban de eso, así como "hay es que tú no sabís lo que es", "ella, la que no quiere anestesia", "bueno no te vamos a poner oxitocina y no te vai a dilatar nunca", hacía una mofa de mis peticiones que son súper válidas, pero para ellos no po "estay loca por no querer todo esto", "te lo estamos haciendo fácil".

Uno de los aspectos significativos de este relato es que da cuenta que no sólo son personas del equipo de salud quienes ridiculizan a las parturientas, sino que también las y los acompañantes de esta. En este caso en particular se muestra que los familiares apoyan las burlas debido a que tampoco están de acuerdo con las decisiones que quiso tomar esta mujer. Destacar esto es importante porque muchas veces se mitifica que la violencia se ejerce entre los profesionales del área de la salud y las mujeres/usuarios y se naturalizan situaciones como esta, en donde se reproducen formas de violencia que tienen que ver con los comentarios o actitudes que tienen los/as acompañantes hacia la parturienta. En esta experiencia particular, se puede evidenciar que la ridiculización se produce porque principalmente en ambos roles – el del personal de salud y del acompañante- se naturaliza el modelo tecnocrático del nacimiento (Davis-Floyd, 2004) como la mejor manera de parir y nacer.

Otro de los aspectos importante de este relato es que se da cuenta de cómo la ridiculización se utiliza como un mecanismo para anular la autonomía y la capacidad de decisión de las mujeres que van a parir en instituciones de salud. Pues mediante actitudes y comentarios de burla es que se le impone a la parturienta que el control del proceso es competencia del personal de salud, lo cual, condiciona la sumisión a prácticas obstétricas

que no son consentidas. Respecto a esto, en uno de los relatos se expresa que la ridiculización se expresó en la reducción de las peticiones de la mujer a la condición de delirios, tonteras y a la calificación de *pobrecita*, Además en el siguiente relato se alude a que la ridiculización, para esta mujer, tuvo como función la patologización del parto. Mecanismo que también tiene como objetivo asegurar el control de la mujer y de sus procesos sexuales:

No tuvieron la decencia de explicarme nada, ni de entender nada de lo que yo estaba sintiendo, yo les decía esto y lo otro y como que nada "ah está delirando" "ah está diciendo tonteras" "ah pobrecita", pero nunca como que, siento como que de parte de ellos no entendieron lo que yo si entendía, que el parto es un proceso bonito y no una enfermedad. Como que ellos me hacían sentir enferma y en realidad no estaba enferma, es un proceso que todas las mujeres han pasado alguna que han tenido hijos. Mi abuela los tuvo en la casa, no se murió, y tuvo 5 hijos entonces... Yo siento que el sustento de esa idea era que yo me entregara totalmente a las manos de ellos, y que ellos hicieran su pega sin que yo reclamara

La infantilización también es otra forma de ridiculización que funciona como mecanismo para desacreditar las decisiones de la mujer poniéndola en una situación de subordinación por medio de comentarios irónicos:

Si po y me trataron como una niñita chica todo el rato, me hicieron ver como que no correspondía que yo estuviera ahí... También me decían "gordita" "mamita" "mijita" "niñita" o sea super infantilizada. Y también porque no me hacían participar en las decisiones, en el fondo era tan cabra chica que era interdicto más o menos y tenía que bancarme lo que ellos decidieran por mí.

Este tipo de tratos, en donde a las mujeres no se las llama por su nombre, constituye además una forma de vulneración de los Derechos de los Pacientes (2012), puesto que lo que corresponde es recibir ser llamadas por el nombre y ser atendida con amabilidad.

En general, de acuerdo con todos estos relatos, la ridiculización constituye un menoscabo de la mujer en su rol protagónico y autonomía durante el trabajo de parto y

parto, debido que a través de insultos, humillaciones y discriminación se la sitúa en una condición de menosprecio. En cuanto al conocimiento entregado por las mujeres, en los relatos de sus experiencias de violencia, se puede resumir que los motivos que constituyen las situaciones de ridiculización son burlas y humillaciones por ser gordas, la forma de sus genitales y por rechazar intervenciones obstétricas como inducciones y el uso de la anestesia. En este sentido, según lo expresado anteriormente, la ridiculización cumple función como un mecanismo de infantilización hacia las mujeres y como una forma de patologización de sus procesos sexuales, en este caso el parto, pero además del funcionamiento de sus cuerpos. Además, se debe tener en cuenta que las ridiculizaciones, si bien, todas fueron realizadas por el personal de salud, también hubo situaciones en que éstas también surgieron de los acompañantes de las parturientas.

II.II. Intimidación

Las situaciones de intimidación surgen cuando el personal de salud causa o infunde miedo a las mujeres gestantes, parturientas o púerperas a través de actitudes, conductas o comentarios. Dentro de los relatos, se pudo comprobar que una de las formas más comunes de intimidación ocurre a través de retos. Muchas veces estos ocurren al inicio del trabajo de parto, condicionando así entonces todo el proceso en pos de las decisiones del personal:

Transcurrió un montón de rato entre que yo caché que tenía que irme al hospital y llegué. Debo haber llegado como a eso de las 7 de la tarde, yo no tenía contracciones, no tenía nada, estaba todo muy normal, yo juraba que me iban de hecho a mandar de vuelta. Y nada po, llego y el doctor me retó al toque, como que me miró y me dijo "usted ¿hace cuánto rato que está perdiendo líquido?" le dije, en realidad doc. no cacho, como que, le conté lo mismo que te conté a ti, y me dijo "pero cómo usted puede estar tantas horas con la bolsa rota, que no le dijeron que tenía que venirse inmediatamente si empezaba a perder..." ya, me mandó de entrada un penquiada, así buena. Y de ahí seguimos a, nos fuimos, me dijo "no, tu güagüa va a nacer hoy día". Me tactó y me dijo "no, tu güagüa va a nacer hoy".

Sin embargo, los retos no sólo son formas de intimidación que facilitan las intervenciones obstétricas -como se evidencia en la experiencia anterior en donde el médico decide sobre el nacimiento, sin informar antes a la mujer las razones o justificaciones médicas- sino que también, se deben entender como experiencias por medio de las cuales las mujeres configuran una percepción de sus partos y de ellas mismas.

De acuerdo con lo anterior, en el primer relato que expongo a continuación la mujer implicada describe cómo durante el trabajo de parto se le retó por gritar, sintiéndose como un animal, en el sentido de que fue manipulada por el personal de salud, sin ella poder tomar ninguna decisión sobre lo que se le estaba realizando. En este sentido, como se mencionó al principio, la intimidación ocasionada por los retos facilitó la manipulación de su cuerpo para el personal de salud. Y en el segundo relato, la mujer en su descripción da cuenta del modo en que los retos la hacían sentir expuesta y vulnerable, asociando los retos a conductas inherentes al trabajo de parto, pues compara su situación con conductas de niños o bebés:

Entonces me tenían ahí, yo gritaba, no sabía qué hacer y pujaba y me decían “no hagas ruido, no hagas esto”. Y yo decía, así como “ya Simón sale por la cresta” y me decían "no hagas ruido porque evitas que el niño salga". Y como que por todos lados me sentí maltratada, como que yo sentía que era tal cual, voy a decirlo con el dolor de mi alma por los animales, como si hubiese estado una vaquita pariendo, así como tirémosla para allá, tirémosla para acá, amarrémosla, hagamos esto y hagámoslo ya. Terminemos con el trámite rápido.

Igual que cuando llegaban las tens y me decían "ya córtala", "estay puro tonteando", yo sentía que era violencia. Era como yo no sé porque me estás tratando, es como que esté gritoneándole y pegándole a un niño que no sabe que lo que está haciendo está mal o peor aún, que no sabe nada de la vida, es como gritarle a una güagüa porque está llorando. Yo me sentía como súper, como super... por eso me gustaba que estuviera mi mamá o mi ex el mayor tiempo posible porque me sentía protegida en cierto modo para que no me pasaran a llevar.

Del relato anterior, cabe destacar la necesidad de estar acompañada que expresó la parturienta, para así sentirse segura en las situaciones de intimidación. Esta parturienta le adjudica al acompañante un rol vinculado principalmente a la protección y al cuidado, rol que incluso promueve la OMS: “para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido por su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal” (Chile Crece Contigo, s.f.), siendo incluso un derecho el estar acompañada en todo momento (Ministerio de Salud, 2012). A raíz de esto, se evidencia que además para que el parto ocurra de manera respetada se requiere confianza en las personas que están acompañando, ya sean familiares, amigos o las personas que integran el equipo de salud. Por lo mismo, las inseguridades y miedos infundidos por los retos son conductas que intervienen en que el proceso para que este se desarrolle de forma respetada. De ahí que rol del acompañante, hoy en día, también sea buscar la protección de la parturienta resguardando su integridad física y psicológica, tal como se expresa en la siguiente reflexión:

Entonces ahí también hay un tema fuerte, "que entre de ratitos y salga", entonces te quitan el control un poco, el control de tener alguien que está ahí, que te toma la mano... qué se yo. Porque, por último, si tu estas ahí para la escoba, sin poder gritar, sin poder hacer nada, y ellos que están al lado tuyo pueden decirle "oye para" pero ellos también te quitan esa posibilidad” [refiriéndose al acompañante].

Otro de los motivos que gatillan situaciones de intimidación es el tipo de alimentación o dieta que llevan las mujeres que van a parir. En el siguiente relato se comparte una experiencia en donde una mujer sufre intimidación por ser vegana, debido a que el equipo de salud y su acompañante lo consideraron como una mala conducta:

De hecho, yo soy vegana y me hicieron comer carne, me metieron el pollo y la carne por todos lados y esas son cosas que yo no sabía, que uno podía pedir menú vegetariano y nunca me tuvieron. Y me acuerdo que mi mamá llamó a la tens y a la nutricionista y a la matrona y se pararon al frente mío a decirme que yo era una porquería de madre porque no quería comer carne.

En esta experiencia además de haber intimidación, se registra la vulneración a la recomendación de la OMS para el parto y nacimiento, a las cuales adscribe el programa de

gobierno Chile Crece Contigo (Ibid), de conservar el derecho de la mujer sobre la decisión de su alimentación y otras prácticas culturalmente importantes para ella (Ministerio de Salud, 2012).

Continuando con los motivos que suscitaron intimidación en experiencias de VO, nuevamente se registraron relatos en que a las mujeres durante el expulsivo se les llamó la atención por conductas normales de ese proceso, como es gritar o bien tener ganas de vomitar:

Y como te digo, ellos constantemente disminuyéndote en tu capacidad de... de pujar, y, y alterándote y diciendo "¡no grites!" Osea, chuta... si no podí ni siquiera gritar cuando te duele ¿qué podí hacer? quedarte ahí calla... eso, eso...

... Y esa matrona que me retó me acuerdo, nunca olvidé a esa vieja... "Oiga" me dijo "puje ahora, no es importante que vomite"

Este tipo de retos, en que se le llama la atención a las mujeres por malestares o síntomas que son propios del trabajo de parto o del parto -dado en el contexto de violencia en el cual se desarrollan estos procesos- en ocasiones se llevan a cabo de manera agresiva por el personal de salud, generando miedo en las mujeres al punto en que prefieran callarse y no recurrir al personal de atención para expresarle lo que están sintiendo, tal como se refleja a continuación:

Em... no, tratar de pedirle ayuda a la chica que estaba acostada al lado mío. Por ejemplo, sentía que me iba a caer de la cama o cosas así y le decía que si acaso me podía ayudar a acomodarme para poder sentarme. Nos retaban a las 2 a las finales porque como ella se paraba, tenía puesto el sistema para sentir los latidos del bebé y, bueno, se enojaban mucho po, le decían que no, que ella no se tenía que parar, que las enfermeras tenían que ir. Pero era el miedo a que si tú les decías me siento mal te fueran a gritonear de que era algo normal, porque al principio eso me decían ellas. Era algo normal lo que yo estaba sintiendo y cuando ya me vieron a que ya estaba a 5 cm de carne al suelo, porque ya me estaba desmayando entendieron que sí me sentía mal de verdad porque estaba con la presión demasiado alta. Según lo que yo entendí, y escuchaba lo que

ellas hablaban, yo estaba en el límite de lo más alto de lo que puedes tener la presión y así y todo no podían sacar a mi hijo.

Además, otra de las causas por las cuales las mujeres se exponen a situaciones de retos por parte del personal de salud, sucede cuando estas piden ayuda o realizan consultas:

Yo tengo un hermano chico, entonces yo mudaba a mi hermano, mi hermano tenía 10 cuando nació mi hijo. Entonces yo mudé a mi hermano un montón de veces, pero ya después de 10 años como que se me había olvidado un poco mudar, entonces la primera vez que lo mudé me retaron porque yo pedí que me ayudaran a mudarlo y dije "ya ok filo, me retaron, será". Después me acuerdo que yo a cada rato tocaba el timbre por si lloraba porque no entendía, me retaban, me decían "ya córtala, deja de llamar" hasta cuando un día le dije "oye yo te estoy pagando el sueldo aquí esta cuestión, yo la pagué, no seai ordinaria, ven a ayudarme si esta es tu pega, si no te gusta entonces ándate para otro lado porque estoy siendo super amable y no me ayudai en nada".

En este caso la situación de intimidación desemboca en una confrontación debido a que esta mujer púérpera enfrenta al personal de salud, encarando su mal actuar. Llama la atención esto, pues es contrario a todas las anteriores actitudes que asumieron las mujeres frente a las situaciones de reto, en donde se registró vulnerabilidad y miedo.

Los insultos constituyen otra de las formas de intimidación a las mujeres que van a parir a establecimientos de salud. Es relevante dar cuenta de que hoy en día, en las maternidades, se sigue maltratando a las mujeres con insultos y gritos. En la siguiente experiencia se relata una situación en donde se insulta a una parturienta, tratándola de tonta, durante el expulsivo mientras se le practica la Maniobra de Kristeller, práctica proscrita por el Ministerio de Salud en partos normales (Ministerio de Salud de Chile, 2008):

De hecho, mi hijo estaba volteado y le tuvieron que acomodar la cabeza para que el saliera de la posición que tenía que salir porque el médico le decía "es que"... La misma matrona que te estoy diciendo que era como su segundo parto, le decía "no lo saques así porque corres el riesgo del que el bebé no

pueda salir rápido y se va ahogar en el cuello uterino" y ella no, que no, que así está bien. Entonces al final otra mujer que estaba encima de mí enterrándome el codo en la guatita, no me dejaba respirar. Entonces fue como muy mala la experiencia. (...) Lo único que me hicieron fue que esta misma mujer que se subió arriba a enterrarme el codo, le dije "si usted me entierra el codo yo no puedo respirar y no puedo pujar"., y me dijo "esto es para ayudar a tu hijo, como erí tan tonta si nosotros estamos tratando de que el bebé salga" y mi pololo le dijo "la idea es que ella esté tranquila" fue como todo lo que le dijimos. Después yo no volví a ver a esa mujer.

Por otro lado, la intimidación a través de comentarios que provocan miedo también es otro de los mecanismos a través de los cuales los equipos de salud violentan a las mujeres. De esta manera, por medio de comentarios innecesarios se genera incertidumbre y temor hacia procedimientos e intervenciones obstétricas que resultan, en general, desconocidas para las mujeres. El siguiente relato es de una mujer que se atendió en la Clínica Las Lilas, a quien se le realizó un legrado por tener una pérdida:

Llegué a las dos de la mañana a la clínica, yo supuestamente pensé que me estaban esperando, llegué y "ya y usted por qué está acá", dije porque el doctor me dijo, "deme la orden" encontraron todos raro que me fuera a internar a esa hora, un poco parecía como casi que yo había abortado con gusto. Me llevaron a la pieza, un enfermero, y me dejaron con una técnico en enfermería. Eh... Esta señora me dice "¿tú sabes lo que te van a hacer?", y yo, así como en estado de.... ya había hecho todo un tratamiento para la despedida y todo, y yo le digo "sí, o sea yo leí el procedimiento" y me dijo "si te van a meter unas cucharas y te van sacar todo" y yo, así como en shock po, no alcancé a reaccionar ni nada.

En este caso la intimidación verbal que recibe la mujer también se da en un contexto de sospecha, pues por la hora en que fue citada para el procedimiento, el personal de salud que la recibió pensó que se trataba de un aborto. De igual manera esta no es justificación

para infundir miedo a una mujer que atravesará por una situación dolorosa física y emocionalmente.²²

Otra de las situaciones en las cual se relata haber experimentado esta forma de maltrato -intimidación verbal- sucedió en un control de gestación que tuvo una mujer en donde su matrona la intimida con el propósito de que se comporte de forma “correcta” en el parto:

De hecho, cuando yo fui a hacer el reconocimiento del procedimiento, fui un par semanas antes, la matrona que me mandó a la casa, la que se supone que era mi matrona oficial me trató pésimo. Era muy arisca, muy pesada y era como me decía "¿comiste algo?" "sí, me comí un helado recién" "ah ya, siéntate" "ya mira esto es..." "mira se escucha bien" "esta cuestión va a funcionar así, así y así" "si tú te portai mal vamos a tener un parto difícil y la idea es que hagamos esta cuestión bien fácil, porque traer una güagüa al mundo no es tan difícil, es una cuestión rápida así que no te preocupí" y decía así como puta tan simplificado que ven un proceso tan bonito.

La intimidación también se evidencia cuando a las mujeres se les realizan prácticas e intervenciones obstétricas sin informarles antes sobre ello -de qué se trata y por qué se hace- y cuando estas se llevan a cabo sin consentimiento como se refleja en los siguientes relatos:

No, no se pregunta nada. Lo único que me hicieron firmar después fue el consentimiento de la anestesia, pero cuando ya la tenía puesta. entonces ya era, no te muestran nada, no se firma nada.

Es que eso es lo peor de todo, son procesos que están tan normalizados que ni siquiera te lo preguntan, yo llegué estipulando cuando me pongan suero no quiero oxitocina, y tuve que pedirlo explícitamente porque si no te la ponen no más, y no están ni ahí.

²²Esta experiencia permite abrir interrogantes acerca de la ley de aborto 3 causales con relación al trato que recibirán las mujeres que se realicen abortos en Chile: ¿cuáles serán los protocolos para esta práctica? ¿De qué manera se evitará el maltrato psicológico? o bien ¿Cómo se promoverá el respeto y cuidado de la salud de la mujer y sus derechos?

Cabe mencionar entonces que por medio de estas prácticas se vulnera la capacidad de decisión de las mujeres y, así, dos de los derechos del paciente: tener información oportuna y comprensible del estado de salud y a aceptar o rechazar cualquier tratamiento (Ministerio de Salud, 2012). Todo esto genera mucha incertidumbre para las mujeres debido a que no sabes qué está pasando y no pueden controlar o evitar las intervenciones que se les están llevando a cabo en su cuerpo, como se ejemplifica en los siguientes relatos:

Al final lo tuve por parto natural. Y me acuerdo que me puse a gritar, pero yo gritaba de susto, no de dolor, y me seguirán metiendo más porquerías para adentro y me seguían inyectando, me seguían inyectando oxitocina, me seguirán inyectando epidural pero, osea no era epidural, era otra anestesia pero era a la vena y yo les decía "deja de meterme cosas si yo no tengo dolor, tengo susto", y yo gritaba de susto porque estaba... no sabía que mierda iba a pasar de ahí en adelante si era primera vez que tenía güagüa.

Y me trataron pésimo, pero pésimo. Me rompieron la fuente, me metieron medicamentos que yo no pedí y más encima la epidural, que es un detalle bastante importante, no me tomó el canal de parto. Cuando yo tuve a Simón fue parto natural, yo sentí todo. Yo lo único que no sentí fueron las contracciones, la musculatura, pero el canal de parto yo sentí todo, cuando el niño bajo, cuando sacaron los hombros y todo lo demás.

A mí nunca me preguntaron, que yo ahora lo conozco, que con bono PAD o no en un hospital público o clínica a mí me tienen que preguntar una especie de programa de parto, qué es lo que yo quiero y a mí nadie me preguntó. Eso nunca, nunca porque yo me acuerdo que hasta el último yo dije no quiero epidural, yo quiero tenerlo así no más, pero me lo metieron hasta por las orejas que me pusiera epidural, que me pusiera epidural, y como yo estaba de verdad, que tenía tanto dolor que llegaba a alucinar, estaba como ya media dormida, como que me desmayaba, cómo que me dijeron firma y yo como que firmé

También en estas tres experiencias se refleja que el uso de oxitocina y anestesia epidural son prácticas que el personal de salud lleva a cabo sin consentimiento previo de la mujer y sin explicación sobre los beneficios o peligros que componen estas intervenciones para el trabajo de parto. De acuerdo a las investigaciones que se han realizado al respecto el estudio antes nombrado, realizado en Santiago durante el año 2010 y 2011, indica que un total de 92% de las mujeres tuvieron trabajos de parto inducidos, esto quiere decir, ruptura artificial de membranas, uso de oxitocina y anestesia epidural (Binfra, Pantoja, Jovita , Gurovich, & Cavada, 2013). A raíz de esto, cabe reflexionar entonces en la importancia del uso correcto del consentimiento y la entrega de información por parte del personal de salud, para así procurar el bienestar de las mujeres y de sus experiencias de parto.

Por otra parte, hay formas de intimidación que no son tan evidentes debido a que no se materializan en insultos o gritos, sino que, más bien, se trata de gestos o actitudes que tiene el personal de salud, siendo la presencia de estos el mecanismo que desencadena intimidación en las mujeres, como se expresa en las siguientes experiencias:

Y eso es lo otro, ellos no tienen ni un filtro. La matrona que estaba en el primer turno, los de la tarde, eran un poco más "simpáticos" ellos decían "si viste hoy día tuvimos la de 14, el otro día tuvimos una de 12, imagínate" y tu decí por qué me tienen que contar eso (...) Pero por qué tienen que hablar de otra paciente que ya estuvo, qué van a decir de mi cuando yo me vaya. Entonces todo eso tú te lo empezai a cuestionar. Todo eso no te deja enfocarte en tener a tu güagüa en paz, tranquila, es un todo, es desde el ambiente que pasa la tens con el teléfono escuchando reggaetón hasta la matrona que te habla leseras. Yo encuentro que todo, cada uno de esos puntos te vulnera el momento de tu parto po, yo creo que debería ser un momento de paz y de tranquilidad si estas trayendo una vida al mundo, no te están sacando una muela.

Em... el tema de que, como que, mira, metieron a un grupo de chicos que estaban recién en la carrera a ver cómo era mi parto. Los pusieron en un rincón. Y el asunto es que ellos me miraban, así como "no vayas a decir nada

que no corresponde". O lo mismo cuando la persona estaba arriba mío mirándome el codo como que me miró con cara de que ellos están acá atrás. Y no sé, me sentía como incómoda en mi momento especial, no sé, fue incómodo.

Pero no te hacen firmar ningún consentimiento, de hecho, en el parto también estuvieron las técnicas en práctica, estuvo la alumna en práctica, la matrona y más encima la enfermera de verdad, osea, todas esas personas mirándote. Entonces era como ¡de verdad, quiero estar tranquila!

De acuerdo a esta experiencia, cabe complejizar la mirada respecto a presencia de los practicantes porque si bien ellos están con fines pedagógicos en las salas de parto, muchas veces la forma en que se lleva a cabo la instrucción de estos provoca incomodidad e intimidación de la mujer que está en trabajo de parto. Entendiendo que el parto es una experiencia sexual, la presencia de personas externas que sólo se dedican a observar puede ser un factor que obstaculice el buen desarrollo del parto, pues para un parto se necesita procurar respetar y resguardar las mismas condiciones de privacidad e intimidad de una relación sexual (Rodríguez, 2009).

Siguiendo con los análisis, se pudo conocer que otra de las maneras en que las mujeres reconocieron haberse sentido intimidadas por el personal de salud, fue a través de tratos bruscos, en el sentido de la actitud con que los profesionales realizaron las prácticas obstétricas. La siguiente experiencia es relata por una mujer que va a parir al Hospital san José:

Como te decía el término fue horrible, llegué al hospital tipin 7 de la mañana, hora de taco, día de semana. Llegué, horrible el taco, no te miento, yo me demoré 15 minutos en llegar al hospital, no fue mucho el trayecto, yo sentía que horas y horas y pasan así, horrible. Llegué "adentro" así como un perro, pa' dentro... Claro, me vieron que yo venía con trabajo de parto inmediatamente para adentro, al tiro para que me viera un obstetra y todo... Tenía 38 semanas, estaba de hecho en término, pero yo quería llegar a las 40, iba todo bien hasta ese... he... me vio el obstetra y así como super violento,

para mí, fue, bueno, o yo me sentí violentada "bájese los calzones" y pum altiro como que... super... Y yo, lloraba de puro dolor... Me ve cuanto tengo, y me dice "por donde tú vives originalmente, tú no deberías estar en este hospital, deberías estar en el Félix Bulnes" Yo dije pucha en llegar acá y no al Félix Bulnes, yo iba tener la güagüa en el camino.

Antes de finalizar, es importante dar cuenta de cómo estas formas de intimidación, posteriormente se vuelven un conflicto para las mujeres, debido a que en algunas situaciones por miedo no reaccionan, como se explicita a continuación: *...porque también hay mujeres que por miedo no preguntan, por miedo no gritan, entonces si ellas no están pendientes, esa güagüa se muere o a esa mujer le dé una septicemia por miedo, porque no quiso que la trataran mal y no preguntó.*

En los siguientes relatos se refleja la manera en que el miedo genera sumisión de las mujeres al personal de salud:

Eh... sigo teniendo como te digo esa rabia. Tengo como esa espinita de haberme dicho a mí misma por qué no reaccionaste, un poco desilusionada quizás, de mí misma en ese momento, pero como te digo, fue producto de eso, del miedo, del miedo de lo que te pudo haber pasado, peor aún de lo que ya fue.

No se po, si yo tengo un problema en la calle o con alguien, no se po, el otro día me pasó que empujaron a mi hijo, osea yo soy... yo me trasformo, entonces hasta el día de hoy digo, por qué, por qué no lo hice en ese momento, y la única respuesta que encuentro es que te da miedo po, te da miedo que duela más, que no te hubiesen puesto otra dosis de epidural, te da miedo que a tu güagüa o la hubieran tratado bien. Entonces finalmente te dejan con la sensación que ellos siempre tuvieron el control sobre ti. Y tú quedai como eternamente disminuida en ese día de tu vida.

A modo de resumen, gracias a las experiencias antes relatadas se puede evidenciar que existen diferentes mecanismos de intimidación, por una parte, están los más evidentes: retos, insultos e intimidación verbal. Por otra parte, también se pudo demostrar que existen

formas de intimidación que resultan menos evidentes, por no tratarse de conductas directas, como realizar prácticas sin consentimiento ni información de la misma, por la presencia impositiva de practicantes y por actitudes de trato brusco hacia las mujeres. Encima, se logra dar cuenta que cada una de estas formas de intimidación genera miedo, inseguridad e incomodidad a las mujeres, afectando también el buen desarrollo del parto, sobre todo en su ámbito sexual. Esto porque la búsqueda de control por parte del personal médico refleja la visión androcéntrica del parto, en donde importa más que la mujer se subordine al modelo tecnocrático del nacimiento en vez de promover su autonomía y el respeto hacia este proceso.

II.III. Amenazas

Otra de las formas de provocar violencia moral es mediante amenazas hacia las mujeres. La diferencia con la categoría anterior es que cuando se amenaza se infunde miedo anunciando explícitamente hacer daño a la persona que se busca intimidar, en este caso mujeres gestantes, parturientas o puérperas.

Junto a las entrevistadas, evidenciamos que hay formas de amenaza por parte del personal de salud, que son más sutiles en el sentido de que no se amedrenta con la realización de algún tipo de maltrato físico, sino que con no brindar asistencia de salud a las mujeres que se encuentran en trabajo de parto:

Yo creo que claro, lo que me dijo la tipa esta, la matrona "más gritas, menos te van a pescar" o sea te dejaban super en claro que tú tenías que estar callada como momia porque para que alguien se acercara a ti a decir ¿cómo estay?, yo lo sentí así como una amenaza, me callo para que me pesquen o grito. Pero en ese momento que me iba a quedar callada si con los dolores, difícil.

Yo creo que me sentí súper pasada a llevar, pese a que podía haber tenido 6, 7 hijos, pero eso no son los tratos que te tienen que dar po, me entendí. Y después yo veo, estoy hablando 15 minutos antes de que me llevaran a parto, veo a todas las matronas "jajaja" en el mesón en pleno parto y yo, así como "hey" "hey" y gritaba te lo juro, gritaba, lloraba para que me pescaran, pero todas dicen "más gritai menos te pescan".

Además de que una amenaza sea un mecanismo para provocar miedo también conduce a que la mujer afectada inhiba conductas o bien se subordine a las personas que la están amenazando, que en todas las experiencias registradas corresponde a personal de salud.

Otra de las formas de amenaza registrada, tiene que ver la advertencia que realiza el personal de salud respecto a la realización de procedimientos que las mujeres no desean, como una cesárea, bajo el argumento que a las/os hijas/os les podría pasar algo malo:

Después de monitorear nuestra güagüa, empezaron a pasar las horas, yo como primeriza estaba asustada, me empezaron a decir "no, es que no estás dilatando", y yo "pero denme tiempo", y así, pasaron 5, 6 horas, yo debo haber llegado al medio día a la clínica y eran las 5 de la tarde ponte tú y ya había roto bolsa, había botado tapón mucoso y ya estaba con contracciones fuertes, pero no pasaba de la tercera dilatación. Entonces siguieron haciéndome tacto, siguieron haciéndome cosas, y "no, no, parece que te vas a tener que ir a cesárea", fue lo primero que surgió. Y yo así llorando ehh... era lo último que yo quería y empezaron "no, no, tu güagüa es muy grande" "no te dilatai, vai a tener que tener cesárea" ehh... yo seguí insistiendo por todo lo que yo quería, que yo no quería cesárea, que yo no quería oxitocina "pero es que entonces no te vas a dilatar" me decían... Bueno seguí caminando, seguí haciendo todo ehh... hasta que ya eran las 8 de la noche y por un tema de que bajo mi punto de vista ellos ya no querían esperarme más... eh... me empezaron a hacer tacto, a revisar de nuevo y me dicen "no... a tu güagüa se le va a empezar a hacer un chicón ahí adentro, así que te vamos a tener a que abrir". Y yo como mamá primeriza sin saber nada, lo único que hace eso es asustarte y uno en ese momento está tan vulnerable que yo llorando dije "ya", lo que menos quería era sufrimiento para mi hijo, y eso fue con lo primero que me asustaron.

Cabe destacar, que las amenazas realizadass a esta mujer se vuelven más significativas para ella en la medida en que se reconoce como mamá primeriza, es decir, en una posición inferior respecto al conocimiento obstétrico que tiene el personal de salud. En vinculación con el relato anterior, en la experiencia que se expondrá a continuación a una

mujer se la amenaza con la posible muerte de su bebé si no sigue las instrucciones sobre la forma de pujar. Además, a la mujer se la amenaza con la posibilidad de realizarle una episiotomía dependiendo de su comportamiento durante el expulsivo:

Entonces yo le decía ya... le dije "me van a hacer episiotomía" y me dijo "no vamos a ver cómo te comportas" y yo ya en ese momento me empecé a aterrar porque mi marido no lo dejaban entrar, yo lo veía que estaba así como ponte tú como afuera, había una ventanita como no se... de 20 cm y no lo dejaban entrar... y yo le digo "ya, pero si me tiene que cortar me va poner lidocaína, me va poner algo..." y me decía "no así no más", yo en ese momento empecé a entrar en pánico... y me dijo "no si esto no lo va a sentir". Ya ahí en ese momento no se si fueron los nervios o qué pero a mí me dolía todo, yo sentía que me iba a morir en ese momento de dolor, te juro, y me decía "puja", y yo le decía "pero es que no puedo" , "puja", "pero es que no puedo", "puja o tu güagüa se muere, se va ahogar", y yo le decía "pero ayúdeme por favor si de verdad no soporto los dolores, me duele mucho" y en eso había otra matrona que se supone que era la que se llevaba al bebé a la neonatología y mi marido a todo esto todavía no entraba... le dice "no, córtala" y tomaron una tijera y yo le dije "¡una tijera!" y me cortaron así a sangre. En ese momento horroroso yo todavía me acuerdo como sonó el corte... y ... y bueno en ese momento le dice "ya, ya deja que entre el marido a ver ahora despierta esta mujer" y en eso entra mi marido y ... y por ahí, por acá, me hicieron la maniobra de Kristeller, ¿creo que se llama? para que saliera la güagüa, y.... y todo el rato "puja que sino tu güagüa se muere" eh... "ay si es una güagüa tan chica, esta güagüa no alcanza a pesar dos kilos, como no la vai a poder sacar" y todo el rato, así constantemente, que mi güagüa se iba ahogar, que mi güagüa se iba a morir, y tú lo que esperas en ese momento es que te digan ya... "eh una vez más" o que sean un poco más suaves contigo, no que te digan que tu güagüa se te muere, por eso es que salió mi güagüa y me la pusieron acá para contarle el cordón y se la llevaron, a las 12:32 nació la Beatriz, yo nunca la vi... o sea le vi como su partecita de atrás de su cabecita.

En este relato se muestra claramente como este tipo de prácticas gatilla terror en las mujeres generando que éstas no sean capaces de llevar a cabo su trabajo de parto y, por lo mismo, provocando una ola de intervenciones que para el equipo de salud son razonables pero innecesarias al mismo tiempo, porque si esta mujer hubiera recibido un trato respetuoso el parto podría haberse desencadenado de otra manera, es decir, priorizando los tiempos y necesidades fisiológicas de la mujer y su hija/o. Los siguientes relatos son más ejemplos de amenaza en donde se amedrenta a las mujeres con la vida de sus hija/os:

Ese día me dijeron te tenemos que hacer un cultivo para ver si tienes infección urinaria, pero yo les decía, ¿es necesario? “Sí, sí porque si no tu güagüa se muere” así...

Porque si yo iba a tener a mi güagüa me gritaban, me decían “cállate que tu güagüa se va a morir” ¡tú guagua se va a morir! Ni si quiera, así como, no sé em... no grites tanto... No, "tu güagüa se te muere, cállate tú güagüa se va a morir”

Pero como te digo, de hecho, con eso... me amenazaron también, ahora que lo mencionas, "bueno, sino pujas te voy a tener que abrir y te voy a poner fórceps, y yo la saco, porque si no tu güagüa se muere, tu güagüa se ahoga", todo el rato.

Según la información de estos relatos se evidencia que las mujeres además de ser amenazadas con la muerte de sus hijas/os, también lo son con la realización de intervención obstétricas como las episiotomías, a eso se refieren con “rajarlas”, y con utilización del fórceps para “sacarles” sus hijos/as. Técnicas que en partos sin complicaciones no debiesen ser usadas. Estos también son ejemplos de cómo la amenaza es un mecanismo de sumisión que a través del miedo reproduce posiciones de subordinación de las mujeres al saber obstétrico y, con ello, al equipo de salud que lo detenta.

Igualmente, hubo registro de otras situaciones de amenaza en contextos sobre todo de mucho estrés para las mujeres, como se ha reflejado en los relatos anteriores. A

continuación, se presenta una experiencia en donde a una mujer se la amenaza con amarrarla a la cama por querer no quedarse en posición supina y moverse:

Y.... me acuerdo que iban y empezaban "no te pongas hueona po, trata de decir si te sientes mal" "si te caes vas a matar a tu hijo" o trataba de acomodarme en la cama, porque honestamente yo sentía que me estaba muriendo, y no te lo digo por dolor, sino que porque me sentía en un estado de salud muy malo. Sentía que si estaba acostada no sé, iba a cerrar los ojos y no iba a despertar más. Ya no sentía el dolor de contracciones, de nada. Y ellas iban a la cama y me decían "ay ponte bien, que estés acostada, que quieres matar a la güagüa" "si te sientas así no vamos a escuchar los latidos" y como que a cada rato con el tema de que y vas a matar a la güagüa, vas a matar a la güagüa. Como poniéndote bajo presión de que tú prácticamente no podías hacer ningún movimiento porque ponían en riesgo la vida de tu güagüa. (...) Cuando intentaba acomodarme para sentirme estable yo, porque me sentía como, como, estaba perdiendo la consciencia y ellas me obligaban a estar acostada para que los latidos de mi hijo se sintieran bien y me apretaban la guincha más de lo que correspondía y me decían "bueno si no te quedas acostada te vamos a venir a amarrar". Entonces como que en ese momento sentía que sí, me estaban diciendo ya aquí te va ir mal.... Eh... las matronas y las enfermeras cuando me decían de que si no estaba bien sentada iba a matar a mi hijo, en esa situación. Me sentía que no podía hacer ningún tipo de movimiento para yo sentirme mejor porque algo le iba a pasar a mi güagüa.

A partir de esta experiencia cabe explicitar que las recomendaciones de la OMS sobre el parto humanizado buscan promover la libertad de movimiento y elección de las posiciones que la mujer quiera adoptar durante el trabajo de parto para enfrentar de mejor manera el dolor, siendo la posición supina negativa para el desarrollo de la dilatación (Organización Mundial de la Salud, 1996). Sin embargo, también es importante mencionar que esta mujer sí presentaba patologías gestacionales, motivo por el cual quizás sí se justificaba la monitorización fetal continua, pero esto no es razón para que haya sido amenazada con ser amarrada por tratar de sobrellevar el malestar sufrido.

Otra forma de amenaza, que pudimos conocer en los relatos, sucede a raíz de la amedrentación que sufre una mujer con ser denunciada a los carabineros por mostrar rechazo a la acción de vacunar a su hijo: *“no, en el consultorio me llamaron por teléfono para hacerle... me amenazaron de hecho de que si no lo vacunaba me iban a mandar con los pacos, me iban quitar al Simón y todo el atado”*.

Finalmente, se en este apartado pudimos construir conocimiento acerca de las formas de amenazas a las cuales se ven expuestas las mujeres, tanto en el ámbito público como en el privado. De esta manera evidenciamos que los motivos por los cuales estas fueron amenazas por los profesionales de salud son: haber sido muy gritonas o por no callarse, por no seguir instrucciones de comportamiento durante los pujos, por no saber pujar, por no quedarse acostada en posición supina, por rechazar la vacunación del hijo y por negarse a la realización de un examen de cultivo vaginal. Paralelamente, las acciones con las cuales se amenazó a las mujeres fue no brindarles la atención de salud que necesitaban, la realización de una cesárea, una episiotomía, el uso de fórceps, ser amarrada y juzgada ante la ley (por la vacuna). Además, llama la atención que también se amenazó a las mujeres con la posibilidad de que sus bebés murieran, siendo esta una de las más significativas para ellas.

A modo de síntesis, es necesario indicar, así como lo hacen las mujeres en los relatos antes expuestos, que todas estas formas de amenaza condicionan la doble sumisión de las mujeres, debido a que estas en principio y, por miedo, se someten al personal de salud que las atiende quedando a merced de las decisiones sobre las prácticas e intervenciones obstétricas que ellos deseen realizar, pero también lo hacen al saber médico obstétrico quedando privadas del control de lo que les está sucediendo a ellas mismas.

II.IV. Condenación de la sexualidad

Desde el punto de vista del paradigma tecnocrático del nacimiento y, según lo que nos enseña María Soledad Zárate (2007) sobre la conformación de la ciencia obstétrica en Chile, la cual se arraiga en un saber androcéntrico que busca someter a las mujeres a la ciencia médica, la experiencia de parto es reducida a un proceso reproductivo que nada tiene que ver con el goce o el placer orgásmico. Según Casilda Rodríguez (2009) el parto es una experiencia sexual que fisiológicamente es placentera pero que en sociedades en

donde existen formas religiosas se vuelve dolorosa. De ahí que, en nuestra sociedad, el parto no se comprenda como una experiencia sexual, menos como placentera, en la cual se disfruten de orgasmos provocados por las contracciones del útero. Contrariamente a esto, incluso ocurre que socialmente se condena el placer sexual de la mujer, cuando sobre todo producto del goce del sexo se genera una gestación que socialmente es mal vista, como en madres jóvenes. En consecuencia, el parto como proceso sexual está constantemente siendo reprimido para las mujeres, en tanto se las sentencia negativamente y de forma culposa.

En el siguiente relato se describe una situación en donde a la gestante la matrona le indica que por el hecho de haber tenido sexo -abrir las piernas- debe asumir el dolor que está sintiendo, asociando entonces el placer al dolor:

Y la experiencia que tuve antes, lo que pasa es que yo estuve hospitalizada durante mi embarazo desde la 32va semana, casi los 6 meses y tanto, me hicieron tacto y una matrona que yo tuve que hacer un reclamo... Un 28 de febrero yo empecé con contracciones, y la matrona de turno me hizo tacto y me decía "si yo sé que duele, pero tienes que ser valiente" y fue tanto ese tacto que adelanto a Mateo después de las 3 semanas, porque el tacto me rompió parte del útero, como que rozaba parte del cuello del útero y en verdad me dolía mucho, y esa matrona como "ya pero si tu abriste las piernas tu tenis que hacerte responsable de esto"

De acuerdo con esta experiencia, lo que hace la matrona al asociar el placer de la relación sexual al dolor del parto es asumir que el coito es un proceso sexual de la mujer, pero no así el parto debido a que este está asociado al sufrimiento y no al placer. En este sentido, la matrona también está condenando el sexo al asociarlo con el dolor del parto, por ser el primero la causa del dolor. Lo grave de esta situación es que este tipo de comentarios, en donde se realizan juicios sociales, muchas veces se realizan con la intención de educar a las mujeres.

Otra de estas situaciones la vivió una mujer quien con 23 años parió en el Hospital Militar el año 2009. Ya en los controles gestacionales fue víctima de violencia, pues el equipo de salud que la atendió se realizó comentarios en donde se condena el placer sexual

a través del hecho de haber quedado gestando y, además, por no haber llegado virgen al matrimonio, es decir, porque su embarazo da cuenta de haber experimentado relaciones sexuales antes de haberse casado:

Y mi primer, siento yo, como experiencia de violencia obstétrica la tuve onda en el primer control, antes diría yo, porque fui un día a hacerme la sub beta, me tomaron una muestra de sangre y yo llegué igual con cara de urgida, yo no estaba saltando en una pata, para mí esa huea, yo estaba como toda preocupada. Entonces la mina, no sé si era una paramédico o una enfermera, no sé quién me habrá hecho, me dijo así, como que me miró y me dijo "ayy, pero no le gustó". Yo siempre además he aparentado menos edad, entonces yo siempre yo creo como que esta gente se tomó la atribución de hacerme estos comentarios, ya te voy a contar el otro, porque parecía más chica. Yo en verdad tenía 23, era una hueona adulta, cachai, pero como que me veía no sé, de 16. Y me dice "ay no te gustó" y yo como que no, no caché el comentario, no entendía a qué venía, pero después hice el cruce. Y de ahí, cuando fui a ver al doctor, el primer control, no lo había visto en mi vida, jamás, el tipo me ve entrar y me dice, y nunca se me va a olvidar, me dijo, así como, ni siquiera me dijo hola, me dijo "yo estoy seguro que a tu papá le habría encantado acompañarte vestida de blanco", eso me dijo... Te lo juro, brígido, nunca se me va a olvidar en mi vida porque fue como de los momentos desconcertantes que he tenido en mi vida. Y yo dije este hueón que... Bueno, tuve estos controles de gestación con este señor, doctor Pizarro me acuerdo, y el hueón nada, no tenía mucha relación con él, era todo muy, 3 minutos, 4 minutos, me medía la guata, me mandaba para afuera y se acabó.

En ambos relatos se describe las formas en que el poder obstétrico está operando en la constitución de cuerpos debidamente sexuado, de ahí que “el poder obstétrico vendría a ser esa forma de poder disciplinario enmarcada dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres y, que por lo tanto, se ejerce en un territorio género-específico: los cuerpos que pueden embarazarse y parir” (Arguedas, 2013, pág. 156). En esta experiencia se hacen evidentes las regulaciones sociales sobre el placer y virginidad, pues

bajo esta concepción se da cuenta que el cuerpo y la sexualidad de la mujer son objetos de disciplinamiento aún para el saber obstétrico

Es notable, además, el comentario falocéntrico del médico en donde enjuicia a la mujer por no haberle dado a la figura del padre la gratificación y la honra de haberla llevado al altar, expresándole que en el fondo no cumplió con las normas sociales de una señorita, siendo deshonroso para su padre que esté embarazada. Sumado a esto, este tipo de comentarios vulnera el derecho de toda paciente a ser tratada de forma respetuosa y digna: “que comprende: lenguaje adecuado e inteligible; actitudes que se ajusten a normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas; y respetar y proteger la vida privada y honra de las personas” (Ministerio de Salud, 2012). De ahí que no sea labor del equipo de salud hacer juicios sobre la condición gestacional de la mujer, ni mucho menos promover conductas culposas sobre el placer para aguantar todas las intervenciones que realiza el equipo médico y naturalizar el parto como una experiencia dolosa.

Esta misma mujer posteriormente en el trabajo de parto fue nuevamente vulnerada por el personal de salud que la atendió, posteriormente al expulsivo, cuando el doctor la estaba suturando le dice: *“ay te voy a dejar como de 15 años”, entre otras vulgaridades “Si me dijo así todos los clichés de gente, como asquerosidades que te pueden decir, si eso, sí me lo dijeron.* Este tipo de comentarios resultan ser evidencia del maltrato a nivel psicológico que sufren las mujeres, pues el mensaje implícito es que el parto destruye el cuerpo, siendo este ya no tan deseable porque el canal vaginal queda muy abierto. También es importante tener en cuenta la vulgaridad y la hipersexualización que hay detrás de este tipo de comentarios, pues al dejarle la vagina como a una persona de 15 años es promover el fetiche sexual de la niña joven que tiene la vagina estrecha, apretada.

Finalmente está el relato de una mujer que parió a los 22 años en el Hospital San José, el año 2016. Ella relata situaciones similares a las anteriores en donde se le manifiesta de forma explícita que si le gustó tener güagüa después durante el parto debe aguantarse el dolor y todos los tratos. En sus relatos se puede corroborar que esta forma de violencia moral es también una experiencia de maltrato para ella:

Yo le decía a la matrona "¿puede llamar a la obstetra? necesito anestesia urgente" "Pero cómo tú vai´ a estar así llorando si tienes 4 de dilatación" y yo

me empecé a alterar, tu entenderás que... bueno no sé si tú eres mamá, pero yo en el caso, no todas pero las hormonas revolucionan, empiezan a alterarte y como que te sofocan y te alteran, yo decía "necesito la anestesia porque me duele demasiado, estoy con 4 hace más de 40 minutos, imposible" y me dice "no, tú que crees" me dijo "te gusta tener güagüa y después" o sea súper denigrante, sumamente denigrante.

Yo entiendo que igual debe ser estresante trabajar en la parte ginecológica de un hospital, que embarazos, etc., uno ve de todo, pero llegar al límite de decir "no, ella viene con 4" y constantemente ponerme a la palestra de que "ay, no me gustó tener güagüa", tener que aguantármela, no po, no era el momento de hacer ese tipo de comentarios.

Pero como te digo, ese hospital, me sentí pasada a llevar en todo sentido, como mujer, te decía, por mis derechos a embarazo. Que no me hayan querido poner la anestesia, que me hayan retado y que me hayan dicho mil cosas, cosas que no deberían por qué haberlas dicho. El tino de una mujer o de una enfermera es como decirte ah no, voy a calmarla, voy a tratar de que se sienta mejor. No, fue todo lo contrario, más me exaltaba cuando ella me decía, "no claro, a ti no más te gusta tener güagüa, te vas a tener que aguantar"

Mira, sinceramente yo me acuerdo de eso, de esas cosas nunca me voy a olvidar, de las cosas que me decía la matrona en pre parto: "que yo era muy cuática", que "si yo había venido con 3 o 2 de dilatación como tan cuática", "si me gustó tener hijo voy a tener que aguantármela". Y yo así, pero oye que te importa a ti si yo puedo tener 10 hijos, 15, 20 hijos tú estoy tratando con una mujer, cachai, mínimo de empatía.

Si po, si de hecho la matrona me decía "no te gustó tener güagüa, asúmela po" o "vai a tener que aguantártela" prácticamente, claro ¿yo soy responsable de quedar embarazada? sí, totalmente, ¿yo decidí tener la güagüa? sí, pero hacerme sentir mal por querer ser mamá nuevamente, es como que pucha... bueno bñcatela, te gustó, entonces ahora bñcatela. Entonces de cierta manera eran

comentarios fuera de lugar, totalmente, no era ni el momento ni el lugar ni ella la persona indicada para decirme ese tipo de cosas.

Hay varias cosas que destacar, por una parte, la naturalización que existe de la condenación de la sexualidad en las experiencias de parto por parte de los equipos de salud. Otro aspecto es cómo estos comentarios, y toda la experiencia de parto, no sólo imposibilitan que el parto sea experimentado desde su ámbito sexual, sino que, contrariamente la experiencia se transforma en una instancia de enjuiciamiento y condena, que contribuyen a satanizar el parto como un proceso de sufrimiento y no como una experiencia sexual.

En resumen, la condenación de la sexualidad es un mecanismo en el cual, durante la experiencia de parto, el personal de salud disciplina el cuerpo de las mujeres a través de la condenación del placer de la relación sexual y del parto como evento sexual. Esto se reflejó en los relatos de 3 maneras, la primera fue a raíz de la vinculación entre placer en las relaciones sexuales y el dolor en el parto por parte del equipo de salud, evidente en comentarios como *si no le gustó ahora aguántese, te gusta tener güagiia y después, no te gustó tener güagiia, asúmela po.*

La segunda forma en que se pudo evidenciar es cuando el personal de salud condena la sexualidad de la mujer por no cumplir con las normas sociales femeninas, particularmente cuando se encara a una mujer de 23 por haberse embarazado antes de casarse, aludiendo también que no había llegado virgen al matrimonio, pues se le comenta “*yo estoy seguro que a tu papá le habría encantado acompañarte vestida de blanco*”, dando a entender que ya no era símbolo de pureza desde la masculinidad.

Y, en tercer lugar, otra de las formas en que se condena la sexualidad es cuando se normaliza que el parto destruye el cuerpo de la mujer, en el sentido de que no queda deseable. Esta es una visión muy funcional y masculina de la mujer. Específicamente se alude a que el cuerpo de la mujer no es deseable en términos sexuales porque el canal vaginal queda abierto. Esto se refleja cuando el equipo de salud al suturar la vagina se refiere a las mujeres con comentarios de tipo *te voy a dejar de 15*, dando a entender que quedó nuevamente en condiciones de tener y ofrecer relaciones sexuales placenteras por su vagina apretada.

Con relación a esto, es que se puede corroborar que la condenación de la sexualidad es un reflejo del androcentrismo que prima aún la atención obstétrica, sin importar si el género del personal de salud, pues remite a la construcción masculina del conocimiento obstétrico y del cuerpo de la mujer que este hace. Es por ello que a partir de esta forma de violencia se puede evidenciar la articulación entre la dominación masculina y del saber obstétrico a las mujeres gestantes, parturientas y puérperas, a quienes se les expone a situaciones de enjuiciamiento moral y vergüenza por sus procesos sexuales. De ahí que también, a partir de este tipo de violencia, la experiencia de parto de las mujeres esté condicionada por la negación de este como una experiencia sexual por parte del personal de salud.

II.V. Culpabilización por actos y el funcionamiento corporal

Esta forma de violencia moral se entenderá como la responsabilidad que se le hace sentir, o bien siente la mujer, por realizar acciones que el equipo de salud considera incorrectas o bien por considerar y explicitar la incapacidad de su cuerpo durante el parto. Es una forma de maltrato evidente debido a que el personal de salud le hace saber de forma explícita a la mujer gestante, parturienta o puérpera culpa cuando ocurre una situación que resulta ser inconveniente para ellos. Sin embargo, también sucede que posteriormente a la experiencia de parto hay mujeres que se auto-culpabilizan por el maltrato sufrido.

Para comenzar con los análisis, primero expondré una experiencia, que ya ha sido de trabajada anteriormente. Esta comienza con el relato de amenazas que recibe una mujer por parte del matrn a cargo de su expulsivo, quien la amedrenta con la muerte de su bebé en caso de que ella no se calle y siga gritando. Posterior a esta acción, evidenciamos una forma de culpabilización para esta mujer cuando la misma persona la responsabiliza por no saber pujar y las consecuencias que puede traer esto:

Porque si yo iba a tener a mi güagüa me gritaban, me decían “cállate que tu güagüa se va a morir” ¡tú güagüa se va a morir! Ni si quiera, así como, no sé em... no grites tanto... No, "tu güagüa se te muere, cállate tú güagüa se va a morir" "no sabes pujar" ... culpabilizándote y ... además de eso yo sentía que era muy violento, la forma. Como que el tipo se desesperaba. No, mal...

Este es un claro ejemplo de cómo se articulan los diferentes mecanismos de violencia moral, en este caso es la culpabilización y la amenaza, para provocar miedo y hacer del parto una experiencia traumática. Vinculado a esto, también esta experiencia es un reflejo de uno de los principios del modelo tecnocrático el nacimiento sobre entender la muerte como una derrota, que expone Robbie Davis-Floyd (2004):

En un modelo en el cual la muerte es el enemigo y morir equivale a una falta, la mortalidad es un enemigo poderoso. La muerte de un ser humano es una derrota para un sistema médico que se esfuerza por tener el control último sobre la naturaleza. La muerte es un doloroso recordatorio que tal control es ilusorio (pág. 53).

De ahí que tenga mucho sentido para el equipo médico culpabilizar a la mujer por la posibilidad de muerte de su bebé, debido a que de esta manera la responsabilidad por el control del proceso no recae en ellos y así no tienen que asumirla tampoco.

A esta misma mujer en su experiencia de parto, además de hacerla sentir culpable por no saber pujar, también se la responsabilizó por no ser capaz de parir a su hijo pequeño:

A mí sí lo que me dijeron era eso po... "¡cómo no vai a poder pujar si tu güagüa es tan chica! ¡Cómo! así como que no comprendían el estado emocional, nervioso o lo que sea que me haya pasado." ...Osea, claro... te hacen sentir inútil po... cómo no vas a poder pujar si es una güagüa tan chica... "Y cómo... cómo no vas a poder" Así como si fuera levantar... eh... esta cosita y moverla, "cómo no vas a poder..." eh... eso, "bueno, pero si acá las mujeres tienen cuatro, cinco guaguas... y los tienen como si nada, ¿cómo tú no vas a poder tener una güagüa que pesa menos de dos kilos?".

Como se expresa, la culpabilización no se trata solo de responsabilizar a la mujer por los problemas durante el parto, sino también es un mecanismo para hacerla sentir inútil por no ser capaz de parir, según el equipo de salud. En relación con el relato que entregó esta mujer, posteriormente ella misma a partir de sus descripciones asume la responsabilidad de ser incapaz de parir, reflejándose así, la forma en que el saber obstétrico penetra en psiquis de las mujeres al punto de, incluso, transformar las percepciones que tienen las

mujeres de su propio cuerpo. A raíz de esta experiencia, esta mujer asume que su cuerpo es defectuoso debido que no tuvo la capacidad de parir sin intervenciones obstétricas:

Antes de que me cortaran, antes de que yo ya entrara en pánico, ehh si... vamos a pujar y tu güagüa va a salir bien porque la cabeza es chiquitita, pero... a mí el perineo no me dio, no me dio para que mi güagüa saliera, por eso él tuvo que cortarme y casi fue una explosión cuando me cortó y salió la güagüa.

Es tanta la culpa que sienten las mujeres que incluso sucede que muchas terminan cuestionando su capacidad de parir, más allá de la experiencia particular que hayan tenido en el parto. Esto se refleja en la forma en que es construido el relato de la experiencia a la cual me he estado refiriendo:

Claro, era un parto súper médico desde el momento en el que ellos había hecho que la dilatación fuera de manera química po, no era un parto que había empezado por mi digamos. Entonces yo hasta el día de hoy digo "chuta..." Con mi hijo fue lo mismo, también fue una inducción, también fue una rotura de bolsa, entonces, tu decí chuta a lo mejor yo no sirvo para tener güagüa... Yo siento que mi cuerpo no es capaz de tener güagüa, osea yo creo que por algo nacieron los dos prematuros.

A través de esta experiencia evidenciamos la forma en que la excesiva medicalización incide no tan sólo en los cuerpos de las mujeres, sino que también en su subjetividad en tanto afecta la percepción sobre ellas mismas, sintiéndose culpables por situaciones y procesos que no estuvieron bajo su control. En la construcción del relato la mujer apreciamos el modo en que opera la culpabilización: en un principio ella describe las formas en que la hicieron sentir culpable, pero a medida que va avanzando en su relato ella termina asumiendo que los argumentos del matrn son válidos, terminado por asumir que, incluso ella no es capaz de parir, sin cuestionar todo el contexto de violencia y los maltratos sufridos por el personal de salud. Y esto es uno de los aspectos más significativos, pues a pesar de haber sido violentada de muchas maneras ella omite estas situaciones, sin pensar que quizás todas las intervenciones fueron innecesarias y, al contrario, se culpabilizan por su cuerpo deficiente.

En el siguiente relato nuevamente se refleja la incapacidad de las mujeres frente a procesos naturales. Específicamente, se describe la manera en que una matrona culpabiliza a una mujer por ser vegana, motivo que, según ella, era la causa de que esta chica no pudiese amantar a su hijo:

Por el tema de la lactancia de que "si no le das leche se va morir" y que "no eres buena madre porque estás comiendo eso", de que "es culpa tuya en todo sentido", "deje que hagamos las cosas y usted no se meta", "una buena mamá sabría mudar, no te gustó tontear y ahora no sabí ni mudar a una güagüa", que eran como cosas que quizás me estaban atacando a mi directamente y yo no sabía ni siquiera como responder porque me sentía tan indefensa que yo lo único que podía hacer era cuidarlo a él, pero casi físicamente. Era tenerlo en brazo y tenerlo ahí, pero no era como que yo pudiera sacar las garras en ese momento y decir "oye no te metai", me sentía muy indefensa, sentía que me estaban atacando directamente todo el rato, todo el rato.

Ahora, me gustaría mostrar cómo el relato de la mujer se va transformando al punto en que ella se culpabiliza por hacer sufrir a su hijo por no darle leche. Esto demuestra nuevamente cómo la culpabilización opera, primero siendo unidireccional, luego interiorizándose y posteriormente siendo auto-asumida:

Porque si me sentí muy violentada, y en el tema de lo que me dijeron en neo "si tú no le das pecho el niño no va a caminar, vas a tener que llevarlo a la Teletón, el niño se va a morir"... Claro, que había momentos, claro... Como no me salía leche, yo me llegaba a desesperar tanto, que habían momentos en los que decía "no quiero, más no aguanto", "por qué no me sale y él llora y llora", "pobrecito tiene hambre y yo lo estoy haciendo sufrir porque no me sale leche" y ellas así como "tiene que darle leche, porque si no le da leche ese niño se va a morir", que mi ex le dijo así como "oye pero párala, no entendí que está nerviosa, ¡mírala!", "no les gustó tener güagüa, ya po asuman". Eso no me lo dijo ni mi mamá, entonces era como... enchúfese un poco en su pega y no diga más de lo que le están pidiendo.

En cuanto al relato antes descrito, es posible reconocer: amenazas, condenación de la sexualidad y culpabilización de las mujeres. Esto da cuenta de la manera articulada en que se despliegan las diferentes formas de violencia moral, develamos así, la complejidad del maltrato sufrido por mujeres que en sus partos sufren experiencias de VO por el personal de salud que les presta atención. Evidenciamos que estas prácticas y acciones que provocan temor e inseguridad en las mujeres, por una parte, obstaculizan el desarrollo de sus procesos fisiológicos vinculados al parto y la lactancia y, por otra parte, vulneran los derechos de las pacientes respecto al trato digno y respetuoso.

Siguiendo en esta línea, sobre la culpabilización por problemas en la lactancia, en los siguientes relatos se retratan situaciones en las que se surge este tipo de violencia:

Porque después cuando vas a dar pecho todo el mundo me dijo que tenía el pezón corto, ya ¿y?, el pezón no se me va a cambiar, lo va a tener que chupar de esa manera, pero todo el mundo me dijo eso. El que entraba, que te revisa las pechugas y para qué, no lo tenía de otra manera. Es como chuta podré dar pecho, esa cuestión te siembra la duda ¿seré capaz de alimentar a mi hijo?

O... em... sí po, por un lado, claro, también me huevieron porque no podía dar teta bien, pero al mismo tiempo no me dieron ninguna ayuda para dar teta por ejemplo y me culparon un montón.

En el último relato se refleja la necesidad que tienen las mujeres de recibir ayuda de parte del personal de salud para sobrellevar las dificultades durante la lactancia. Sin embargo, también se da cuenta de cómo la culpabilización de las mujeres viene a resolver el problema de la responsabilidad de los profesionales frente a situaciones que el conocimiento obstétrico no puede resolver inmediatamente.

Otro de los motivos que por los cuales el equipo de salud genera culpa en las mujeres es por ser considerada madre joven, como se relata a continuación:

Yo creo que yo tuve una experiencia muy similar como a la de la madre adolescente, en ese sentido siento que me hicieron sentir culpable, como que me recordaban durante, desde ya del primer control, pero durante el proceso como que me recordaban mucho que yo era una madre joven y como sin

siquiera preguntarme si yo había deseado ser mamá ponte tú. Entonces, yo ya me sentía muy mal, pero el sistema además me reforzó esta sensación.

Este caso la asociación de la maternidad con la adolescencia se utiliza como una excusa para realizar, por parte del equipo de salud, un juicio moral hacia la mujer, en vez de comprender esta situación como una condición social a raíz de la cual se deben tener mayores antecedentes para ofrecer la atención requerida por esa mujer, pues según el Ministerio de Salud (2012):

(...) al analizar la mortalidad materna y perinatal de las adolescentes madres, se puede concluir que el embarazo en este grupo etario siempre debe ser considerado como de alto riesgo, tanto para la madre como el niño, pues se relaciona con una mayor probabilidad de morir tanto en adolescentes embarazadas como en sus hijos (pág. 43).

También es necesario evidenciar que la culpabilización no sólo es producida por el equipo de salud, sino que también, en algunos casos por las personas que acompañan a las mujeres durante el trabajo de parto y gestación, como en el siguiente relato:

De hecho, muchos me dijeron de que el hecho de que Simón fuese hipotónico también era culpa mía y después buscando mil y un, no se po, mi mamá me dijo que hasta porque estaba tomando Flores de Bach.

Hasta el momento me he concentrado en relatos en donde se describen situaciones en las cuales el equipo de salud hace culpabiliza a las mujeres por actos o el funcionamiento de su cuerpo. Ahora expondré relatos en donde se describen diversas maneras en que, a pesar de que las mujeres que fueron maltratadas, finalmente terminan auto culpabilizándose por lo sucedido:

Mas que control, sentí que ellos podían hacer lo que querían porque yo estaba tan vulnerable, que yo no estaba empoderada de mí misma de poder decir... y eso fue algo de lo que me culpé mucho, por qué no hablé, por qué no dije "no, yo no quiero esto". Sin embargo, claro, reconozco que ese momento uno está vulnerable, vulnerable, casi que no estay aquí en este plano... claro y

justamente cuando uno entra aun trabajo de parto, lo que se espera es que uno entre en un trance, en un espacio en donde una esté cuidada, respetada... Finalmente la experiencia fue horrible y donde no vino a llenar esa autorrealización de la manera que yo pensaba que iba a ser. Me vino la culpa, me sentí culpable mucho tiempo, porque no lo había hecho bien, como se esperaba, algo hice mal, no me resultó como tenía que ser, como yo esperaba que iba a ser... Igual es traumante po, es traumante estar por esa experiencia de una experiencia que finalmente te queda como enquistada, esa es mi sensación, aparte de sentirme violada, siento un enquistado, como algo quedó enquistado en mí con esa experiencia que para mí no estaba bien, era algo molesto, era algo que me hacía sentir mal, era algo que me hacía sentir culpable, de cómo no... de toda esta creencia que yo tengo de ser mujer porque no lo defendí. Obviamente después entendiendo con un proceso largo de que no es mi culpa de que no estaba en mis manos en ese momento, y yo simplemente hice lo que era mejor para mi hija, en ese momento.

En este caso la culpabilización tiene que ver con responsabilizarse por no haber reaccionado frente a la experiencia de violencia como esta mujer hubiese imaginado que lo haría. Cuando ella se refiere a una experiencia que queda enquistada, está aludiendo a la interiorización de la culpa generada por otros como propia, según la investigación de Michelle Sadler (2004):

A las mujeres se las hace sentir responsables del curso de los eventos, en términos de que si no acatan la normatividad médica, pueden alterar el curso normal de los procesos e interferir causando problemas. Como recién veíamos, lo primero que ocurre al no cumplir las normas es el castigo, al no recibir la atención que esperan. Y luego, se les hace entender que pueden complicar el proceso del parto y causar daños a sus bebés, es decir, se las inculpa por los problemas y dificultades que puedan presentarse durante el parto” (pág. 147).

También es relevante del relato anterior resaltar que esta experiencia traumante de parto es asociada con una violación para la mujer.

A continuación, se muestran dos relatos, en donde las mujeres se culpabilizan por no haber reclamado. En el primero una mujer describe la culpa que sintió por no haber reclamado frente a los tratos recibidos, a pesar de que asuma que no se encontraba en las condiciones para hacerlo. Y en el segundo, una mujer asume sentirse irresponsable con ella misma y con su hija por no haber reclamado:

No, no porque sabí lo que pasa, tení como varias cosas, sentimientos porque decí pucha me llega a dar rabia conmigo misma, llegai a echarle la culpa tú porque no dijiste nada po, por qué en el momento no reclamaste, en el momento no dijiste nada, siendo de que uno no está en condiciones de reclamar, pero uno igual se echa la culpa. Entonces sentí de que si reclamai te van a decir "por qué me viene a decir ahora" porque uno ya empieza a tomar más conciencia después del mes de que tienes a la güagüa, porque tu recién físicamente te sentí un poco mejor.

Mal porque me sentí tonta, me he sentido tonta, me he sentido irresponsable conmigo con mi hija por no abrir la boca, por no reclamar, a lo mejor que nadie me hubiese escuchado pero cada vez pasa el tiempo y yo ya no lo hice, no me dan ganas porque mientras más te acordai del tema, como que te acordai te da pena, te da rabia entonces no quería volver a vivir el tema entonces como que a veces lo obviai.

De estos relatos es importante destacar las reflexiones sobre el problema que resulta para muchas realizar un reclamo posteriormente al parto, pues se piensa que no serán tomadas en cuenta, que les harán sentir que el reclamo ya no tiene sentido, pues el tiempo ya pasó, o bien no lo hacen para no revivir la experiencia traumática a la cual fueron sometidas. La misma mujer del primer relato también reflexiona sobre haber sentido culpa por confiar completamente en el conocimiento científico obstétrico, sometiéndose a las intervenciones y protocolos del equipo de salud que la atendió:

Sentía haberme puesto en las manos de ese doctor o de los especialistas siendo de que igual se pueden equivocar, entonces confiar ciegamente en ellos ya nunca más, nunca más confiar en un doctor tanto. Imagínate le podría haber

pasado cualquier cosa a mi hija, ya me pasaron cosas a mí, si le hubieran pasado cosas a ella.

Otro ejemplo de auto culpabilización surge de una mujer que se responsabiliza por el sufrimiento fetal que sufrió su hijo las 3 últimas horas de trabajo de parto, que es cuando fue diagnóstica, sin que el equipo de salud tomara medidas para enfrentar esa emergencia:

De hecho, cuando dijeron lo del sufrimiento fetal, de que estaba con el tema de las fecas y todo eso, no sé, me pasé el rollo de que había sido por mi culpa, no porque habían tardado en que él naciera.

A partir de todo lo expuesto anteriormente es que podemos sintetizar que la culpabilización de la mujer se construye en base a la idea de que su cuerpo es deficiente para parir o amamantar. Ahora este mecanismo de violencia puede manifestarse en 3 momentos diferentes, en una primera instancia este puede surgir relacionalmente, de forma unidireccional entre el personal de salud y las mujeres. Su segundo momento, es cuando en vinculación con el primero, las mujeres interiorizan la culpa, legitimando como una posibilidad los motivos que constituyen la culpabilización. Y finalmente, en un tercer momento en el cual, ya interiorizada la culpa, las mujeres directamente se auto culpabilizan de la deficiencia de su cuerpo, omitiendo el contexto de violencia y maltrato sufrido durante el parto. Este es uno de los más significativos pues en este caso la culpabilización en tanto categoría constituiría una condición de posibilidad de la experiencia y, de esta manera, surge como forma de representación hacia sí misma que tienen las mujeres que sufren violencia obstétrica, pues como se mencionó en el marco teórico “el ámbito de la experiencia posible, coincide con el ámbito de las representaciones conscientes, por tanto con el ámbito de la conciencia posible” (Amengual , 2007, pág. 13).

Los motivos que usaron los equipos de salud para culpabilizar a las mujeres por el mal funcionamiento de su cuerpo fueron: por no ser capaz de parir en términos generales, por no saber pujar, no ser capaz de parir a bebés pequeños, por tener problemas para desarrollar la lactancia, por poseer un pezón pequeño, por considerar a una madre joven. Y los motivos por los cuales las mujeres se auto culpabilizan son: por no haber encarado y

realizado un reclamo al equipo de salud cuando fue atendida y por haber confiado de manera ciega en el saber obstétrico, en sus intervenciones y prácticas.

Además, se pudo comprobar que la culpabilización es un mecanismo de violencia que afecta la percepción que tiene las mujeres sobre su propio cuerpo, el cual terminan asumiendo como defectuoso e incluso que estas lleguen a pensar que no fueron y no son capaces de parir. Damos cuenta a través de estas situaciones lo traumáticas que pueden resultar las experiencias de VO para algunas mujeres. Esto último, afecta también a la construcción que hace cada parturienta de la experiencia de ser mujer-madre, con relación a la constitución de una identidad propia.

II.VI. Desvalorización cotidiana de la mujer como persona, de su personalidad y sus trazos psicológicos, de su cuerpo, de sus capacidades intelectuales, de su trabajo, de su valor moral

Finalmente abordaremos diferentes formas en que las se reflejó la desvalorización por parte del equipo de salud que las atendió. Esta forma de violencia las trabajaremos a partir de las acciones, actitudes y prácticas que constituyen y reproducen la desvalorización cotidiana de la mujer en experiencias de VO.

En este sentido, por medio de la misma experiencia de maltrato y vulneración de los derechos se deshumaniza a las mujeres debido a que de acuerdo con los tratos recibidos por parte del equipo de salud no se les reconoce su condición de ser humano, al momento de parir. Es por ello, que la deshumanización se reconoce como una de las formas de desvalorización:

No, yo creo que... no viví, yo siento que sobreviví a un parto, que no sentí que fui mujer en ningún momento, así. No me sentí mujer en ningún momento, me sentí tan pasada a llevar en todo sentido, que yo sentí que fui un perro, así como que va un perro, lo tira, lo sube, lo baja, así tal cual me sentí, osea, ni siquiera como mujer, nada. Porque por mucho que me hice hacer respetar, valorar en mis derechos, nada. Entonces de todas maneras no me sentí mujer, sentí que estaba como un perro, entonces como te digo así me sentí yo.

Sin embargo, de acuerdo con los relatos de las experiencias de parto, también se pudieron evidenciar formas más específicas en las que se produce desvalorización cotidiana de la mujer. Una de estas formas es a través de la pérdida de autonomía que sufren las mujeres, con relación a la imposición autoritaria de las decisiones e intervenciones de los médicos. En el siguiente relato se describe una experiencia en el Hospital El Pino, en donde a una parturienta se le practican una serie de intervenciones que ella por desinformación no decidió, entendiéndolo después que incluso estas se le realizaron por conveniencia para el médico que la atendió:

De hecho, el médico me dijo, cuando nació, al otro día me fue a ver me dijo "el fórceps lo ocupamos para que tu güagüa no sufriera" me dijo, porque como claro yo estaba cansada pujaba mal, porque no sentía, entonces entre que la güagüa empezara a sufrir, la sacaron. Pero mira la cadena porque si a mí no me hubieran anestesiado de esa manera, osea me hubieran dicho "sabes clara tú tienes que sentir, no ocupes tanta anestesia" o "hasta aquí no más" o "esta anestesia no a los 2 cm de dilatación, sino que a los 6 cm de dilatación" otro gallo hubiera cantado. Si yo hubiera sabido la consecuencia de ocupar la anestesia, yo podría haber pujado perfectamente a mi güagüa, probablemente no hubiera requerido un fórceps riesgoso, probablemente mi güagüa se hubiera encajado. Si yo hubiera caminado en la previa en el pre parto mi güagüa se hubiera encajado. Era una cadena de desinformaciones que te llevaron a un parto penca, a un parto horrible ¿por qué? era incensario. Si el médico hubiera tenido dos dedos de frente hubiera dicho "oye tu parto esperemos hasta la semana 41", mi güagüa hubiera nacido... Lo único que me queda por pensar es que el médico fácil estaba de turno ese día y para atenderme él tenía que...

La práctica de intervenciones sistemáticas es un ejemplo de cómo opera la pérdida de la autonomía de la mujer respecto a su proceso fisiológico y de cómo se impone el saber obstétrico por sobre el conocimiento de las mujeres, a tal punto que estas reconocen no estar informadas, a pesar de que el parto sea una experiencia instintiva. Muchas veces esta pérdida de autonomía está relacionada con la conveniencia que tiene para los médicos realizar ciertas intervenciones, como se evidencia en el relato, pues la mujer describe haber

sido sometida a una inducción porque así el médico la atendía ese día que estaba con turno. Este tipo de decisiones por conveniencia Robbie Davis-Floyd (2004) las explica como formas en que se expresa la jerarquía de los médicos, en este sentido sucede que “muchas rutinas hospitalarias, por ejemplo, operan de forma conveniente para el equipo médico, pero no para el paciente” (pág. 38). En esta experiencia de VO, el uso de la jerarquía del médico en la toma de decisiones sobre el desarrollo del parto condujo a la transgresión de la capacidad de autonomía de la mujer frente a las decisiones sobre su parto. Este tipo de desvalorización conduce a que las mujeres pierdan el control de sus partos, exponiéndose a la excesiva medicalización de sus partos, como se reflejó en el relato.

Paralelamente a continuación se describe una experiencia similar de desvalorización de la mujer, en donde un médico nuevamente no legitima la capacidad para parir que tiene su paciente y pareciera que decide realizarle una cesárea porque resulta ser más conveniente para él:

Fue un trauma súper grande, de hecho tuve que ir al psicólogo después porque sabía y sentía que lo que había pasado ahí no estaba bien, no está bien que me obligaron a tener un parto que yo no quería tras una cesárea, nadie me esperó, nadie me respetó, nadie por más que insistí que me entregaran a mi hija no me la llevaron... y los 3 días, porque con cesárea uno está 3 días en la clínica, entonces ninguna noche me la quisieron llevar, se la llevaban a la 1 de la mañana y me la llevaban a las 5, 6 de la mañana de nuevo, pero no me la querían dejar porque era e protocolo de la clínica, que no se puede, que aquí y allá "aprovecha de descansar" me decían "ya te la vai a poder llevar para la casa" Ehh... Sin duda fue horrible desde el momento que llegué allá, fue horrible. Yo pensando, ilusoriamente uno piensa, que claro los doctores van a resguardar todo eso que hablan al principio y finalmente terminan optando por la cesárea porque es lo más rápido, lo más cómodo...

En este relato se problematiza la idea la conveniente que resulta para el personal de salud en las maternidades de Chile realizar cesáreas. A modo de antecedente, cabe recordar que la cesárea en Chile constituye una de las intervenciones con mayor presencia en las

maternidades del país, con una ocurrencia mayor al 70% de los nacimientos en el sistema privado y superior al 40% en el sistema de salud pública (DIES 2012, 2013).

Bajo este escenario, de altas tasas de cesárea, en donde el uso conveniente y sistemático de esta intervención vulnera los derechos de las mujeres y su capacidad de autonomía, es que también es importante analizar esta intervención desde su vertiente mercantil pues esta sí constituye una forma de desvalorización de las mujeres. Si bien este no es un tema que haya sido estudiado, pues no existen datos precisos, si hay hipótesis al respecto. Como se mencionó en la problematización, en Chile la cesárea representa una oportunidad de negocio en el mercado de la salud, pues la reducción de tiempos con relación a un parto vaginal se asocia a la racionalización del tiempo en función de la producción de honorarios más altos para los equipos médicos (Montanaro, Romero, Romo & Verdugo, 2004; Sadler & Leiva, 2015). Esto también fue expresado en por otras mujeres:

Yo siento que es como parte de su costo, ellos, me da la impresión, que toman la pega mecánicamente, su objetivo es que llegue una persona que le saquen la güagüa y se la pasen automáticamente. Ehh, ¿qué pasa entre medio? yo creo que el profesional ni siquiera piensa lo que está haciendo. No sé si el profesional estará tan informado, creo que hasta está tan desinformado como yo de que las cosas son así. (...) No sé si conocerán, tal vez si ellos conocieran otra parte dirían “ooh mejor trabajo así” sería más lindo para ambos. Eh... porque yo creo que a nadie le gusta trabajar mal po, personas que la hacen de oro, no sé. Ahora, los médicos yo siento que es un hecho... está como hecho para ganar plata, el médico particular cobra cada bono que vas a verlo, si tiene que verte más veces él lo hace encantado y si tiene que, y si el parto le significa un par de lucas más, todo el cuento. Entonces mientras más cesáreas o mientras más cosas programadas en él mejor su agenda po (...) Claro, él sabe, y no lo van a despertar a las 3 de la mañana porque la vieja lo está llamando del hospital que está con trabajo de parto, osea no po. Él lo programa para el día que lo necesita y programa sus vacaciones también, es todo un tema económico también yo creo.

Yo creo que la mayoría de los médicos ven plata en las personas que llegan embarazadas, y cuando programan cesáreas es para tener ordenadita la agenda con todas las cesáreas programaditas y ganar más lucas, para ellos es un negocio. Y el tema de maternidad yo creo que ellos no cachan. La mayoría si son hombres no cachan el tema de... debieran haber algunos que son muy buenos. Pero también hay los que son, que no están ni ahí po.

Otra forma de evidenciar la desvalorización de la mujer como persona, sucede cuando los equipos de salud omiten las experiencias de parto de las mujeres en pos del auto reconocimiento por los resultados de las intervenciones sin importarles a las condiciones que fueron expuestas, tanto emocionales como corporales, las mujeres durante el trabajo de parto:

Bueno agregaría que, si es que no te dije antes, que la doctora que recibió a mi hijo casi lo bota recién nacido y para ella fue como ir a la sala en donde yo me estaba recuperando para ir a contarles a todos su logro de que ella había traído a mi hijo al mundo. Pero sin medir que mi hijo sufrió 3 horas dentro de mi vientre con sufrimiento fetal, y quizás que otras cosas que uno no sabe que el bebé siente dentro. Eso te podría agregar, que me sentí humillada.

Esta situación se podría entender como un ejemplo de uno de los principios del Modelo Tecnocrático del Nacimiento propuesto por Robbie Davis-Floyd (2004) referente al “paciente como objeto”. Para la autora, esta cita podría ser una expresión de la liberación del médico de la responsabilidad de la mente y el espíritu del paciente, pues en este paradigma las personas se constituyen como objeto de tratamiento que los profesionales disponen en función de su beneficio. En este sentido, esta también es otra forma de deshumanización del parto.

Vinculada con las anteriores formas de desvalorización cotidianas de la mujer, expuestas anteriormente, en seguida se expone el relato de una mujer omitida en su sentir por el personal de salud, quienes la deslegitimaron en función de la valorización científica de los aparatos de monitoreo. En esta narración, se está dando cuenta de la sobrevaloración de la ciencia y la tecnología de los equipos de salud, por sobre las experiencias y sentir de las mujeres. El contexto de este relato es una emergencia que ocurre durante el manejo

activo del alumbramiento cuando se le intenta traccionar la placenta a esta puérpera tirando del cordón umbilical:

Y en eso mi marido se tuvo que ir volando con ella a la neonatología y el pediatra se reía, el matrón me decía "viste si no era tan terrible, escandalosa, y la cuestión" y en eso me está tirando el cordón para sacar la placenta y el cordón se le rompió y la placenta se quedó adentro del útero... y tuvo que llamar a la ginecóloga de turno y yo ya en ese momento ya sentía todo, tenía cero epidural en mi cuerpo y empezaron a sacarme la placenta a mano, puuum... no me puso un poco de anestesia, nada, a mano... Nada, de hecho vino el ginecólogo, vino con un estudiante en práctica, me da la sensación de que se paró y estaba así mirándome... y así a mano y yo les decía "pero por favor póngame algo me duele" y en ese momento a mí se me fisuró el cuello del útero entonces yo empecé a sangrar mucho y ya me empecé a sentir muy mal, muy mareada y veía que la ginecóloga le decía póngale no sé qué cosa, y no encontraban los que me tenía que poner, buscaron por los cajones, las tens botaron una cosa, y en eso sentí un pinchazo en la pierna y ahí al parecer se calmó un poco la situación y durante todo ese rato nadie me explicaba que pasaba. Yo los miraba y todos estaban vueltos locos y tenía un gallo mirándome así fijamente, entre las piernas... las tens que estaba ahí como locas histéricas y nadie me dice nada, después de eso cuando ya me cosieron, que tuve puntos hasta no sé dónde... eh me llevaron a la sala de recuperación entre comillas, que era una sala como esta, con muchas camillas una al lado de la otra, yo estaba aquí ponte tú y una camilla más allá había una mamá con su güagüa... y yo sola tirada, sin saber si mi güagüa había respirado, nada... En eso llegó mi marido, lo dejaron estar un rato ahí y ... y él tampoco sabía mucho más po, él sabía que la niña se había quedado en la neonatología no más... eh... y después de eso a mí me empezó a dar una fiebre muy fuerte, ahí él tuvo que ir a buscar a las tens y las gallas así como "ay sí tiene fiebre... ya" yo sentía todo el rato que me ahogaba, que no podía respirar y ellas nada, así como "respire no pasa na"... en ningún momento nadie llamó un médico, nada, así como las tens venían, miraban el saturómetro "no pero sí.. estay bien, todo

bien" y yo te juro que sentía que me estaba ahogando... creo que después me dieron un paracetamol o me pusieron algo más a la vena no se... y en eso mi marido ya se tenía que ir porque ya eran cerca de las doce y media del día siguiente, digamos del 9 de enero, y yo me pasé ahí toda la noche tirá, en esa cama. Nadie nunca, en ningún momento, me fue a decir cómo está mi hija...

Esta situación es un ejemplo de otros de los principios del Modelo Tecnocrático del Nacimiento de Robbie Davis-Floyd (2004) referente a la sobrevaloración de la ciencia y la tecnología. Según la autora las altas tecnologías son un fin en sí mismas, debido a que "más que un medio para un fin, la máquina misma es frecuentemente percibida como el elemento decisivo en un diagnóstico o tratamiento" (pág. 46). De acuerdo con esto, es que entonces la tecnología y las máquinas se vuelven objetos cuyo uso sobrevalorado en las instituciones de salud puede conducir a la deslegitimación del sentir de las mujeres sobre sus propios cuerpos y procesos de parto.

Por último, se presenta el relato de una mujer a quien se le realizó un tratamiento de expulsión de un embarazo ectópico. En esta experiencia de VO, se condensan todas las formas de desvalorización trabajadas en este apartado puesto que no se le consideró sujeta de derechos, no se la trató como persona y el médico actuó de acuerdo a su conveniencia, vulnerándose así su capacidad para decidir sobre las opciones de maternidad y provocándole una experiencia traumante:

Yo empecé con contracciones a las 2 horas, a las 5 de la mañana empecé con contracciones, con dolor, sentí como un desprendimiento interno, empecé con los sangrados, eran como las 6 y tanto de la mañana, empecé a sangrar fui al baño y volvía, eran dolores insoportables, porque aparte no te ponen suero, no te dan un paracetamol, no te dan nada, osea tú tienes que sufrir tu aborto inducido naturalmente... Y de ahí yo empecé a sangrar, llamé por teléfono para que me fuera a ver la matrona, me dijo " ay ya, si le voy a avisar" nunca fue. Me dejaron sola, 6 de la mañana, 7 de la mañana, 8 de la mañana, sola nadie me pescó. Y a las 8 y media le dije a mi pareja "como que necesito ir al baño" y me dijo "ya, deja abrir la puerta junta" y llegué al baño y sentí algo, no sé... es una cuestión que uno siente, algo especial... Aparte que sangraba ene, y era

un dolor, contracción y sangrado, dolor, contracción y sangrado, así abundante. Y de ahí como que atiné en una a ponerme la mano y calló algo, que yo no sabía que era, después caché que era la placenta, pero en el momento no tenía idea y dije "¿qué es esto?" porque a mí me dijeron que me iban a llevar al estudio a mi hijo para ver que me había pasado. Entonces dije tengo esto, no sé qué parte de adentro mío es lo voy a dejar por si acaso, lo agarré en una nova, toda ensangrentada, dejé la cuestión ahí. Y después sentí de nuevo otra contracción, dolor, dolor, dolor, puse la mano otra vez y ahí salió mi hijo. Tuve a mi hijo en la mano, ahí llamé a mi pareja entró corriendo, me vio, imagínate el shock de ver todo ensangrentado, las piernas brazos, manos todo, y yo ahí con mi hijo ahí. Fue corriendo a buscar ayuda, así como que vayan a verla, tuvo al hijo en el baño. Pasaron 10 minutos y no llegaba nadie, nadie me pescó, y yo estaba así como ¿qué hago? ¿me limpio? ¿me puedo bañar? ¿no me puedo bañar? Y a los 10-12 minutos llegan 2 técnicos de enfermería y dicen "ya le vamos a hacer aseo, no se puede bañar, porque si quedó algo no se puede bañar, así que le vamos hacer aseo nosotras". Y aparte cuando está mi hijo ahí encima, se pone el guante y lo empieza así a mover con el dedo, así como qué es esto, esta es la cuestión que... así super despectiva, ningún cuidado porque yo estaba mirando, nada. Lo toma y lo deja en un riñón, y lo deja ahí. Me dice "ya párate te vamos a echar un jarro"... Me echaron un jarro de agua helada, pensé que era tibia, y había agua caliente en el lavamanos. Me tiraron un jarro de agua helada, a las 8 y media de la mañana, después me pasaron algodón y "ya párate, toma sécate, así listo y anda a acostarte". Y la matrona diciendo que los matrones de turno están ocupados porque están en trabajo de parto así que nadie te puede ver y el gine que hace la eco está ocupado, así que tampoco podemos ver si te quedan restos, ah y el doctor no contesta, así que tenía que esperar no más po. De las 8 y media, nueve y media, 10 y media, 11 y media, las contracciones y el dolor terrible, no se me pasaba. Y a todo esto mi hijo todavía estaba en el baño, lo dejaron ahí tirado y ni siquiera tapado, nada, lo dejaron ahí a medio ver. 11 y media y llegó mi mamá y me dijo, así como yo no le quise contar por teléfono,

entonces llegó y ahí le dije mamá pasó esto, "pero ¡cómo!", como que lo vio en el baño y me dijo todavía está acá, yo dije "¡sí!, pero ya dije que se lo tenían que llevar a estudio y no me pescaron"... Si po... tu era' como un trapo, tenía cero dignidad, perdí todo, todo. Erí una cosa, entonces no.... Entonces te quedai con muchas dudas, mucha rabia, después claro hablando el tema con mi mamá me dijo "probablemente pensaron que tu abortaste con querer, por eso te trataron así" dije claro, pero yo tenía dos ecos distintas de dos lugares que decían aborto retenido, yo lo había perdido de antes, murió antes, entonces es como... he.... cómo tan poco sentido común, no sé qué explicación darle. Pero no fue... horrible, horrible, horrible...Yo al doctor, lo fui a ver una vez después, a la semana siguiente, que era como obligatorio el control. Ni siquiera me revisó, nada "¿cómo estás?" "ya, quería' tener güagüa de nuevo?"... (...) No, no sé, así como de lo más campante, cómo estas, ya que bueno, sigues sangrando, ya eh... le dije doctor sabe que me duelen las pechugas porque como que me empezó la leche po, ah si toma esta pastilla que me recetó y las fui comprar 38 lucas la pastilla. Nunca la matrona me dijo te puede pasar esto, esté alerta con tus dolores, nada... Yo por internet supe muchas más cosas que por la misma galla que estudió, cachai, entonces no sé, yo quedé plop. Yo tenía el cuidado de ver si no se me infectaba, si había un olor especial, no sé, pero a mí no me dijeron nada. Y el doctor así como muy care' raja "¿querí' tener güagüa de nuevo o no?", le dije doctor acabo de... dos dedos de frente, le dije "en la vida obviamente que quiero volver a ser mamá" y me dijo "no si espera una regla y podí empezar de nuevo" ¡Así!...Y después claro, vi otra ginecóloga y me dijo "es que es imposible que antes de los 3 meses puedas quedar embarazada, porque, porque puedes tener un embarazo ectópico, se te pueden reventar las trompas, osea es grave embarazarte tan pronto" y el doctor, no sé... y eran del mismo integra médica, entonces no sé qué concepto, ahí donde estudiaron, no tengo idea de que, no sé qué onda..."

Cabe destacar que es una experiencia de mucho maltrato, que da cuenta de muchas formas de vulneración de los derechos del paciente y de varios tipos de violencia. En

cuanto a las formas de desvalorización, se analizará aquello que aún no ha sido revisado y por ello que se presenta una descripción acerca de dos tipos de desvalorización que surgen de forma articulada. En principio reconocemos que esta mujer es desvalorizada moralmente debido a que el equipo de salud sospecha que su ingreso se produce por la realización de un aborto. En ese momento en Chile esta práctica estaba penalizada, motivo que podría explicar la discriminación y maltrato sufrido que le causa el equipo de atención de la Clínica Las Lilas a esta mujer. En este sentido, los prejuicios con que trabajan los equipos de salud podrían llevar a que estos incurran en prácticas en donde se vulnera a las mujeres, desvalorizándolas moral y humanamente. Articulada a esta forma de desvalorización, los tratamientos, intervenciones y prácticas a las que fue sometida esta gestante por equipo de salud, dan cuenta que hubo deshumanización de la paciente, en tanto no existió intención de velar por su cuidado, necesidades físicas ni emocionales propias de la experiencia de pérdida que estaba viviendo.

Continuando con las formas de desvalorización moral, el cuidado de la privacidad y pudor en las intervenciones y procedimientos obstétricos también son prácticas en las cuales el personal de salud, dependiendo de cómo las realicen, puede vulnerar a las mujeres. En el siguiente relato, una mujer comienza describiendo haber sido sometida al uso de enema y cómo ella peleó para que su acompañante se lo hiciera, lo cual da cuenta de la incomodidad que conlleva la realización de esta práctica, intervención contraindicada por la OMS. Además, continua su relato contando el poco resguardo a la intimidad de su cuerpo y su parto mientras estuvo en la sala de parto:

Sí, pero ese lavado yo pedí que Javier lo hiciera. Hinche, pelié...porque yo me fui en mala, muchas cosas que sé que las hacían, yo pelié para que Javier entrara. Por ejemplo, estas entre cortinas y es como que pase la basura pa' sanitizar y todos te están mirando, cuando tu estas en trabajo de parto estas con las piernas abiertas porque el dolor te toma todo... y todos te miran, falta que pase el caballero del aseo a ver si te faltan cinco centímetros... Es impresionante.

En relación a este relato, es importante recordar que el parto es una experiencia sexual y por ende sentirse observada por personas que no corresponden al equipo de salud, obviamente es una práctica que vulnera la privacidad de las mujeres y causa pudor.

En la siguiente experiencia también se alude a esta forma de desvalorización de la mujer, pero en este caso la causa la constituye la presencia de practicantes sin consentimiento en la sala de parto:

De hecho, ellos pensaban de que yo no me iba a dar cuenta, porque los pusieron a un rincón y como que el grupo médico que fue a atender mi parto, sin mentirte, lo encontré ultra innecesario porque habían aproximadamente 6 personas todas paradas entre las partes de mis piernas y tratando de tapar a los chicos que estaban atrás. Pero igual me daba cuenta porque, como te digo, cuando mi bebé casi cayó al suelo ellos se corrieron para tratar de atajar al bebé, al final yo igual los terminé viendo que estaban parados ahí. Y con el asunto de que me había desgarrado y todo, los mandaron para afuera porque estaba en un estado hemorrágico entonces no era lo más adecuado que ellos estuvieran adentro si no estaban generando ayuda.

En vinculación con el problema del pudor y la privacidad para las mujeres, esta es otra experiencia en la que se da cuenta de este tipo de situaciones a las que se expone a las parturientas:

Bueno, de hecho, había gente barriendo en el parto mientras que yo estaba teniendo al Simón, entonces era como súper proco privado, era como que todo el mundo me estaba mirando. Uno dice aah igual da lo mismo, somos todos libres, podemos hacer lo que queramos, sí, pero yo tampoco voy a andar mostrándole todo a todo el mundo po, si uno también tiene cierto grado de pudor en algunas cosas.

Si al final era todo un trámite, y fueron muchas... cambiaba el turno cambiaba la matrona, cambiaba el turno y cambiaba la otra. Tuve como... todas las que pasaron. Mas encima que es un lugar médico asistencial, entonces todos lo que llegaban, si llegaba con estudiantes igual tenían que revisarte. Entonces

cuando estay en la sala de recuperación, no de recuperación, sino de maternidad arriba, y estas internada, te llegan a revisar los médicos, las matronas y los internos. La episiotomía es gigante. Todo el mundo... (...) No po, osea los estudiantes son más respetuosos sí, pero tampoco podí decirles que no porque si te atendiste ahí, te hacen... creo que el consentimiento que te hacen firmar dice sobre los estudiantes. Pero igual no es cómodo, no te pueden estar mirando ni tocando todo, las personas y los pechos...

Prácticas como estas, en donde no se resguarda la privacidad de la mujer también son formas de desvalorización del cuerpo de la mujer. Como se aprecia en los relatos, estos son tratados como objetos de intervención: expuestos en las camillas obstétricas en función de las necesidades del personal y de practicantes. A raíz de esta cosificación se invisibilizan las necesidades, personalidades y emociones de las mujeres.

Como se expuso al principio la desvalorización moral no tiene que ver con la práctica, sino con la forma en que se lleva a cabo. Y en este sentido, el personal de salud es responsable de cuidar que los protocolos respecto al resguardo de la intimidad se cumplan, debido a que esto constituye un derecho de las pacientes:

Derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y circunstancia; que comprende: lenguaje adecuado e inteligible; actitudes que se ajusten a normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptadas; y respetar y proteger la vida privada y honra de las personas (Ministerio de Salud, 2012),

Sin embargo, este derecho en ocasiones es vulnerado por el personal de salud, ejemplo de esto es el siguiente relato en donde se describe el trato de un doctor falto de cuidado y respeto:

Pero con el doctor, que es un gallo que nunca más vi en la vida y te conoce entera es como ¡qué rabia po! que nunca fue respetuoso en ese sentido, que nunca tuvo cuidado, eso te da rabia. Esas son como las marcas que te quedan, después se te olvida yo creo con el tiempo es heavy po, porque uno tiene ciertos pudores po.

La desvalorización del cuerpo de la mujer también es un tipo de maltrato que está relacionado a los otros dos tipos de desvalorización que se han trabajado en este apartado. Una de las maneras de provocar este tipo de desvalorización es a través de la realización de tactos reiterados e innecesarios durante el trabajo de parto:

Eh... hasta ese momento todo bien, me dediqué a dormir, pasaban las técnicas a revisarme cada cierto rato y ya tipo 3 de la tarde empieza la matrona así como "ya vamos a ver el tacto", y tu así como ya... y pasaba una matrona y otra matrona, y otra matrona, y después en otro momento pasó una matrona con dos matronas que me da la sensación que eran practicantes, no sé, y ni siquiera te preguntaban así como "oye permiso, estamos haciendo..." nada, así como "abre las piernas, permiso, vamos a ver". Em... ya tipo seis y media ya los dolores para mí eran insoportables, ya como a las cuatro me habían puesto la oxitocina intravenosa y yo a las seis ya no soportaba los dolores, y les decía que me dolía y yo lloraba.

Según el Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo (2008), específicamente en el apartado sobre el Manejo del trabajo de parto fisiológico personalizado se estipula que para evaluar el progreso del trabajo de parto se deben "realizar el mínimo de tactos vaginales y con justificación clínica, evitando exámenes de rutina" (Ministerio de Salud de Chile, pág. 198). De ahí que, esta práctica reitera y sistemática por parte del personal de salud constituya otra forma de vulneración de la intimidad de las mujeres y desvalorización de su cuerpo. En este sentido, los equipos de salud además de no cumplir con los protocolos, provoca sensaciones de incomodidad, vergüenza y vulnerabilidad en las mujeres, tal como se expresa otra paciente: *yo le sacaría el tema de que todos te toquen. Yo eso lo sacaría, de verdad que faltaba que el caballero de la basura te tocara.* En este sentido, no es que la práctica misma sea el problema, sino la forma en que se lleva a cabo por la cantidad de estos y el número de personas que los realizan, como se describe a continuación:

Los tactos... mira según yo tengo entendido, a ti, máximo 2 personas deberían hacerte tacto cuando tú vas al pre parto. Yo te podría decir que por lo bajo 7 personas me habrán hecho tacto. Porque resulta que la matrona le decía a la

otra matrona que yo no dilataba y ella tenía que asegurarse que yo estaba dilatando y que no, le decían a otra persona de que también confirmara si es que acaso había avanzado algo la dilatación o estaba igual. Entonces como que no sé si pescaban la cuestión a la chacota, de que todos tenían que asegurarse de que si yo estaba dilatada o no. O sea se supone que, si ellos son profesionales y estudiaron, con una persona basta para saber si ha dilatado o no.

Respecto a esto, otra mujer describe lo que sintió por haber sido tocada muchas dando cuenta que esto representó para ella pérdida de intimidad, deshumanización y cosificación de su cuerpo, pues hace la analogía de haberse sentido como una máquina:

Que me toqueteaban entera, era como cuando yo tenía relaciones y mi pololo me tocaba, aquí era tal cuál, pero con la mano entera y toqueteándome entera. Y era como esta parte es tan privada mía que yo no la ando tirando a la chuña para que todo el mundo la vea y, si yo lo hiciera da lo mismo porque yo lo decido con quien lo hago, aquí nadie me pedía permiso, lo hacían. Y eso a mí me complicaba. Porque una cosa es que uno firme un permiso que diga que uno acepta los procedimientos médicos, pero otra es muy diferente es que a una la toquen y la vuelvan a tocar y la vuelvan a tocar y le metan cosas, y la traten como que fuese no sé, apretai un botón, una güagüa, apretai otro botón, otra güagüa...Sí, cuando me iban llevando por el pasillo en la camilla me sentía que era una cosa, como que sentía que casi me podría mirar se afuera. Como que estaba presenciando el parto de otra persona, no el mío.

Para finalizar, destacar que pudimos evidenciar tres formas de desvalorización cotidiana de la mujer: como persona, moral y de su cuerpo. La desvalorización de la mujer como persona surgió cada vez que a estas se le realizaron prácticas sin consentimiento, por conveniencia del personal de salud (como inducir partos, realizar cesáreas innecesarias y abuso de la medicalización) y cuando se omitió su experiencia de sufrimiento en pos de los resultados y auto reconocimiento del personal de salud por su trabajo. También este tipo de desvalorización se expresó cuando los profesionales deslegitimaron los síntomas de las mujeres por una sobrevaloración de las máquinas y la tecnología obstétrica.

En cuanto a la desvalorización de moral de la mujer esta ocurrió cuando el personal de atención actuó influenciado por prejuicios, pues las prácticas obstétricas se llevaron a cabo con mala intención y sin resguardo de la salud de las mujeres. Además, este tipo de desvalorización fue expresada en situaciones en donde no se respetó la intimidad de las mujeres, como por ejemplo con la presencia de practicantes observándolas durante sus trabajos de parto sin consentimiento de estas, y también cuando el personal de atención actuaba sin tener en cuenta el pudor de las mujeres respecto a lo que provoca la exposición de la desnudez y los genitales a extraños.

En vinculación con lo anterior, la desvalorización cotidiana del cuerpo de la mujer la evidenciamos cuando para la realización de ciertas prácticas el personal de salud exhibe y trata el cuerpo de la mujer como si fuera un objeto de intervención médica, ejemplo de ello son los tactos reiterados realizados por muchas personas diferentes y la doble exposición corporal durante el trabajo de parto al personal de salud, pero también al uso del cuerpo, implicando esto la pérdida de autonomía respecto al desarrollo del parto y las decisiones referentes a este proceso. Esto da cuenta de la cosificación que sufren las mujeres durante experiencias de violencia obstétrica.

Cabe destacar que las prácticas y las actitudes que conforman estas formas de desvalorización de la mujer fueron calificadas como cotidianas porque, como se ha demostrado a lo largo de los análisis, son formas de operar y prácticas que ocurren sistemáticamente en las maternidades, estando naturalizadas por los profesionales de salud.

También es importante resaltar que estas prácticas, acciones y actitudes implican la deshumanización de las mujeres durante su gestación, parto y puerperio, puesto que estas describieron ser tratadas como animales y máquinas de parir, incluso, en algunos casos expresando haberse sentido como un perro o vaca. Además, agregar que la desvalorización de la mujer durante experiencias de VO también es una forma de violencia que conduce a la pérdida de autonomía, debido a que éstas son sometidas a intervenciones sin consentimiento -por miedo- perdiendo el control sobre sus partos, su cuerpo y ellas mismas. Esto, debido a que el desarrollo del parto en instituciones de salud está sujeto al conocimiento obstétrico y, por ende, a las decisiones de los profesionales y personal de atención, como ha quedado demostrado con los relatos expuestos.

Además, es importante entender que estas formas de desvalorización en la práctica operan de manera articulada puesto que una intervención obstétrica puede ser expresión de uno o más tipos de desvalorización. Y en términos más profundos, también pudimos evidenciar cómo este tipo de violencia moral está articulado con otras formas de violencia de este mismo tipo, e incluso, con formas de violencia física y directa. Esto se manifiesta, por ejemplo, en el uso de la camilla obstétrica para parir, práctica que condiciona a que las mujeres sólo puedan optar la posición de litotomía y a que estas queden expuestas a la observación y decisiones del personal de salud y, con ello, su cuerpo a las intervenciones obstétricas, así como a muchas otras prácticas ya han sido revisadas.

A modo de síntesis, lo importante entonces es entender que todas estas formas de violencia están estructuralmente vinculadas debido a que emergen como expresión del Modelo Tecnocrático del Nacimiento el cual, además, opera en su conocimiento como saber androcéntrico.

III. Eficiencia de la violencia

A continuación, se abordaremos 3 aspectos que la autora Rita Segato propone que son característicos de la violencia moral y que, a la vez, garantizan su eficiencia en el sistema de desigualdad de estatus de género. Estos aspectos los extrapolaremos a las experiencias de VO para así analizar el contexto de ocurrencia de los abusos y maltratos.

Para la autora la eficiencia de este tipo de violencia, según lo expuesto en el marco teórico, está en la forma en que se sostiene la reproducción del control, la dominación y la subordinación de las mujeres en el sistema de estatus de género, que para efectos de esta tesis se entiende como la construcción y reproducción del sistema sexo-género. Es por ello que la revisión de estas tres características sobre la eficacia de la violencia moral resulta importante para comprender el modo en que el carácter “normal” de la violencia se vuelve normativo, es decir, se vuelve necesario y, con ello, constitutivo de la reproducción del mundo jerárquico en que opera. Dado que según la autora “la violencia moral no es vista como un mecanismo espurio ni mucho menos dispensable o erradicable del orden de género – o de cualquier orden de estatus- sino como inherente y esencial” (Segato, 2003, pág. 17).

III.I. Diseminación masiva en la sociedad que garantiza su naturalización como parte de comportamientos considerados normales y banales

En este apartado analizaremos la forma en que la diseminación de la violencia en la sociedad contribuye a que la VO, en tanto experiencia de durante la gestación, parto y puerperio, sea naturalizada por las mujeres.

En el siguiente relato se describe la forma en que se naturaliza socialmente el maltrato hacia las mujeres durante parto, constituyéndose este como un conocimiento de sentido común que socialmente se transmite hacia las gestantes, las cuales terminan asistiendo a las maternidades con miedo:

Durante la noche del parto, yo fui con harto miedo a tener a mi hijo porque me decían que en los hospitales públicos si tú les respondes te tratan super mal. Entonces yo no hablaba, la chica que estaba conmigo, acompañándome en la habitación, era la que pedía ayuda cuando me veía mal o cosas así.

Tu decí a lo mejor si yo les hablo muy pesado o muy fuerte entonces no me van a atender, y si no me atienden, si a mí güagüa le pasa algo, entonces tú te bancái todo, en el fondo tratando de proteger a tu güagüa...

Se evidencia que hay mujeres que van con la disposición de aguantar el maltrato durante sus partos por miedo a las reacciones del equipo de salud que las atenderá y porque asumen el maltrato como normal al momento de parir. En este sentido, la interiorización de este conocimiento y, con ello, la configuración de un sistema de evaluación de la mujer de acuerdo a las posibilidades del parto, dan cuenta de cómo estas representaciones sociales del parto operan como marcos de referencia para la acción y el comportamiento (Abric, 2001) de las mujeres en tanto estas elaboran el sentido de la acción, es decir, organizando y clasificando el mundo, así como configurando su actuar en el (Piña & Mireles, s.f.). Es por ello, que a raíz de la encarnación de este tipo de representaciones del maltrato en el parto - relacionadas al miedo, a la subordinación, a la tolerancia del maltrato- es que las mujeres asumen estas experiencias como normales o naturalmente violentas.

De acuerdo a lo anterior, en los siguientes relatos se describe como también se naturaliza esta noción de violencia durante el parto en círculos cercanos a las gestantes, como familiares y de amigos/as, cuando se conversa sobre la experiencia de parto:

Claro, de hecho, yo tengo una amiga que lo encuentra como algo súper natural. Ella vivió una experiencia similar y me dice "ahh, pero yo terminé igual" y yo le dijo sí, pero no está bien. Osea cuando se pone en riesgo tu vida o la de tu hijo es algo muy malo. Porque podría alguien de los 2 haber perdido la vida y tu pareja quedara de brazos cruzados sin que nadie le haya informado nada y no lo puedes tomar a la ligera.

Y yo pienso...eso te debe afectar durante el embarazo... estar con la presión constante chuta y ese día que voy a parir, que miedo quien me va a tocar qué me va a pasar...no disfrutai el embarazo... Claro, es como tema en el baby shower, en donde sea, a ha ya te falta poquito, chuta bueno, pero vas a ver a tu güagüa y se te va a pasar y todo el mundo te mete ese miedo y tú ves a la embarazada que va a parir y tú dices, así como "chuta, lo que le espera"

Vinculado a la frase “chuta bueno, pero vas a ver a tu güagüa y se te va a pasar todo”, en el siguiente testimonio se ejemplifica el sentido que tiene para las mujeres naturalizar la diseminación masiva en la sociedad de la representación del parto como una experiencia violenta, puesto que se refleja la forma en que muchas mujeres asumen aguantar “implícitamente” lo que pase en el parto por sus bebés, ya sea por tener que sobreponerse a la experiencia de maltrato porque el bebé nació bien o por evitar que sufra maltrato o alguna negligencia que pueda causarle daño a ellas también:

Tenía derecho a que se me respetara mi intimidad, tenía derecho a que, osea en su momento, cuando yo lo estaba vivenciando, yo pensaba que eran acciones que tenían que ser así y era indispensable de que fueran así para yo pudiese sobrevivir a esa experiencia y mi güagüa también, pero después con el tiempo uno se da cuenta de que no, que no lo hicieron de pajeros, de que, machistas, no se po, En realidad yo tenía derecho a otro trato, esto no era indispensable de que fuera así para asegurarme un buen resultado.

Yo creo que uno lo tiene implícito un poco, osea que tení que aguantarte lo que te pase porque es por tu güagüa en el fondo. De hecho, uno lo hace así, uno no se pone a alegar ahí deja que te traten como cordero porque lo que viene es tu hijo, entonces yo creo que uno lo tiene como un poco implícito.

Pero no tengo, así como la imagen de que alguien me haya condicionado aguantar maltrato por lo que venía. Yo creo en todo caso que ellos no son conscientes del maltrato que realizan, así como que es su pega de todos los días y... Claro, hacen maltrato y así es con todas como fue conmigo, sistemático y no tienen idea, yo creo que no tienen idea de lo que están haciendo.

Es notable como esta última mujer rechaza la idea de que el personal de salud maltrate intencionalmente a las mujeres, dando cuenta así de que el maltrato se trata más bien de un aprendizaje previo, que no se puede explicar simplemente bajo la noción de voluntad e intencionalidad de los profesionales, siendo entonces la violencia obstétrica un problema más complejo que excede las intenciones del personal de salud. Ahora bien, este tema sobre la intencionalidad de la violencia condiciona la diseminación de la violencia obstétrica como una situación cotidiana del parto, debido a que las mujeres reducen la legitimidad de su experiencia al reconocimiento de la intencionalidad del maltrato por parte del personal de salud, naturalizando así diferentes formas de violencia obstétrica porque no reconocen mala intención en las prácticas. Esto se aprecia en los siguientes relatos en donde las mujeres al no percibir la intencionalidad del maltrato califican su atención como buena a pesar de que las prácticas fueron violentas:

Pero ya como a las 5:30 de la tarde llegó mi doctora, me revisa y me rompe la fuente. Y a todo esto mi doctora no era mi doctora, porque mi doctora se había ido de vacaciones el día anterior, entonces la doctora como que era mi reemplazo, la tenía que conocer ese día en control y no alcancé a llegar a control, ella era mi reemplazo. Una maravilla sí me trató súper bien, pero me rompió la fuente. Entonces ahí yo dije esta cuestión no está bien porque según lo que yo entendía eso se tenía que hacer de manera natural.

Ma' encima me tuvieron que cambiar la matrona, porque esta matrona como me dijo que yo tenía 2 dilatación era exclusivamente porque ella salía de turno a las 8. Entonces ella me dijo "tú vas a tener tu güagüa como a las 8 y media", que casualidad... porque ella entraba al pensionado a esa hora. Ella a mí me dice "vas a entrar a esa hora y a esa hora te vamos a tener la güagüa". Entonces

como que ella trató de afinar como yo llegué ya a punto de tener al niño, porque ya había botado el tapón mucoso cuando yo había llegado la segunda vez. Ahí ya me dijeron vamos a tener que llamar a otra matrona, que yo digo "gracias a dios", porque esta mujer era muy amorosa. Pero aun así para hacerme el tacto, ni permiso ni nada, así pa'.

Sí la matrona era buena, como te digo, las prácticas fueron las malas. Em... el trato no tengo nada que decir, pero el hecho de lo que hicieron al final fue tan malo de que da lo mismo que te hubiesen tratado bien, que... Amables, sí, sí, me explicaban varias cosas, por ejemplo, los cuidados de la güagüa, cómo funciona el tema del embarazo, las molestias que yo tenía en el embarazo, osea la matrona fue buena... Pero como que me daban a entender de que ellos no saben el daño que ocasionan con estas prácticas, em... porque yo decía que el doctor es buen doctor, entonces como que yo encuentro de que me hizo tanto daño y al parecer como que él no se dio cuenta. Entonces yo no sé si es porque es hombre y no sabe los dolores que se sienten, no están bien preparados. Estos gallos, este gallo se había especializado en varios países entonces también yo no sé si se especializó en otros países por qué tampoco sabe. Entonces también tengo varias interrogantes, no sé si él lo hace a propósito, sabiendo de que estos son daños graves que puede ocasionar y como todo es normal en la clínica, imagínate quedai como tú, como que uno es el que está mal.

Me gustaría destacar la frase del comienzo "si la matrona era buena, las prácticas fueron las malas" porque es un argumento típico en las atenciones de salud tras el que se esconde la naturalización de la violencia, pues finalmente se asume que "el médico es buena persona, aunque sus prácticas no fueron las correctas". En este sentido, se debe entender que las prácticas son acciones decididas y funcionales (Weber) y que, por ende, su ejecución da cuenta de una intencionalidad independientemente de si esta es explícita o no. De esta manera, el acto de enmascarar el maltrato con las características personales de las personas que prestan asistencia en las instituciones de salud es una forma naturalización de las relaciones de violencia obstétrica. No se trata de realizar juicios personales, sino más

bien, de cuestionar las relaciones que surgen en espacios hospitalarios y clínicos, así como los roles que asume cada persona que allí atiende y es asistida, para que evitar la diseminación de la VO como una experiencia “normal” de parto. Como sucede al final del relato en donde evidenciamos la manera en que la mujer asume su condición de subordinada llegando incluso a pensar que ella fue quien estuvo. Todo esto, queda sintetizado en el siguiente relato:

Los mitos sociales y además el imaginario colectivo que hay frente al parto, esta cosa guiada que es maravillosa y todo, nadie les cuenta lo que hay detrás de todo esto, y llegan a vivirlo, y llegan a vivirlo, y es lo normal y es a lo que se acostumbran para sus otros hijos. Y sabiendo de que ellas... reconocen, yo creo que reconocen ese malestar y es algo que no les encaja bien, que siente que no está bien. Sin embargo, esto es lo normal, debe ser así, si me siento mal debe ser algo mío, algo que yo estoy sintiendo y que no es culpa de lo que me están haciendo, sino que es parte de.

Este fenómeno, de naturalización de la VO, y con ello, la legitimación y subordinación de la mujer al saber obstétrico, se podría explicar con el concepto de violencia simbólica que ofrece Bourdieu (1999). De acuerdo, a esta teoría, las personas subordinadas producen y reproducen las categorías sociales, así como las representaciones, que legitiman las relaciones de dominación a las cuales se ven expuestas como el sistema sexo género, pues según el autor:

Gracias a que el principio de visión social construye la diferencia anatómica y que esta diferencia social construida se convierte en el fundamento y en el garante de la apariencia natural de la visión social que la apoya, se establece una relación de causalidad circular que encierra el pensamiento en la evidencia de las relaciones de dominación, inscritas tanto en la objetividad, bajo la forma de divisiones objetivas, como en la subjetividad, bajo la forma de esquemas cognitivos que, organizados de acuerdo con sus divisiones, organizan la percepción de sus divisiones objetivas (Bourdieu P. , 2000, pág. 25).

Esta forma en que opera la violencia simbólica provoca que, incluso, las dominadas contribuyan a la reproducción y legitimación de su posición subordinada, en tanto su visión y categorización de experiencias se organiza en coherencia a la reproducción de las relaciones de dominación, como damos cuenta en la experiencia anterior en donde la mujer naturaliza el desconocimiento del equipo médico respecto al maltrato y, con ello, la normalidad de la violencia sistemática. Es por ello que la diseminación social del maltrato y la naturalización de las experiencias de VO podrían ser explicadas bajo la noción de violencia simbólica, puesto que el despliegue de la violencia en el parto es coherente a la reproducción de las relaciones de dominación que convergen en estas experiencias, y también, con la forma en que se han constituido y se constituyen los y las sujetas que ahí participan (médicos, matronas/es y parturientas).

De acuerdo con esto, no se puede naturalizar la violencia obstétrica hacia las mujeres bajo la justificación de la falta de intencionalidad explícita en los actos, conductas e intervenciones del personal de salud por dos razones. La primera es que, como hemos evidenciado en los análisis, la VO en tanto problema sistemático de la atención del parto no se puede reducir a un fenómeno personal, sino más bien se debe entender como la expresión de la forma en que operan y se reproducen los diferentes sistemas de dominación que se articulan en el espacio hospitalario. Y la otra razón es porque bajo esa lógica de naturalización de la violencia en el parto por falta de intencionalidad se estaría contribuyendo a la propia subordinación de las parturientas, en tanto a través de este acto de justificación se reconoce la normalidad del maltrato y con ello la naturalidad de la exposición a la violencia durante el parto:

Cuando los dominados aplican a lo que les domina unos esquemas que son el producto de la dominación, o, en otras palabras, cuando sus pensamientos y sus percepciones están estructurados de acuerdo con las propias estructuras de la relación de dominación que se les ha impuesto, sus actos de *conocimiento* son, inevitablemente, unos actos de *reconocimiento*, de sumisión (Ibidem, pp. 26).

Otra de las maneras en que las parturientas naturalizan la VO es cuando reducen el maltrato sufrido bajo el argumento de que no fue lo peor que les pudo haber pasado:

Entonces claro, si yo hago como la retrospectiva de todo esto, en el fondo es como que tuve suerte, y que terrible pensar así, porque mi hija nació 'sana' dentro de su prematuridad. En esta misma línea a continuación se describen otras experiencias en que las parturientas se cuestionan agradecer o no las intervenciones, el maltrato y la violencia porque esas mismas intervenciones las ayudaron a dilatar más rápido y, con ello, a que se redujera el tiempo de trabajo de parto, disminuyéndose también el tiempo de exposición al maltrato del personal de salud:

Los comentarios estaban, como te digo, estaban de más, no era necesario ese tipo de comentarios porque no iban a lugar en ese momento. Y, obviamente, es que, en realidad, ella fue la que me dejó marcada, la matrona. Porque bueno, todos los demás eran x, pero inicialmente el matrón que me hizo el tacto, bruto, pero bueno. Fue gracias, no sé si desearle las gracias o no porque me adelantó el parto, entonces si me hubiese demorado más hubiese sufrido. Pero no, te digo, la matrona fue vaca, fue mala, fue, no sé, yo no sé qué otra palabra usar menos vulgar que esa porque en realidad creo que... No es que en serio, fue una persona sin sentimientos. Osea, claro, quizás no haya sido nunca mamá, pero tino, es mujer igual que yo. Empatía, un poquito de empatía, nadie le está pidiendo que "venga mi amor" no, pero un poquito de empatía siempre es bueno en estos momentos de depresión, de angustia, tú no sabí que va a pasar durante el parto. Así que eso.

Claro, entonces pienso, mirando para atrás, chuta, ya, tengo que agradecer la suerte que pude haber tenido para algunas cosas y es terrible encuentro yo tener que apelar a la buena voluntad de la persona que te está ateniendo. Mi hija nació después de 8-9 horas de una inducción y yo tengo que agradecer que me pusieron una epidural y tengo que agradecer que me dejaron tocarle la cabecita...básicamente ese fue el parto de mi hija, en manos de otros donde yo no pude decidir prácticamente nada y donde se me violento de todas las maneras que te comente y reitero tengo que agradecer que no fue más que eso. Esa es como mi conclusión;" gracias porque no estaban de tan mal genio ese día"

Evidenciamos entonces, que la VO resulta está tan naturalizada en la sociedad que algunas mujeres aluden sentirse agradecidas por no haber sufrido tanto.

También evidenciamos la naturalización de la violencia cuando las mujeres en el relato de sus experiencias tienden a asumir responsabilidad en el maltrato recibido a raíz de las conductas y actitudes que tuvieron en los centros de salud, como se describe a continuación:

Sí, en algún momento pensé, de hecho, como estaba en un estado super vulnerable, pensé a lo mejor yo le puse mucho, de verdad que yo reclamé y dejé la embarrada, como que gritoneé en la clínica, todo. Eh... quizá yo le puse, porque yo estaba en un estado sensible ¿o realmente me trataron mal? Como que traté de cuestionarme eso... Pero como te digo me lo cuestioné, pensé que yo estaba exagerando...

Nuevamente opera la violencia simbólica en donde la posición de subordinación de la parturienta contribuye a que en experiencias de VO se cuestione la propia legitimidad de haber sido maltratada por equipo de salud, dado que se justifica el maltrato en las propias disposiciones femeninas al momento de parir, estar vulnerable y ser exagerada.

También otra de las situaciones en que se evidencia la naturalización de la violencia obstétrica es cuando las mujeres relatan no haberse dado cuenta de que lo que vivieron fue maltrato sino hasta un tiempo después de haber parido, como se muestra en los siguientes relatos:

De hecho, durante mucho tiempo pensé que mi parto había sido un buen parto porque había sido rápido, porque había sido vaginal. Como que yo en ese momento, si bien, fue muy molesto todo lo que pasaba, no lo asimilaba como parte del cuento, como que encontraba que era, obviamente que tenía, como que no me sentí violentada en el momento, no sé cómo explicarlo.

Así que no, mira el tema de la violencia yo la caché después unos días. Yo salí de la clínica y empecé a pensar al tiro dije no, no puede ser haber vivido esto... y lo empecé a contar, empecé a hablar, a hablar y me di cuenta cada vez que era grave, era super grave.

Es que, por eso, yo no me di cuenta que era violencia obstétrica hasta que me junté con las chiquillas de danza, al darme cuenta de que lo que me había pasado no le había pasado a nadie y ahí dije "oh, parece que yo también sufrí violencia obstétrica y no sabía", el hecho de que no me preguntaran por eso, que me inyectaran esto, me inyectaran lo otro, no era normal.

Entendí que me habían robado un parto, que me habían robado además un momento con mi hija super importante. Que nunca me dieron ninguna explicación, que nunca me explicaron nada, que me habían vulnerado mis derechos, así gravemente. Pero fue una cuestión que yo, una convicción a la que yo llegué después. Yo, como te digo, decía "no, mi parto fue super bueno" fue estupendo, estupendo, y no po fue espantoso, había sido una carnicería pero bueno.

De acuerdo con estos relatos es importante resaltar la manera en que la desinformación que existe con relación a la experiencia de parto en su dimensión corporal, espiritual y desde el enfoque de los derechos reproductivos de las mujeres, contribuye a que se naturalice aún más la violencia. En este sentido, los prejuicios y representaciones que se diseminan socialmente sobre el parto y que las mujeres asumen y encarnan al momento de dar a luz, propician aún más la pérdida de autonomía y los maltratos durante las experiencias de violencia obstétrica. Esto se refleja en las siguientes citas en donde diferentes mujeres cuentan que, gracias a que posteriormente a sus partos pudieron acceder a información sobre partos respetados, se dieron cuenta de haber sufrido violencia obstétrica directa y moral, por las intervenciones y trato ejecutado por el personal de salud, respectivamente:

Eh... tengo una colega del consultorio que es matrona y ella tuvo guagüita como a los 40 años, hace como 2 años tenía 40, 41 años y salió con una guagüita, muy contenta, muy feliz. Y ella se atendió el parto con una amiga de ella, con su mejor amiga que es matrona y que hace partos respetados. Entonces yo me metí a su página, me acuerdo que leí muchas, muchas experiencias de mujeres que se atendían con ellas y era hermoso, era así como todo lo que yo necesitaba, cachai, como de alma. Pero ella atendía sólo a

privado y me dio rabia po, dije pucha yo no tengo esa plata que, por último, esa clínica queda lejísimo de acá, yo llego con trabajo de parto, voy a llegar con la güagüa en el auto, yo no puedo atenderme con ella. Entonces sentía como una injusticia porque tenía que tener por plata un parto respetado. Pero yo me acuerdo que a partir de esa experiencia de ella empecé como a leer mucho más del parto respetado y lo que era la violencia obstétrica en el fondo. Porque tiene mucho, no se trata solamente de que te traten mal, al contrario hay matronas mañosas, o típico a la cabra le dicen "ay no te gustó tener güagüa, no te gustó, no te gustó aguántate el dolor". Eso es como lo que uno arrastra, como que sabes que eso te puede pasar, pero no es sólo eso, a mí por ejemplo no tendrían por qué haberme inducido un parto. Osea es una intervención completamente innecesaria siendo que la Amparo era completamente normal, entonces eso y abusar de la desinformación de uno, porque el médico me dijo y yo le dije que bueno porque, qué sabía yo que eso no era... Entonces tan injusto que es, es tan injusto con las mujeres.

Pero no le dije nunca a nadie, no lo comenté con nadie porque no po, era como atraer atención hacia mí y lo encontraba como desconsiderado, además, pensando que todo había salido muy bien, pensado que la güagüa estaba sana, yo estaba sana, como que me daba mucha culpa como, claro, poner en esa parada, nunca dije nada. Y se pasó po, yo creo que me demoré como mucho en salir del hoyo, pero mi puerperio con la Helena no fue fácil. La lactancia, nada po, duró la pe, a los 2 meses yo ya estaba dando relleno, ya no estaba dando pechuga, y así po. Y con el tiempo, a propósito de otras cosas, en búsqueda de otras cosas llegué a información sobre el parto humanizado, el parto respetado, y fui entendiendo que todas las cosas que me habían pasado en el parto no correspondían. Yo tenía 23 años, tenía un cuerpo super sano, no necesitaba toda esa cantidad de intervención. Entendí que me habían robado un parto, que me habían robado además un momento con mi hija super importante que nunca me dieron ninguna explicación, que nunca me explicaron nada, que me habían vulnerado mis derechos, así gravemente, pero fue una cuestión que yo, una convicción a la que yo llegué después, yo, como te digo, decía "no, mi

parto fue super bueno" fue estupendo, estupendo, y no po fue espantoso, había sido una carnicería, pero bueno.

Desde otra perspectiva, una mujer relaciona la naturalización de VO con las diferentes formas en que se refleja el machismo y el androcentrismo que existe en la sociedad. En este sentido, esta mujer pone en tensión la idea de que las expectativas con que las mujeres van a parir se condicen con las representaciones que circulan socialmente sobre el parto, generando que estas creen que la experiencia de parto ocurrió como debía ser, sin problematizar el hecho de haber sufrido VO. Es decir, a raíz de esta forma de naturalización de la violencia y los abusos, se condiciona a que las expectativas sobre el parto calcen con las situaciones a las cuales se ven expuestas las mujeres, e incluso, que estas legitimen su posición de subordinación ante el saber obstétrico. En esta idea se refleja lo trabajado respecto a comprender la violencia obstétrica como una experiencia de violencia simbólica, en tanto los esquemas de percepción de las mujeres son coherentes con los sistemas de representación, en este caso machismo y androcentrismo, que contribuyen a la reproducción de los sistemas de dominación como lo es el patriarcado:

Y nada po, lo que siempre se habla de la violencia obstétrica, que al final es simplemente un reflejo del machismo y del androcentrismo que impera en todas partes, como... en la experiencia de parto, siento que se dibujó para mí de forma muy perfecta eso po, como el, el patriarcado así más brutal, en donde a mí me anularon completamente. Yo era un cuerpo, y además, un cuerpo deficiente porque tuvieron que hacer de todo para hacerlo parir, digamos. En donde mis derechos no valían nada, en donde mi voz no valía nada, yo estaba supeditada a una autoridad, a otra autoridad. Es como la forma más cuática de minimizar a una persona y de infantilizar, de anularla por completo, su voluntad, sus derechos, su nada, todo...Nunca nadie te dice que en el parto te tratan bien, le he escuchado a tantas amigas decir "no es que en el parto uno pierde la dignidad" y yo me acuerdo también haberlo dicho como "perdí toda la dignidad" y como riéndome, así como si fuera un chiste. Pero si uno lo empieza a elaborar es tremendo decir una cuestión así, pero como que calza con las expectativas. En general uno no escucha que los partos son bacanes o que es muy bonito, es bonito conocer a tu hijo, pero el parto, la experiencia en

sí casi siempre con como cruentas o muy incómodas. Entonces como que uno tiene esa expectativa y como la experiencia estuvo a la altura de esa expectativa uno cree que en realidad salió todo super bien, es cuático.

Contrariamente a todo lo expuesto, una mujer reflexiona cómo se ha subordinado el conocimiento y la autonomía de la mujer al conocimiento obstétrico, proponiendo que lo que se debería normalizar es que la capacidad de parir que tienen las mujeres, y no su defectuosidad, como se piensa:

...Y eso es lo que hay que normalizar... como cuál es la posibilidad de que una mujer pueda dilatarse sola, sin oxitocina, sin nada en la clínica con las patas abiertas, en un lugar frío y con luces, llena de doctores, y gente que uno no quiere que esté ahí y sin poder manifestarte. Es distinto cuando estay en tu casita, calentita, con la persona que tú escogiste para estar ahí, poder manifestarte como sea, irte, soltarte, manifestarte tal como te venga, es muy distinto. Es que justamente pasa que si estas, si quieres tener una relación sexual con tu pareja, ¿qué necesitas para excitarte, para soltarte? necesitas intimidad, necesitas cariños, amor, estar ojalá más solos, ojalá con una persona de sumamente confianza, y esa es la única forma de poder abrirte, que otro te permita manifestarte, no estar pensando ¿qué va hacer si digo o hago esto? Pero creo que también no cualquier mujer no puede tener un parto natural, por el hecho de que nos han quitado eso, y hoy en día la mujer se tiene que preparar... Es sumamente contradictorio, pero hoy en día la mujer se tiene que preparar para tener un parto natural en casa, porque nuestras mamás, nuestras abuelas, no nos enseñan esto, porque a ellas se los quitaron hace mucho tiempo, le quitaron este proceso hace mucho tiempo, entonces ellas no tienen la conciencia de lo que es, somos las nuevas generaciones las que estamos trayendo esta nueva conciencia de nuevo...

En resumen, en este apartado evidenciamos que el maltrato en durante el parto está naturalizado para las parturientas debido a que en sus relatos ellas asumen la posibilidad sufrir violencia durante el parto y en su estadía en las instituciones de salud. También se logra dilucidar que estas representaciones del parto se transmiten a las mujeres gestantes en

espacios cercanos, de tipo familiar y amistosos. La diseminación de esta forma de representar la experiencia de parto tiene como sentido preparar a las mujeres para aguantar los maltratos y abusos ejercidos por el personal de salud, provocando que entonces se naturalice este tipo de violencia por considerarse una experiencia posible y normal.

Esto mismo genera que, a causa, de la diseminación masiva en la sociedad de esta forma violenta de experimentar un parto y de nacer, las mujeres naturalicen sus experiencias de VO. A raíz de los relatos pudimos cuenta de que existen diferentes formas en que las mujeres llevan a cabo esta naturalización, una de ellas es cuando las parturientas y puérperas se cuestionan sobre la propia legitimidad de su experiencia debido a que no reconocen intencionalidad en el maltrato sufrido. Otra forma es cuando las mujeres justifican el maltrato pensando que no es lo peor que les podría haber ocurrido, dado que las mismas intervenciones permitieron apurar el tiempo de trabajo de parto, estando entonces menos expuestas en términos temporales a más maltratos. Otra de las maneras se evidencia cuando las mujeres se cuestionan si fueron ellas las responsables de haber sufrido maltrato por tener conductas y actitudes que quizás consideraron exageradas por su estado de vulnerabilidad durante el trabajo de parto y posparto. Y en último lugar, otra de las formas en que se reflejó la naturalización de la violencia obstétrica es cuando las mujeres no se dieron cuenta de haber sufrido VO sino hasta después de sus partos, conversando con otras mujeres o buscando información al respecto, a pesar de haber sentido incomodidad y que algo no andaba bien durante el parto. Respecto al tema de la información, se evidenció que hay mujeres que, por falta de conocimiento sobre a los derechos reproductivos, del proceso fisiológico del parto y de las necesidades psicológicas y emocionales de una parturienta, no se dan cuenta de haber sufrido violencia porque no tienen herramientas para dilucidar lo ocurrido desde esa perspectiva. En este sentido, en el relato de una mujer se manifiesta que la naturalización de la violencia obstétrica también es un reflejo de la encarnación del machismo y del androcentrismo en la sociedad, expresándose en esta experiencia el patriarcado en su versión más brutal.

Finalmente todas estas formas de naturalización de las experiencias de violencia obstétrica contribuyen a la diseminación social de esta representación del parto y del

nacimiento vinculada al maltrato, pues las mujeres al encarnar estos conocimientos durante su socialización, cuando ya están gestando y se enfrentan a la experiencia de parto, la manera de interpretar lo ocurrido se reduce al reconocimiento (Bourdieu, 2000) de lo que han aprendido, debido a que su experiencia de parto resulta ser coherente con las expectativas que tenían.

III.II. Arraigo en valores morales religiosos y familiares, lo que permite su justificación

En el siguiente apartado abordaremos otra de las dimensiones de la violencia moral que contribuyen a la eficiencia de la misma en la sociedad, en función de la reproducción del control, de la subordinación y dominación de la mujer. En cuanto a esta dimensión, el siguiente relato da cuenta de la manera en que operan los valores morales y familiares legitimados en la sociedad en el espacio de la atención obstétrica en instituciones de salud. Y además cómo estos valores sustentan la reproducción de experiencias de violencia obstétrica, por la forma en que se promueven los roles de las mujeres:

Bueno fue una gestación como no planeada, como que fue muy sorpresiva y eso siento como que marcó hartito lo que vino después, en realidad, porque en verdad yo era una persona adulta, estaba saliendo de la universidad, pero por estupideces, así como ambientales, como culturales, siempre sentí como, como que, te juro que me sentí como una mamá adolescente, como que me había mandado una cagá. Lo viví mucho, mucho con vergüenza y eso hizo en buena medida, siento yo, que no buscara alternativas, cachai, como que no buscara información. Yo decía ya bueno, me pasó esto, todavía dependo económicamente en cierta medida de mis viejos. Yo tenía un plan de salud, por eso me atendí en ese hospital, porque mi viejo es milico, entonces yo seguía bajo su, todavía tenía derecho a ese sistema de salud, y... entonces como que dije, informarse, para qué me voy a informar si yo no tengo alternativa, la alternativa es la que tengo acá. Por eso nunca me cuestioné sobre mis opciones, si no tengo opciones. Y nada po, y me atendí con un... a ver, toda la gestación me la controlé con un médico, así como un ginecólogo que yo no cachaba, que vi, que tomé hora con él porque era el hueón que me coincidía

bien con el horario de las clases. Y mi primer, siento yo, como experiencia de violencia obstétrica la tuve onda en el primer control, antes diría yo, porque fui un día a hacerme la sub beta, me tomaron una muestra de sangre y yo llegué igual con cara de urgida, yo no estaba saltando en una pata, para mí esa huea, yo estaba como toda preocupada. Entonces la mina, no sé si era una paramédico o una enfermera, no sé quién me habrá hecho, me dijo así, como que me miró y me dijo "ayy, pero no le gustó". Yo siempre además he aparentado menos edad, entonces yo siempre yo creo como que esta gente se tomó la atribución de hacerme estos comentarios. Ya te voy a contar el otro, porque parecía más chica, yo en verdad tenía 23, era una hueona adulta, cachai, pero como que me veía no sé, de 16 y me dice "ay no te gustó" y yo como que no, no caché el comentario, no entendía a qué venía, pero después hice el cruce. Y de ahí cuando fui a ver al doctor, el primer control, no lo había visto en mi vida, jamás, el tipo me ve entrar y me dice, y nunca se me va a olvidar, me dijo así como, ni siquiera me dijo hola, me dijo "yo estoy seguro que a tu papá le habría encantado acompañarte vestida de blanco", eso me dijo... Te lo juro, brígido, nunca se me va a olvidar en mi vida porque fue como de los momentos desconcertantes que he tenido en mi vida. Y yo dije este hueón que... Bueno, tuve estos controles de gestación con este señor, doctor Pizarro me acuerdo, y el hueón nada, no tenía mucha relación con él, era todo muy, 3 minutos, 4 minutos, me medía la guata, me mandaba para afuera y se acabó.

Este relato es representativo de experiencias en donde a las mujeres se les hace sentir inmorales por estar embarazadas en condiciones que la sociedad no considera "decentes". En esta descripción se ilustra la forma en que desde el saber obstétrico androcéntrico se deslegitima la calidad moral de la mujer, que en este caso ocurre cuando el médico cuestiona a la gestante por no preservar su virginidad hasta matrimonio. Esta interacción está estrechamente vinculada a la manera en que la moral religiosa opera en el control de los cuerpos y la sexualidad de las mujeres. En este sentido, las religiones culturalmente son pilares fundamentales de la constitución y reproducción de las identidades nacionales, pues el imaginario sobre la mujer está estrechamente relacionado con el surgimiento de nuestra

sociedad mestiza con relación a las imágenes religiosas con las que se nos colonizó (Montecino, 2007). Al ser Chile un territorio colonizado por la Corona Española en nombre de la cruz católica cobra sentido entonces pensar que incluso en espacios científicos androcéntricos, como lo es la obstetricia, se vulnera a las mujeres en función de la mantención del estatus religioso en cuanto a los valores y moral, como se explica a continuación:

En la religión judeocristiana, algunas de estas leyes que determinan el ideal y el comportamiento adecuado de las mujeres como madres, se representan dentro de un contexto marianista sobre el pecado, sacrificio, dolor y sobre el milagro de la vida o de la concepción. Así la imagen socialmente construida de la madre o mujer perfecta, humilde, sumisa, sanadora, sacrificada como lo es el imaginario de la Virgen María, es utilizado para condicionar el comportamiento adecuado de maternidad y por lo tanto también como es percibido el parto como parte del sacrificio y abnegación del ideal de madre- virgen y de negación o rechazo al placer sexual (Wohlgemuth, 2015, pág. 24).

Siguiendo con el análisis del relato, este comentario que hace el médico lamentándose que el padre de la gestante no podrá llevarla vestida de blanco a la iglesia también se puede abordar desde la perspectiva de los valores morales familiares, que de igual manera está influida por las ideas religiosas que operan en la sociedad. El médico lo que hace es promover la moral familiar respecto a la maternidad en su sentido negativo puesto que, si bien recurre al imaginario de que la mujer es valorizada como madre en su contexto familiar, lo que hace es evidenciar a esta mujer que ella ya no encarnará esa identidad en su familia, por la deshonra que genera su situación. En este sentido bajo este argumento en pro de esta moral familiar, se está naturalizando la reproducción del mundo jerárquico en que opera esta violencia moral debido a que “(...) la violencia moral se infiltra y cubre con su sombra las relaciones de las familias normales, construyendo el sistema de estatus como organización natural de la vida social” (Segato, 2003, pág. 114).

Finalmente, cobra sentido resaltar que todos estos argumentos bajo los cuales se promueve una moral religiosa y familiar en esta experiencia, de violencia obstétrica durante la gestación, son juicios heteronormativos debido a que definen en rol de las

mujeres en función de la masculinidad, pues en el fondo lo que se le cuestiona a esta mujer es no conservar su virginidad para su esposo el día de su matrimonio y no cuidar el estatus que le confiere a su padre llevar a su hija virgen al matrimonio. En consecuencia, este tipo de comentarios reflejan que aún la obstetricia se constituye como una ciencia androcéntrica arraigada en la moral y valores religiosos y familiar.

III.III. Imposibilidad de denunciar y pedir ayuda

La imposibilidad de designación e identificación de las conductas que constituyen violencia son un problema para que las parturientas denuncien y señalen estas situaciones como actos de violencia. Además, esta situación constituye un impedimento para que las personas involucradas, ya sea mujeres o personal de salud afectado, puedan defenderse, buscar ayuda o, bien, transformar las prácticas. Todo esto contribuye también a su invisibilidad y eficiencia en cuanto a relación efectiva del poder, dominación y subordinación.

En los siguientes relatos evidenciamos que la falta de información de las mujeres y sus acompañantes, además de contribuir a la naturalización de la violencia moral como se vio en los apartados anteriores, es un impedimento para realizar quejas o reclamos por la atención prestada por el equipo de salud:

...Osea ojalá, ojalá, ojalá que este tema se tocara más para evitar este tipo de cosas porque como te digo es el desconocimiento, la ignorancia la que hace que una aguante cosas como esta. El Rodrigo tampoco sabía mucho del tema, entonces también, si alguno de los dos hubiésemos sabido, hubiésemos dicho “pucha no le vai´ a hacer esto, hazle altiro cesárea”

Yo primeriza con mi marido y él tampoco cachando nada, quizás si hubiésemos tenido un poco más de conocimiento me hubiese podido defender un poco más, o tener un poco más de voz en el asunto, porque él tiene que ser la voz de una que no tiene, porque una está vulnerable...

Es importante destacar dos elementos contextuales que se mencionan en las citas y que permiten darle mayor complejidad a la comprensión de cómo afecta en las experiencias de parto de las mujeres la falta de información o la educación sobre la VO al

momento de realizar reclamos. El primer elemento es el estado emocional de los/as acompañantes quienes, al igual que las parturientas, al estar en un estado de vulnerabilidad por lo que están viviendo y no saber lo que está ocurriendo, se ven imposibilitados de reconocer el maltrato o incluso actuar frente a lo ocurrido. Y, en segundo lugar, el estado de vulnerabilidad en que se encuentra la mujer durante su gestación, parto y puerperio como se manifiesta en el siguiente relato:

Y de ahí claro me hicieron el raspado, que se llama el legrado, con lo que me quedaba, y me dieron de alta al rato, al par de horas, como a las 3-4 de la tarde, 4-5 por ahí, me dieron de alta. Pero fue así como que... es que yo no lo podía creer. En el momento que me fui yo lo único que quería era llegar a mi casa, pero después analicé cuando ya pasó esta cuestión, me pegué una cachada así... pero como nunca, pero me hicieron esto... como uno no reacciona, uno está como en un estado de bloqueo, cuando te pasa algo tan fuerte que tú no alcanzá a reclamar, no reaccionai, después te da mucha rabia, te da rabia...

Ahora bien, teniendo en cuenta los dos elementos mencionados anteriormente, sumado a la relación asimétrica, en cuanto a la posesión de información, entre el personal de salud y las mujeres, es evidente que en este contexto la falta de información contribuye a la eficiencia de la violencia obstétrica dado que, no es sólo no tener las palabras o la capacidad de identificar lo que está sucediendo, sino que también, es no tener la capacidad de reclamar debido a la de vulnerabilidad que sienten las parturientas, quienes están dispuestas a aguantar los abusos y maltratos por incertidumbre y miedo.

Continuando con el tema de la información, otro de los factores que contribuyen a la imposibilidad de pedir ayuda en este tipo de experiencias es el acceso a registros e información verídica de lo ocurrido durante las atenciones obstétricas, como se ilustra en el siguiente relato en donde una mujer solicita su ficha clínica, siendo esta incompleta y por ello quedándose sin pruebas. Siguiendo con el relato de la última mujer, ella describe cómo accede a una ficha clínica incompleta, quedándose sin pruebas para reclamar:

Yo pregunté, porque de hecho cuando fui a reclamar hablé con este gallo que era de atención servicio al paciente, se llamaba Rodrigo González el tipo. Me dijo que si usted quiere puede pedir la ficha clínica y toda la cuestión, ya le

dije que la voy a pedir, me dijo "ahí sale todo", le dije "ya, pero ¿sale todo?" y me dijo "sí sale a las 3 le dieron este remedio, a las 3:20 fue al baño, sale todo", "ah ya la voy a pedir le dije". La pedí la primera vez que fui me dieron la ficha corta que es la que ocupan para los seguros complementarios que les dan como 3 hojitas, así como para que la presenten, no te dan la ficha completa. Y la segunda vez les fui a reclamar que obviamente quería la ficha completa y no po, no sale todo. Hay pedazos saltados, a las 1 tal cosa, después a las 6... Dije y adonde está lo que me dijo este gallo que salía todo y detallado... Nunca salió que fui al baño, nunca salió que tuve a mi hijo en el baño... hay un montón de cosas que pasaron, nunca pasó que hayan anotado que yo llamé y no fue la matrona nunca. Entonces... son mentira, no sé, no sé qué forma de trabajar tienen que lo hacen así, pero... esa es la realidad de po, de la salud privada, yo creo que pasa en toda... bueno no sé si en todas las clínicas, pero por lo menos en esa al menos pasó, y para mí es suficiente. De repente... siempre me decían "ah... hasta en hospital público te tratan mejor", no, siquiera, porque también...

Además, esta misma mujer aporta con otro de los factores que impiden realizar denuncias y que tiene que ver con los reglamentos internos y normas de los sistemas de salud. En este caso, las reglas de la clínica en donde se atendió fueron un obstáculo para generar pruebas que le permitieran dar cuenta de los malos tratos recibidos, pues tenía prohibido grabar videos y tomar fotografías:

Mas encima tienen esas leyes como... yo me fijé que la clínica decía "está prohibido sacar fotos, grabar videos". Osea imagínate que yo hubiese grabado o sacado fotos "miren acá tienen a mi hijo en el baño" "miren yo estoy sola acá" "estoy grabando un audio que llamé y han pasado 10 minutos y todavía no viene nadie". Yo hubiera hecho eso como respaldo para yo defenderme, la que está mal soy yo porque yo infringí la ley, las reglas de la clínica de no grabar, de no sacar fotos.... Mas encima tu quedai mal po, entonces claro yo ni siquiera me arriesgué a nada, tampoco tenía cabeza en ese minuto, pero después leí y dije pucha ¿qué hace la gente?, no tiene como defenderse, cómo

comprobar que las cosas pasaron si tu quedai mal parado si sacai una foto a una clínica.

También hay otras medidas, como la prohibición de usar celulares lo que en algunas experiencias ha sido entendido como un problema de comunicación con acompañantes, familiares y amistades. En este sentido, no poder tener pruebas sobre lo sucedido durante la atención obstétrica contribuye a la invisibilización de la violencia, debido a que los relatos, como se evidenció anteriormente, son insuficientes para realizar denuncias o reclamos.

En otro relato describimos cómo la normalización de la experiencia de violencia es un obstáculo para que las mujeres realicen reclamos o denuncias, puesto que estas no sienten haber sido violentadas, e incluso, creen haber tenido una buena experiencia de parto, como comenta una entrevistada a continuación:

Nunca hice nada, así como hacer una denuncia, para nada. Como te digo, cuando yo me fui de ese lugar sentí que había tenido un buen parto, entonces no sentía que tenía como ganas de reclamar de nada, entendía que me había sido doloroso, incómodo, pero tampoco sentía que podía haber sido distinto.

No obstante, no se puede desconocer que sí hay muchas mujeres que están realizando reclamos a través de la Oficina de Reclamos, Sugerencias e Informaciones (OIRS) del Ministerio de salud, o bien, mandando cartas a las mismas instituciones en las que fueron asistidas. Ahora, la realidad de estos reclamos es que muchos de ellos son desestimados por parte de las autoridades de salud, como se describe en los siguientes relatos:

Y respecto de lo de la violencia obstétrica yo puse una... un reclamo en la OIRS, pero la OIRS es como general, no sé si regional, pero ellos me dijeron que el procedimiento había sido el adecuado, de hecho si quieres te la mando después, la tengo en mi correo...

Después me pegué la cachada, reclamé, fui para allá, le eché la foca al gallo... Yo mandé una carta de reclamo, la mandé con copia al director médico, a todo el directorio, una carta de 6 páginas, con todo el relato que te conté recién, el mismo relato y me contestan, así como "oh, lamentamos su percepción, lamentamos lo que usted percibe de nuestra clínica, pero no fue así, la clínica

actuó con los protocolos que tienen", no sé cuáles eran los protocolos, porque para mí ningún protocolo... Era como la praxis, como todo de acuerdo a lo que corresponde. Yo no sé en qué clínica dejan a tu hijo 5 horas en el baño... El doctor, claro, se lavó las manos, nunca me dijo, no el procedimiento lo hice mal, no. Y me decían más encima "no es que usted tuvo un problema de comunicación con el doctor", y yo ¡por qué!, ¿cómo de comunicación?, "si porque si le dijo que llegara a esa hora y acá en la clínica usted sabía que tenía que llegar dos horas antes", dije "bueno a quien le hago caso, al doctor que me está tratando o llegar dos horas para el pabellón" ¿Qué hacía?, yo le hice caso al doctor porque él me dijo entra para que te pongan medicamentos. Yo pensaba que, con ese medicamento, claro, nunca iba a empezar a tener contracciones....

Se pudo evidenciar que los argumentos que ocupan las instituciones de salud y la OIRS para desestimar los reclamos de las mujeres, son que se llevaron a cabo los protocolos reglamentados y que es una cosa de percepción de las mujeres. Este último argumento es indicativo de cómo la construcción androcéntrica de la obstetricia, del saber médico y de las instituciones de salud, opera en cuando a la ineficacia e imposibilidad que tienen las mujeres para pedir ayuda, realizar reclamos o hacer denuncias, tal como lo expresa el Observatorio de Equidad de Género en Salud de Chile (2013):

La institucionalidad, permeada desde sus cimientos por el androcentrismo, no tiene base estructural para ser eficaz cuando son los cuerpos subalternos los que requieren justicia. Para ello sería necesario subvertir previamente la normatividad sexo-género con el fin de asegurar la justicia, lo que implicaría un proceso de cambio cultural, con nuevas representaciones sociales, nuevas subjetividades, nuevas formas de reconocer la alteridad, que involucrara no sólo a las personas, sino que también a las instituciones, transformándolas totalmente. Si no se incide en las bases estructurales es imposible enfrentar las múltiples formas en que la violencia se reafirma y perpetúa como continuo naturalizado biopolíticamente (pág. 22).

Todo esto da cuenta de cómo se expresan las relaciones de poder respecto a la eficiencia y reproducción de la violencia moral, constituyéndose así la VO como la forma

natural de atención médica de los procesos sexuales de la mujer -gestación, parto y puerperio-. De acuerdo con esto, es que, en experiencias de la VO, en donde las mujeres ocupan una posición de subordinación naturalizada; la normalidad de las prácticas obstétricas innecesarias, así como las formas de violencia moral, constituyen la realidad de la atención obstétrica como una normalidad violenta. Como afirma Rita Segato (Ibidem) “la normalidad del sistema es una normalidad violenta, que depende de la desmoralización cotidiana de los minorizados” (pág. 121) y con esto, de la reproducción del sistema de estatus sexo-género como la normalidad, o bien, como un fenómeno normativo “es decir, que participaría del conjunto de reglas que crean y recrean esa normalidad” (pág. 132).

IV. Tabla de resultados

Como mencioné en el marco metodológico, a continuación presento una tabla en donde se articulan los resultados respecto al objetivo que responden y las dimensiones que lo constituyen.

Objetivo: Describir el contexto y las prácticas que constituyen las experiencias de Violencia obstétrica, según el relato de mujeres que se atendieron en hospitales y clínicas de Santiago	
Dimensión: Violencia Directa	
Maltrato físico	Episiotomía sin anestesia local
	Sutura del periné sin anestesia local
	Extracción de coágulos de forma manual y por presión abdominal, sin consentimiento ni anestesia
	Tactos reiterados (más de uno en menos de 4 horas)
	Pellizcar pezones
Prácticas perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas según la Organización Mundial de la Salud	Uso de enema
	Rasurado del vello púbico
	Posición de cúbito supino durante la dilatación
	Posición dorsal de litotomía con o sin estribos durante el parto
Dimensión: Violencia Moral	
Ridiculización	A través de bullying
	Humillar a las mujeres por considerarlas gordas
	Burlarse de la forma de los genitales
	Tratar a las mujeres de loca por intentar tomar

	decisiones respecto a algunas intervenciones (como el uso de oxitocina, anestesia y rechazo a la episiotomía)
	Considerar las peticiones de la mujer como delirios y tonteras
	Descalificar a las mujeres bajo el adjetivo de “pobrecitas”
	Infantilizar a las mujeres tratándolas de gordita, mamita, mijita, niñita. Y También por no hacerlas participar de las decisiones
Intimidación	Retar a las mujeres por diferentes motivos: llevar muchas horas con la bolsa rota, por gritar durante el expulsivo, por tener ganas de vomitar, por querer pararse de la camilla, por pedir ayuda o realizar consultas)
	Por llevar un tipo de alimentación vegana
	Insultar bajo el calificativo de tonta
	Realizar comentarios que infunden miedo, como explicar de forma vulgar los procedimientos que les van a realizar a las mujeres o apelar que el buen desarrollo del parto depende del buen comportamiento
	Realizar intervenciones obstétricas sin informar de qué se tratan y por qué se hacen
	Bajo actitudes como chismosear de otras mujeres que parieron, o dejar que muchas personas observen a las parturientas
	Realizar gestos de advertencia para evitar que las parturientas digan o hagan cosas en la presencia de los practicantes durante el expulsivo.
	Tratar de forma brusco a las mujeres (como dar órdenes)
Amenazas	Con no brindar asistencia de salud a mujeres en trabajo de parto
	Con la muerte del bebé
	Con la posibilidad de que al o la bebé le puede pasar algo malo
	Con la posibilidad de realizar una episiotomía
	Con la posibilidad de utilizar fórceps
	Con amarrarlas a la cama
	Con denunciar a los carabineros a una mujer por no querer vacunar a su hijo
Condenación de la sexualidad	Cuando se condena el placer sexual durante la gestación y el trabajo, bajo la idea deber asumir el dolor como consecuencia de las relaciones sexuales. Esto se ejemplifica con comentarios como “ya, pero si tu abriste las piernas tu tenis que hacerte responsable de esto”, “si le gustó, ahora aguántese”, “te gusta tener güagüa y después”, “ay, no me gustó tener güagüa”, “no claro, a ti

	no más te gusta tener güagüa, te vas a tener que aguantar”, “ay no le gustó”
	Cuando se considera que una mujer está gestando sin cumplir con las normas sociales de una mujer. Ejemplo de esto es el siguiente comentario: “yo estoy seguro que a tu papá le habría encantado acompañarte vestida de blanco”
	Cuando se normaliza la idea de que el parto destruye el cuerpo de la mujer, pues ya no es deseable ante la mirada masculina. Ejemplo de esto es el comentario: “te voy a dejar de 15”
Culpabilización por actos y el funcionamiento corporal	Por no ser capaz de parir
	Por no ser capaz de parir a un bebé pequeño
	Por no saber pujar
	Por tener el pezón corto
	Por ser madre joven
	Por presentar problemas en la lactancia
	Por ser mala madre,
	Auto culpabilización: por no haber reaccionado a la VO durante el parto, por no haber reclamado, por sentirse irresponsable consigo y con su bebé, por haber confiado en el personal de salud, por el sufrimiento fetal que sufrió su hijo
Desvalorización cotidiana de la mujer como persona, de su personalidad y sus trazos psicológicos, de su cuerpo, de sus capacidades intelectuales, de su trabajo, de su valor moral	Tratando a las mujeres de forma deshumanizada
	Imponiendo decisiones e interviniendo de forma sistemática el cuerpo de las mujeres, generando pérdida de autonomía
	Deslegitimando la capacidad de parir de las mujeres
	Realizando cesáreas por considerarse una oportunidad de negocio
	Omitiendo las experiencias de las mujeres en función del propio reconocimiento
	Sobrevalorizando la tecnología y la ciencia por sobre las experiencias y sentires de las mujeres
	Omitiendo la condición de sujeta de derechos en el sistema de salud
	Cuestionando aspectos morales de las mujeres
	Descuidando la privacidad y pudor de las mujeres durante las intervenciones y el parto
	Realizando tactos reiterados e innecesarios durante el trabajo de parto
Dimensión: Eficiencia de la violencia	
Diseminación masiva en la sociedad que garantiza su	Naturalización del maltrato y del miedo en las experiencias de parto
	Naturalización de la violencia en los círculos cercanos (familiares y amistosos) a las parturientas

naturalización como parte de comportamientos considerados normales y banales	Naturalización de la idea que se debe aguantar el maltrato por los/as hijos/as
	Naturalización del maltrato porque no se reconoce intencionalidad en las prácticas del personal de salud
	Naturalización de la idea que los abusos y el maltrato no es lo peor que pudo haber pasado, incluso sintiendo agradecimiento de lo sucedido
	Naturalización de la responsabilidad del maltrato por las conductas y actitudes que asumen haber tenido las parturientas
	Naturalización de la VO que se refleja en no haberse sentido violentada inmediatamente después de la experiencia
	Naturalización del maltrato por falta de información
	Naturalización de la violencia contra las mujeres lo cual coincide con las expectativas que se generan las mujeres del parto.
Arraigo en valores morales religiosos y familiares, lo que permite su justificación	Preservar la virginidad hasta el matrimonio (esto provocó la deslegitimación de la calidad moral de una parturienta)
	La mujer debe ser madre en el contexto familiar
Imposibilidad de denunciar y pedir ayuda	Por estar desinformadas
	Por estar en un estado de vulnerabilidad e incertidumbre durante la gestación, el parto y el puerperio
	Porque las fichas clínicas solicitadas no detallan u omiten lo sucedido respecto a la violencia
	Porque las normas y reglas de las instituciones de salud les impiden tener pruebas que comprueben el maltrato. No se permite grabar, tomar fotografías e incluso usar celulares en algunos centros de salud
	Porque se normaliza la experiencia de VO
	Porque a veces los reclamos son desestimados, aludiendo a que es un problema percepción de la experiencia por parte de las mujeres. Y también argumentando que llevaron a cabo todos los protocolos necesarios

IX. REPRESENTACIONES DE CUERPO E IDENTIDAD FEMENINA

“Entonces, si, como reflexión, todavía se ve que el cuerpo de una mujer es solamente para tener hijos.”

Para comenzar este análisis me gustaría explicitar que los resultados de este capítulo están estrechamente vinculados a la información producida en capítulo anterior. Por lo mismo, en este capítulo decidí trabajar aspectos que no han sido expuestos hasta ahora, para no repetir información. Todo será vinculado en las conclusiones de esta investigación.

I. Roles, Mandatos y Sanciones Sociales

I.1. Rol de la mujer como paciente

A continuación, abordaremos el rol de la mujer como paciente en el contexto de partos institucionalizados según las experiencias de VO que sufrieron las entrevistadas. Los roles serán entendidos como pautas de conductas representables en contextos determinados, sujetos a una posición reconocibles por los actores involucrados.

La construcción de la información estará basada en la noción de paciente desarrollada por Michelle Sadler (2004). Este concepto “alude a quien sufre y tolera los trabajos y adversidades sin perturbación del ánimo, a la persona que padece física y corporalmente; el doliente, el enfermo, y especialmente quien se halla bajo la atención médica” (pág. 6). En este sentido para ahondar aún más en el concepto, también retomaremos el aporte que hace Sheila Kitzinger (2015) en su investigación:

El sistema de control comienza en el embarazo, cuando la mujer se convierte en paciente y está subordinada a un sistema de gestión médica complejo. Para ser <<buena paciente>>, debería ser plácida, educada, agradecida y rápida en responder a las instituciones y recordar lo que se le dice. La palabra <<paciente>> deriva de <<pasividad>>. Un paciente es alguien a quien se le hace algo. (...) Una buena paciente es dependiente y confiada. Está agradecida por cualquier cosa que le hagan. Los obstetras y otros asistentes profesionales

todavía tienden a tener ideas preconcebidas sobre cómo deberían comportarse las pacientes femeninas, muchas veces sin darse cuenta. La mujer que no se conforma es vista como <<una paciente difícil>> (pág. 37).

Ahora, con estas dos definiciones es que entonces caracterizaremos el rol de paciente según las experiencias de las entrevistadas. De acuerdo con los relatos, damos cuenta que la pasividad es una de las características que predomina en la idea de ser paciente:

Yo siempre supe que, en el fondo, me estaba poniendo, aunque tuviera a mi güagüa con el ginecólogo al que yo le iba a pagar, en sus manos. Yo siempre sentí que el parto no era mío, era de ellos, si bien es cierto yo sabía que si pagaba e iba a la clínica iba a poder participar un poco más, las decisiones finales eran de ellos. Pero cuando tuve a mi güagüa y no pude decidir nada y casi me amenazaron con que se iba a morir mi hija, te cambia la percepción que tienes. Tú dices "chuta ni siquiera puedo decidir cómo quiero que nazca mi propio hijo, o sea ¿qué me queda pa' después?"

Esta pasividad no sólo tiene que ver con entregarse al tratamiento de salud que quiera realizar un profesional y, con ello, subordinarse al campo del conocimiento obstétrico, sino que también, con la pérdida de autonomía respecto a las decisiones de los deseos, acciones e intervenciones corporales por parte del personal de salud. Es relevante, además, la forma en que la mujer comienza describiendo su condición *yo siempre supe, en el fondo...* debido a que permite evidenciar que la pasividad es un rol que constituye un esquema de percepción asumido desde antes del parto por las mujeres, estando esto vinculado entonces a lo expuesto en el apartado sobre diseminación masiva de la violencia en la sociedad que garantiza su naturalización.

En algunos casos es tanta la pérdida y el despojo de autonomía que como paciente experimentan las mujeres en experiencias de parto institucionalizado, que muchas de ellas se sienten enajenadas de ese momento porque no lo vivieron en calidad de persona que decide sobre sí misma, sino como paciente. Generándose así una despersonalización de la experiencia, como reflejamos en los siguientes relatos:

Sentía como que no dejaban, porque yo sé hartas cosas técnicamente, pero sentí que no me dejaban participar de eso, yo no tenía derecho a opinar. Si quería información tenía que pedirla porque tampoco te la daban. Osea a mí me enseñaron, yo estudié kinesiología, que yo entraba apenas había llegado un paciente, yo me tenía que presentar y tenía que saludar y tenía que tratar a la gente por su nombre. Yo decía aquí ninguna de estas descripciones viene.... y con suerte dirán mi nombre, jamás supe el de ellas, nunca supe las profesiones. Entonces sentía como que me pasaban por alto, eso sentí. Yo me acuerdo en el momento como que te sentí tan paciente, muy... Ahora como que no tenía mucha idea de lo que me estaba pasando, yo pensaba que así tenía que ser.

Sentí que no estaba. Honestamente sentí que ellos se adueñaron de mi guatita y que yo dejé de existir porque todo lo quisieron hacer como ellos querían. A mí me habían hablado durante el embarazo que tu podías escoger música para poner en tu parto, si tú querías poner luz más baja, la posición que a ti te acomodara y todo, pero en ese momento se desvaneció esa idea. Ellos tenían puesta música que ellos querían, la habitación del parto más parecía de cirugía que un entorno agradable para tener a tu bebé. Así que, la impresión que a mí me dio fue que yo dejé de existir.

En estos relatos, también evidenciamos que la condición de paciente de las mujeres está vinculada también a la patologización la gestación y el parto. Desde la perspectiva del saber médico, patologizar el parto significa tener la potestad para intervenir en el cuerpo de la mujer bajo la premisa de que es un proceso complejo, peligroso y que la mujer no sabe parir.

En este sentido las mujeres, en tanto, pacientes también son representadas como un objeto de intervención, tal como lo expresaron en sus relatos las entrevistadas. Davis-Floyd (2004) explica que este paradigma de la ciencia obstétrica en donde el vínculo entre profesional y paciente se comprende también como profesional – objeto de intervención está dado porque:

Mecanizando el cuerpo humano y definiendo el cuerpo-máquina como el correcto objeto del tratamiento médico, libera a los profesionales del modelo tecno médico de cualquier sentido de responsabilidad por la mente o el espíritu del paciente. Por lo tanto, los médicos frecuentemente no ven ninguna necesidad en comprometerse con el individuo que habita en ese cuerpo-máquina, prefiriendo pensar y hablar del paciente como “la vesícula biliar en la 223” (pág. 31).

Esta noción de paciente también está nutrida por la idea de que no son las mujeres quienes detentan el conocimiento legítimo respecto al parto en el territorio de las instituciones de salud. Esto lo evidenciamos en la deslegitimación de las pacientes como sujetas de conocimiento, pues en el siguiente relato se hace explícita la forma en que los profesionales detentan la autoridad para decidir por las mujeres, bajo la condición de expertos que detentan:

Es po, que en el fondo yo tenía derecho a preguntar, a recibir información. Yo no tenía comprensión de eso, yo sentía que, en realidad, yo tenía que asumir lo que fuera lo que el doctor decidiera por mí porque obvio que él era el experto y en esto yo no tenía nada que decir, yo como que me entregué voluntariamente al hueón.

También otra de las características que nutren el rol de ser paciente de las mujeres, está en que estas deben mostrarse y ser cooperadoras con el equipo de salud. Esta característica se hizo evidente en el relato de una mujer a quien en su ficha clínica se la enjuició como “paciente poco cooperadora”, dando cuenta esta situación de las expectativas del equipo de salud de su paciente:

Sabes que cuando yo demandé al hospital por la quemadura de mi hija pedí mi hoja de vida también, y no sale nada. Sale, así como eh... desgarró del cuello del útero un punto, como me pusieron un puro punto... Sale ponte tú, paciente poco cooperadora, porque para ellos que tú los recrimines o les preguntes o incluso los increpes es que tú eres poco cooperadora porque no eres el ente que ellos pueden manipular como a ellos se les antoja.

Nuevamente se repite en una experiencia esta idea de invisibilización de la identidad de la mujer, pues en espacios institucionales se las considera principalmente en su rol de paciente. En esta experiencia esto está asociado a la forma en que el equipo de salud juzga las conductas de la mujer, las cuales califica de poco cooperadoras porque se convierten en un obstáculo para realizar su trabajo que es intervenir el cuerpo. Esta situación es común, pues en otro relato se describe una experiencia similar, la invisibilización de las necesidades de las parturientas es otra de las características de su condición de paciente:

Emm... bueno el típico, por ejemplo, me decían cuando empecé a preguntar mucho era como "bueno, pero si ustedes son pacientes acá, ustedes sólo vienen a tener la güagüa, así que no se metan en los temas que no conocen"

Todas estas características que conforman la condición de paciente en experiencias de VO, proponemos que pueden surgir de la forma en que funciona el sistema de salud. Siendo la productividad económica un factor que condiciona la racionalización del tiempo y de las intervenciones obstétricas en las instituciones hospitalarias. Como ya se mencionó resulta conveniente para los equipos de salud organizar sus horarios en pos de las ganancias que generan la atención de un parto o una cesárea (Sadler, 2004), tal como se ilustra en la siguiente reflexión de una entrevistada.

Y yo había reclamado varias veces ya. Entonces yo muchas veces ya había hecho show y ellos ya me conocían. Entonces sabían que yo era una persona que no se quedaba callada. Entonces trataron de todas las maneras de hacerme sentir estúpida, hacerme sentir inútil. Cuando yo siento que las mujeres tenemos la capacidad innata de tener un parto como la gente sin ayuda del resto. Como que sin ser matrona ni ser ginecóloga podemos saber esas cosas porque como que vienen programadas en un chip. Entonces yo siento que ellos trataron de hacerme sentir de esa manera exclusivamente para que yo me entregara sin reclamar, sin decir nada, que ellos hicieran su pega y que fuese tal como yo lo miré en un principio un mero trámite de que ya hagámoslo, 3 guaguas más y que venga el siguiente parto y ganémonos la plata.

En general, se pudo evidenciar que el rol de paciente funciona como un mecanismo de despersonalización de las mujeres, pues se anula la identidad de estas reduciéndolas a su

cuerpo, en tanto objeto de interés obstétrico. De ahí que, ser paciente se caracteriza con la pérdida de la autonomía respecto a las decisiones del parto, bajo la premisa de las mujeres no tienen el conocimiento legítimo sobre el parto. Toda esta pérdida de autonomía además está articulada con la idea de que las parturientas deben ser cooperadoras con el personal de salud, lo cual deviene en la invisibilización de las necesidades respecto al acceso al conocimiento.

Es por ello que, según los relatos expuestos es posible identificar que las parturientas en su rol de paciente durante las experiencias de VO fueron subordinadas a las decisiones, intervenciones y deseos del equipo de salud, sin poder incidir en sus procesos. Sadler (2004) explica esto de la siguiente manera:

Desde la admisión al hospital, el poder de decisiones y la autoridad son automáticamente transferidos desde la paciente hacia el personal médico y administrativo del hospital. Esta transferencia implica que la mujer, sin importar que su proceso sea normal o presente complicaciones, sin mediar sus conocimientos previos o preparación, es despojada de cualquier responsabilidad sobre su estado, es definida como incompetente para manejar la situación, y se espera que se someta a la competencia profesional de quienes la atenderán” (pág. 143)

A raíz de los análisis producidos es que entonces evidenciamos que, a través del rol de paciente, al cual son sometidas las mujeres durante experiencias de VO, se reproducen relaciones de autoridad y dominación entre el personal de salud y las parturientas en los contextos hospitalarios.

I.II. Mandato social de parir con dolor

En este apartado se entenderá por mandato social aquellas formas de comportamientos que, según la matriz sexo-género, las mujeres debiésemos adoptar en ciertos contextos dado que su incumplimiento significa una sanción de tipo moral. A raíz de esto caracterizaremos cómo el mandato social de parir con dolor que se normaliza reproduce y promueve en las instituciones de salud, a través del análisis de las experiencias de parturientas que sufrieron VO.

Antes de comenzar, abordaremos la razón de por qué proponemos entender el dolor durante el parto mandato social y no sencillamente como la forma en que fisiológicamente se lleva a cabo el parto. Al respecto hay evidencia científica (Rodrigañez, 2009, citando a Read; 1993, Becerro; 1992, Barberá; 1980, Leboyer; 1976) que demuestra que la composición neuromuscular del útero está dispuesta para parir con placer y que el dolor más bien se produce cuando existe disfunción muscular, generándose espasmos en vez de movimientos lentos y cíclicos. Esta disfunción del cuerpo está relacionada al estrés y a miedo, pues “no existe función fisiológica alguna en el cuerpo que dé lugar al dolor en el curso normal de la salud” (Ibidem, citando a Read 1945, pág. 14).

Sin embargo, a pesar de que existe evidencia que respalda la idea que el parto no debería ser fisiológicamente doloroso, pues Bartolomé de las Casas las mujeres del Caribe hace 500 años no parían con dolor y, además, de que haya registros actuales de partos orgásmicos²³, no podemos negar la realidad del dolor que sienten las mujeres durante esta experiencia. Para Casilda Rodrigañez (Ibidem) el mandato sobre parir con dolor es consecuencia de la dominación patriarcal sobre el cuerpo y la sexualidad de la mujer, en este sentido “entender el parto como un acto sexual implica una aproximación a la sexualidad femenina diferente de la establecida en la dominación patriarcal que, para empezar, es exclusivamente falocéntrica” (pág. 23).

Al respecto, proponemos entender que el dolor y sufrimiento durante el parto es una consecuencia de la socialización de la condición de ser mujer en la sociedad, siendo este un rasgo inherente de la construcción de la sexualidad en función de la dominación de género. El siguiente relato hace referencia a la encarnación de esta idea, pues se asume el dolor en el parto por el hecho de ser mujer: “*Pero es un tema al nivel femenino por decirlo así, o sea como que las mujeres asumimos que si tenemos una güagüa tiene que ser con dolor, con malos tratos*”.

Al respecto, algunas mujeres relatan las circunstancias en que este mandato social se reproduce en diferentes espacios sociales dando cuenta de lo normalizado que está. A causa de esto, es que también en los relatos podemos evidenciar cómo este mandato social se encarna como expectativa respecto a cómo se desarrollará el parto:

²³Documental “Orgasmic Birth, the best-kept secret”

Yo creo que es como, no se po... uno está acostumbrada a que siempre te digan que las mujeres sufrimos, desde chica, desde que te tení que depilar, que te llega la regla, que tení dolores menstruales, que después tení que parir, puros dolores entonces como que tu vida es sufrimiento po. te rompen el corazón... puras cosas. Como que uno se acostumbra a que en la vida va a tener que sufrir.

Si te embarazas sabes que vas a sufrir, yo creo que no conozco a ninguna mujer, ni mi mamá, ni mis cuñadas, ni mis amigas que me haya dicho "sabí que, mi parto fue maravilloso". Como que uno de repente ve en la tele partos en gringolandia o en Inglaterra que las mujeres tienen a sus guagüitas en una piscina, que todo es hermoso, que tienen una Doula, o sea debiera ser, pero acá no pasa. Tú te embarazas sabí a lo que vai y siempre te dicen, así como que ya cuando estas a punto, " ah ya, si vas a ver a tu güagüa y se te van a olvidar todos los dolores, se te van a pasar todos los males", como que socialmente parto es igual a dolor.

Claro, no sabes que puede ser distinto. Que ve una en las películas, que las minas gritan como enfermas arriba de una camilla. Que hay escuchado siempre, de que las matronas son como... que te va a doler. Entonces siempre lo viste como un proceso super medicado y lleno agujas y cuestiones y ya, esto es lo que es no más po.

En los grupos, o tú de repente lo ves, y te dicen "bueno, pero dura poquito", el clásico "pero cuando vez a tu güagüa se te olvida todo" eso es como típico... un parto no debiera ser... doloroso porque biológicamente es doloroso po, pero se supone que si tu estas tranquila y estas relajada no debiera doler tanto...

Bajo evidencia, en donde el dolor pareciera ser una propiedad de la feminidad, cobra sentido comprender la percepción del dolor como una experiencia social, según la propuesta de Sheila Kitzinger el dolor no se reduce a la sensación del mismo, sino a cómo elaboramos esta:

Los seres humanos tienen un umbral de sensibilidad para el dolor casi idéntico. La idea de umbrales <<altos>> y <<bajos>> de dolor es falsa. En experimentos de laboratorio con descargas eléctricas, la gente informa de una sensación en el mismo grado. Pero el dolor nunca es sólo una sensación. Todo lo que está pasando en nuestros cerebros (procesos cognitivos), incluyendo el tipo de atención que prestamos a la sensación, afecta a la forma en que sentimos el dolor. Esto a su vez se modifica por el entorno, el contexto social de la experiencia de dolor (2015, pág. 109).

Este modo de comprender la percepción del dolor se ve reflejado en la forma en que algunas mujeres vinculan en sus relatos la percepción de este con el miedo, el estrés y los nervios en el contexto de abusos y maltratos por parte del personal de salud:

Ya ahí en ese momento no se si fueron los nervios o qué, pero a mí me dolía todo, yo sentía que me iba a morir en ese momento de dolor, te juro, y me decía "puja", y yo le decía "pero es que no puedo", "puja", "pero es que no puedo", "puja o tu güagüa se muere, se va ahogar"

De hecho, había una mamá que se veía que era como muy humilde y la tratan muy mal, yo les decía así como "señorita me duele" y ella estaba ahí en la cama eh... creo que ella tenía como preclamsia o algo así, tenía cesárea programada, y le decía "señorita me duele" "bueno así es tener güagüa no más po".

Según la investigación de la antropóloga citada anteriormente (Ibidem, 2015) el dolor en el parto efectivamente es percibido de manera más intensa cuando a las mujeres se le realizan intervenciones innecesarias, incluso proscritas como se revisó anteriormente, y también cuando el personal de salud no demuestra ser empático con el acto sexual de parir. Según la autora:

El dolor se acentúa cuando el parto es manejado activamente, conduciéndolo a una avalancha de intervenciones cuando el movimiento está restringido. Este es especialmente el caso cuando una mujer tiene que estar en la cama, cuando hay una política de no comer ni beber nada (especialmente cuando se

restringen los líquidos), cuando se coloca un suero intravenoso o cuando hay una monitorización fetal continua y/o exploraciones rutinarias del cuello uterino. El entorno del hospital contribuye a esto cuando no hay intimidad, cuando importunan desconocidos y cuando el ambiente es incómodo, con luces fuertes y ruido. Una manera casi segura de garantizar que una mujer tenga un dolor intolerable es negarle el apoyo personal continuado a lo largo del trabajo de parto y del expulsivo (pág. 111).

En suma, a partir de lo desarrollado en este apartado y de las experiencias citadas, se evidenciamos que aún el dolor opera como un mandato social en experiencias de VO, contribuyendo a la representación heteronormada de la sexualidad y feminidad y, con ello, a la reproducción de la dominación patriarcal de la mujer. Además, cabe destacar que este mandato social no sólo es encarnado por gestantes, parturientas y puérperas, sino que también, por el personal de salud quienes a través de la atención brindada a estas mujeres lo refuerzan.

En este sentido podríamos proponer una vinculación entre la violencia moral, específicamente la condenación de la sexualidad de parturientas y el mandato social de dolor. Pues este mandato social se refuerza con la condenación del placer sexual que promueve el personal de salud, aludiendo a que el dolor es una consecuencia que deben asumir las mujeres durante el parto por haber tenido relaciones sexuales placenteras para gestar. Evidenciando que esta forma de violencia moral que opera como un mecanismo de disciplinamiento del cuerpo y de la subjetividad de las gestantes, parturientas y puérperas, que podría ser funcional a al mandato social del parir con dolor y sufrimiento.

De esta manera, la forma en que se ha caracterizado este mandato social da cuenta como a través de la idea del dolor y sufrimiento del parto se contribuye a la reducción de la sexualidad femenina al coito, tal como propone en sus investigaciones Casilda Rodríguez (2007):

La sexualidad de la mujer que no es coital, la sexualidad del movimiento del útero, autoerótica (danzas del vientre) y vinculada a la maternidad, no se dice, no se define, y desaparece; y se construye el modelo de mujer que es compatible con ser madre verdadera; un modelo de madre impostora, que

puede complacer el deseo falocéntrico del varón a la vez que es capaz de reprimir e infligir sufrimiento a sus criaturas, bien sea sin inmutarse emocionalmente (por la pérdida de empatía materna), bien sea en los casos de insuficiente desconexión e insensibilización, aceptando resignadamente la inhibición del deseo materno (pág. 83).

Tal como mostramos a través de los relatos, la percepción de la genitalidad o de los procesos reproductivos como experiencias sexuales de las parturientas está subordinada a la idea de que el placer sexual se debe pagar con dolor durante el parto.

I.III. Sanciones Sociales: ser alharaca y ser madre joven

Por sanciones sociales se entenderán aquellas formas en que condena el comportamiento y actitudes de las parturientas por considerarse negativas, manifestándose así algunas representaciones de la mujer según los relatos de experiencias de violencia obstétrica.

La primera forma de sanción social es ser alharaca por mostrar alguna resistencia o rechazo a la forma en que actualmente se llevan a cabo los partos en las instituciones de salud, como se evidencia a continuación:

Está en la consigna sobre todo en la generación antigua, en nuestras mamás, en nuestras abuelas, casi que te van a tratar de alharaca. Casi que "pero que estay hablando", y súper confiada a las manos de los doctores que son los dioses, y cero reconocimiento de tu ser mujer, de tu femineidad y.... es como que te, es casi como una lobotomía, en donde tú no tienes ni voz, ni voto, es lo que es, y tú te tienes que quedar callada con lo que sentí, y así es. Y es terrible, lo encuentro terrible.

También en este relato se da cuenta de cómo la sanción de ser alharaca se vincula con la naturalización de la VO, en tanto el maltrato y el abuso es parte del proceso de ser madre. Esto lo expusimos en el apartado sobre diseminación masiva de la violencia que garantiza su naturalización como parte de comportamientos considerados normales, en donde se dio cuenta que existe naturalización de la VO en círculos cercanos -como se

expone en el relato-, del maltrato y miedo en las experiencias de parto y la idea de que se debe aguantar el maltrato por el bienestar de los/las hijos/as.

Además, esta sanción -por rechazar o resistirse a la forma en que se lleva a cabo el parto-- se ve reflejada en las formas en que los equipos de salud buscan evitar que los comportamientos de las parturientas sean un obstáculo o entorpecimiento al momento de realizar su trabajo y las intervenciones. Es por ello quedada la connotación negativa del término en el contexto de parto, este tipo de sanción se vuelve un mecanismo para corregir conductas: *si yo gritaba ponte tu cuando iba a nacer mi hija era como "cállate, cómo eres tan alharaca"*.

Esta sanción también se les aplica a las parturientas cuando se busca que dejen de realizar reclamos al equipo de salud, aludiendo a que deben aguantar las malas prácticas y los maltratos por considerarse normales:

Horrible porque imagínate desde que ya las enfermeras pensaban que yo era muy alharaca, siendo de que ellas estaban ahí para atenderme, porque más encima es un tema de que te cobren y, te cobran bastante ahí, más encima, que más encima, no estuvieran ahí para ayudarme, solamente para decir de que estaba ahí alharaqueando, de que los dolores eran normales y no se pusieran a investigar más allá de que, y verificar de que era una fractura lo que yo tenía. Entonces no.... y más encima después la gente, familia, amigos, de que... la cultura es de que tu tení que aguantar muchas cosas y por desconocimiento también po, la gente, la poca gente que sabía de que estas prácticas no se hacían, eran las que me ayudaban y me consolaban. Porque no toda la gente sabe de que esto no se hace, de que se te pongan encima a empujarte la güagüa (...) Para mucha gente es normal. Entonces al final prácticamente quedaba yo de que era la alharaca, era un tema normal y que dejara de alharaquear si la cuestión era así. Eso es ser mujer, eso es ser mamá, como que eso te decían po

Esta sanción social -ser alharaca- la analizaremos también en su vínculo con el mandato social del dolor, puesto que bajo la idea que las mujeres debemos sufrir en el parto, a las mujeres que se quejan por esto se las trata de alharacas. Habiendo entonces un

vínculo entre sanción del placer en función del dolor y de la descalificación de las parturientas, como se expresa en el siguiente relato:

Osea, tu... a las que escuchaba de repente eso era a la tens, ponte tu yo me acuerdo que había otra mujer en la sala de parto, yo estaba en parto, y ellas se reían decían "escuchaste como gritaba la que estaba ahí, uyyy que era alharaca" ponte tú otra "Ay, pero si son todas así, que yo no sé pa qué hacen güagüa y después vienen a quejarse, si quieren tener a las guaguas es porque les gusta", así... y esos eran los comentarios que se escuchaban mientras te cambiaban la vía o te tomaban la temperatura, eso... ningún respeto.

Otra sanción social que se evidenció corresponde a ser madre joven, pues hay relatos que dan cuenta que se sigue cuestionando a las mujeres por la edad o la apariencia que tienen al momento de ser madres:

Primero una mujer joven no podría ser madre porque no (...) Yo creo que sobre todo era eso, el tema de la edad, eso yo lo viví muy brigidamente, como que una mujer joven no puede querer, por ejemplo, ser madre, no puede querer desear ser madre. Como que hay edad y hay una forma, tenía que estar casada, tenía que llegar con una pareja, tenía que haber querido formar seriamente y formalmente una familia para poder tener hijos.

Relatos así dan cuenta de que socialmente se siguen promoviendo representaciones sociales de la mujer referidas al sexo y la juventud como, por ejemplo, que las mujeres no deben ser madres jóvenes. E incluso, en otras experiencias, más que se juzgue la edad, se sanciona el hecho de que mujeres jóvenes se hayan "iniciado" sexualmente, pues este tipo de conductas no son coherentes con los valores patriarcales, es decir, con las formas correctas de ser de una mujer y/o madre. Estas situaciones se ejemplifican en los siguientes relatos:

Yo en verdad tenía 23, era una hueona adulta, cachai, pero como que me veía no sé, de 16. Y me dice "ay no te gustó" y yo como que no, no caché el comentario, no entendía a qué venía, pero después hice el cruce.

De hecho, yo me acuerdo que ese día vi como a una niña de 14 teniendo güagüa y la descueraron (...) "viste, estas cabras sueltas"

Puede ser que lo que se sancionaba, a lo mejor es un poco de rollo mío, pero yo siento que se sancionaba el hecho de que yo fuera joven (...) Porque el hecho de que yo fuera joven y que además lo hubiese tenido en un lugar pagado. A los 20, no era niña pero sí asumían de que... como que de repente, no se po, fueron mis amigos de acá la u, fueron para allá y decían "esta cabra va a la universidad y más encima le pagaron", no, no me lo pagaron, yo lo pagué. Entonces ellos asumen que porque hay plata viene directamente de mi papá, viene directamente de mi mamá y no es así (...) Pero si siento que era una especie de sanción por eso, porque yo era tan joven y que mira las mamás que están allá, puta yo no sé, yo miraba eran personas que habían tenido guaguas de 3 kilos y medio, de 4 kilos, que eran como mi mamá po, 40 y tantos años, y yo decía adónde eso es peligroso. Y me miraban en menos porque yo andaba como alma en pena por los pasillos con el Simón en brazo porque no sabía tratar po y eso me hacía sentir más tonta todavía, porque no sabía qué hacer, era primeriza y era joven y estaba en un lugar pagado. Osea, le pagan, no sabe qué hacer, está jugando a la mamá, así me sentí.

De acuerdo con este último relato, se evidencia que la sanción social por ser madre joven se expresa también en la descalificación a esta puérpera de suelta, insinuándose así, por parte del personal de salud, el rechazo a las conductas sexuales de esta mujer.

En este sentido, estas conductas de sanción por parte de los profesionales de la salud son otra de las expresiones de la construcción androcéntrica del conocimiento obstetricia y su campo:

Eran doctores común y corriente, como una hueón que trabajaba para el hospital, yo creo que es como machismo. Yo creo que a muchas mamás adolescentes a lo mejor no se lo dijeron de la misma manera que a mí, pero yo creo que sí se sienten los profesionales como con el derecho a entrometerse de esa manera a la vida de las mujeres, a opinar y hacer juicios de valor porque es

una cabra chica. Entonces a las cabras chicas hay que sermonearlas, hay que educarlas.

En síntesis, a través de las sanciones sociales a las mujeres por ser madres jóvenes y alharacas durante el parto se reproduce de forma implícita el rechazo del placer sexual a las mujeres jóvenes y el mandato social de que el parto es un espacio de sufrimiento y dolor, respectivamente. Inhibiéndose y demonizándose con esto, la posibilidad de experimentar el parto como una experiencia sexual.

II. Representaciones sociales de la Maternidad

A continuación, haremos un análisis de las principales formas de representación que surgen de la maternidad en experiencias de VO. Este análisis es descriptivo, razón por la cual no se busca construir tipologías de maternidad, sino que identificar ciertos elementos que permitan dar cuenta de la complejidad de construcción de la identidad de las mujeres respecto a la maternidad a raíz de su experiencia de violencia.

Uno de los primeros elementos que surgen en las experiencias de VO es que las mujeres sienten que socialmente su condición de mujer se define por la capacidad reproductiva, es decir, por la posibilidad de ser madres:

Que básicamente todavía a pesar de que estamos en el siglo XXI se ve que como que la mujer es para engendrar hijos y nada más. No es una mentalidad que haya cambiado (...) por eso, por cómo me trataron, porque todos ven, por ejemplo. Mateo tiene un año y todos como 'ah ya tuviste un hijo' y ya hiciste tu vida, entonces es como ¡hey, oye!, me faltan casi 80 años de vida tal vez no, porque haya tenido un hijo mi vida ya se hizo, me falta estudiar, me falta viajar, todavía (...) Creo que todavía se piensa que la mujer es solo para tener hijos. Es una maquina sexual para tener guaguas y mientras más guaguas tienes, más mujer eres y eso está súper errado porque hay muchas que no van a tener hijos u otras que tienen muchos no puedes definir que te hace más mujer. Es partir por eso, no puedes definir que te hace más mujer.

Otro de las características que pudimos identificar sobre las representaciones de la maternidad, es que este es un estado en cual a las gestantes y parturientas se las trata como si padecieran una enfermedad: *Entonces tú vas al control médico "cómo estás" "aquí po, esperando po" "si ya bueno, pero ya va a pasar". Lo ven como que fuera una enfermedad, como que cuando nazca tu güagüa se te va a pasar.*

De acuerdo a esto y, teniendo en cuenta además, que la maternidad se desarrolla en un contexto en donde predomina el paradigma tecnocrático del parto, el androcentrismo y en donde también la medicalización del parto está sobre valorada, es que surge también como elemento constitutivo de la representación de la maternidad, que el saber legítimo sobre lo las conductas correctas y apropiadas de una madre lo detentan los profesionales de salud y no las mujeres que están construyendo su maternidad, como se evidencia en este relato: *Entonces en vez de dejarte ser mamá y acompañarte y orientarte, ellos desde el primer momento quieren imponerte lo que ellos creen que está bien y generalmente, no está bien. Así que es heavy el tema.*

Esto también se puede reflejar en los siguientes relatos, en donde la imposición de una “forma legítima” de ser madre se corrige a través de formas de violencia moral, como son la intimidación a través de retos y la culpabilización de las mujeres por no saber cómo actuar frente a la maternidad:

El tema de que, te pongo un ejemplo, cuando mi hijo nació orinó un pipi medio rojizo que era bien fuerte, tenía mal olor. Y resulta que bueno, ocurrió el incidente de que le estaba cambiando el pañal y se empezó a hacer. Le comenté a la enfermera que se había hecho pipi y me dijo que no le podían cambiar sábanas porque las sábanas se cambiaban cada ciertos días. Llega el día siguiente la enfermera a primera hora y me empezó a tratar de cochina, que tenía a la güagüa pasada a orina. Entonces, siendo que mi hijo y yo ya estábamos bañados y estábamos cambiados de ropa, él esperando que le hicieran exámenes y todo. No sentí en ninguna manera que te hayan apoyado a cómo ser mamá o ideas como para que lo hicieras mejor, sino que se iban solamente en las críticas o en los detalles malos que habías generado.

Por el tema de la lactancia de que "si no le das leche se va morir" y que "no eres buena madre porque estás comiendo eso", de que "es culpa tuya en todo sentido", "deje que hagamos las cosas y usted no se meta", "una buena mamá sabría mudar, no te gustó tontear y ahora no sabí ni mudar a una güagüa", que eran como cosas que quizás me estaban atacando a mi directamente y yo no sabía ni siquiera como responder porque me sentía tan indefensa que yo lo único que podía hacer era cuidarlo a él, pero casi físicamente.

Cabe destacar de la última cita el sentimiento de indefensión que tiene esta puérpera junto al comentario de que lo único que podía hacer era cuidar a su hijo físicamente, porque creo que se expresa la enajenación de la maternidad que pueden sufrir mujeres bajo este contexto de violencia. Esto nos permite dar cuenta de la contradicción que existe respecto a la imposición de una "identidad materna" y la expropiación del valor de madre cuando, esta representación normativa de la maternidad que tienen los profesionales no es encarnada por las mujeres. Para Sadler (2004) esta contradicción entre la promoción de una forma de ser mujer-madre en el ámbito obstétrico y el despojo de esta identidad, se explica a raíz de la condición y el rol de pacientes que cumplen las mujeres que ingresan al sistema tecnocrático del nacimiento:

Nos encontramos entonces con que la mujer, al enfrentarse al parto, es concebida: como paciente en el mundo hospitalario, y como madre, en el contexto familiar y comunitario. Se podría realizar una primera lectura horizontal: la mujer al ingresar al hospital para dar a luz como paciente, se está transformando en madre. Pero el punto merece mayor atención; la despersonalización y expropiación que el sistema ejerce sobre los cuerpos y las identidades es tal, que incluso puede deconstruir el valor madre. Y, a diferencia de la naturalización de la calidad de madre que encontramos en los testimonios de las mujeres, el sistema médico las puede despojar simbólicamente incluso de esa categoría (pág. 99).

Esta deconstrucción del valor madre, como lo llama la autora, también se refleja a propósito de la despersonalización de la experiencia de la maternidad y la patologización de los procesos reproductivos de las mujeres por la forma en que opera institucionalmente

el sistema de salud, en donde se considera que es el personal de salud quien hace parir a las mujeres, sacándoles a sus hijos/as como se retrata en el siguiente comentario: *“Como que ellos están haciendo un trabajo sistemático, “ a ver, ¿ya está lista? Si, acuéstela, háganle la maniobra, saquen la güagüa”, Que pase la siguiente” es eso.*

Otra de los elementos que componen las representaciones de la maternidad, son las referencias que se promueven desde el sistema de salud y legal sobre cuándo se considera a una mujer madre, en el sentido que puede tener autonomía sobre las decisiones sobre su hijo/a. Esto se ejemplifica en una experiencia traumática de pérdida, en donde la mujer siente una imposición de parte del sistema de salud y las leyes sobre los límites de la maternidad:

...En cuanto a eso, el tema es super complicado porque claro para mí era mi hijo, yo lo vi, lo toqué, traté de verlo, de entenderlo, porque está entero pero es chiquitito, es como de este porte, como una mano, y le vi sus deditos su mano, ahí entendí que es una persona, es mi hijo. Y traté de conectarme con eso esperando que sea considerado como una güagüa porque ya esa semana ya pasó de embrión a feto, entonces supuestamente todos debiesen tener esa conciencia sobre todo si trabajas en salud, y te dai cuenta que... Claro después leyendo, supuestamente uno tiene el derecho a que te entreguen tu güagüa si tú no quieres llevarlo a estudio para inscribirlo como no nacido en el registro civil. Tú lo puedes inscribir como no nacido, puedes hacerle tu ceremonia, puedes quemarlo, puedes comprarle esas ánforas, qué se yo, todo. Y lo puedes dejar en un lugar en el cementerio si tú quieres... Pero para la ley en Chile es una cosa, la ley dice que una güagüa de 3 meses no es una persona, es una cosa. Entonces tu decí la ley dice que es una cosa, pero no te dejan abortar porque es una vida, entonces tu decí ¡pónganse de acuerdo!... De hecho, por ley los 2 primeros días tú puedes pedirlo y ellos tienen la obligación de informarte que tú puedes hacer eso, y la clínica nunca me dijo nada. Yo supe después que se podía hacer porque leí, pero en la clínica la asistente social te tiene que informar... y no ... nadie po, nadie te dice nada. Para ellos es una cosa, cosa, que se van a quemar como desechos orgánicos, con todos los restos

humanos del hospital, se van a quemar todos juntos y es una cosa. Y para ti, te tenía que hacer un poquito la loca po sino te volví mono po. Yo traté, pregunté cómo funcionaba este proceso de la inscripción, las gallas "ah no tengo idea", después entendía que claro estas gallas no tienen idea, después se inscriben como no nacidos. Que también el tema de que si tu querí enterrarlo o cremarlo, 600 lucas, 700 lucas. Entonces tu decí entre la cuenta de la clínica que tuve que pagar, la pena que tengo, pagar eso, hacer todo el show de que te entreguen si ellos quieren tu hijo y hacer eso es un estrés más. Que de repente soltar la glándula y decir ya, eh... que se vaya con dios, con el resto del hospital, pero es tu hijo en el fondo, el alma se va a quedar contigo. Eso es carne que en el fondo el no encontró su cuerpo no más po, él encontró un cuerpo que no estaba bien hecho, que tenía un problema cromosómico, no sé, es lo que yo entiendo, y no era para él y te quedai con la idea de que filo, el alma está contigo. Pero es así de extraña y distintas las percepciones que hay de ser mamá po.

Esta experiencia da cuenta de cómo aún existe una articulación entre la obstetricia y la política respecto a la construcción y funcionalidad de la representación de la maternidad en la sociedad. Este relato vuelve vigente lo que ya han investigado otras autoras sobre el parto y nacimiento en Chile: “el manejo productivo de la maternidad se constituye en el discurso político abstracto que intentó coordinar los ámbitos técnicos de la medicina, para asegurar una conjetura universal acerca de la vida” (Fernández & Contreras, 2015, pág. 68).

Finalmente, a consecuencia de lo expuesto, es que entonces desde la perspectiva del poder obstétrico que promueve Gabriela Arguedas (2013), proponemos que las representaciones de la maternidad que se promueven en experiencias de VO funcionan como formas de poder disciplinario de las mujeres, en tanto “...se acopla con la jerarquía de género para naturalizar las funciones socialmente construidas” (Arguedas, 2013, pág. 157). Tal como se refleja siguiente reflexión en donde una mujer expone que estas formas sociales de representar la maternidad son funcionales al patriarcado:

Para mí la maternidad es una cuestión como bien, el concepto de maternidad es como complejo porque tiene varios niveles. Lo que yo he descubierto, nada po, eso, yo creo que muchas mujeres lo sentimos como institución como social, la maternidad es tremendamente como patriarcal, opresiva, me pasa eso. Vivo todo el tiempo en una dualidad, porque siento que por un lado está esta maternidad como institución, pero cuando yo la vivo, así como con mi güagüa, con mis hijas, en realidad siento que la naturaleza o lo que sea, no sé, como que previó que la maternidad fuese un vínculo como súper gozoso, al contrario, como super placentero, eso, como vinculado a, al bienestar, a la satisfacción. Pero transita todo el tiempo esta dualidad porque por un lado tenía esta maternidad como super opresiva y una sociedad que por un lado idealiza mucho el ser madre, pero por otro lado hace todo lo posible por cercenar o por separar o por evitar que vivas el placer que conlleva la maternidad, no sé po, desde un punto de vista biológico o vincular. Entonces lo que uno transita o al menos yo siento que yo siempre transito esa dualidad, como conciliar esto que a mí me produce enorme satisfacción y alegría, y placer, estar con mis hijas, parirlas, darles tetas, estar con ellas, participar con ellas, y al mismo tiempo tener una sociedad que todo el rato me lo hace difícil. Como que todo el rato quisiera que no estuviera con estas guaguas, pero al mismo tiempo me culpa o me responsabiliza, o me sataniza si es que no estoy a la altura de este ideal, siento, inalcanzable. Eso me pasa.

III. Representaciones del cuerpo

La razón por la cual desarrollamos los análisis sobre las representaciones del cuerpo luego de haber abordado todo lo anterior, es debido a que buscamos dar cuenta del cuerpo como un proceso activo de encarnación de las posibilidades históricas y culturales (Butler, 1990). Por lo tanto, este apartado lo presentamos como la expresión de los otros, en tanto nos basamos en el supuesto teórico de que se accede a la materialidad del cuerpo a través de las prácticas, normas y discursos sociales (Sabsay, 2009), debido a que“(…) si la

subjetividad o la conciencia ya poseen límites, inmediatamente el cuerpo los perpetúa en sus prácticas” (Fernández & Contreras, 2015, pág. 93).

En vinculación con el apartado anterior, sobre las representaciones de maternidad, una de las primeras caracterizaciones del cuerpo, es que este se concibe en función de su utilidad para la reproducción. De esta manera, las actitudes del personal de salud reflejan que la importancia del cuerpo está sujeta al desarrollo pragmático de la función maternal, mostrando preocupación por aspectos como la higiene y la lactancia, debido a estas son conductas de valorización de la maternidad. En el siguiente relato se refleja esto:

Em... no sé, es que en realidad yo creo que ellos olvidaban que tú eres mujer. No creo que lo tuvieras muy claro por el hecho de que, no sé, así como de lo único que se preocupaban era de que tú te bañaras en la mañana y eso ya era suficiente para ellos, con el resto le importaba un rábano, no sé, por ponerte un ejemplo, si tenías calzones, si tenías toallitas. Como que no, dejabas de ser mujer, tú no existías, existía como tú dándole pecho a la güagüa que era todo lo importante.

Articulado a esto, otra de las de las representaciones que evidenciamos es que para el personal de salud el cuerpo de las mujeres representa un objeto de intervención obstétrica que está en función del desarrollo de su trabajo en las instituciones de salud, como expresamos en los siguientes relatos:

Pero yo sí tenía un tema de que te metieron una mano hasta el cuello del útero... no, más adentro, me sacaron la placenta. Yo me acuerdo que la sensación era horrible, horrible... era una ginecóloga la que hizo ese procedimiento y yo le decía por favor me duele mucho y me decía "ya aguante un poquito". Entonces tu sentí que tu cuerpo en el fondo no es tuyo, no es tuyo, yo no tenía la opción de decirle no sabí que paren o llévenme a un quirófano, pónganme anestesia, no tenía ni siquiera la posibilidad ni siquiera de decirle al gallo que estaba al frente mirándote "oye sale". Un momento que es súper mío, me están sacando una placenta a mano y hay un gallo que está mirándolo. No, quedai mucho tiempo con la sensación de que tu cuerpo no es

tuyo, ni siquiera tenía control sobre tu cuerpo, que es lo más básico en tu vida tu cuerpo, no, ni siquiera eso podía controlarlo (...) No... No... No, para ellos no era nada. No era un cuerpo humano que después de ese parto iba a continuar su vida, porque ellos no piensan que tú después vas a volver a ser esposa, o polola y por lo tanto vas a querer tener relaciones sexuales. Ellos no se preocupan en lo que va a pasar después. Ellos están pendientes de hacer la pega más fácil para ellos ¿Y qué es lo más fácil para ellos? Cortarte y empujar a la güagüa, y que la güagüa salga, limpiarla y que pase la siguiente mujer a tener su güagüa. (...) Entonces tu desde ese momento captas que los tipos no tienen ninguna sensibilidad y es súper triste pensar que la maternidad hoy en día en Chile este así, que ni siquiera podía tocar a tu hijo si ellos no te lo permiten, si ellos son amos y señores de tu cuerpo, de tu hijo, de tu momento, de tu sexualidad, de todo, estas en sus manos finalmente, estas dependiendo de si el gallo está de buen ánimo, de si la señora peleó con su marido.

Yo sentí que perdí la dignidad. Yo dije, después de esto, o sea ya perdiste la vergüenza... (...) como que... como que, si alguien ya fue capaz de hacerle daño a tu cuerpo, es como ¿qué esperai?, ya atacó lo más sagrado que tú tienes, tu cuerpo es lo más sagrado... no sé si te roban algo tu cartera que sé yo en la calle, ya filo te atacaron, pero... Es como tú integridad pero a nivel básico, pero ya el tema físico cuando te golpean o cuando... es como algo que ya no tiene vuelta atrás, como que quizás llegaste al fondo cuando te atacan tu cuerpo, es un tema que ya, no sé, es como que no... es imperdonable, imperdonable cuando trasgreden a nivel físico, ya sea un aborto, una violación, sea violencia obstétrica, es como que ya llegaron a lo más profundo que te podían a atacar... eso siento yo (...) Yo creo que, ponte tú cuando fue la eco, el tema del tacto y todo eso, ahí sentí, sentí casi que el cuerpo no me pertenecía. Como que el doctor hizo lo que se le antojó y también el hecho del pudor también po... tu estay sangrando, no sé en mi caso... y de hecho tengo ene amigos que piensan igual... uno con sus procesos del cuerpo es super respetuoso y cuidadoso de sí mismo. Siempre te enseñaron que cuando estás con tu periodo que todo cerradito, tapadito, que no se vea nada. Entonces tu

tení esa cultura de no mostrar tu intimidad tanto, de ser como cuidadosa con esas cosas... Y en este caso ¿dónde quedó? se te fue a las pailas tu... tu... no se po es tu sangrada al final po, tu cuerpo quedó ahí expuesto. (...) Es como... perdiste tu dignidad, el respeto, nadie te respetó... dirán es como un objeto, un tacto y listo, le saqué eso... como que era una cosa. Entonces te daña mucho el tema físico, que pasas a ser una cosa, un objeto y tu sintiéndote tan persona en un estado tan vulnerable y con algo tan íntimo.

El cuerpo pasa a ser eso, una materia orgánica que hay que cortar, abrir ... es como que, si no tuviese un ser adentro, es una carne de donde vamos a sacar una güagüa... (...) es no, ahí no hay nada de integralidad, osea tú no eres una mujer, eres el cuerpo de una mujer, eres el útero... el útero que no tiene nombre no tiene espíritu, no tienen ni voz, no tiene nada. Yo soy dueño de cortarlo, abrirlo, sacarle y meterle lo que yo quiera. No es nada más que eso...

Aparte la incomodidad de que estás teniendo contracciones. Bueno, de que no estás en el momento de tener contracciones igual es incómodo que un millón de personas te estén viendo, el cuerpo no deja de ser algo íntimo porque tú estés en un hospital.

En todos estos relatos se niega la condición de persona de las parturientas, bajo la premisa de lo que se está interviniendo es un órgano o una parte del cuerpo, omitiendo entonces subjetividad, las necesidades y los sentimientos de las mujeres.

También en estos relatos y en los que se presentan a continuación se refleja otra representación del cuerpo, que es la expropiación del cuerpo la cual tiene que ver con que el cuerpo le pertenece a al saber obstétrica, pues son los profesionales quienes poseen el control del cuerpo, y con ello, de las decisiones sobre el parto:

Finalmente, claro, tu si tení una güagüa tienes la posibilidad de perder el control total y absoluto de cuerpo si caes en malas manos al momento de parir po, es una ruleta rusa. A lo mejor ya tener su güagüa en el hospital público

sobre todo es una ruleta rusa. Yo he leído las menos experiencias de mujeres que han tenido su güagüa bien y que las han respetado, pero son las menos... sobre todo en la salud pública.

Osea es diferente el equipo, uno ya tiene la experiencia previa que no sabí lo que no quieres vivir, estay informada, como que de creer el cuento de que puedes parir bien po, si uno puede, está hecha para traer guaguas al mundo. Te venden la pomada de que no, de que el médico te la tiene que sacar.

Esta cita además la analizamos también en perspectiva de los resultados del apartado anterior, en donde evidenciamos que existe una deconstrucción del valor madre que tienen las mujeres que llegan a parir, a causa de la expropiación del cuerpo y despersonalización que los profesionales de salud ejercen, dado que como se menciona en la cita, no es la mujer quien pare, sino que el personal de salud quien la hace parir. Esto refleja lo que proponen Fernández y Contreras (Ibidem) respecto a que el cuerpo perpetúa en sus prácticas, los límites de la conciencia y la subjetividad.

Otra de las formas de representar el cuerpo está vinculada a la idea del cuerpo como objeto de intervención. Y es que en este sentido, evidenciamos que el cuerpo se deshumaniza, pues una parturienta relata haberse sentido como un animal pariendo:

Y como que por todos lados me sentí maltratada, como que yo sentía que era tal cual, voy a decirlo con el dolor de mi alma por los animales, como si hubiese estado una vaquita pariendo, así como tirémosla para allá, tirémosla para acá, amarrémosla, hagamos esto y hagámoslo ya. Terminemos con el trámite rápido.

Esto también es evidencia de que el cuerpo se representa como una cosa, lo cual se puede reflejar en las palabras que utilizaron las mujeres para describirse así mismas durante la experiencia de VO: *a lo más, te trataban, así como un objeto, así como una "ya pues hágalo", "no vomite" jajaja.*”, *“Si po... tu erí como un trapo, tení cero dignidad,*

perdí todo, todo. Erí una cosa, entonces no". Esto también se refleja en los siguientes relatos:

Y cuando yo estaba en esta sala porque había más mamás internadas, esperando que naciera mi güagüa como que las tomaban pa' allá pa' acá, como si fueran un trapo, así como ya "te vamos a hacer esto" y nadie preguntaba.

Pero no, porque me cortaron cuando ellos estimaron que me tenían que cortar, no me dejaron ni siquiera ponerme en una posición más cómoda, me hicieron esta maniobra que yo te digo. Entonces finalmente yo era como un ente, era que como la bolsa que estaban usando para sacar a mi hijo, no era una persona.

Me rajé hasta atrás, voy a ser super vulgar, yo tenía un solo hoyo, no tenía dos, está la vagina y el ano y yo tenía solamente uno porque se había abierto hasta atrás, era horrible. Sentir que estay deforme, osea, porque estai, abierta completa, se te ve todo. De hecho, cuando el papá de mi hija me dijo "¿Fani sentiste? te están cociendo" "sí sé" le dije, y yo veía que la mina, claro, tu estay acostada con las piernas arriba, veí que la mina está con el hilo y yo, así como que no. No, horrible, mal, fue bastante shockeante po... te tratan como que prácticamente fueras un pedazo de papel, un pedazo de tela, cachai, "ayy se rompió, no importa, la coso" Cero tino, ni siquiera ponerme para cocerme, anestesia, nada.

De esta manera se evidencia que las representaciones del cuerpo, hasta ahora descritas, están articuladas unas con otras, pues al ser entendido este como un objeto de intervención obstétrica por el personal de salud, el control del mismo pasa sus manos generándose una expropiación del cuerpo y con ello también una deshumanización del mismo que se expresa por una parte en la omisión de la subjetividad y sentimientos de las mujeres, así como en el trato que se les brinda, pues el cuerpo es intervenido como si fuera una cosa.

También se pudo evidenciar que el cuerpo se representa como una máquina, debido a que las mujeres sienten que el trato que reciben durante el trabajo de parto y el expulsivo es despersonalizado y mecanizado, tal como se describe en las siguientes citas:

(...) es que es como que llegan, te inyectan, te pasan a sala, te abren, te cortan, es casi como 'bueno esto lo vivo todos los días, yo soy la matrona y las cosas se hacen a mi manera' y no po, si una no es una máquina.

Por sobre todo que las mujeres no somos cosas, no somos máquinas de parir, que no es un trámite, que es un proceso y que debería ser visto como un proceso hermoso y que debería ser respetado, por sobre todo respetado como eso. Que a nosotras se nos debería preguntar y no estar imponiendo porque el hecho de que a una la consideren máquina a una le imponen procesos de hacer una u otra cosa.

Que me toqueteaban entera, era como cuando yo tenía relaciones y mi pololo me tocaba, aquí era tal cual, pero con la mano entera y toqueteándome entera. Y era como esta parte es tan privada mía que yo no la ando tirando a la chuñita para que todo el mundo la vea y, si yo lo hiciera da lo mismo porque yo lo decido con quien lo hago, aquí nadie me pedía permiso, lo hacía. Y eso a mí me complicaba. Porque una cosa es que uno firme un permiso que diga que uno acepta los procedimientos médicos, pero otra es muy diferente es que a una la toquen y la vuelvan a tocar y la vuelvan a tocar y le metan cosas, y la traten como que fuese no sé, apretai un botón, una güagüa, apretai otro botón, otra güagüa.

También pudimos evidenciar que existe una despersonalización del cuerpo, pues las mujeres expresan haberse sentido como vehículos para tener bebé, en tanto nuevamente se sintieron tratadas de forma mecánica y estandarizada:

Osea, que las mujeres son simples vehículos para tener una güagüa. El ejemplo es que te tratan de esa manera, no son conscientes de lo, de que es mi cuerpo, de que para ellos es importante el de ellos, bueno para mí el mío.

Eh... como un vehículo que llevaba un bebé, más que eso nada. (...) Sí, como de objeto. Objeto porque tú puedes estar teniendo un problema de salud grave y a ellos lo único que les importa es como que tu mantengas bien al bebé. Da lo mismo que si es que tú no estás en las condiciones, si es que no te estás sintiendo bien, como que eso, pasa por alto, no es algo relevante.

Es súper complejo porque lo han indus... no, no es industrializado, pero han mecanizado el tema del parto cuando es un proceso natural de la sexualidad de la mujer, entonces es complejo pensar en que lo han puesto como un procedimiento médico quirúrgico, y como querer queriendo separarlo, como exteriorizarlo de la mujer, como no está en tus manos, está en nuestras manos que somos los especialistas, tú no tienes idea de tu cuerpo, tú no tienes idea de lo que sientes, de lo que te pasa y... tienes que dejarlo en manos de los hombres todo, tan importante.

Esta concepción del cuerpo máquina como vehículo de la vida y que necesita intervención profesional por su incapacidad para parir por sí mismo, es un reflejo de otra de las representaciones que surgieron a raíz de los relatos de las mujeres; que el cuerpo de las parturientas es defectuoso, de ahí, la necesidad de intervenir incluso no siendo necesario:

[Refiriéndose a los que el equipo médico pensaba de su cuerpo] Es como un pedazo de carne, un pedazo de animal, así como cuando vas a faenar un animal, onda, "si no tienes solución, te faenamos" (ríe) como cero empatía, mucha falta de empatía.

Yo creo que ellos tenían la sensación de que podían hacer lo que ellos quisieran con mi cuerpo. Ellos tenían el poder y la autoridad respecto de mi cuerpo y yo nada, y que era un cuerpo imperfecto, incapaz de poder hacer la pega por sí solo, que tenían que cortarlo, que tenían que acomodarlo, que tenían que restringirlo en todo, para poder hacer lo que tenía que hacer, siento que ese era el concepto de cuerpo al menos. No sé si alguna vez... desconozco si alguna matrona habrá hecho o a lo mejor, alguna tens, habrá hecho algún comentario

malo, bueno lo mismo con el tema del doctor po. Que te dice "vai a quedar de 15" que el cuerpo que ha parido es un cuerpo que se dañó para siempre y hay que repararlo, porque si no, uno no es deseable.

Las últimas líneas de esta cita, además, reflejan otra de las representaciones que surgen en las experiencias de VO: el cuerpo de la mujer representado como un objeto sexual. Esta forma de representación es una consecuencia de la violencia moral que sufren las mujeres, precisamente de la condenación de la sexualidad. Debido al proceso de producción de información en esta investigación, en el apartado de condenación de la sexualidad de las mujeres se pudo dar a conocer que se maltrataba a las mujeres bajo la idea de que el parto, en tanto proceso fisiológico, destruye el cuerpo de las mujeres, generando secuelas que lo vuelven indeseable, específicamente que la vagina quede flácida o muy grande. Esto, en el contexto androcéntrico de la obstetricia y de todas las otras representaciones trabajadas, genera que las y los profesionales de la salud suturen la vagina en post de la deseabilidad de las mujeres, en función del placer masculino²⁴. Esto lo evidenciamos en citas como: *Por ejemplo, me hicieron, como que fue todo el cliché de la vida así como el doctor cuando me estaba suturando me decía "ayy te voy a dejar como de 15 años, y con:*

Ningún tipo de... ni de reconocimiento a nada positivo así por parte de mi cuerpo, solo creo que lo único, así como que me dijeron fue... "ahí viste si con tantos puntos vas a quedar de quince"... eso me dijo el matrn así como cuando ya terminó de coserme. (...) Así como mira, viste, te pasó todo esto, pero no importa porque ahora quedaste de quince...

En este sentido, damos cuenta que en experiencias de VO el cuerpo de la mujer aún se sigue representando como objeto sexual que debe estar función de las necesidades de los hombres. Además, evidenciamos que este tipo de conductas humorísticas que resultan “chistosas” porque se realizan en tono de broma y que apuntan a que las mujeres se sientan felices porque seguirán siendo un objeto de placer sexual para los hombres -dado

²⁴ Como referencia buscar el artículo “El punto para el marido no es solo un horrible mito del parto”. Ver en <https://somoslamitad.wordpress.com/2018/02/01/el-punto-para-el-marido-no-es-solo-un-horrible-mito-del-parto/>

que después de parir la cavidad vaginal continuará estrecha- reproducen las relaciones de dominación entre el personal de salud y las mujeres-pacientes. Para Franca Pizzini (citada por Kitzinger, 2015) este tipo de conductas corresponden a lo que ella califica como ofensividad privilegiada, es decir como: “un aspecto de cualquier situación asimétrica, entre individuos con poder desigual, en que la persona dominante puede entablar una familiaridad autorizada y un comportamiento chistoso” (pág. 40).

También pudimos evidenciar que hay otra de las características que componen la representación del cuerpo, es cuando la apariencia esbelta de las mujeres es valorizada por el personal de salud, destacándose la condición de delgadez de un cuerpo posteriormente a un parto, como se refleja a continuación:

De hecho, al día siguiente me fue a ver cómo estaban los puntos y me dijo "aah no, estamos sanitas, estamos bien" "quedaste flaca". (...) si, de hecho, mi matrona después que boté la placenta me puso la mano en la guata y me dijo "puedo decir que soy las únicas niñitas que he visto que tienen güagüa y que está flaca" y ahí como que me toqué la guata y dije "ay no tengo guata!" como se ¡se fue mi guata!, fue como... ¿enserio esa fue la única observación?.

Claro me dijeron así como "oye quedaste flaca", y yo así como ... (...) osea yo sentí que me lo quisieron decir como alago y yo me sentí bien porque claro estaba más flaca, porque obviamente estaba más flaca si había tenido una güagüa po. Pero siento que no era lo preciso para decir en el momento en que se llevaron a mi hijo para adentro, era como que bonito tu hijo por último hubiera sido una cosa más ad hoc al momento que decirme estay flaca. Era como muy desubicada la concepción que tuvieron, fue muy desubicado en muchos sentidos.

Pero también evidenciamos que hubo desvalorización del cuerpo cuando este se consideró por los y las profesionales como un cuerpo de gorda: *En el trabajo de parto, entre que comentaban "viste, si la que está allá tiene la media guata, no es el hijo, eso es gordura" oye, ¡qué sabes tú!''*.

Finalmente, evidenciamos que estas formas de representación del cuerpo son también formas de sexualización del mismo, en el sentido de que estas representaciones dan cuenta de cómo se construye el cuerpo femenino en función de la masculinidad. Los cuerpos de las parturientas encarnan y reproducen las relaciones de dominación del sistema sexo-género del cual, a la vez, surge el saber obstétrico androcéntrico, como se refleja en la siguiente reflexión:

Ah que estamos todo el tiempo lidiando, teniendo que poner límites respecto de nuestro cuerpo. Siempre tenemos que estar o, más que poniendo límites, redefiniendo los límites, de que todo el mundo siente que los pueden traspasar digamos. Ya sólo del tema que estamos hablando como entrar a una maternidad es tierra de los doctores, no hay ningún límite. Entonces las mujeres tenemos que estar todo el tiempo, o el hueón que no se po, te grita un piropo en la calle no, siento que se desdibujan los límites de nuestros derechos, de nuestra persona. (...) en el fondo, eso po, que el cuerpo de la mujer, la sexualidad de la mujer es fácilmente usurpada, fácilmente como que se puede tomar a la fuerza

En este sentido, la subordinación, control y dominación del cuerpo de la mujer en experiencia de VO corresponde la encarnación de una posibilidad que, en este caso, es la representación del cuerpo desde las perspectiva obstétrica, pudiendo ser esta transformada debido a que “las posibilidades históricas materializadas en diversos estilos corporales no son otra cosa que esas ficciones culturales reguladas a fuerza de castigos y alternativamente corporeizadas y disfrazadas bajo coacción (Butler, 1990, pág. 301).

IV. Tabla de resultados

A continuación, se muestra una tabla en donde se articula el objetivo -vinculado a este capítulo- con las dimensiones y subdimensiones que se pudieron evidenciar al respecto.

Objetivo: Caracterizar las representaciones de cuerpo e identidad de género que están vinculadas a las experiencias de Violencia Obstétrica, según mujeres que se atendieron en hospitales o clínicas de Santiago

Dimensión: Roles, mandatos y sanciones sociales	
Rol de la mujer como paciente	Pasividad
	Pérdida de la autonomía
	Despersonalización de la experiencia
	Patologización del parto y de la gestación
	La mujer en tanto paciente es considerada como un objeto de intervención
	Deslegitimación de las pacientes como sujetas de conocimiento
	Cooperar con el equipo de salud
	Invisibilización de las necesidades de las parturientas
Mandato social de parir con dolor	Las parturientas asumen el dolor y el sufrimiento por el hecho de ser mujeres
	El dolor como expectativa del parto
	La percepción del dolor como una experiencia social, en donde sensación de dolor está vinculada a sentimiento de miedo, estrés y nerviosismo de las parturientas
	La percepción de la genitalidad o de los procesos reproductivos como experiencias sexuales de las parturientas está subordinada a la idea de que el placer sexual se debe pagar con dolor durante el parto
Sanciones sociales: ser alharaca y ser madre joven	Ser alharaca
	Por resistirse o rechazar la forma en que se lleva a cabo el parto
	Es una forma de corregir las conductas de las mujeres
	Es una forma de evitar que las mujeres reclamen a equipo de salud por el maltrato y las malas prácticas
	Se sanciona quejarse por el dolor durante el parto, bajo la idea de que a través esto se está sancionando el placer sexual también
	Ser madre joven
	Por la edad
	Por la apariencia juvenil de las parturientas
Que las mujeres jóvenes se hayan iniciado sexualmente. Ejemplo de esto es ser calificada de “suelta”	
Dimensión: Representaciones sociales de la maternidad	
Socialmente ser mujer está relacionado a la capacidad reproductiva, es decir, por la posibilidad de ser madre	
La maternidad se trata como una condición de enfermedad	
Los profesionales buscan imponer conductas que consideran correctas respecto al comportamientos de las madres	
Existe una expropiación del valor de madre cuando, esta representación normativa de la maternidad que tienen los profesionales no es encarnada por las mujeres	
Despersonalización de la maternidad en tanto son los profesionales quienes hacen parir a las mujeres, “sacándoles” a sus hijos/as.	

La condición de madre está limitada también por las referencias del sistema de salud y legal sobre cuando considerar a una mujer como madre
Representaciones del cuerpo
Se concibe en función de la utilidad para la reproducción
Objeto de intervención obstétrica
Expropiación del cuerpo, este le pertenece al personal de salud
Deshumanización del cuerpo. Ejemplo de esto es sentirse como si fuera un animal quien pare
Cosificación del cuerpo, por ser tratada como: objeto, trapo, bolsa, pedazo de papel y pedazo de carne
Cuerpo comprendido como una máquina
Despersonalización del cuerpo. Ejemplo de ello es haberse sentido como un vehículo para tener bebés
Cuerpo de las parturientas es defectuoso
Objeto sexual
Valorización de que el cuerpo sea esbelto después de un parto
Desvalorización del cuerpo cuando este es considerado como gordo

X. CONSECUENCIAS DE LAS REPRESENTACIONES DE MUJER EN GESTANTES, PARTURIENTAS O PUÉRPERAS QUE VIVIERON VIOLENCIA OBSTÉTRICA

A continuación, expondremos relatos completos de experiencias de violencia obstétrica para evidenciar la complejidad de este problema, en tanto, resulta ser un tipo de violencia en donde se articulan las formas de violencia directa con la violencia moral y a la vez con las representaciones de mujer que ya hemos caracterizado. Este entonces un ejercicio que realizamos con la idea de poder dimensionar las experiencias que hasta el momento se han expuesto de forma segmentada, y así, tener una perspectiva más aterrizada de lo que le ocurre a una mujer y las consecuencias de esta violencia en para su configuración subjetiva y corporal. Es decir, para situar las consecuencias de las representaciones sociales de mujer en la complejidad y particularidad de estas experiencias.

La primera experiencia sucede en el Hospital Clínico de la Universidad Católica, a una mujer de 30 años:

Bueno lo que viví yo fue inocentemente, en la ignorancia de como mujer. Yo tenía un embarazo normal, tenía 40 semanas y el médico que me atendía me dijo que si no había nacido hasta las 40 me iba a inducir el parto. Eh... a lo que yo dije que bueno, pensando en que era algo por seguridad, etc. Bueno, mi hija no nació antes de las 40 así que me internaron el día jueves 2 de junio en el Hospital Clínico y ahí empezó mi calvario, me ingresaron... En el ingreso te hacen un montón de rutinas, que yo pensé que eran las habituales, y claramente eran las habituales y ahora ya no se están usando tanto. Me acuerdo que me atendió una tens que no me atendió nada de bien, nada de empática ni

amorosa, ni sonriente ni nada. Y te pasan a una sala en donde te toman todos los signos y además te hacen rasurado vulvar y lavado intestinal, cosa que yo vengo a saber después que son absolutamente innecesarias y bastante vejaminosas por lo demás. Ya y después, estuve en esa sala como más de una hora, una hora y tanto, de hecho, tenía la presión un poco alta, cosa que nunca había tenido porque estaba super nerviosa y estaba sola, no dejaban entrar a mi marido en ese momento. Y después me pasaron a la sala de parto, que es la sala típica, separada por cortinas, me hicieron acostarme en la cama y me dijeron que no podría levantarme por ningún motivo. Que no podría... si yo necesitaba ir al baño, lo que fuera, tenía que avisarles y ellos me ponían chata y ese tipo de cosas, que tenía prohibición de levantarme por el riesgo de las caídas. Bueno. (...) Me pusieron una vía inmediatamente, de hecho, me internaron y me pusieron la vía cuando estaba en la camilla ya, del pre parto. Y fue terrible, además, porque más encima la matrona no le achuntó a mi bracito, entonces me quedó el brazo, este fue, me quedó morado pero horrible, y después en el otro me quedé ya con la vía puesta y me pusieron suero, que no sé qué era, no tengo entendido que me hayan puesto. Nunca me dijeron nada en realidad, nunca me dijeron te vamos hacer tal cosa. Lo único que me hicieron firmar fue en la entrada, procedimientos que podían ser necesarios que yo los autorizara como el fórceps, como la cesárea. Y bueno, me pusieron esa vía y me pusieron un medicamento en el cuello del útero que tengo entendido que es el misoprostol para dilatar. y ahí me quedé, sentadita, acostadita. Y ahí hicieron pasar a mi marido, de ahí podía pasar una vez que ya habían hecho todo eso y ponerme el medicamento y todo el cuento. Bueno después del inicio, en realidad yo primera güagüa tenía 32 años, la verdad es que uno no tiene idea a lo que va. Al rato empecé con dolores, dolores como tipo menstruales, no muy fuertes, absolutamente soportables. Molestos, como una regla muy fuerte, pero era aguantable para mi gusto. Yo perdí un poco la noción del tiempo, no sé en cuantas horas íbamos. Tenía como... pero me dijo la matrona que me hacía tactos a cada rato, me hicieron muchos tactos, a cada rato. O sea cada vez que llegaba a verme era un tacto, era un tacto po. Y tenía

como 2 cm de dilatación y me reventó la bolsa. Yo me acuerdo que en alguna hora de la madrugada como que llegó, hizo un tacto, hizo algo muy fuerte, pero no me dijo tampoco, yo me di cuenta porque cayó líquido, mucho líquido. Y reventó la bolsa, se supone que para acelerar el cuento. Ehh... bueno ahí yo seguía con molestias que sé yo, dolores un poco más fuertes, pero ahí me empezaron a hablar de la anestesia, que podía anestesiarme para que no me doliera tanto. Ella me aconsejó mucho sobre la anestesia y yo le dije “pero es que no quiero todavía, quiero esperar” que se yo. Tenía un poco de temor. Y al rato llega un médico anestesista, él era como muy amable y me hizo casi que una clase de anestesiología para explicarme por qué era importante que yo me anestesiara. A esa altura, que ibas a decir. No sé qué hora era, no tengo idea. La cosa es que ya habían pasado ya varias horas y tenía poca dilatación, tenía como 2 cm, una cosa así y me anestesiaron po. Y la anestesia, no permitieron que estuviera mi marido tampoco, lo sacaron y.... aaay si me acuerdo, es terrible porque yo estaba con muchas contracciones a esa altura y con mucho dolor y tenía una guata gigantesca y no podía alcanzar la postura que me pedían y la matrona me decía "pero ya po" "pero póngase", pero si no puedo y con las contracciones era muy difícil y el pinchazo me acuerdo que me dolió demasiado. Fueron 2 pinchazos, fue muy terrible el dolor. Y, además, que el paso de la anestesia fue un dolor que llegué, así como que me elevé de dolor. Y ya, pasó ese cuento y me acomodaron, que se yo, me explicaron todos los pros y los contras y me dejaron acostadita y ahí dejaron entrar de nuevo a mi marido. Al poco rato yo estaba anestesiada y salió una sonrisa en mi cara, porque claramente ya no tenía dolor entonces como que estaba ya descansada entre comillas, eso era la mañana del día siguiente digamos, como madrugada, porque me acuerdo que podía entrar mi mamá. Yo pedí que entrara y no querían porque solamente es una persona y por favor, por favor, la dejaron entrar sólo 5 minutos adentro. Y como me vio anestesiada en ese rato, en mi momento de sonrisa creo que ahí se quedó tranquila en cómo yo estaba. Bueno esa anestesia me duró un rato y, claro dije obvio, bien porque siguió el trabajo de parto que se yo. Entre medio muchos tactos, muchos tactos me acuerdo y

no me dejaban comer. Yo estaba muerta de hambre y ya llevaba como 8 horas y no podría comer, entonces lo único que podrían llevarme es un poco de helado de piña. Y eso me daban. (...) Solamente helado de piña, casi como para mojarte la boca. Y... al rato me apareció una ventana de dolor, como que la anestesia no me agarró toda la guatita y era un dolor que era bien jodido, como en un cuadrante aquí abajo y para lo que me volvieron a anestesiar, me dejaron la vía puesta, no me volvieron a pinchar. Me dejaron una vía puesta y me pusieron un medicamento, como dos veces, yo no me acuerdo si fueron una o dos veces más que me volvieron, y me dijeron que era distinto, que me iba a anestesiar más, que me iba a calmar. Y me dijeron que cada vez que necesitara, que sintiera dolor que activara el cosito que era para que me llegara anestesia. (...) Te dejan una vía que uno mismo la maneja, no tenía idea yo que era así la cuestión. Entonces yo claro, me dolía, empezaba más fuerte y yo le "tss", hasta que llegó un punto en que yo no sentía nada, a mí se me murió de la cintura hacia abajo, yo no tenía, sentía mi ventanita de dolor pero nada más, no sentía piernas, no podía mover, nada de nada. Entonces igual me urgí un poco porque cómo pujo si yo no sentía mi cuerpo, no sentía nada. A esto ya iba un trabajo de parto de unas... yo estuve 22 horas en trabajo de parto, desde que ingresé a la clínica hasta que tuve a la güagüa fueron 22 horas. Y... y ya bueno, estuve con eso y estaba con mucha náusea, me acuerdo que vomité y que cada cierto rato me iban a hacer pujar. Me iban a ver y me hacían el nuevo tacto y como la güagüa no estaba encajada me hacían que pujara. (...) Entonces recuerdo perfecto en uno de esos intentos en que vomité, porque yo estaba con la anestesia. Tenía tanta anestesia que yo tenía náuseas, náuseas, náuseas y vomitaba nada po, si tenía la guata pelá, vomitaba el helado de piña. Y la matrona me retó, me dijo, una señora más vieja, habían hartas personas al lado mío y "ya po" me dijo "si eso no es lo importante ahora, tiene que pujar" y yo entre que iba, oiga le dije, si esto es un reflejo. Me hacían pujar y tampoco podía pujar bien, o sea cuando uno tiene dormido el cuerpo no sabe activar la musculatura entonces... (...) Entonces yo de todas esas horas que entre viene el médico al final. (...) Bueno, ahí comprendí que él estaba de

turno ese día. Entonces "ya te vamos a inducir" y me indujo, en una fecha como que, me da la impresión que él me acomodó la fecha para cuando él estuviera en el hospital, o sea no tener que yo llamarlo el día en que yo empezara con trabajo de parto. Eso lo vine a pensar después, yo dije claro, justo aparece la hora antes que yo pariera. Yo tenía como 10 cm de dilatación como a las 6 de la tarde, estaba completa, pero mi güagüa no estaba encajada. Entonces me acuerdo que la matrona "ya po doctor ¿y?", "nooo" dijo "si sale, vamos"... (...) Claro fue así como que estaban en la duda de que si salía o no salía, si la güagüa no estaba encajada, "no si sale, vamos" dijo, y yo así como oh que alivio, ya voy a tener la güagüa, porque lo único que quería a esa altura era tener la güagüa. Y de eso pasaron como 30 minutos o 40 hasta que me llevaron al parto. Me llevaron al parto, iba... Rodrigo pudo estar conmigo siempre, pero cada vez que me revisaban, lo sacaban. Y ahí bueno, lo llevaron también a que se vistiera, que yo, y lo llevaron también a la sala de parto. Y me pedían que me cambiara de camilla y me pedían que me cambiara de camilla y yo les dije "yo no me puedo cambiar de camilla, no me puedo mover", "pero trate, trate" "no puedo, no puedo, mire" estaba dormida, a mí me podrían haber cortado las piernas y yo no sentía nada. Y yo les pedí que por favor llamaran a mi marido, yo sé él me puede, por favor para que me cambie y no, al final un camillero me tomó em brazos y me puso al lado. La camilla, la posición típica, no recuerdo cómo se llamaba. Bueno ahí me tocó una matrona un poco más amorosa, me acuerdo que fue la última que me atendió de todos los turnos, que me atendieron muchas, muchas. Y era como más contenedora. Yo estaba muy nerviosa, estaba muy asustada. Y empezó el tema po, que ellos me avisaban la contracción según el monitoreo porque yo no tenía idea y me hacían pujar. Yo pujaba tanto, pujaba de memoria, que recuerdo que estuvo como 2 o 3 veces que me iba, así como que me iba a negro, estuve a punto de desmayarme y volvía. Entonces me decían descanse, descanse. Y como al tercer intento la matrona me dijo "te vamos a ayudar un poquito", y yo escuché el ruido de los fierros y yo sabía altiro que eran los fórceps. (...) No, no me dijeron vamos a usar fórceps, me dijeron "te vamos a

ayudar un poquito". Y yo me puse a llorar, le dije a la matrona que quiero que mi güagüa este bien. Escuchaba los latidos que disminuía que es normal y todo. "No te preocupes me dijo, porque el médico sabe muy bien usar esto", y ya po, que le iba a hacer. Entonces en eso, estaba toda esta cuestión, y pujar y todo, y la matrona me hizo un Kristeller. La matrona tan amorosa y simpática se subió mío, cuestión que me quedó muchos días en las costillas resentidas, me acuerdo del dolor. Y bueno, según mi marido me decía que él vio mucha sangre porque me habían hecho la episiotomía. (...) O sea claro, me hicieron la episiotomía porque la güagüa tampoco salía y entre que se tiró la matrona encima y sacaron el fórceps me rajé entera. Tuve un desgarro como de 12 puntos, sangré muchísimo. Yo me acuerdo que quedé anémica transparente, ni hemograma me hicieron para no sacarme más sangre. Bueno en eso salió mi güagüa, salió mu güagüa y lloró altiro. Y yo me acuerdo que cuando siento el llanto y la veo, bueno yo lloré con ella, porque fue como una sensación que yo nunca he vuelto a sentir, ni si quiera cuando nació ella, como si me hubieran destapado aquí el pecho, no sé. Y la vi llorando y dije ya está bien. Y era grande, para mi gusto era grande, pesó 3 kilos 500, era una güagüa grandota, así como gordita. Y ahí la envolvieron y me la pasaron aquí, bien envuelta, no con tacto piel a piel y me la dejaron como 3 minutos y ella lloraba mucho, la Amparo nunca dejó de llorar. Claro, tenía una marca aquí gigante del, tuvo muchos días con su carita morada aquí, con el fórceps. Y se la llevaron y mi marido la siguió, yo le dije ya anda con ella, ah ya me dijo, casi que no te cambien la güagüa, así que... y ya po, yo escuché todo el rato el llanto, llanto, llanto, llanto. Todo el rato que le la vistieron siempre fue llanto. Y mientras tanto a mí me cosían porque después claro, ahí supe. Después uno se va enterando de todo lo que le hicieron. Y tuve muchos puntos, mucho sangramiento. Y ahí me acomodaron y me mandaron a la recuperación y muy mal, muy mal. Estaba con muchas náuseas, seguí vomitando, me llevaron a la güagüa, así como póngasela en el pecho y la tuve que devolver porque no "por favor sáquenla" porque yo vomitaba. Y ahí estuve como 2 horas en recuperación hasta que ... (hay una interrupción). Estuve en recuperación hasta

que me llevaron a la sala de maternidad digamos. Y ahí yo ya sentía mis piernas, ya me habían pasado a mi güagüa, ya se habían pasado las náuseas, ya eso era como a las 1 de la mañana, 12, era tarde. Mi hijo nació 10 para las 7 de la tarde ya como a las 12 yo me acuerdo que llevaron para la pieza. (...) Y mi marido tampoco pudo entrar, como ese ya no era horario de visita ni nada, dejaron que me dejara en la pieza y se fue. Y ahí yo estaba más tranquila, como que yo sentía que, cansadísima, con un hambre, me acuerdo que ya llevaba vienti, vienti, 28 horas que llevaba desde que había llegado a la clínica. (...) Mira lo único que yo encontré como rescatable de la atención de ese hospital era que la güagüa te la dejan, que son bien pro lactancia y eso.

En el relato que se expone a continuación se detallan dos experiencias de violencia obstétrica, una ocurrida en la Clínica Santa María y la otra en la Clínica Alemana:

Yo tuve dos experiencias de violencia, en realidad, aunque no sé si la primera, primera es violencia ¿está grabando?, ya. Yo en el 2015 quedé embarazada y bueno, el fin de semana que yo supe que estaba embarazada, todos contentos y todo. Pero el lunes fui a la urgencia porque tenía dolores, me hicieron unos exámenes, la beta y todo y vieron que mí, que para la cantidad de semanas que tenía la beta estaba baja. Entonces me dijeron que habían dos posibilidades, que una, que fuese un aborto, un próximo aborto, o que fuera un embarazo ectópico. Entonces me tuvieron que controlar midiendo la beta día por medio por dos semanas, y como subía, pero no tanto, eh se pudo verificar de que había embarazo ectópico. Cuando se baja la beta, va bajando, ahí se comprueba de que es un aborto que va a ocurrir tarde o temprano. Ya dentro de esas dos semanas, todo bien, el médico igual fue pesado y todo, ya filo, eso es como normal. Pero el tema que me afectó, porque como mi embarazo no tenía muchas semanas se pudo tratar con Metotrexato, entonces eso implica de que a ti te pongan una inyección intramuscular y eso te provoca el aborto. Entonces me la pusieron, ese día fue horrible, puro llanto y todo, porque yo sabía a lo que iba, que me iban a matar a mi guagüita porque no era viable, porque era un embarazo ectópico, yo tampoco sabía mucho el tema de que

nunca es viable y que es mejor hacer el aborto luego antes de que uno pierda la trompa y se pueda morir. Ya, entonces me hicieron el aborto, yo al minuto, a la hora empecé a sangrar y a sentirme mal y todo. Entonces yo lo que pedí, porque yo estaba trabajando, pedí permiso en la mañana para ir, no a todos mis compañeros les conté, solamente a mi jefa, que tampoco es muy buena onda como para estar pidiendo mucho permiso. Entonces fui, me eché toda la mañana y como a las 12 empecé las molestias, con los dolores que terribles. Y pedí que me dieran una licencia y no me la dieron, me dijeron que no me la podían dar todavía, que el médico estaba ocupado, esperé dos horas, yo con dolores de las contracciones y todo, la hemorragia y no, no, no. Entonces, al final, por ese lado, yo vi que era algo de violencia, no sé si está dentro del término, porque no me dieron licencia y yo tuve que ir con esa hemorragia y esos dolores a trabajar igual. Fui a trabajar después de que me hayan hecho el aborto, imagínate como me sentía, mal, horrible, ma´ encima con pena emocionalmente, estaba muy mal y tuve que seguir yendo toda la semana y todo. Entonces, al final esa práctica tampoco se hace. Eso fue en la Santa María. Como tuve esa experiencia en la Santa María y después me quedé embarazada en el 2016, me atendí en la Alemana. Pucha la Alemana tiene neonatólogo dije yo, pucha se supone que es una de las mejores, sino la mejor. Lo bueno es que yo tengo buen plan, así que tampoco era mucha la diferencia en plata y me recomendaron un ginecólogo. Así que nada, con el ginecólogo súper bien, el tema de que yo era vegetariana tampoco le complicó, me dio más suplementos, unos especiales, me decía que cosas comer, (no se entiende). Entones igual estaba interiorizado en el tema. Me controlaba bien, todo bien. El tema fue que como yo me embaracé por un tema de... como yo todavía estaba con dolores emocionales del tema de mi pérdida, yo todavía no quería quedar embarazada y quedé embarazada porque se me olvidó tomar las pastillas. Y ya, quedé embarazada, entonces no sabía muy bien cuando fue mi última regla, yo no era muy ordenada. Entonces me calcularon aprox. cuantos meses, cuantas semanas tenía. Entonces se supone que cuando yo ya tenía 41 semanas, mi niña todavía no nacía entonces me la indujeron. Ya, primer error

porque los niños no se deben inducir, ¿cierto? porque todos tienen su etapa, su periodo para poder nacer y ella todavía no podía y tengo entendido de que uno puede hasta las 42 semanas poder dar a luz. Ya entonces me citaron, el doctor me dijo de que quería... (...) Como yo ya tenía visitas todas las semanas, controles todas las semanas, me dijo "ya, la otra semana ya vas a tener 9, ven aquí a las 7 de la mañana, te vamos a inducir el parto". Que igual traté de que naciera antes con cosas naturales, comer papaya, todas esas cosas. Mira caminar no pude mucho porque a mí se me hincharon mucho las piernas, entonces la verdad es que no podía caminar. Entonces como estaba tanto en reposo, peor po, más me iba a costar dar a luz. Ya, llegué a las 7 de la mañana la clínica el 31 de mayo de este año, y me empezaron a inyectar la oxitocina. La oxitocina te la pasan lentito, entonces me llevaron a una sala que se llama de parto y ahí estuve con mi pareja, esperando que me empezaran a dar las contracciones. (...) Y ya, a las 8 me empezaron a inyectar la oxitocina. Como a las 2 horas me empezaron las contracciones, eh, cuando las contracciones fueron mucho más fuertes ponte tú, como a las 6 de la tarde. A las 6 de la tarde las contracciones eran mucho más seguidas y a cada rato me estaban midiendo la... cómo se llama... la... dilatación. me hacían tactos, pero los tactos que me hacían eran fuertes, me dolían, horrible. (...) En uno de los tactos la matrona, como yo ya estaba bien dilatada, va y me rompe la bolsa, cosa que no me avisó. Entonces yo le dije "se me rompió la bolsa ¿tú me la rompiste?", sí me dijo "porque ya no se te rompía" y todo. Ya era lo único que yo sabía que no debía haberme hecho sin avisarme, lo único, lo otro fue como yo tan (hace un gesto). Y ya, ahí ya me lo habían hecho y en ese momento uno se siente tan vulnerable Javiera, como que te sentí tan débil, vulnerable, lo único que quería es que nazca tu guaguüita, te sentí decaída, con dolores, entonces en realidad tú te entregai 100% porque al final ellos son los expertos. Mi mamá me decía todo el rato "pide cesárea, pide cesárea" y yo le decía que no porque el doctor me había explicado que cesárea era peor, que era una cirugía, que teníamos que hacer todo lo posible para que fuera parto normal. (...) Ya entonces después seguían aumentando la oxitocina, todo el tema. El Rodrigo, mi pareja,

empezaba a ayudarme con los masajes en la espalda, me pasaron una pelota para poder estar más cómoda y como a las 10 llega el doctor, poquito antes, porque todo esto era la matrona. El doctor me dijo mira todavía no baja la niña, entonces ahí con los tactos y como él tiene la mano más grande peor, porque ya ahí, sí que me dolía. (...) Entonces como a las 9, imagínate, todo el día. A las 9 de la noche el doctor me dice ya que tengo dilatación y que empiece a pujar. Empecé a pujar, a pujar, a pujar, pujar, y no baja la niña, no baja, no bajaba, no bajaba. Yo ya estaba, pero con unas contracciones terribles. (...) Después yo ahí cuando era mucho el dolor tenía anestesia. Ahí llegó el anestesista y nada que decir, un amor y todo, súper buena onda el viejito, se notaba que era de experiencia y que era seco. Y ahí como que empecé a soportar más las contracciones. Me empezaron a enseñar a hacer las contracciones y no bajaba, no bajaba. Entonces me hacían tacto a cada rato porque no sentían ni la cabecita de ella. Entonces me dijo ya vamos a tener que ir al pabellón, pujai las últimas veces y si no sale vamos a tener que hacer una cesárea de urgencia. Ya, y como podía ser una cesárea llegó otra anestesista, no el mismo, porque ya no era del turno, debió haber sido hasta las 8, habrá sido y después la otra anestesista. Y me puso una anestesia que era para cesárea, entonces me durmió para abajo. Entonces yo no podía pujar porque no sentía, entonces te dicen que tení que pujar de memoria. Entonces pujé de memoria, memoria, memoria y era tanto lo que pujaba que... que fueron muchas las hemorroides que me salieron, primero, horrible. Primer problema que tuve, ehh... y los dolores después, me di cuenta que de tanto haber pujado me pasaron montones de cosas, que ya te voy a explicar. Ya entonces van y ven que la niña no bajaba, no bajaba, entonces yo ya estaba en el pabellón, mi pareja estaba conmigo... (...) sí, estaba con las piernas arriba eh... y empecé a pujar, pujar, pujar y el doctor a todo esto no quería hacer cesárea, porque yo no entiendo, porque si me demoré mucho y la niña no bajaba. Entonces va y pesca las tijeras y me empieza a cortar, no sé cómo se llama técnicamente ese... (...) No me avisó, yo todo esto lo vi., lo vi. No me avisó ni de las tijeras, no me avisó de fórceps, que yo le tenía terror porque hay que saber trabajar

con eso creo porque si no a tu guagiita le puede dar un daño neurológico, entonces es súper peligroso. Ya entonces cuando veo que sacó el fórceps así, estaba en su bolsita y empezó a sacarla y mi pareja me miraba como con espanto porque también le dio miedo, y me empezó a decir que siguiera pujando, que siguiera pujando. La cuestión es que me lo sacó con fórceps, esto fue como a las 11 de la noche, yo estuve de las 7 de la mañana a las 11 de la noche recién estaba en el pabellón y me estaba naciendo la Leonor, y mientras me hacían todo eso la matrona se puso encima mío y me empezó a pujar la guatita hacia abajo, pero encima, o sea ni siquiera fue un poco, encima mío. Y yo esa práctica, yo nunca la había escuchado en mi vida. Yo pa mí, pensaba que estaba haciendo algo raro, yo dije oh esta gente nunca me había explicado que podía ser tan grave, yo pensé que estaba pasando algo grave con mi güagüa, que estaban haciendo todo lo posible para que saliera. Entonces al final entre que el fórceps y la matrona que me empujó a la güagüa, salió. Salió, estuvo y me la mostraron un rato (suena su celular), me la mostraron un rato para (contesta el celular) ... Entonces primer problema es de que la galla se puso encima mío, esa práctica no debió haberla hecho. Segundo el fórceps no debió haberlo hecho porque tuve, hasta que tuve el primer control con el neonatólogo estuve preocupada de que, si le había causado un daño neurológico y hasta ahora estuve, como que hace poco me relajé. Emmm, estuvo más de media hora cosiéndome (suena de nuevo el celular y contesta), entonces ya... ya... Me estuvo cosiendo mucho rato y si bien uno no ve lo que están haciendo, las luces, esas luces grandes que están arriba ¡se refleja! Oh yo vi que tenía la escoba, tenía pero demasiado feo, así como mal. La cuestión es que me cosió, me cosió, me cosió demasiado, la niña era grande. (...) Ya entonces que pasa de que, al otro día, porque esa noche fue terrible, porque ya estaba agotada y todo, al otro día me sentía super adolorida, demasiado adolorida. Y yo les empecé a hablar a las enfermeras que me dieran algo para los dolores porque ya no los soportaba, entonces me decían de que era normal que dolieran los puntos, yo les dije "sí, me duelen los puntos, pero aparte me duele mucho todo, es mucho el dolor que siento de verdad" yo no soy alharaca,

me dijeron que no, que no, bueno. Y no me quisieron dar aparte de paracetamol nada más y por qué no me inyectan algo y yo rogando, rogando, hasta que llegó el doctor y le dije "doctor sabe que, tengo un dolor demasiado fuerte, qué es dígame porque no creo que sea normal" y me dijo "sabí lo que pasa, es que se te fracturó el coxis durante el parto" y yo le dije "bueno y si se me fracturó el coxis durante el parto ¿por qué no me dijo?" le dije yo "porque no le dijo a las enfermeras, porque estas enfermeras solamente me han dado paracetamol para el dolor" ahí recién el pastel me dijo que les dijo me que dieran tramadol. (...) Entonces imagínate, los dolores que yo tenía de los puntos, de las hemorroides, que fueron demasiados y el coxis y acostada. (...) Yo empecé a buscar por internet, que internet no es la mejor fuente, pero ya a esta altura yo ya no quería preguntar nada porque ya encontraba que había confiado demasiado en esos doctores y ellos se iban a sacar el pillo. Les dije que, si me podían hacer una radiografía, yo dentro de lo poco lúcida que estaba todavía, eh me dijo... le dije que me sacara una radiografía, yo entre mí para poder reclamar o hacer una cuestión, y me dijeron que no, que no era necesario si el escuchó que se me había fracturado. Y el dolor de ahí es así, entonces era seguro que era una fractura. Y por el dolor yo sé que era una fractura. Entonces al final no quiso sacarme radiografía entonces pruebas no tengo, pero sí por algo el medio tramadol, lo sabía. Ya, entonces fue la fractura de coxis, el hemorroide que era demasiado, que tampoco me habían dado unas pomadas, siendo que él vio que yo tenía demasiada hemorroide y el dolor de ellas era demasiado, por eso que yo no lo dejo de decir porque fue un tema también para mí, durante el posparto. Y el otro tema que tengo todavía es que quedé con incontinencia urinaria. Yo actualmente voy en la quinta sesión de kinesiología de piso pélvico porque me estaba haciendo pipí sola. Cuando lo vi me dijo que no, que dentro de los meses se iba a arreglar, que era algo normal después del parto y todo. Que parto normal y al final tampoco esta cuestión no fue normal po, un parto normal no es así entonces, entonces hubiese sido mucho mejor una cesárea, porque me dañaron tanto abajo.

Este tercer relato ocurre en el Hospital Militar, el año 2009, a una mujer de 23 años:

Bueno fue una gestación como no planeada, como que fue muy sorpresiva y eso siento como que marcó hartito lo que vino después, en realidad, porque en verdad yo era una persona adulta, estaba saliendo de la universidad, pero por estupideces, así como ambientales, como culturales, siempre sentí como, como que, te juro que me sentí como una mamá adolescente, como que me había mandado una cagá. Lo viví mucho, mucho con vergüenza y eso hizo en buena medida, siento yo, que no buscara alternativas, cachai, como que no buscara información. Yo decía ya bueno, me pasó esto, todavía dependo económicamente en cierta medida de mis viejos. Yo tenía un plan de salud, por eso me atendí en ese hospital, porque mi viejo es milico, entonces yo seguía bajo su, todavía tenía derecho a ese sistema de salud, y... Entonces como que dije, informarse, para qué me voy a informar si yo no tengo alternativa, la alternativa es la que tengo acá. Por eso nunca me cuestioné sobre mis opciones, si no tengo opciones. Y nada po, y me atendí con un... a ver, toda la gestación me la controlé con un médico, así como un ginecólogo que yo no cachaba, que vi, que tomé hora con él porque era el hueón que me coincidía bien con el horario de las clases. Y mi primer, siento yo, como experiencia de violencia obstétrica la tuve onda en el primer control, antes diría yo, porque fui un día a hacerme la sub beta, me tomaron una muestra de sangre y yo llegué igual con cara de urgida, yo no estaba saltando en una pata, para mí esa wea', yo estaba como toda preocupada. Entonces la mina, no sé si era una paramédico o una enfermera, no sé quién me habrá hecho, me dijo así, como que me miró y me dijo "ayy, pero no le gustó". Yo siempre además he aparentado menos edad, entonces yo siempre yo creo como que esta gente se tomó la atribución de hacerme estos comentarios, ya te voy a contar el otro, porque parecía más chica. Yo en verdad tenía 23, era una hueona adulta, cachai, pero como que me veía no sé, de 16. Y me dice "ay no te gustó" y yo como que no, no caché el comentario, no entendía a qué venía, pero después hice el cruce. Y de ahí cuando fui a ver al doctor, el primer control, no lo había visto en mi vida, jamás, el tipo me ve entrar y me dice, y nunca se me va a olvidar, me dijo así como, ni siquiera me dijo hola, me dijo "yo estoy seguro

que a tu papá le habría encantado acompañarte vestida de blanco", eso me dijo. (...) Te lo juro, brígido, nunca se me va a olvidar en mi vida porque fue como de los momentos desconcertantes que he tenido en mi vida. Y yo dije este hueón que... Bueno, tuve estos controles de gestación con este señor, doctor Pizarro me acuerdo, y el hueón nada, no tenía mucha relación con él, era todo muy, 3 minutos, 4 minutos, me medía la guata, me mandaba para afuera y se acabó. Y mi parto lo atendió un doctor, como se llamaba, Mendoza, que era el Ginecólogo de turno y también yo siento que la experiencia de parto también venía un poco teñida por esto, que te decía yo, que lo viví con ene vergüenza. Como que yo no me sentía con el derecho a exigir ninguna cuestión, tenía que aceptar lo que viniera, porque era lo que tenía, porque en el fondo yo estaba en falta. Fue loco, chalado, bueno filo, como ahora lo veo en perspectiva. (...) Yo llegué super calladita, así como ya a lo que venga, no cachaba nada. Me llegó reto cuando llegué a la urgencia porque yo había ido a monitoreo antes, el día anterior de hecho. Tenía 38 semanas y había ido como a control al doctor y yo me acuerdo que me hizo un tacto más doloroso que la cresta, sangré mucho me acuerdo, todo ese día en la tarde. Y después de ese control, en donde el doctor me tactó, me dijo "mira tení' como 1 cm y yo te daría como una semana más", eso me dijo y me mandó para mi casa. Y me hizo un monitoreo inmediatamente después y la matrona me dijo "no, mira, si tú te vienes para acá, si empiezas a tener contracciones cada 5 minutos o si es que pierdes agua, así como si te hubieses hecho pipí, así como mucha, una descarga grande de agua y ya". Ya po, y yo me fui como con esa instrucción en mi cabeza y al día siguiente, me acuerdo, que estaba sola en la casa, no había nadie, como nunca porque estaba quedándome donde mis suegros, entonces estaba siempre lleno de gente y ese día no había nadie. Me acuerdo que na' po, me salí de la ducha, deben haber sido como las 9 de la mañana y sentí como que me cayó un chorrito y dije "ah esta güagüa, me dijo el doctor que estaba encajada, a lo mejor estoy ya como incontinente". Dije "ya filo", la típica historia, como que no pesqué, me puse como una toallita y seguí como con mi vida. Y ya como a las 4 de la tarde, ponte tú, como que mojé el pantalón y ahí como que me

alarmé, dije ah es harto, y llamé a mi cuñada que es médico y fue la peor decisión que podría a ver tomado en mi vida, pero puta, no sabía. Y como que me dijo tómale el olor, cacha, y lo vi, y nada po, lo olí y me dijo “no, eso es líquido amniótico, te tení´ que ir al hospital al toque” y que se yo. Entonces llamé a mí, a mí, pololo en esa época, que se demoró caleta en llegar, no teníamos autos, entonces mi mamá se cruzó una buena porción de Santiago para irnos a buscar y después nos llevó para allá. Transcurrió un montón de rato entre que yo caché que tenía que irme al hospital y llegué. Debo haber llegado como a eso de las 7 de la tarde, yo no tenía contracciones, no tenía nada, estaba todo muy normal, yo juraba que me iban de hecho a mandar de vuelta. Y nada po, llego y el doctor me retó al toque, como que me miró y me dijo "usted ¿hace cuánto rato que está perdiendo líquido?" le dije, en realidad doc. no cacho, como que, le conté lo mismo que te conté a ti y me dijo "pero cómo usted puede estar tantas horas con la bolsa rota, que no le dijeron que tenía que venirse inmediatamente si empezaba a perder..." ya, me mandó de entrada un penquiada, así buena. Y de ahí seguimos a, nos fuimos, me dijo "no, tu güagüa va a nacer hoy día". Me tactó y me dijo "no, tu güagüa va a nacer hoy". Y yo me acuerdo, así como de lo primero que se me pasó por la mente fue, yo no le tenía miedo al parto porque en mi familia mi abuela, ponte tú, tuvo 8 hijos en casa, tuvo un par de mellizos en casa, como que, sobre todo en mi familia materna, la cultura del parto era eso, como que el parto era una cuestión muy sencilla, nunca escuché como malas historias, para nada. Mi mamá es matrona, entonces ahí también, siempre me contaba como que las guaguas que nacían en su casa o que nacían en los autos siempre eran las más sanas. Yo siempre como que pensaba que el parto normal era muy saludable, no le tenía miedo al parto en particular, pero sí a la epidural, brígido. Como que la idea de que me pincharan la espalda me daba mucho miedo, pero al mismo tiempo era muy loco, como que tampoco pensaba que no se podía no usar. Como que tenía que someterme a este pinchazo y, de hecho, me acuerdo, el doctor me dijo "tu güagüa va a nacer hoy día" y lo primero que dije ayyy concha, me van a poner la epidural, como si no pudiera renunciar a ella. Bueno

la cuestión es que me pasaron a un parto, me hicieron todo lo que me podrían haber hecho. Me pasaron primero a la pieza en donde yo iba a quedarme, me rasuraron, me hicieron un lavado de estómago, me sacaron mi ropa y me pusieron una batita. (...) no, estoy loca, nunca, como que me anunciaron "esto es lo que vamos a hacer", nunca fue como mira a lo mejor esto es bueno, nunca me dieron la alternativa de poder negarme. Y nada po, después me llevaron, me pusieron esta bata que se te ve el poto y de ahí me fui a pre parto y en pre parto me empezaron a inducir, deben haber sido, partimos como a las 9 de la noche, una cosa así. Me acuerdo haberle dicho, porque yo almorcé ponte tú como a las 1 de la tarde, 2 de la tarde, y después con todo el rollo de movernos, de hacer el bolso, toda la cuestión, como que se me olvidó comer, y me acuerdo haberle preguntado a la enfermera, a la matrona o a la tens, ya ni me acuerdo, si podía comer algo y me dijo "no, usted ya está ingresada ya ahora no puede comer nada hasta que güagüa nazca" y yo le pregunté ¿cuándo crees usted que va a nacer? porque estoy cagá' de hambre y me dice así como "no, yo creo que como a las 4, 5 de la mañana". Entonces, yo ya dije chuta, como que ya todo era terrible para mi jajaja, moría de hambre, pero ya bueno. Me llevaron a pre parto, me empezaron a inducir y me acuerdo que de un momento a otro empezaron contracciones muy, muy fuertes. Me acuerdo que cada que vez que iban a hacer un procedimiento echaban a mi pareja, le decían que saliera, y así por ejemplo me rompieron la bolsa. Me acuerdo que el doctor fue y me rompió la bolsa, nunca me preguntó, jamás. (...) Nunca me dijo nada, nunca me dijo que es lo iba a hacer, nada, no me anunció nada, me dijo abra las piernas tag, y me acuerdo que hubo como una descarga de agua. De ahí me tactaron muchas veces, no me acuerdo cuántas veces, gente distinta. Y de ahí, ya po, y cuando tenía como 7 cm una cosa así, pasó el anestesista y me pusieron anestesia. Me acuerdo que el anestesista era turno, todavía me da risa esa cuestión porque yo le tenía pavor y llegó este señor turno y dije ayyy me va a dejar parapléjica, mal jajajaja.... Pero no po, el tipo tenía buena mano, me acuerdo que no me dolió mucho, que sé yo, fue muy piola. Y de ahí, después de eso, al rato, quise pujar y me acuerdo que me

decían "ya pujan no más, no se preocupe" y me pasaron a la sala de parto. Y ahí yo me acuerdo que había caleta de gente dando vuelta, yo figuraba en posición litotómica, con mis piernas abiertas y como apuntando hacia como una puerta batiente, como de la entrada. Entonces yo soy super pudorosa, soy muy pudorosa en la vida, como soy de esa gente que se tapa para todo. Y me acuerdo haber sentido como esa sensación, como que quería decir hueón tápenme, no quiero que me miren y como que no me atrevía, pero todo el mundo, pero mi humanidad estaba ahí expuesta para todo el mundo, como que entraban y salían, entraban y salían, ya da lo mismo. Y nada po, en esa posición me puse a pujar, no me acuerdo cuánto rato pujan, pero fue muy corto, fue corto. Me acuerdo que en algún momento yo sentía como que el doctor me hacía así (hace como el movimiento de que está abriendo el canal vaginal), como que sentía un dolor intenso. A todo esto, yo tenía anestesia, pero sentía la sensación de que quería pujar, sentí dolor, como que no me aniquiló de la cintura para abajo, pero claro bajó la intensidad del dolor. Me acuerdo que me hacía así el doctor con los dedos y yo le decía a Ricardo, a mi pareja, dile al doctor que yo puedo sola, que no me haga eso, que me duele, y no alcanzó, nada. Salió la güagüa, la Helena, y me la mostraron como así, me la pusieron como en la guata un poco y de ahí cortaron el cordón y como que empezaron a hacer su rollo, como que se la llevaron a la cunita caliente al lado. Me la trajeron envuelta entera, tengo una foto, así como que se la llevaron, la vieron un poco y me acuerdo todo el rato la sensación que me dio era como que yo estaba siendo espectadora, como mirando una cuestión que le estaba pasando a alguien más, recuerdo sentir eso. Era como muy raro todo, era como si lo estuviera viviendo otra persona, recuerdo haberme sentido super abstraída del momento. Y nada po, me pasaron a la Helena, fue super bonito, que yo, y en ese momento que era super bacán porque la estaba viendo, la estaba conociendo, siento un dolor brígido y era este señor que se puso a zurcirme. El doctor nunca me dijo que me iba a hacer una episiotomía, nunca me anunció que me iba a hacer puntos, me dolió demasiado. O sea, yo ya estaba teniendo como dificultades como para conectarme con el momento, pero este ser como

que me trajo de vuelta así como de golpe, no pude disfrutar nada del estar con mi güagüa y nada po. Me empezó a suturar con mucho dolor, me dolía mucho, y en el intertanto, no me acuerdo cuánto tiempo habrá pasado pero se llevaron a la Helena y Ricardo se fue con ella. Y yo me quedé en esta cuestión, el doctor me terminó de suturar y a mí me pasaron a una salita, que era se supone, de recuperación. Y yo en verdad me sentía bacán, estaba sola, era una sala que estaba como en penumbra y me acuerdo que estaba puesto Morandé con Compañía, como en una tele, nunca me voy a olvidar. Y yo estaba sola, no tenía idea donde se había ido mi güagüa, no tenía idea si estaba con mi compañero, no tenía idea de nada. Y en esa estuve como 45 minutos, me acuerdo de haberle dicho a la matrona pero estoy bien, lléveme a mi pieza, "no es que estás en recuperación, tenemos que dejarte acá". Y después me llevaron a mi pieza, ah... la Helena nació a las 12 con 01 de la noche y ponte tú que pedimos estar juntas como a las 1 y media, como que yo me fui a mi pieza y recién ahí me la llevaron. Me comí un chocolate, me acuerdo, que tenía mucha hambre y me lo dejaron en el velador. Le di teta así y después se la llevaron otra vez, yo con la Hele estuve, no sé, una hora. (...) Claro, se la llevaron a la neo, me dijeron "no, es que las guagüitas no se quedan con las mamás". Y yo super tonta de nuevo, bueno si es que tiene que ser así, yo absolutamente como adormecida, como que no me resistía a nada. De hecho, durante mucho tiempo pensé que mi parto había sido un buen parto porque había sido rápido, porque había sido vaginal. Como que yo en ese momento, si bien, fue muy molesto todo lo que pasaba, no lo asimilaba como parte del cuento, como que encontraba que era, obviamente que tenía, como que no me sentí violentada en el momento, no sé cómo explicarlo. Claro, sí, me pareció incómodo, me pareció desconsiderado, pero en ningún caso me enojó, ni me dio rabia. Como que dije si es así aquí es así en todas partes, no pensaba que podía ser distinta. Como que era lo que tenía que ser, parir era incómodo, era incómodo. Y nada po, me acuerdo que me la llevaron en la mañana, no me acuerdo si fue el primero o segundo día, que me llevaron una güagüa equivocada. (...) me llevaron otra güagüa, te juro. el hospital estaba recién inaugurado, onda habían

3 guaguas contando la Helena, y me llevaron otra güagüa, distinta. En fin, pero me di cuenta y le dije oiga cómo es la wea y nada po. Pero así nadie me dio una explicación, ni perdón, ni nada, disculpas nada, nada, nada, como que pasó así piola. Y tuve un montón de problemas con la lactancia desde el principio, le dieron relleno sin mi autorización, sin duda. Y nada po, mi puerperio fue un poco así po, yo creo que tuve una depre posparto. De nuevo, como el motor de todas mis decisiones era un poco esta vergüenza, que no me notara mucho, no me sentía con atribuciones de exigir, entonces yo estaba súper deprimida, me pasaba rollos así como "bueno, cómo sería si me tiro por la ventana", ese era como el nivel de cosas así, de pensamientos. Pero no le dije nunca a nadie, no lo comenté con nadie porque no po, era como atraer atención hacia mí y lo encontraba como desconsiderado, además, pensando que todo había salido muy bien, pensado que la güagüa estaba sana, yo estaba sana, como que me daba mucha culpa como, claro, poner en esa parada, nunca dije nada. Y se pasó po, yo creo que me demoré como mucho en salir del hoyo, pero mi puerperio con la Helena no fue fácil. La lactancia, nada po, duró la pe, a los 2 meses yo ya estaba dando relleno, ya no estaba dando pechuga, y así po. Y con el tiempo, a propósito de otras cosas, en búsqueda de otras cosas llegué a información sobre el parto humanizado, el parto respetado, y fui entendiendo que todas las cosas que me habían pasado en el parto no correspondían. Yo tenía 23 años, tenía un cuerpo super sano, no necesitaba toda esa cantidad de intervención. Entendí que me habían robado un parto, que me habían robado además un momento con mi hija super importante que nunca me dieron ninguna explicación, que nunca me explicaron nada, que me habían vulnerado mis derechos, así gravemente, pero fue una cuestión que yo, una convicción a la que yo llegué después, yo, como te digo, decía "no, mi parto fue super bueno" fue estupendo, estupendo, y no po fue espantoso, había sido una carnicería, pero bueno.

Y la cuarta experiencia sucedió en el Hospital San Borja, en el año 2015:

Eh... mira partiendo, yo me embaracé queriendo tener un hijo, no fue algo así como que haya sido un embarazo no planificado. Estada desde antes ya con una depresión (interrumpe su hijo). Resulta que partí el embarazo bien, sí tenía algunos síntomas de la preclamsia, pero no le tomaba mayor importancia porque como tenía depresión, como que se centraban más en ese tema de salud. (...) (refiriéndose a la matrona) Me daba medicamentos para la depresión y si yo le decía que me he sentido un poco mal, no, todo tenía referencia a la depresión. Igual como que no hubo tan mala atención, pero si ella de repente como que tomaba decisiones más exageradas de lo que se debía hacer. Por lo mismo te digo que terminé internada en una clínica psiquiátrica. (...) Sí, la pregunta fue "¿de repente te dan ganas de morir?" respondí que sí y terminé internada. Y teniendo ya casi 7 meses de embarazo, no era algo cómodo. A parte igual tu comprenderás que en esa, ese tipo de institución hay personas que son agresivas, entonces yo con una guatita grande estaba encerrada ahí, no fue muy cómodo. Eh... cuando llegó el parto a mí se me había informado con anterioridad que posiblemente no iba a tener un parto normal porque tenía los huesos de la cadera muy estrechos. Llegué un día martes al hospital porque empecé a perder líquido y resulta que ellos me dijeron que no existía esa posibilidad, que todas las mujeres podíamos parir de forma normal y que íbamos a esperar a que yo dilatara de forma normal. Del día martes esto se prolongó hasta el día viernes en el que me trataron de estimular la dilatación por medio de medicamentos y todo. También me hicieron dilatación manual en la que según lo que tengo entendido ahora, después de que pasó esa experiencia, no es muy como adecuada para las embarazadas ya que les puede provocar algún tipo de infección. El día viernes, no, el día jueves en la noche me bajaron a posparto porque según lo que entendí, ellos ya habían sobrepasado el límite de los días en los que tu podías estar esperando tener el parto. Resulta que me pusieron un chip que es para dilatar y mi cuerpo lo expulsó. Yo había evacuado todo lo que evacua una embarazada durante el proceso de contracción y eso cayó en la chata, y una practicante me lo quería poner de nuevo. Ahí ya empezó mal con el tema de

que ya no estaban siendo profesionales, sino que le estaban dando autoridad a una persona que ni siquiera sabía lo que tenía que hacer, yo me opuse a que me lo pusieran de nuevo, porque también pensaba que le podía generar un tipo de infección a mi hijo algo que ya había caído en desechos humanos. Entonces no la dejé que lo pusiera de nuevo. Después de eso me pusieron un suero, el suero me aumentó la presión y como ya estaba con el tema de la preclamsia, eh... yo empecé a morir, literalmente, se me apagó todo, no avisaron a mis familiares que estaba ma. Ellos en vez de haber hecho una cesárea y, en vez de controlarme a mí por lo que yo estaba pasando, insistieron en que tenía que esperar a la dilatación y... Esto ocurrió a las 3 de la mañana, a las 9 de la mañana se me dio aviso que yo iba ir a pabellón porque mi bebé estaba con sufrimiento fetal y estaba tragando fecas. Em... en el parto no tuve contracciones por lo que me hicieron un parto por medio de fórceps, el fórceps provocó que me desgarrara por todas partes y eso me generó el sangramiento y también estuve con riesgo de muerte. A mi pareja y a mi hijo también lo sacaron de la sala, se los llevaron donde pesan al bebé y hacen todas sus primeras mediciones. Y por lo que yo escuché, que lograba estar despierta, era que de alguna manera tenía que solucionar la embarrada que se habían mandado. A todo esto, se me olvidó mencionarte, que cuando me realizaron el fórceps me hijo casi cayó al suelo, la matrona que estaba haciendo el parto tampoco era una persona experimentada, era como se segundo parto y un ginecólogo que estaba detrás de ella alcanzó a atajar al bebé porque si no cae al suelo. No me permitieron tomar decisiones, no me dejaron ver a mi hijo, le ocultaron información a mi familia referente a mi estado de salud. Lo único que se les dijo fue que estaba con preclamsia, y que por lo tanto yo no iba a poder ver a mi hijo durante dos horas, hasta que se me bajara la presión. Lo cual fue totalmente falso porque ellos me dejaron 2 horas en las que estaban evaluando que la hemorragia se controlara, porque no paraba de sangrar de tanto que se habían hecho heridas en mis partes íntimas. Después del parto estuve en puerperio. Antes de mi parto yo tomaba una pastilla que era centralina para la depresión, en el puerperio nunca se me dio la pastilla por lo

tanto caí en crisis de pánico y de angustia porque me quería ir a mi casa. Y no me ayudaron con el bebé, porque cuando yo tenía mis crisis de pánico y me ponía a llorar me lo dejaban en los brazos, no me daban un vaso de agua, por ponerte un ejemplo, para que yo me relajara un rato, sino que me empezaban a gritar que por qué era tan alharaca, cómo se me ocurría estar así, cosas por el estilo. Esto ya había pasado después de 3 días, leyeron en la ficha que yo tenía depresión y dijeron con razón se pone tan nerviosa, pero ni siquiera me vinieron a pedir disculpa de que todos los días anteriores me habían estado tratando mal, aumentando mi angustia por el tema que me dejaban sola cuando tenía mis crisis y no me estaban dando tampoco mi medicación. A esos mismos 3 días me iban a dar de alta y no me habían hecho ninguna transfusión de sangre, estaba con una anemia severa, me querían mandar a mi casa con mi güagüa, siendo que yo vivía sola con él, tomando el riesgo de que me podía dar un mareo, caerme con el bebé, como que no les importó nada. La misma obstetra que me atendió durante todo el embarazo atendía en ese mismo hospital y me fue a revisar antes de que me fuera a la casa, me dijo que no me podría ir porque estaba con el tema de la presión bastante alta y además de eso necesitaba muchas transfusiones de sangre para poder estar estable. Por lo mismo me quedé más o menos como 7-8 días hospitalizada. Y cuando me fui, honestamente no quise volver al hospital, me habían dicho que tenía que ir a ver el tema de poner algún tipo de tratamiento anti conceptivo, pero ni a eso fui, como que no sé, les tenía demasiado miedo. Ahora solicité mi ficha igual por otros temas de salud que me generaron el mismo parto y no sé, ni siquiera lo quiero ir a buscar porque me da la impresión de que a lo mejor pueden ocultar información o algo así, no sé. Me generó como muchos conflictos internos el tema del parto. Como que sentí que no actuaron de buena manera, o sea, si yo hubiera muerto a lo mejor el tema negligente hubiera quedado sin que nadie lo dijera y hubieran dicho que fue no sé, algo de salud, me da la impresión. Ahora tú me puedes preguntar, es más o menos esa la historia.

Todos estos relatos, presentados así de manera completa, son evidencia de que el parto para muchas mujeres es una experiencia traumática. Se buscar ilustrar que la

violencia obstétrica es una experiencia de sufrimiento. En este sentido, a continuación abordaremos las consecuencias de manera descriptiva, en función del carácter exploratorio de este objetivo.

I. Sentimiento de que la experiencia de parto robada por el personal de salud

Una de las primeras consecuencias sobre las representaciones de mujer en experiencias de violencia obstétrica, es el sentimiento de que el parto fue una experiencia robada en el marco de la violencia institucional: *Para mí es como que te hagan una disección, como que te amputaran algo, así es el parto aquí, porque te quitan algo tuyo, tu parto, tu conexión, todo lo que conlleva tu parto lo quitan.* Un sentir similar expresa otra púérpera en su relato:

Yo no sé, como así la necesidad de que... no sé, si lo relato de nuevo yo creo que ese fue el sentimiento mayor que ha acompañado en este tiempo de rabia o pena igual po. Pero, así como cuando te roba alguien, te enojai con el enfermo porque te saluda y te hizo pasar un mal rato y te robo un recuerdo y tení muchos sentimientos con el que te roba, a mi es un poco eso porque te roba la experiencia más linda de tu vida. Osea, tener un hijo la primera vez es el hijo con más ilusión. Nosotros a la Amparo la esperamos, bueno y no fue menos querida por eso, pero pudo ser algo mucho más bello, claramente. Más mío, menos doloroso, fue muy doloroso. Totalmente antinatural. Entonces te roban un pedacito de tu vida po.

II. Sentimiento de Rabia

Vinculada a la consecuencia anterior es que algunas mujeres relatan haber sentido rabia cuando se dan cuenta haber sufrido VO posteriormente al parte. En este caso, la mujer relata que su sentimiento nunca sanará y que además siente rabia contra la institución de salud:

Entonces me daba rabia leer esa cuestión, pero como te digo es un proceso largo, pero se supera. Pero es una rabia que a mí ya no se me va a quitar nunca, nunca lo voy a olvidar. Y creo que el tema de la pérdida en sí la recuerdo con cariño, como con aceptación, pero lo otro no. La violencia que yo sentí es algo que no... y vez que pueda dejar mal parada la clínica lo voy a hacer y que me pregunten y yo hablo y así. Porque es una rabia que... ¡no po! te pasaron a llevar, que es injusto, que es mucho más fuerte que te pasen a llevar en la calle, que te digan una tontera y ya, igual te violentan... pero es algo que te marca un poco más.

Este sentimiento de rabia también se expresa en la forma negativa en que las mujeres califican el parto. Según el relato que exponemos a continuación, esta surge a raíz de la pérdida del control sobre el propio cuerpo y la experiencia de parto, pues la mujer describe haber sentido que se sacrificó ella misma como persona, que se enajenó:

No somos cualquier cosa y me interesa mucho el hecho de recalcar que hay que valorar el proceso como es. Es un proceso bonito pero que a muchas se vuelve un proceso violento y un proceso muy triste y que... y yo creo que para finalizar una cuestión que me dijo mi hermano chico, un día me preguntó cuándo ya había tenido a Simón como hace como 4 meses, me preguntó "oye cote y ¿cómo es estar embarazada?, ¿cómo es tener güagüa?" y yo le dije es una mierda. O sea yo creo que decirle es una mierda a un niño de 10 años, algo mal pasó contigo mientras estabas embarazada y mientras tuviste a tu hijo. Porque mi mamá me dijo "¡pero cómo le dices eso!", "si te pregunta a ti tú respóndele por tu experiencia, si él me pregunta a mí le digo que es una mierda", porque para mí significó sacrificar demasiadas cosas, significó sacrificarme a mí misma, porque si yo... sacrificar, no sé, carretear o esas tonteras me daba lo mismo, pero siempre y cuando yo no me hubiese sacrificado a mí misma como persona, yo me enajené a mí misma como persona, con todos los procesos médicos y los procesos de valorización social que me dieron, dejé de ser yo, mientras lo tuve a él. Eso."

III. Problemas para el desarrollo del vínculo madre-hijo/a

Otra de las consecuencias es el entorpecimiento del desarrollo del vínculo entre la madre y su hijo/a, el cual se expresa en los obstáculos que presentan las mujeres respecto al cuidado de otro.

Bueno la verdad es que yo personalmente ya tenía un hijo entonces yo ya sabía a lo que iba en el fondo, pero la mujer que tuvo la mala experiencia así de primera vez yo creo que queda traumada, no es capaz de reaccionar para cuidar a su güagüa de inmediato. Ellos no le toman el peso a que el momento del parto es el comienzo de tu vida otra vez, porque tú nunca vas a volver a ser lo que fuiste antes de tener a tu güagüa entonces cuando tú tienes una güagüa y pasaste por todo esto igual quedas en shock, o sea, yo tuve como tiempo entre comillas para analizarlo estando sola ahí en la camilla de recuperación, pero la mujer que tuvo su güagüa sana y grande y en el tiempo no le pasa eso... puede haber salido de una experiencia traumática y se vio con una güagüa en brazo y ahí quedo. Yo me acuerdo que cuando me entregaron a mi hija igual lo pasaba mal, igual la miraba y pensaba, chuta, de la que te libraste porque te pudo haber pasado algo, eras tan chiquitita, ¿qué pasa si a este gallo se le hubiese ocurrido usar fórceps porque según el yo no estaba pujando bien? podría haberle exprimido demasiado la cabeza y te empiezas a pasar rollos y dices, y si yo hubiera hecho esto, y si no hubiera pasado esto entonces también es un mar que te queda dando vueltas, no es solo que tuviste a tu güagüa y te fuiste a tu casa y todo paso, no.

Como se refleja en la última parte de este relato, el vínculo inicial con los/as hijos/as tiene la característica de ser culposo, puesto que las mujeres no pueden no pensar en los daños que les causaron, y que se les pudo haber provocado. También esta culpa se expresa en que a través del vínculo madre-hija/o se busca reivindicar la experiencia de sufrimiento de estos últimos:

Él tiene mucha suerte de que yo lo haya tenido así, sin embargo, cuando a mí me tocó mi otra experiencia... yo tengo un apego igual rico, exquisito con mi

otra hija, todo lo que tú quieras, pero de acuerdo al tipo de parto que tuve, estaba tratando de reivindicar con ella ese momento, todo el momento quería reparar, le daba extra cariño, extra besos porque yo quería reparar ese parto. Que ella no sintiera que... sí lo decí así suena fuerte... ella su primera noche en el mundo la pasó sola. Suena terrible, y es terrible, y debe ser para una güagüa pasar su primera noche sola.

En esta línea, también se registran dificultades para amantar a los/as hijos/as debido a las decisiones que toma el personal de salud respecto a la alimentación de los/as recién nacidos/as. Además, la educación es un factor importante, que se destaca en este relato, respecto a la promoción de la lactancia materna:

El parto del Simón fue a las seis y media, eran las 12 de la noche y al Simón todavía no me lo traían. Y ahí estuvo... y yo decía como en 6 horas no va a tener hambre, y la leche no me salía, nadie me explicaba nada. Y me lo llevaron y me lo pusieron al pecho y el niño no quería, claro porque le habían dado relleno. Le dieron suero y relleno mientras o estaba allá y nadie me pidió autorización ni a Carlos. Entonces ahí hubo otro problema porque al niño nadie me enseñó a darle pecho, cosa que yo decía en la Católica me habría salido lo mismo y me habrían enseñado toda esta cuestión sin ningún problema y no, nadie me enseñó nada, nadie me explicó nada y yo lloraba, él lloraba. Me dijeron démosle suerito y como yo no cachaba decía bueno ya po si él tenía hambre tenían que darle comida po. Yo no entendía nada y tenía que darle leche y estuve todo el santo día y al otro día tratando de darle leche. Y al final Simón terminó hospitalizado porque bajó casi un kilo en tres días.

A continuación, esta misma mujer vincula cómo afecto la presión de su entorno sobre y el trauma de su parto -en el sentido de que sentía cosa, sucia, desagradada consigo misma- en las dificultades que tuvo para iniciar la lactancia con su hijo:

(...) En ese momento sí, ahora ya no, ya lo superé, ya entendí que no soy una cosa, de hecho, como que ahora lo tengo más asumido, pero en ese momento me sentía sucia, muy desagradable con mi misma. Mas encima, como estaba con la este de que no me agradaba, me miraba al espejo, me sentía puta las

pechugas, soy pechugona, y más pechugona con leche y se veían mis pechugas feas, me sentía como una vaca lechera, lo único que hacía era dar pecho y poner pañales, entonces ya no era yo. Me sentía una máquina, no me sentía una persona y eso tiene que ver también con que el proceso de lactancia no se hizo de la manera correcta para que yo le tomara un cariño a la cuestión y que no... porque fue un proceso de cuando yo le tomé cariño, mi compadre ya no quiso más leche, entonces eh... si hubiese estado en el momento preciso posiblemente no habría pasado eso, habría sido un poco más tranquilo. Y el hecho también de que en mi familia la cuestión no se mirara de esa manera, sino de que yo tenía que cumplir con hacer aseo, lavar la ropa, con tener las cosas del perro, cumplir en la universidad y además dar leche, yo no entendía porque tenía que dar leche "ah, pero si al niño le toca la leche a las 11 y a las 3, por qué le tenía que dar leche a las 11, a la 1 y a las 2 y así sucesivamente cada vez que se le ocurría" porque ellos no entendían esa concepción de libre demanda, nada de eso, no, todo con horario. De hecho, mi mamá como trabaja en eso es muy cuadrada, entonces "oye, pero puta y la cuestión" entonces para mí era muy complicado y muy penca tener esa situación de esa manera, que se diera así y no como yo quería.

En el siguiente relato, se describe la forma en que está asociada la experiencia de VO con los problemas de lactancia, de disfrute de la maternidad y con el proceso de vinculación madre-hija/o:

Tuve una lactancia difícil, tuve un periodo vincular difícil. Me costó disfrutar de mi maternidad y siento que en buena parte tuvo que ver con la experiencia de parto que yo tuve, a pesar de que no era consciente de que era mala, había una intuición o al menos hubieron cosas que no ocurrieron y que debieron haber pasado y que yo encuentro que afectaron como lo que vino después.

IV. No querer volver a gestar ni parir nuevamente

Esta es una consecuencia que afecta a la autonomía reproductiva de algunas mujeres. A algunas les da miedo y terror, incluso pensar, en la posibilidad de gestar nuevamente, por no querer volver a sufrir nuevamente VO:

Yo no voy a tener más hijos, porque me da terror volver a pasar por algo así, independiente de que mis hijos son alérgicos alimentarios o del tema económico, yo creo que si yo "Paula, estoy embarazá" me daría un ataque, única y exclusivamente porque estaría pensando en el parto, porque podría volver a pasar. Finalmente claro, tu si tení una güagüa tienes la posibilidad de perder el control total y absoluto de cuerpo si caes en malas manos al momento de parir po, es una ruleta rusa.

Así que eso, yo creo que todo eso fue violencia y yo no quiero volver a ver a este tipo, no he ido más a los controles con él, quiero ver otro ginecólogo. Con esta experiencia al final uno queda tan traumada de no querer tener más hijos. Si bien es un tema personal de que yo no pensaba tener hijos y cuando tuve el primer embarazo como que ahí le garré el gusto y yo me puse contenta en esa oportunidad, pero ya con un tema de que había sido un embarazo ectópico y sumado a que yo ya tenía mi edad. Entonces todo ha sido... no fue un buen embarazo porque tuve miedo que le pasara cualquier cosa, ya quedai con miedo a todo. Entonces no la disfruté, no le hablé mucho, traté de no encariñarme porque yo decía si pucha le pasa algo, en el parto, cualquier cosa y más encima el parto horrible que tuve, te asustai todo el rato. Y con esta experiencia, la gente que le pasa este tipo de cosas queda tan traumada que realmente no tení más ganas de tener de hijos. Si imagínate, ya no importa yo no voy a tener más hijos, pero si quedo embarazada sin querer de repente, no quiero tomarme una pastilla de nuevo, ¿qué voy hacer?

Y créeme que con eso yo quedé traumada con tener güagüa, más, entiendes, porque fue caótico, o sea todo el embarazo, casi todo el embarazo horrible y el parto uno espera que sea más armonioso, como lo que tuve con ella (indica a su

otra hija), que fue un parto totalmente contrario, no. Entonces eso fue lo más heavy, porque en realidad.

Es tanto el miedo y terror de volver a embarazarse que, incluso, se genera una desconfianza de los métodos anticonceptivos al punto que una mujer relata la posibilidad de esterilizarse para evitar sufrir nuevamente VO:

Como te digo, yo le tengo terror a tener otra güagüa. Yo tengo el Implanon y yo ya estoy viendo para esterilizarme porque yo no quiero tener más hijos. Ponte tú mi mamá me dice "ya po, pero por qué no tienes otros"... Yo de repente miro a mis niños y es como pucha ya igual podría tener otro y con mi marido, pucha ya la economía, ya veámoslo en unos años y después me acuerdo de lo que significa y digo no. No, porque te arriesgas a que te vuelva a pasar algo así, o quizás incluso que tu güagüa se te muera, porque a la matrona se le ocurrió que estabas alharaqueando, porque no era para tanto o porque te dejaron con el monitor puesto media hora y se fueron a tomar un café.

Siento que esa experiencia me robó algo, como seguridad en mí misma. No puedo decir de que me dejó algo bueno porque de repente cuando se habla del tema, si cuando mi hijo creciera.... (...) el tema que de repente se conversa es que si volveríamos a tener un hijo con mi pareja y para mí no cabe esa ida en mi pareja. O sea, yo le digo a mi pareja sí, no sé, por x motivos fuéramos el 1% de esas personas que les falla el anticonceptivo y quedo embarazada para mí lo ideal es entrar 2 días antes de que el bebé nazca, pero durmiendo y salir durmiendo del hospital, llegar a mi casa y ver la güagüa ahí. Ojalá que borren toda la situación que tiene que pasar para que él nazca. No, no existe para mí esa posibilidad. Tampoco... tampoco la discuto, como que alguien intente convencerme, no. Para mí está cerrado, algo así diría." (...) "Empezando por el miedo de que pudiera embarazarme, no me da ni siquiera seguridad usar anticonceptivos o que los use él, no, me da terror volver a quedar embarazada. Y lo otro es el dolor, el dolor que se me genera pasar por esas situaciones, eso no cambia. Van 2 años en los que como que estoy atrapada en esa situación.

V. Sexuales

Otra de las consecuencias que evidenciamos a través de los relatos, es que algunas mujeres posteriormente a la experiencia de abuso y maltrato obstétrico presentan problemas para retomar las relaciones sexuales con sus parejas, por el dolor que les generan las cicatrices y por la sensación de abuso y manoseo que reviven durante las relaciones sexuales:

Yo tenía miedo de las secuelas que iba a dejar ese parto para mi vida posterior. En el ámbito sexual, porque como te digo, yo tuve fisura del cuello del útero, tuve muchos puntos, entonces fue un tema volver al tema sexual valga la redundancia. sí po, yo me acuerdo de que yo ya cuando... los primeros días yo estaba pendiente de mi güagüa, sólo de mi güagüa, pero igual en un momento fue como chuta... recuerdo cuando me dieron el alta y estaba en mi casa y procesé todo dije "a ver" y tomé un espejo y cómo que igual quería verme, porque dije "qué pasó conmigo" ... y.... por suerte eran muchos puntos, pero no fue tan terrible como me imaginé.

Y para mí el ámbito sexual fue tema por harto tiempo, yo decía voy a quedar con secuelas, voy a quedar muy dilatada, o voy a tener problemas de lubricación, etc. porque fue demasiado el manoseo, fue demasiada la intervención, que te metan la mano hasta el útero mismo, ¡útero mismo!, ni siquiera dentro de la vagina, en el útero. Es demasiado fuerte para mí, no se... hasta el año de mi güagüa a mí todavía me daban escalofríos pensar en esos dolores, en esa sensación de tener una mano hurgueteándote adentro, muy heavy...

Mira yo te digo como infidencia, después de mi parto, de todo lo traumada que estaba yo no tuve relaciones un año con mi marido, un año... ¡un año! En donde ni siquiera era porque no se po, por último, hubiese sido parto normal y me hubiese desgarrado, o me hubiese... fue cesárea... sin embargo un año estuve sin tener relaciones con mi marido, a diferencia con él [indica a su hijo] con un parto natural y todo, un mes habrá pasado antes de haber retomado una

vida sexual ya activa... (...) es que si po en el inconsciente |queda eso impregnado, que más vai a querer que te toquen después de eso, por eso es súper importante después ir al psicólogo para resolverlo de esa forma porque o si no es difícil y quedai con muchas trancas.

Cacha que lo de la cicatriz, el tema de la kinesiología a mi específicamente empieza la doctora haciéndome unos masajes en la zona para deshacerme los nudos que yo tengo de las cicatrices, porque es tan tirante que ese es un dolor contante que yo tengo. Entonces es un dolor que yo todavía tengo por el cómo me cosieron, si yo tenía la escoba, me hubieras visto como tenía. Y yo te digo, ya mi cuerpo no es el mismo que yo tenía antes, al bañarme, al tocarme, al ir al baño yo me noto que no tengo nada como era antes, entonces igual eso te trae complicaciones porque te acomplejai, segundo porque te da miedo de tener relaciones que te va a doler, porque si ya me duele no teniendo, entonces imagínate.

Mira concretamente todavía no tengo un diagnóstico, pero si se me tienen que realizar una operación que se llama vulvoplastía para volver a reconstruir. Porque a mí en el momento del parto se me cosió piel sobre piel, lo que me genera mucho dolor, no he podido volver a tener una vida íntima normal. O sea, yo te digo así, desde que tuve a mi hijo yo con mi pareja nunca he tenido intimidad. Entonces eso igual a mí me ha afectado en cierta manera porque igual es un tema relevante en pareja.

Al respecto, Olza (2017) afirma que hay mujeres que experimentan el horror sufrido en experiencias de VO al momento de tener relaciones sexuales con penetración (Olza, 2017). En esta línea, Kitzinger (2015) plantea que:

Las relaciones sexuales también desencadenan flashbacks, especialmente cuando una mujer está tumbada sobre su espalda, las piernas levantadas y separadas como si fuera examinada en litotomía (tumbada sobre su espalda con sus piernas abiertas, sostenidas por largos estribos y las rodillas bien separadas) o estuviera teniendo un parto instrumental (pág. 100).

Cabe destacar, que estos problemas para retomar las relaciones sexuales devienen en problemas de pareja, puesto que las mujeres se sienten cuestionadas por sus parejas respecto a la imposibilidad de tener relaciones sexuales, esto es expresado a continuación por la misma mujer que relata tener que realizase una vulvoplastía:

Te repercute un montón de tiempo, nadie se preocupa de darte algún tipo de ayuda. Eh no sé po, en el caso de que tuviera que ser psicológico. Poniéndolo de esta manera, la intimidad igual es algo importante dentro de la relación, entonces al final, tu pareja de repente no te cree o pone en duda que sea realmente porque te duele o no sé estás con un tipo de trauma. Cosa que a mí me ha pasado y a otras mujeres que he escuchado dar su opinión, es exactamente lo mismo.

Esto, además, lo analizamos como una expresión de la manera en que indirectamente, las mismas representaciones sociales que surgieron en las experiencias de violencia obstétrica -como que el cuerpo femenino es un objeto sexual que se construye en función de la masculinidad y que la mujer no es quien posee la autonomía de su cuerpo y sexualidad- se reproducen luego en los espacios de interacción sexual entre mujeres y hombres.

Otro de los problemas respecto a la sexualidad está relacionado a la forma en que se enfrentan las relaciones sexuales luego de una experiencia de VO. En este sentido, una mujer relata haberse buscado parejas sexuales después del parto para mejorar su autoestima, encontrar cariño y aceptación de otra persona, pues luego de su parto se sentía como una cosa:

No, yo ahora miro que mi cuerpo es mucho más sagrado, que si tiene la posibilidad de dar vida significa no es tan una cosa como la miran, no se po, como una la mira en las revistas las minas posando con las pechugas, si yo me veo al espejo y digo soy rica bacán po, soy rica, pero eso no significa que hoy por hoy... que yo hubo un tiempo que yo decía puta tengo ganas de estar con alguien y me metía con alguien y daba lo mismo, después de haber tenido a Simón. Pero ahora ya no, ahora yo digo si voy a estar con una persona tiene que respetarme, tengo que respetarme yo primero, tengo respetar a esa persona,

y, además, por sobre todo tengo que darle una estabilidad a Simón. Y si ahora yo quiero estar con alguien, que estoy con alguien lejos, pero está, eh... es porque nos tenemos cariño y ya no espero más, ya no soy una cosa con la que puta hoy día contigo, mañana con el otro porque quiero pasarlo bien, ya no po. Y si en algún momento yo quisiera pasarlo, porque en su momento también lo hice así, fue porque yo tenía la decisión de hacerlo, pero no era porque me sentía una cosa. Hubo un momento en que me sentía cosa y que sentía que la única wea que necesitaba era como sentir que me querían y daba lo mismo la situación. (...) Después del parto, como con mi pololo no estábamos bien terminamos, volvíamos, y puta, después cuando terminamos me empecé a comer a otras personas y al final lo que buscaba era el cariño, que me dijeran que te veí bonita, aunque estuviera con dos kilos demás, aunque tuviese estrías, que pa mi fue un tremendo trauma el hecho de que una persona me viera y no fuera mi ex, en este caso. Y ahora ya no es ni tema po, para mi pareja ahora no es tema. Para mí eso era una traba muy grande que yo andaba buscando cariño por otros lados donde no lo tenía exclusivamente porque yo sentía que nadie me podría querer por cómo yo había quedado después de, por cómo me habían tratado en el momento que se supone que debería haber sido un momento bonito.

También otras de las consecuencias que están vinculadas a la vida sexual de las mujeres, es que el parto se describe de manera similar a la forma en que se construyen los relatos de violaciones, e incluso a veces se nombra esta experiencia como una. Olza (Ibidem) explica que este término “lo han utilizado madres que sienten que fueron violadas en sus partos y forzadas a consentir algunos procedimientos sin que se les hubiera informado con detalle ni se les hubiera explicado los riesgos de las mismas” (pág. 99), tal como se evidencia en las siguientes experiencias:

Ahí yo era una cosa, me cosificaron, si yo era una cosa, una cosa. Hay que terminar el trámite, hagámoslo rápido. Y... yo después me miraba al espejo me sentía como cochina, como asquerosa. No por el hecho de haber parido, por el hecho de haber sido manoseada por todas las personas a destajo como que...

Porque yo te insisto, yo tengo amigas tuvieron partos respetados en que solamente una persona tendía derecho a ayudarlas y ni siquiera a tocar, no, sino que a ayudarlas no más, canalizar el dolor, etc., etc. Pero hubieron tantas manos encima mío, tanto proceso y tanto sistema y burocracia que después de eso a mí me costó mucho volver asumirme mujer. Y no es una cosa más de parir, de hecho, después de eso yo automáticamente yo decidí ponerme la t, exclusivamente por el hecho de que yo no quería volver a pasar por esa situación y para volver a sentirme un poco mujer po, para no volver a sentirme no sé, que era una animalita ahí que estaba...

Es una violación, finalmente es una violación y eso te hace sentir como que te violaron, quizá no te penetraron, no te tocaron, pero te violaron, y lo encuentro peor porque te violan a un nivel más profundo, porque te doblegan tu ser, tu ser mujer, es una violación a tu mujer.

VI. Miedo y desconfianza a las atenciones de salud

A causa de todas las consecuencias ya presentadas, es que, algunas mujeres relatan tener miedo de equivocarse nuevamente en la elección de un equipo de salud o desconfianza de las prácticas que les puedan realizar, incluso en contexto que no están relacionados con los procesos sexuales:

Yo no podría pensar en ningún otro momento más vulnerado, más vergonzoso, más pasado a llevar o describe de la peor forma que podai, así. Yo así lo viví y así lo sigo viviendo. Osea, yo cada vez que ahora voy a un consultorio o a un hospital por cualquier cosa, ya me fijo como es la persona que me atiende y así que me llevo, altiro, y si no me gusta la voy a cambiar, porque tampoco quiero volver a pasar por lo mismo y menos con mis hijas,

El mismo tema de no poder confiar en un equipo médico porque... obviamente la matrona con que me atiendo ahora me dice voy a salir de vacaciones o cosas así, yo prefiero parar todo mi proceso para esperar que ella vuelva a tener que

hablar con otra persona. Como que no, no existe la posibilidad de volver a confiar en un equipo médico, me da miedo a que sean igual que los de antes.

Y eso po, de que no te dan ganas de tener hijos po, o sea del parto en sí... y penca porque como que te da una fobia después a tener un control médico, a tener una cirugía porque tu decí si ya yo estando consciente me hicieron todo este daño, en una cirugía cuando yo esté dormida totalmente quizás que hacen. Entonces como que igual agarrai un miedo terrible, son traumas.

VII. Trastorno de Estrés Postraumático

Antes de desarrollar este tema, me gustaría aclarar que mi intención en ningún caso es realizar en este apartado un diagnóstico en base a las experiencias presentadas en esta investigación. Lo único que busco es dar a conocer esta consecuencia como una más, de las que surgen por las representaciones de mujer y las formas de violencia que operan en las experiencias de VO, según lo que se puede evidenciar en los relatos.

Para Ibone Olza (Ibidem) el trauma en el parto es una experiencia que debe ser definida por las mujeres, debido a que esto depende del sentir y las percepciones de estas respecto a sus partos:

Lo principal es entender que no hay una norma ni una medida de lo que es un parto traumático: solo se puede saber escuchando el sentir de cada mujer sobre su parto. Solo la mujer podrá decirnos si ha sido o no un trauma psíquico, si le ha dejado afectada o no. (...) La clave es la percepción individual del peligro: si la mujer siente que su vida o la de su bebé corren serio peligro es más probable que desarrollo posteriormente un trastorno por el estrés sufrido, sobre todo si en ese momento en el que está pasando tanto miedo los profesionales no dan apoyo emocional o directamente la ignoran (págs. 94-95).

Esto que ha investigado la autora, se manifiesta en los relatos de las mujeres entrevistadas, quienes expresan haber sentido que ellas y sus hijos/as corrieron el riesgo de morir durante el parto/nacimiento a causa del estrés causado por las intervenciones y reacciones del personal de salud. También hay otra que expresa haber sentido que dejó de

existir en ese momento por la omisión del equipo de salud con sus decisiones sobre cómo parir:

Y todo el rato "puja que sino tu güagüa se muere" eh... "ay si es una güagüa tan chica, esta güagüa no alcanza a pesar dos kilos, como no la vai a poder sacar" y todo el rato, así constantemente, que mi güagüa se iba ahogar, que mi güagüa se iba a morir.

Porque si yo iba a tener a mi güagüa me gritaban, me decían "cállate que tu güagüa se va a morir" ¡o sea tu güagüa se va a morir! Ni si quiera, así como no se em... no grites tanto... No, "tu güagüa se te muere, cállate tú güagüa se va a morir".

Yo creo que no te permite vivir a concho la maternidad tranquila, porque igual te queda como el fantasma en la cabeza de lo que te paso o de lo que te pudo haber pasado, más que lo que te paso. Por ejemplo, yo decía "pucha, a mí me sacaron la placenta a mano, ¿y qué pasa si no hubieran encontrado esa jeringa que me pusieron en la pierna? a lo mejor no me hubiesen podido parar la hemorragia y yo me hubiera muerto. Entonces quedas como sicosiada; días, semanas, meses.

Entonces yo le decía ya... le dije "me van a hacer episiotomía", y me dijo "no vamos a ver cómo te comportas" y yo ya en ese momento me empecé a aterrar porque mi marido no lo dejaban entrar, yo lo veía que estaba así como ponte tú como afuera, había una ventanita como no se... de 20 cm y no lo dejaban entrar... y yo le digo "ya, pero si me tiene que cortar me va poner lidocaína, me va poner algo..." y me decía "no así no más", yo en ese momento empecé a entrar en pánico... y me dijo "no si esto no te lo va sentir". Ya ahí en ese momento no se si fueron los nervios o qué, pero a mí me dolía todo, yo sentía que me iba a morir en ese momento de dolor, te juro, y me decía "puja", y yo le decía "pero es que no puedo" , "puja", "pero es que no puedo", "puja o tu güagüa se muere, se va ahogar", y yo le decía "pero ayúdeme por favor si de verdad no soporto los dolores, me duele mucho" y en eso había otra matrona

que se supone que era la que se llevaba al bebé a la neonatología y mi marido a todo esto todavía no entraba... le dice "no, córtala" y tomaron una tijera y yo le dije "una tijera!" y me cortaron así a sangre. En ese momento horroroso yo todavía me acuerdo como sonó el corte... y ... y bueno en ese momento le dice "ya, ya deja que entre el marido a ver ahora despierta esta mujer" y en eso entra mi marido y ... y por ahí, por acá, me hicieron la maniobra de Kristeller, ¿creo que se llama? para que saliera la güagüa, y... y todo el rato "puja que sino tu güagüa se muere" eh... "ay si es una güagüa tan chica, esta güagüa no alcanza a pesar dos kilos, como no la vai a poder sacar" y todo el rato, así constantemente, que mi güagüa se iba ahogar, que mi güagüa se iba a morir, y tú lo que esperas en ese momento es que te digan ya... "eh una vez más" o que sean un poco más suaves contigo, no que te digan que tu güagüa se te muere, por eso es que salió mi güagüa y me la pusieron acá para contarle el cordón y se la llevaron, a las 12:32 nació la Beatriz, yo nunca la vi... o sea le vi como su partecita de atrás de su cabecita.

Sentí que no estaba. Honestamente sentí que ellos se adueñaron de mi guatita y que yo dejé de existir porque todo lo quisieron hacer como ellos querían. A mí me habían hablado durante el embarazo que tú podías escoger música para poner en tu parto, si tú querías poner luz más baja, la posición que a ti te acomodara y todo, pero en ese momento se desvaneció esa idea. Ellos tenían puesta música que ellos querían, la habitación del parto más parecía de cirugía que un entorno agradable para tener a tu bebé. Así que, la impresión que a mí me dio fue que yo dejé de existir.

Este trauma posparto ha sido llamado Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Este diagnóstico tiene su origen en los síntomas presentados por los veteranos de la guerra de Vietnam, quienes a pesar de no presentar daños físicos sí tenían secuelas psicológicas por haber estado expuestos a situaciones en donde sintieron que podrían haber muerto. Estado que, al parecer, comparten algunas mujeres durante experiencias de VO. Sheila Kitzinger (2015), quien ha trabajado en base a evidencia sobre las consecuencias del sufrimiento y los abusos hacia las mujeres durante el parto, afirma que estas "están

traumatizadas porque son tratadas como máquinas que están en un constante riesgo de romperse. Están traumatizadas porque sienten que son succionadas por un sistema médico que les priva de cualquier control sobre lo que les está sucediendo” (pág. 13).

Algunos síntomas de que el parto sea encarnado como una experiencia traumática para las mujeres son: estar en estado de shock y sentirse aliviada porque el parto haya terminado, sentir irritabilidad y rabia con el equipo de salud por el trato recibido, también sentir angustia, tener pesadillas reviviendo la experiencia y flashbacks (que surgen por estímulos que llevan a recordar el parto, como pasar fuera del hospital o la clínica, alguna escena en la tv, ver a una mujer gestante), rechazar la idea de una nueva gestación o parto y relatar la experiencia como si fuera una violación (Kitzinger 2015; Olza 2017). Algunos de estos síntomas se aprecian en las consecuencias antes revisadas. Igualmente, a continuación se presentan registros en donde las entrevistadas cuentan episodios a través de los cuales reviven el trauma generado en las experiencias de violencia obstétrica, así como también la rabia que generan hacia el personal de salud por el trato recibido:

Pero una vez que yo ya salí de todo eso, yo me acuerdo que después en la noche yo soñaba que tenía otra güagüa y yo gritaba, en el momento que yo sabía y sentía que estaba a punto de salir chillaba, porque yo no quería pasar por eso de nuevo... mal.

Yo por eso te digo, hace 3, 2 días atrás, pasé por afuera de ese hospital y me puse a llorar en la micro, así de... yo dije no pensé nunca que iba a sentirme así. Pero por cosas de la vida, justo pasé por afuera de ese hospital y quedé como ooh. Y me dio una sensación, así como de pena, de rabia, de decir pucha quizás cuantas mamás pueden pasar lo mismo que yo, o han pasado peores cosas quizás, y yo no lo sé. No, pero fue, fue shockeante, como que lo recuerdo y ooh, aún me queda la cuestión. No creo que se me olvide nunca eso, no creo. Y con más razón así, nunca voy a tener güagüa. Yo de hecho lo dije, yo con ella, no tengo más güagüa, ni pagada, ni clínica. No, porque hasta en las clínicas te debe pasar lo mismo, y peor, y todos se lavan las manos "no, que yo

no fui", "no que yo no fui". Entonces, con ella yo no tengo más güagüa. De hecho, me quiero operar, pero a los 30. Yo ya no quiero tener más güagüa.

Y fue desastroso porque lamentablemente lo voy a recordar toda la vida, no va a ser algo grato de recordar. No va a ser algo grato de recordar cuando te digan ¿oye cómo fue el parto de tu niña? uno preciso, el otro horrible, yo viví las dos caras de la moneda, completamente.”

Si mira, yo creo que, a grandes rasgos, cuando yo tuve a mi hija cambiaria poder ir y decirle al gallo; oye estás haciendo súper mal tu pega, de hecho, yo me acuerdo que a las semanas que nació mi hija, yo tenía tantas ganas de ir a la urgencia de maternidad y decirle al gallo “¡¡oye lo hiciste pésimo!!”

Para Olza (Ibidem) el TEPT genera consecuencias en todos los actores involucrados en el parto, puesto que:

El trauma afecta a la relación de la madre con el bebé, con su pareja, su familia y los profesionales de la salud. Sin mujeres que pueden sentirse muy enfadadas con estos últimos y decidir no volver a ponerse en sus manos o tener muchas reticencias para volver a confiar en profesionales sanitarios. Salir traumatizada del parto, por desgracia suele afectar al inicio del vínculo madre-bebé. La mayoría sienten una gran pena por haber pasado separadas de sus hijos las primeras horas tras el parto o se sienten culpables de que el bebé no tuviera un buen nacimiento o, incluso, saliera dañado por culpa de fórceps u otras intervenciones. Algunas mujeres cuentan también sentimientos iniciales de rechazo hacia el bebé, pero esto suele cambiar con el tiempo.

VIII. Depresión Postparto

Al igual que en el apartado anterior, sólo intentaré evidenciar que la depresión postparto es una posibilidad que viven las mujeres que sufren violencia obstétrica.

El Ministerio de Salud (2014) define este trastorno como:

La depresión posparto se caracteriza por llanto, abatimiento, labilidad emocional, sentimiento de culpa, pérdida de apetito, problemas de sueño y sentimientos de incapacidad de hacer frente a las necesidades del hijo(a), problemas de memoria, fatiga, irritabilidad. Algunas mujeres pueden preocuparse de forma excesiva por la salud del hijo(a) o verse a sí mismas como malas madres, inadecuadas o poco cariñosas (pág. 7).

Esta condición emocional y mental, se expresa en los siguientes relatos:

Y nada po, mi puerperio fue un poco así po, yo creo que tuve una depre posparto. De nuevo, como el motor de todas mis decisiones era un poco esta vergüenza, que no me notara mucho, no me sentía con atribuciones de exigir, entonces yo estaba súper deprimida, me pasaba rollos, así como "bueno, cómo sería si me tiro por la ventana", ese era como el nivel de cosas así, de pensamientos. Pero no le dije nunca a nadie, no lo comenté con nadie porque no po, era como atraer atención hacia mí y lo encontraba como desconsiderado, además, pensando que todo había salido muy bien, pensado que la güagüa estaba sana, yo estaba sana, como que me daba mucha culpa como, claro, poner en esa parada, nunca dije nada. Y se pasó po, yo creo que me demoré como mucho en salir del hoyo, pero mi puerperio con la Helena no fue fácil. La lactancia, nada po, duró la pe, a los 2 meses yo ya estaba dando relleno, ya no estaba dando pechuga, y así po. Y con el tiempo, a propósito de otras cosas, en búsqueda de otras cosas llegué a información sobre el parto humanizado, el parto respetado, y fui entendiendo que todas las cosas que me habían pasado en el parto no correspondían. Yo tenía 23 años, tenía un cuerpo super sano, no necesitaba toda esa cantidad de intervención.

Bueno y ahí entramos a otro tema que es el tema del postparto, de las depresiones post parto y de todo que es parte de también... chuta ya, no solo nos hicieron violencia en el pre parto, en los controles, violencia obstétrica en el parto y más encima nosotros tenemos que cargar con la culpa de eso y generamos depresión en posparto, o sea por donde más nos quieren cagar ponte tú...

IX. Necesidad de reivindicar la experiencia

Para finalizar, a raíz de todas las experiencias de violencia obstétrica y las representaciones de mujer que de ellas surgen, hay mujeres que además de presentar las consecuencias anteriormente nombradas, también experimentan la necesidad de reivindicar la violencia sufrida. Una de las formas de realizar esto es a través de la decisión de tener un parto en casa en la próxima gestación:

Fue horrible, para mí me quedó una herida tremenda en el corazón con ese parto, gracias a eso me empecé a interesarme más en el tema, empecé a investigar mucho y bueno cuando tuve a mi segundo hijo, yo tenía claro todo lo que yo no quería de nuevo y obviamente por eso opté por un parto respetado en casa y... bueno eso me ayudó mucho para sanar mi primer parto... (...) pero el haber vivido esa experiencia, me dio la pauta de todo lo que no tenía que hacer y lo que sí tenía que hacer para mi segundo parto, empoderarme mucho más. Obviamente con una psicoterapia de por medio, no es que uno de la noche a la mañana esté lista para... no.

Y otra de las maneras de reivindicar la experiencia traumática es empoderándose en la defensa de los derechos del nacimiento. También transformándose en activista del parto respetado y educando al respecto:

Yo obviamente después de todo esto me siento super empoderada, y super como defensora de los derechos de... como que uno le da tanta rabia, como que se pone en el lugar de tantas mujeres que la han pasado a llevar, de miles de casos, en internet hay muchos... lo mismo que en Facebook, tanta gente que te quiso ayudar... Pero dije no puede ser esto, no puede ser que esto siga pasando tanto. Entonces tú decí algo hay que hacer, hay que empezar a hablar, hay que empezar a sacar esa fuerza femenina, esa rabia para otra cosa también po, para ponerlo en la palestra en algún minuto. Y...eso, pero yo creo que te afecta un poquito la emocionalidad de ser mujer, te la afecta, pero como tenemos ese otro tema de la fuerza como que logras salir del paso.

Y me permitió aprender un montón de otras cosas sobre mí misma, sobre mi cuerpo. Y me permitió encontrarme como con una dimensión de sujeto de derecho que yo siento que no tenía incorporada en mi mente, ni en mi ser, no lo había entendido, no lo había aprehendido, no sé. Y nada po, y me permitió también conocerme desde otro punto de vista y me dio la oportunidad de aprender que podía hacer otras cosas y, efectivamente, después en el tema del parto...

Yo creo que... a ver... que... que se transformó de una buena forma, que... que, no es que me sienta ni más ni menos mujer antes o después, me refiero a que, a que tomé una experiencia que pude identificarla como no buena y transformarla en buena, algo bueno. Eso te hace ser una persona más, más empoderada de tus derechos, más educada y mejor persona, de hecho, mejor mamá. Claramente, tú puedes ser mejor mamá una vez que tú has aprendido cosas que no tenías idea que sucedían.

X. Tabla de Resultados

A continuación, se presenta una tabla en donde se articula el objetivo al cual responde este capítulo con las dimensiones que surgieron a raíz de las experiencia y relatos de las mujeres entrevistadas.

Objetivo: Explorar las consecuencias que tienen las representaciones sociales de mujer en gestantes, parturientas o puérperas que vivieron Violencia Obstétrica en hospitales o clínicas de Santiago	
Dimensión: Consecuencias de la violencia obstétrica en términos corporales y subjetivos	
Sentimiento de que la experiencia de parto robada por el personal de salud	Se describe como una disección, amputación
	Robo de un recuerdo
	Robo lo que podría ser la experiencia más linda de la vida
	Robo de un pedazo de la vida
Sentimiento de rabia	Sentimiento que se tendrá por toda la vida
	Rabia en contra de la institución de salud
	Calificaciones negativas de la experiencia de parto por haber perdido el control del cuerpo y del proceso
Problemas para el	Problemas para cuidar de su hijo/a

desarrollo del vínculo madre-hija/o	Vínculo culposo por el maltrato que sufren los/as hijos/as
	Dificultades para amantar
	Dificultades para disfrutar la maternidad
	Periodo vincular difícil
No querer volver a gestar ni parir nuevamente	Por estar traumadas con la experiencia de parto
	Por miedo de volver a sufrir nuevamente VO
	Porque la posibilidad de gestar las hace pensar en que nuevamente podrían ser violentas
	Porque creen que parir es una experiencia de mucha incertidumbre, pues el trato depende de la suerte o mala suerte de quien te toque en la atención
	Porque consideran que es un riesgo para ellas y el/la bebé volver a parir
Sexuales	Problemas para retomar las relaciones sexuales por el dolor de las cicatrices y porque recuerdan la sensación de abuso y manoseo de la experiencia de VO
	Reconstrucción de órganos genitales
	Acomplejamiento por la manera en que quedaron los genitales
	Enfrentarse a las situaciones sexuales sintiéndose como una cosa
	El parto se describe de manera similar a la manera en que se construyen los relatos de violaciones, e incluso, algunas mujeres relatan haberse sentido violadas durante esta experiencia.
Miedo y desconfianza a las atenciones de salud	Por miedo a equivocarse nuevamente en la elección de un profesional o equipo de salud
	Desconfianza de las prácticas e intervenciones que les puedan realizar
Trastorno de Estrés postraumático	El parto se considera como una experiencia traumática
	Sentimiento de que durante el parto existió la posibilidad de morir
	Sensación de que se dejó de existir durante el parto
	No querer volver a gestar o parir
	Relatar la experiencia de parto como si esta hubiese sido una violación
	Sentir rabia con el personal de salud y las instituciones
	Revivir el trauma en pesadillas y cuando se pasa por fuera del hospital o la clínica
Depresión postparto	
Necesidad de reivindicar la experiencia	Decidir que tener un parto en casa para la próxima gestación
	Empoderarse en la defensa de los derechos del nacimiento

	Ser activista del parto respetado
	Educando sobre el parto y sus posibilidades

XI. CONCLUSIONES

En este apartado, me gustaría articular todos los resultados antes descritos, para así a través de las experiencias de mujeres que sufrieron VO obstétrica en Santiago, presentar una nueva mirada de este problema.

En primer lugar, quiero evidenciar que violencia obstétrica es la expresión de una forma de violencia de género que surge de la articulación de 3 sistemas de dominación que operan en el espacio hospitalario: la matriz sexo-género, el Capitalismo y el Modelo Tecnocrático del Nacimiento.

Es importante resaltar que esta convergencia genera que las representaciones de mujer no sólo operen en el ámbito de la reproducción de la dominación masculina, sino que, además, en la construcción de cuerpos e identidades subordinables para el control económico y la racionalización de la intervención de la salud. Es decir, la construcción de las representaciones sociales de mujer que surgen de experiencias violencia obstétrica también es funcional a la reproducción de estos sistemas de dominación. En este sentido, la expropiación de la identidad y de la autonomía de las mujeres se constituye como la base para la para el despliegue del proceso de apropiación, intervención y control del cuerpo femenino en post de la reproducción de las lógicas mercantiles y científicas obstétricas.

Es por ello que la comprensión de la VO no se puede reducir a la comprensión sólo en el ámbito de la salud, puesto que se estaría omitiendo la complejidad e interseccionalidad de la red de violencia que se configura en las maternidades hoy en día. En este sentido, entonces, respondiendo al primer objetivo de la investigación es que pude dar cuenta que las prácticas que constituyen la violencia no se pueden reducir a las intervenciones obstétricas, pues la manera en que se lleven a cabo estas – a pesar de estar justificadas por protocolos de salud- pueden provocar también violencia moral. Si bien en los análisis hice una fragmentación de las prácticas que constituyen la VO para abordar de manera exhausta la experiencia de las gestantes, parturientas y puérperas, éstas no se pueden comprender desde la categorización planteada más allá del ejercicio teórico, puesto que pude evidenciar que una práctica calificada como violencia directa opera también como violencia moral.

Por ejemplo, la realización de tactos reiterados por muchas personas sin previo aviso ni consentimiento a las mujeres además de ser violencia física es violencia moral, debido a que esta práctica rutinaria significó también desvalorización del cuerpo de la mujer, en tanto las entrevistadas sintieron que se las cosificó y deshumanizó por no haber sido tomada en cuenta su incomodidad, intimidad ni pudor.

A raíz de esto es que entonces, teniendo en cuenta los resultados, del primer objetivo propongo que se debiese hacer una revisión de los protocolos respecto a las intervenciones y el trato hacia las mujeres durante las intervenciones obstétricas, debido a que una práctica de evaluación de un cuerpo en trabajo de parto es potencialmente violenta dependiendo de la actitud y la forma en que el personal de salud intervenga a las mujeres.

Al respecto, también pude comprobar que es el personal de salud quien principalmente ejecuta esta violencia, ya sean médicos/as, matronas/es, técnicas/as, enfermeros/as o bien personal administrativo. Digo generalmente debido a que también las mujeres expresaron haberse sentido violentadas por familiares, amistades y las parejas a través de retos, intimidaciones y cuestionamientos que les realizaron.

Otro aspecto importante de resaltar es que la ejecución de la VO por parte del personal de salud no se limita a las intenciones y voluntad individual de estas personas, puesto que el acto de violentar a las mujeres en algunas ocasiones es el protocolo de acción en las maternidades, en tanto las intervenciones o la asistencia prestada se realiza de forma mecánica y sistemática. Acciones situadas principalmente en la construcción androcéntrica que ha hecho la ciencia obstétrica de la mujer y su cuerpo como objeto de intervención.

Al respecto, la VO es violencia simbólica también, debido a que son los propios profesionales y funcionarios de los hospitales quienes reproducen la violencia obstétrica a través de su trabajo. En este sentido, quiero decir que: no porque la práctica se haya realizado sin intención quiere decir que no se violentó a las mujeres. En consecuencia, este no es un motivo por el cual este problema deba reducir a la intención de las personas, puesto que más bien el enfoque de la ejecución de la violencia debe estar las condiciones simbólicas y materiales en la que se desenvuelve la obstétrica y se despliega el sistema de salud.

En esta línea es que entonces es importante destacar que la VO se inserta en un contexto de eficiencia de la violencia social (de género, capitalista y sistema tecnocrático del nacimiento). Pues en primer lugar las mujeres que van a parir están insertas en relaciones sociales en donde se naturalizan estereotipos y representaciones del parto que conducen a la normalización de la VO, lo cual se expresa en que las mujeres tengan como expectativas durante el parto ser violentadas. Además, aún operan los valores morales respecto a la institución a la familia y la iglesia que condicionan también la naturalización de estas prácticas.

También, cabe destacar hoy en Chile no existen figuras legales y ni espacios institucionales para lograr efectivamente denunciar esta violencia, puesto que generalmente los reclamos son invalidados por considerarse un problema de percepción de las mujeres y porque las fichas clínicas no son documentos fidedignos hoy en día para este propósito. Por este motivo, es necesario evidenciar que en Chile hoy el Estado no se está haciendo cargo de la violencia obstétrica, como otro elemento contextual.

En relación con el segundo objetivo, se reflejó en los relatos que las mismas prácticas de VO son la expresión de las representaciones de mujer con la que operan los equipos de salud. Es por ello, que tampoco se puede desvincular la violencia obstétrica con la reproducción de mandatos sociales, sanciones y los roles que suponen la subordinación de las mujeres en el espacio de la atención obstétrica. En este sentido, la identidad que se construye de las mujeres está compuesta por estereotipos, normas y formas adecuadas de ser, puesto que la mujer es comprendida como madre-paciente. Esta dupla identitaria (madre-paciente) en la práctica opera llena de contradicciones debido que si bien a las mujeres se les exige responder moralmente como madres (teniendo que abnegarse por el cuidado y protección de sus hijos/as) también ocurre que se las desvaloriza como tal, puesto que hay situaciones en donde se sienten deshumanizadas y cosificadas por el personal de salud.

En coherencia con esto, el cuerpo de la mujer encarna estas representaciones y es valorado en función a la utilidad que presta para los diferentes procesos reproductivos que operan la violencia obstétrica. Me explico, el cuerpo se representa como un vehículo para

la reproducción sexual cuando este es intervenido obstétricamente (porque en los hospitales se hace parir a las mujeres). Pero también es representado como una máquina cuando se busca que este sea funcional al sistema económico, pues el apremio por controlar los tiempos del parto, así como la mecanización de las prácticas responde a la lógica mercantil de medios con arreglo a fines. En este caso fines económicos que se reflejan en las ganancias monetarias o en la preocupación por el costo del tiempo de trabajo de los profesionales.

También evidencio que el cuerpo, en tanto territorio, es colonizado por la masculinidad en experiencias de VO. Pues cabe destacar que todos los ámbitos de la autonomía sexual de las mujeres son destruidos en función del fortalecimiento de la dominación masculina. Es decir, se impone una sexualización del cuerpo femenino que está en función del placer masculino, normalizándose la idea que tanto el cuerpo, el deseo y los órganos genitales de las mujeres se constituyen con relación al coito.

De acuerdo con todo lo anterior, es que entonces el cuerpo se construye como una espacio productor y reproductor de las relaciones sociales de dominación que constituyen la violencia obstétrica.

En respuesta al tercer objetivo de investigación, principalmente hay que entender que esta experiencia es recordada como traumática por las mujeres, provocando consecuencias generalmente negativas respecto a su autopercepción, confianza, autoestima, sexualidad y el vínculo con sus hijos/as. Ahora bien, a raíz de esta violencia cabe destacar que también surgieron ganas de reparar de alguna forma el sufrimiento a través de diferentes actividades, como: ser activista por los derechos del nacimiento, educar sobre la VO, o bien, escogiendo gestar nuevamente y parir en casa.

Para terminar, propongo entender que la violencia es un hacer de las prácticas reguladoras del género que configura una expresión de identidad y cuerpo de mujer -que son las representaciones sociales señaladas en esta investigación- que a la vez son el sustento de la reproducción de estas mismas prácticas violentas, siguiendo la lógica de la performatividad el género propuesta por Judith Butler. Es decir, la violencia obstétrica tiene un doble efecto, ya que por una parte es coherente con las representaciones de mujer

que existen en la sociedad, pero también funciona como una práctica reguladora del género que estabiliza las mismas representaciones de género que produce.

Y finalmente, sugiero seguir realizando investigaciones que permitan comprender la complejidad de la VO obstétrica para así desarrollar diagnósticos y protocolos pertinentes territorial y culturalmente. También propongo seguir las líneas de investigación cualitativa sobre la violencia obstétrica hacia migrantes, hacia mujeres que pertenecen a alguna etnia indígena, hacia mujeres que sufrieron abuso sexual (para desarrollar protocolos al respecto) e investigar qué está ocurriendo en la asistencia de salud del aborto en Chile.



Anexo 1: Consentimiento informado

Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Sociología

Yo.....
He sido invitada a participar de la investigación denominada “Representaciones sociales de mujer según gestantes, parturientas y puérperas que vivieron experiencias de Violencia Obstétrica”. Estudio que corresponde a la tesis de pregrado de Javiera Valdebenito Zárata, estudiante de Sociología de la Universidad de Chile, mediante el cual se pretende abordar el problema social de la Violencia Obstétrica desde una perspectiva de género, en términos de construcción de identidades y cuerpos.

Comprendo que la información que se construya es de carácter anónimo y confidencial, siendo utilizada sólo para efectos de la investigación, resguardando mi información personal. El conocimiento que se produzca en esta investigación se me compartirá antes de ser publicado académicamente o comunicado al resto de la comunidad.

Declaro entonces, que mi participación en esta investigación es totalmente voluntaria, y que, asimismo, tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin sufrir ningún efecto negativo.

He leído y entiendo este formulario de consentimiento por lo cual acepto participar de este estudio.

.....

.....

Firma

Fecha

Email de contacto:

SI DESEA SABER MÁS DE LA INVESTIGACIÓN PUEDE CONTACTARME VÍA E-MAIL ESCRIBIENDO A JAVIERA.VALDEBENITO@UG.UCHILE.CL

Bibliografía

- Abric, J. C. (2001). *Prácticas sociales y Representaciones*. (J. Dacosta , & F. Flores, Trans.) D.F.: Ediciones Coyoacán, S.A. de C. V. México. Retrieved from file:///C:/Users/usuario/Desktop/javiera/Universidad/Seminario/Textos%20por%20leer!!!/ABRIC_Jean_Claude_org_Practicas_Sociales.pdf
- Amengual , G. (2007). El concepto de experiencia: de Kant a Hegel. *Scielo*. Retrieved from http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1666-485X2007000100001
- Arguedas, G. (2013). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter-o-a-mbio sobre Centroamérica y el Caribe*. Retrieved from http://www.asamblea.go.cr/Centro_de_informacion/biblioteca/Centro_Dudas/Lists/Formule%20su%20pregunta/Attachments/2091/Arguedas%20Violencia%20obst%20C3%A9trica.pdf
- Baeza, M. A. (2001). Elementos básicos de una teoría fenomenológica de los imaginarios sociales. In J. Coca, J. Valero, F. Randazzo, & J. L. Pintos (Eds.), *Nuevas posibilidades de los Imaginarios Sociales*. España.
- Baeza, M. A. (2011). Memoria e Imaginarios Sociales. *Imagonautas*. Retrieved from https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUK Ewi_spvAupLNAhVFW4KHZ7GCQoQFggfMAA&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4780894.pdf&usq=AFQjCNHNhMnV1aeSzPJrRxjPd0ATLDc2Cw&bvm=bv.123664746,d.dmo
- Baeza, M. A., & Grace, S. (2009). Imaginarios Sociales del Otro: el personaje del forastero en Chile (de 8 de 1854 a nuestros días). *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90219257003>
- Balash, M., & Montenegro, M. (2003). Una propuesta metodológica desde la epistemología de los conocimientos situados: Las producciones narrativas. Retrieved from https://www.academia.edu/762651/Una_propuesta_metodol%C3%B3gica_desde_la_epistemolog%C3%ADa_de_los_conocimientos_situados_Las_producciones_narrativas
- Belli, L. (2013, Enero-Junio). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/Unesco*, 25-34. Retrieved from http://www.unesco.org/ushs/red-bioetica/fileadmin/ushs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (2003). *La construcción social de la realidad*. (S. Zulueta, Trans.) Buenos Aires: Amorrortu editores S.A. Retrieved from <https://zoonpolitikonmx.files.wordpress.com/2014/09/la-construccion-social-de-la-realidad-berger-luckmann.pdf>

- Binfa, L., Pantoja, L., Jovita, O., Gurovich, M., & Cavada, G. (2013). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. *El Servier*. Retrieved from <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/129142/Assessment%20of%20the%20implementation.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bourdieu, P. (1997). ¿Es posible un acto desinteresado? In P. Bourdieu, *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Editorial Anagrama.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones pascalianas*. EDITORIAL ANAGRAMA.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: EDITORIAL ANAGRAMA, S.A.
- Butler, J. (1990). Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. Retrieved from <http://www.debatefeminista.com/PDF/Articulos/actosp433.pdf>
- Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. (M. A. Muñoz, Trans.) Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Calafell, N. (2015). La Violencia Obstétrica y sus modelos de mundo. *CIECS*. Retrieved from <http://revpubli.unileon.es/index.php/cuestionesdegenero/article/download/1350/1382>
- Carvajal, L., & Hernando, M. (2015). *Proyecto de Ley que establece los derechos de la mujer embarazada durante el trabajo de parto, parto y el pos parto, además de sancionar la violencia gineco-obstétrica*. Retrieved from OVO Chile: <http://ovochile.cl/wp-content/uploads/2015/05/Proyecto-Ley-Violencia-Obstétrica.pdf>
- Castoriadis, C. (1997). El imaginario social instituyente. Retrieved from <http://www.ubiobio.cl/miweb/webfile/media/267/Castoriadis%20Cornelius%20-%20El%20Imaginario%20Social%20Instituyente.pdf>
- Castoriadis, C. (2013). *La institución imaginaria de la sociedad*. (A. Vieens, & M. A. Galmarini, Trans.) México: Tusquets Editores México, S.A. de C.V.
- Castrillo, M. B. (2014). Un recorrido por los modos de estudiar intervención médica en el parto. Jornadas de género y Diversidad Sexual. *Memoria académica. UNLP-FaHCE*. Retrieved from http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4126/ev.4126.pdf
- Cegarra, J. (2012). Fundamentos teórico Epistemológicos de los Imaginarios Sociales. *Cinta de Moebio*. Retrieved from <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/43/cegarra.html>
- CEPAL. (n.d.).
- CEPAL/CELADE. (2005). Dinámica Demográfica y Desarrollo en América Latina y el Caribe. *Serie Población y Desarrollo No 58*, pp. Capítulo I, Transición Demográfica (pág 9-14). Retrieved from http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7197/1/S0412973_es.pdf
- Chile Crece Contigo. (s.f.). Recomendaciones de la OMS sobre el parto y Nacimiento. Retrieved from <http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2009/11/Recomendaciones-OMS-sobre-el-parto.pdf>

- Congreso Nacional de Chile. (n.d.). *Establece ley de violencia intrafamiliar*. Retrieved Marzo 2016, from Biblioteca del Congreso Nacional: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242648>
- Consejo Nacional de las Mujeres. (2010). *Normativa. Ley N° 26.485 - Ley Nacional de Violencia contra la Mujer*. Retrieved from Gobierno de la Pampa: http://www.lapampa.gov.ar/images/stories/Archivos/ConsejoPMJER/Ley_26485_y_Decreto_Reglamentario.pdf
- Contreras, N. (S/f). *Parto Medicalizado y Producción: Medicalización de la vida e Ideología Neoliberal*.
- Davis-Floyd, R. (2004). *Del Médico al Sanador*. (L. Showe, Trans.) Buenos Aires: Grupo Creavida.
- Delito de tortura*. (2016, diciembre 12). Retrieved from Biblioteca del Congreso Nacional de Chile/BCN: <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/delito-de-tortura>
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud. (2012). *Algunas actividades Realizadas en Establecimientos No pertenecientes al Sistema Nacional de Servicios de Salud, Partos, Abortos, año 2012*. Retrieved 2016, from DIES: http://intradeis.minsal.cl/reportesremsas/2012/partos_abortos/partos_abortos.aspx
- Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud. (2011). *Indicadores Básicos de salud Chile 2011*. Retrieved from DEIS Minsal : http://deis.minsal.cl/deis/indicadores/Afiche_IBS_2011.pdf
- Diario Uchile. (2014, Octubre 12). *Colegio de Matronas: la violencia obstétrica existe, pero la ejerce el Estado*. Retrieved from Radio Uchile: <http://radio.uchile.cl/2014/10/12/colegio-de-matronas-la-violencia-obstetrica-existe-pero-la-ejerce-el-estado>
- Diario Uchile. (2014, Octubre 6). *Violencia obstétrica: La herida invisible del parto*. Retrieved from Diario Uchile: <http://radio.uchile.cl/2014/10/06/violencia-obstetrica-la-herida-invisible-del-parto>
- Dubet, F. (2007). *La Experiencia Sociológica*. (M. Polo, Trans.) Barcelona: Editorial Gedisa.
- Dubet, F. (2011). La experiencia social. In F. Dubet, *La experiencia sociológica*. Barcelona: Gedisa, S.A. Retrieved from <https://es.scribd.com/doc/106680882/La-Experiencia-Sociologica-Franc-oise-Dubet>
- Etimologías.dechile.net*. (n.d.). Retrieved from Etimología de Experiencia : <http://etimologias.dechile.net/?experiencia>
- Femenías, M. L. (2008). Violencia contra las mujeres: urddumbres que marcan la trama. In E. A. Sánchez, & M. L. Femenías, *Articulaciones sobre la violencia contra las mujeres*. La Plata: Editorial de la Universidad de La Plata.
- Fernández del Castillo, I. (2014). *La nueva revolución del nacimiento. El camino hacia un nuevo paradigma*. España : Editorial OB STARE.
- Fernández, C., & Contreras, N. (2015). *El parto medicalizado en Chile. Saberes, capitalismo y patriarcado*. Santiago de Chile: Pensamiento & Batalla.

- Fernández, T. (2015, Enero/ Junio). Violencia obstétrica y educación sexual (sujetas, maternidad y cuerpos predicados). *La revista del CCC*. Retrieved from http://www.centrocultural.coop/revista/articulo/527/violencia_obstetrica_y_educacion_sexual_-sujetas_maternidad_y_cuerpos_predicados-.html
- Galtung, J. (2003). *Violencia Cultural*. (T. Toda, Trans.) Biskaia, España: Gernika Gogoratuz. Retrieved from <https://www.gernikagogoratuz.org/web/uploads/documentos/202892edd66aafe5c03dacf1298fd7f8938fae76.pdf>
- García, T. (2015, Junio). Violencia obstétrica y educación sexual (sujetas, maternidad y cuerpos predicados). *La revista del CCC*. Retrieved from http://www.centrocultural.coop/revista/articulo/527/violencia_obstetrica_y_educacion_sexual_-sujetas_maternidad_y_cuerpos_predicados-.html
- Guzmán, A. (1990). Sociología y Violencia. *Centro de Investigaciones y Documentación Socioeconómica (CIDSE), Documento de trabajo N° 07*. Retrieved from <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/colombia/cidse/doc7.pdf>
- Haraway, D. (1995). Capítulo 7. Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. In *Ciencia, cyborgs y mujeres: la reivención de la naturaleza*. Madrid. Retrieved from <https://lascirujanas666.files.wordpress.com/2014/04/haraway-conocimientosituados.pdf>
- Ibáñez, J. (2006). Presentación. In M. Canales, *Metodologías de investigación social. Introducción a los oficios*. Santiago: LOM Ediciones.
- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. (2015). *Mujeres en Chile y Mercado del Trabajo. Participación laboral femenina y brechas salariales*. Santiago de Chile.
- Instituto Nacional de los Derechos Humanos. (2016). *Situación de los Derechos Humanos en Chile 2016*. Santiago. Retrieved from <http://www.indh.cl/informe-anual-situacion-de-los-derechos-humanos-en-chile-2016>
- Jodelet, D. (2008, Septiembre). El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales. *Revista electrónica de Ciencias Sociales. Cultura y representaciones sociales. Un espacio para el diálogo transdisciplinario*. Retrieved from <http://www.culturayrs.org.mx/revista/num5/Jodelet.html>
- Kitzinger, S. (2015). *La Crisis del Parto*. OB STARE.
- Lamas, M. (2002). Cuerpo: diferencia sexual y género. In M. Lamas, *Cuerpo: diferencia sexual y género* (pp. 51-81). Taurus. Retrieved from <http://www.interculturalidadygenero-colsan.com.mx/v4/pdf/Lamas%20Cuerpo%20diferencia%20sexual%20y%20g%C3%A9nero.pdf>
- Magnone, N. (2011). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. Retrieved from <http://cienciassociales.edu.uy/wp-content/uploads/2013/archivos/Magnone.pdf>

- Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. (2018). *Violencia contra las mujeres*. Retrieved from Portal minmujeryeg: <https://www.minmujeryeg.cl/sernameg/programas/violencia-contra-las-mujeres/>
- Ministerio de Salud. (2012, Abril 13). Ley 20.584. *Biblioteca del Congreso Nacional de Chile* .
- Ministerio de Salud. (2012). *Situación actual del embarazo adolescente en Chile*. Santiago: Programa Nacional de Salud Integral Adolescentes y Jóvenes. Retrieved from http://portales.mineduc.cl/usuarios/convivencia_escolar/doc/201210251259030.situacion_actual_embarazo_adolescente_en_chile.pdf
- Ministerio de Salud. (2013). *Panorama de Salud 2013 Informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros*. Retrieved from http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME%20OCDE_2013_21%2011_final.pdf
- Ministerio de Salud. (2014). *Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto, y Apoyo al Tratamiento*. Santiago. Retrieved from <http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/ProtocoloProgramaEmbarazoypospartofinal12032014.pdf>
- Ministerio de Salud de Chile. (2008). *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo*. Subsecretaría de Salud Pública , Departamento de Asesoría Jurídica . Trama Impresores S.A. Retrieved from <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c63caff4fde9fe04001011f014bf2.pdf>
- Ministerio Público. República Bolivariana de Venezuela. (2016). *Protección a las embarazadas*. Retrieved Marzo 14, 2016, from Ministerio Público de Venezuela: http://www.mp.gob.ve/web/guest/enlace2;jsessionid=AC61C6F6D5416C7855B2E613C6F74EE5?p_p_id=62_INSTANCE_9lkZ&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_62_INSTANCE_9lkZ_struts_action=%2Fjournal_articles%2Fview&_62_INSTANCE_9lkZ_groupId=10136&_62_INS
- Montanaro, S., Romero, Y., Nicole, R., & Bárbara, V. (2014). *Violencia Obstétrica desde la perspectiva del profesional de la salud, en la realidad chilena de los sistemas públicos de atención*. Tesis de grado.
- Montecino, S. (2007). *Madres y huachos. Alegorías del mestizaje chileno* (Cuarta edición ed.). Santiago de Chile: Catalonia Ltda.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Ed. Huemul.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Ed. Huemul. Retrieved from <https://taniars.files.wordpress.com/2008/02/moscovici-el-psicoanalisis-su-imagen-y-su-publico.pdf>
- Observatorio de la Violencia Obstétrica en Chile. (2015). Retrieved from OVO Chile: <http://ovochile.cl/ovo-chile-observatorio-de-violencia-obstetrica/>
- Observatorio de Equidad de Género en Salud. (2013). *Informe Monográfico 2007-2012. Violencia de Género en Chile*. Santiago de Chile: OPS/OMS. Retrieved from http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug

=sistema-de-salud&alias=123-violencia-de-genero-en-chile-informe-monografico-2007-2012&Itemid=1145

- Olza, I. (2017). *Parir. El poder del parto*. Barcelona: Sipan Barcelona Network S.L.
- OMS. (2018). *Temas de Salud. Embarazo*. Retrieved Abril 12 , 2016, from Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/topics/pregnancy/es/>
- Organización de los Estados Americanos. (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención de Belén do Pará)*. Retrieved from Organización de los Estados Americanos: <http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/BelemDoPara-ESPANOL.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *Cuidados en el Parto Normal: una guía práctica*. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva, Ginebra. Retrieved from https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/oms_cuidados_parto_normal_guia_practica_1996.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Retrieved from Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Recomendaciones para la estimulación del trabajo de parto: puntos destacados y mensajes clave de las recomendaciones mundiales de la Organización Mundial de la Salud para 2014*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/200213/1/WHO_RHR_15.05_spa.pdf
- Pintos, J. L. (1995). Orden social e imaginarios sociales (una propuesta de investigación). Retrieved from <http://www.raco.cat/index.php/papers/article/viewFile/25267/58550>
- Piña , J. M., & Mireles, O. (s.f.). La perspectiva sociológica de las Representaciones Sociales para el estudio de la Globalización y la Universidad. *XI Conferencia de Sociología de la Educación*. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2376684>
- Preciado, B. (2010, Junio 13). *Entrevista: La sexualidad es como las lenguas. Todos podemos aprender varias*. Retrieved from El País : http://elpais.com/diario/2010/06/13/eps/1276410414_850215.html
- Real Academia Española. (2018). Retrieved from androcentrismo: <http://dle.rae.es/srv/search?m=30&w=androcentrismo>
- Richard, N. (2008). Experiencia, teoría y representación en lo femenino-latinoamericano. In N. Richard, *Feminismo, género y diferencia(s)*. Santiago: Palinodia. Retrieved from http://www.scielo.cl/pdf/actalit/n37/ART_10.pdf
- Rodrigáñez, C. (2007). *La sexualidad y el funcionamiento de la dominación para en*. La Mimosa.
- Rodrigáñez, C. (2009). *Pariremos con placer*. Semilla de Batchue.
- Sabsay, L. (2009, Mayo 8). *Judith Butler para principiantes*. Retrieved from Página 12: <http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/soy/1-742-2009-05-09.html>

- Sadler, M. (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. *Repositorio uchile*. Retrieved from http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122662/Asi_me_nacieron_a_mi_%20hija.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sadler, M., & Leiva, G. (2015). Cesáreas en Chile V: El negocio del nacimiento. *Ciper Chile*. Retrieved from <http://ciperchile.cl/2015/07/27/cesareas-en-chile-v-el-negocio-del-nacimiento/>
- Scott, J. (1990). El género: una categoría útil para el análisis histórico. In J. Amelang, & N. Nash, *Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea* (Eugenio, & M. Porleta, Trans.). España: Universidad de Valencia.
- Scott, J. (1992). Experiencia. In J. Butler, & J. Scott, *Feminists Teorize the Plitical* (M. Silva, Trans.). Retrieved from https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUK EwjEy_fco4HNAhVDXR4KHSi2AUcQFggaMAA&url=https%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F5202178.pdf&usg=AFQjCNGIEdRqqmOA9OOG_dVQGmqr4WKDWw&bvm=bv.123325700,d.dmo
- Segato, R. L. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Universidad de Quilmes Editorial. Retrieved from <http://www.redfeminista-novienciaca.org/sites/default/files/documentos/SEGATO%2C%20Rita%20-%20Las%20estructuras%20elementales%20de%20la%20violencia.pdf>
- Smith, D. E. (S/f). El punto de vista (Standopoint) de las mujeres: Conocimiento encarnado versus relaciones de dominación. *Revista del CEHIM*. Retrieved from <https://lascirujanas666.files.wordpress.com/2014/04/haraway-conocimientossituados.pdf>
- Valles, M. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). La investigación cualitativa. In I. Vasilachis de Gialdino, *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona : Editorial Gedisa, S.A.
- Wohlgemuth, M. V. (2015). Un punto de vista antropológico sobre la violencia obstétrica. Proyecto de investigación.
- Zárate, M. S. (2007). *Dar a luz en Chile, Siglo XIX. De la ciencia de la hembra*. Santiago de Chile: Dirección de bibliotecas, Archivos y Museos.