



UNIVERSIDAD DE CHILE  
ESCUELA DE DERECHO

---

# **VIOLENCIA OBSTÉTRICA: GÉNERO Y DERECHO**

Memoria para optar al Grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y  
Sociales

**AUTORA: Naihomi Casandra Gálvez González**  
**PROFESOR GUÍA: Gabriel Álvarez Undurraga**

---

Santiago, Chile. 2018.

*"El cuerpo de la mujer es la última frontera del capitalismo"*

Silvia Federici

*"La construcción patriarcal de la diferencia  
entre la masculinidad y la feminidad es la diferencia  
política entre la libertad y el sometimiento"*

Carole Pateman

A mi hija e hijos: Casandra, Nicanor y Luciano

A Joaquín Salvador

A mi madre que me parió

A mis abuelas, a mi hermana, a mis tías y primas

A todas las mujeres que me precedieron y que me sucederán

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco al profesor Gabriel Álvarez Undurraga, por su siempre buena disposición y ayuda en la elaboración de esta investigación. A las mujeres que ofrecieron sus testimonios que se encuentran en esta memoria; y a todas las que me han permitido acompañar sus gestaciones, partos y puerperios; abriéndome su familia y confianza. A las y los amigos que acompañaron expectantes este proceso. A mi madre, padre y mi familia, por confiar en mí y apoyarme siempre. A Joaquín Salvador, por ser mi compañero de vida y de ideas. Y a mis hijos: Casandra, Nicanor y Luciano, por su eterna lucidez, inspiración y apañe.

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>PÁGINA</b>
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. UNA HERIDA INVISIBLE: VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLENCIA DE GÉNERO.....	12
1.1 Definición del concepto de Violencia Obstétrica, sus características y alcances.....	12
1.2 Definición y alcance de Violencia de Género.....	24
1.3 Análisis de la relación entre Violencia Obstétrica y Violencia de Género.....	31
1.4 Testimonios de mujeres víctimas de Violencia Obstétrica en Chile entre los años 2015 y 2016.....	40
CAPÍTULO II. PROTECCIÓN LEGAL ANTE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN CHILE. EFICACIA Y ALCANCES.....	54
2.1 Ley 20.584 y Convención de Belem do Pará.....	54
2.1.1 Ley 20.584.....	55
2.1.2 Convención Belem do Pará.....	68
2.2 Eficacia y atingencia ante casos de Violencia Obstétrica en Chile.....	78
2.3 Ley y Realidad.....	85

CAPÍTULO III. LA GESTACIÓN Y EL PARTO AMPARADO EN CHILE. SOLUCIONES Y SUGERENCIAS.....	100
3.1 Soluciones legislativas y administrativas para la real protección ante la Violencia Obstétrica.....	100
3.1.1 Aspectos a considerar en posibles Medidas Administrativas.....	105
3.1.2 Aspectos a considerar en una posible Ley.....	118
3.2 Legislaciones comparadas que buscan prevenir, sancionar y erradicar la Violencia Obstétrica en la región.....	125
CONCLUSIÓN.....	139
GLOSARIO.....	152
BIBLIOGRAFÍA.....	154

## **RESUMEN**

La violencia hacia las mujeres es un complejo fenómeno que se sostiene en una sociedad machista que la fomenta, mantiene y normaliza. Una de sus manifestaciones más invisibilizadas es la Violencia Obstétrica, que es la sufrida por las mujeres durante sus procesos reproductivos por parte de personal médico; la cual es el eje de esta investigación. En el primer capítulo se conceptualiza y describe a la Violencia Obstétrica, la Violencia de Género y se relacionan entre sí. En el segundo capítulo se describe la ley 20.584 y la Convención “Belém do Pará”; se analiza la efectividad y atingencia ante casos de Violencia Obstétrica y se analiza jurisprudencia. En el tercer capítulo se plantean soluciones legislativas y administrativas para la real protección ante ella, y se describe derecho comparado de la región en la materia. Como resultado de esta investigación se afirma que la Violencia Obstétrica es una Violencia de Género, y que los instrumentos legales existentes en el país no son efectivos al momento de prevenirla y abordarla; encontrándose las mujeres totalmente desprotegidas ante esta vulneración de sus derechos humanos, por lo que es urgente que el Estado chileno tome las medidas administrativas y legislativas necesarias para subsanar dicha situación.

## **PALABRAS CLAVES**

Violencia Obstétrica, Violencia de Género, Mujeres, Convención Belém do Pará, Ley 20.584

## **ABSTRACT**

Violence against women is a complex phenomenon held by a male chauvinist society that encourages, maintains and normalizes it. One of its most invisibilized manifestations is Obstetric Violence, which is a kind of violence suffered by women during their reproductive processes, inflicted by healthcare providers; this is the main focus of this investigation. Obstetric Violence and Gender Violence are related, and they are conceptualized and described in the first chapter. Law 20.584 and “Belém do Pará” are described in the second chapter; the effectiveness and relevance is analyzed in Obstetric Violence cases and jurisprudence is analyzed. In the third chapter, legislative and administrative solutions are presented for real protection against it, and comparative law within the region is described. The results of this investigation claim that Obstetric Violence is a form of Gender Violence, and that the existing legal instruments in the country are not effective when it comes to preventing and facing it; with women being totally unprotected against this infringement of their human rights, which makes it urgent for the Chilean State to take the necessary administrative and legislative measures to remedy this situation.

## **KEY WORDS**

Obstetric Violence, Gender Violence, Women, Convention of Belém do Pará,  
Law 20.584

## INTRODUCCIÓN

En nuestro país, y en el mundo en general, día a día las mujeres sufren diversas y múltiples manifestaciones de Violencia de Género, algunas más visibilizadas que otras. La Violencia Obstétrica es una de las violencias de género más comunes, normalizadas y silenciadas de ellas.

Históricamente se ha cometido Violencia Obstétrica en Chile; ésta nace como tal de la mano con la masiva migración de los nacimientos desde los domicilios a los recintos hospitalarios desde las primeras décadas del siglo XX, a este proceso se le conoce como Medicalización del Parto. Con este fenómeno se despoja a las mujeres del poder de dar a luz por sí mismas, se les arranca de sus hogares, se las aleja de su familia y se les coloca bajo la tutela de profesionales de la salud en todas las etapas de sus procesos reproductivos, sobre todo durante sus partos. Al ingresar al recinto hospitalario son enajenadas del goce de la mayoría de sus derechos, sometidas a burlas, maltratos y vejaciones, las que poseen, en la mayor

parte de los casos, su raíz en una sociedad altamente machista y castigadora con las mujeres.

Si bien en la década de los 60 los derechos de las mujeres son puestos en la palestra a nivel nacional e internacional, la Violencia Obstétrica es una esfera no tocada por dicha discusión, no sufriendo ningún tipo de cambios.

Con el ingreso del sector privado al ámbito de la salud el panorama de la Violencia Obstétrica se complejiza aun más. La vulneración de derechos se justifica mediante índices de economía y producción. En este punto es donde el parto excesivamente medicalizado y patologizado se posiciona sin retorno. Las cesáreas innecesarias, la medicalización rutinaria, las inducciones sin justificación médica, entre otras prácticas, diversifican las manifestaciones de esta violencia; transformándola –o intentando transformarla- en un tema estrictamente médico, despojado de su inherente componente sociocultural.<sup>1</sup>

A nivel político no han existido ningún tipo de manifestaciones que la reconozcan como tal, ni menos aún que la prevengan, traten o sancionen. Recientemente en el año 2008 el Ministerio de Salud creó el Manual de

---

<sup>1</sup>Fernández, Camila y Contreras, Natalia. 2015. El parto medicalizado en Chile. Saberes, capitalismo y patriarcado. Chile. Editorial Pensamiento de Batalla. pp.37-57.

Atención Personalizada del Parto, que establece lineamientos y recomendaciones a los profesionales de la salud en la atención de los nacimientos, siendo esa su única intervención en la materia.

Actualmente, en Chile se comete Violencia Obstétrica de manera diaria tanto en recintos de salud pública y privada en contra de mujeres durante su proceso reproductivo: embarazo, parto o postparto por parte de personal médico. La Violencia Obstétrica es un tipo de Violencia de Género, ya que se ejerce sólo contra mujeres en razón a su sexo o género; además, de la situación vulnerable en la que se encuentran al estar embarazadas, en trabajo de parto o recuperándose de éste.

Encontramos una definición de Violencia Obstétrica en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia de Venezuela, la cual señala que es “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”<sup>2</sup>. Esta violencia puede ser tanto física como psicológica, siendo algunos ejemplos de ella: una cesárea sin justificación estrictamente médica, el tacto realizado por más de una persona y sin consentimiento de la mujer, la episiotomía de rutina, el uso de fórceps sin estricta necesidad o consentimiento, la realización de la maniobra de Kristeller, el raspaje de útero sin anestesia, burlas sobre el estado o cuerpo de la mujer o su hijo o hija, críticas por manifestar emociones como alegría o dolor o la imposibilidad de plantear temores e inquietudes durante el proceso de embarazo y parto.

En nuestro país no existen cifras oficiales acerca de cuántas mujeres han sufrido Violencia Obstétrica, debido a que no existe ninguna legislación que la determine y abra el camino para la sistematización de ellas; no obstante, en una encuesta realizada por el Colectivo Contra la Violencia Obstétrica el año 2015, en la cual participaron 882 mujeres, un 54% afirmó haber sufrido

---

<sup>2</sup>República Bolivariana de Venezuela. 2007. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Artículo 15 numeral 13.

al menos un episodio de Violencia Obstétrica en su vida, mientras que un 18.8% no sabía si lo que le había pasado podía ser considerado como tal.<sup>3</sup>

Otro índice reciente es el aportado por el Informe Anual de Derechos Humanos en Chile 2016, realizado y presentado por el Instituto Nacional de Derechos Humanos, sobre la tasa de cesáreas realizadas, tanto en el sector público como privado de salud, el cual señala que: el promedio nacional de cesáreas en el año 2015 es de 54,95%. En el sector público la tasa constatada es del 40,9% y en el sector privado del 69% de los casos; en donde la cifra más alta la ocupa la Región del Bío-Bío con un 91% de ellos<sup>4</sup>; números muy alejados del 10% al 15% que recomienda la OMS en su Declaración sobre tasas de cesárea del año 2015<sup>5</sup>.

La Violencia Obstétrica ha sido y es una práctica totalmente impune dentro de nuestro país, puesto que ni siquiera existe un marco legal que la defina y reconozca como tal y, menos aún, la sancione. Siendo el único mecanismo de denuncia el procedimiento administrativo estipulado en la ley 20.584, que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en

---

<sup>3</sup> MESECVI-SOCIEDAD CIVIL CHILE. 2016. Informe sombra Mecanismo de Seguimiento para la Implementación de la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer. Chile. P. 60

<sup>4</sup>INDH. 2016. "Informe Anual Situación de los Derechos Humanos en Chile 2016". Chile. P.244-247

<sup>5</sup>OMS. 2015. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. P.1

relación con acciones vinculadas a su atención en salud, el cual no es efectivo, puesto que todas las materias a probar se centran en la incurrencia de negligencia o descuido médico, encontrándose la mayoría de las veces lejos de las expresiones de Violencia Obstétrica al no poder éstas enmarcarse dentro de ellas; incluso en el caso que pudiese comprobarse que el daño producido se debió a una negligencia o un descuido médico, se minimiza como un caso aislado, lo cual no permite mostrar su real envergadura y su naturaleza como una forma sistemática de Violencia de Género.

Chile se encuentra en una gran deuda con las mujeres y con el derecho internacional en esta materia, ya que el año 1998 entró en vigor la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belem do Pará” (entre otros instrumentos internacionales de derechos humanos), en donde se compromete a tomar todas las medidas administrativas y legislativas para ello.

Al no legislar ni tomar las medidas administrativas necesarias por parte de diversos organismos del Estado en torno a la Violencia Obstétrica y su

prevención, sanción y erradicación, éste se sigue convirtiendo en cómplice de una cruel Violencia de Género, contribuyendo de manera activa a su normalización, invisibilización y fomento; no protegiendo ni garantizando los derechos humanos. Siendo la sociedad civil la única que se ha organizado y hecho cargo de este problema tan profundo.

Es necesario que el Estado, mediante sus instituciones y poderes correspondientes, legisle y establezca, paralelamente, políticas públicas tendientes a la educación de la población y capacitación de los profesionales de la salud que acompañan los procesos reproductivos de las mujeres, buscando la prevención y erradicación de la Violencia Obstétrica.

Ante el escenario descrito, la pregunta principal de esta investigación es ¿Por qué existe una real necesidad de legislar en torno a la Violencia Obstétrica como una manifestación de Violencia de Género en Chile?; a la que le siguen las siguientes preguntas secundarias: ¿Qué entendemos por Violencia Obstétrica y Violencia de Género?, ¿Qué instrumentos legales amparan en nuestro país a las mujeres en la prevención, sanción y erradicación de dicha violencia?, ¿Cuál es la eficacia real de dichos instrumentos, en cuanto a la protección de los derechos de las mujeres en

sus procesos reproductivos? y, finalmente ¿Cuáles serían las posibles soluciones y los puntos que debiese considerar una futura legislación pertinente?.

Para poder responder estas interrogantes, el objetivo general de esta investigación consiste en analizar la necesidad de una legislación en Chile para la prevención, sanción y erradicación de la Violencia Obstétrica como una Violencia de Género. Con este fin, es menester definir en qué consiste la Violencia Obstétrica y cómo se enmarca dentro de una Violencia de Género; determinar los instrumentos legales que pretenden proteger a la mujer de la Violencia Obstétrica en nuestro país; analizar la eficacia real de dichos instrumentos legales, en cuanto a la prevención, sanción y erradicación de la Violencia Obstétrica en Chile y determinar posibles soluciones para mejorar la protección de la mujer en sus procesos reproductivos y qué puntos debiese contener una futura legislación pertinente.

La Violencia Obstétrica ha sido una de mis banderas de lucha de los últimos años, la cual he intentado visibilizar, mediante el activismo individual y dentro de la Coordinadora por los Derechos del Nacimiento-

Chile a la cual pertenezco. Con esta investigación busco hacer patente la necesidad que tiene la sociedad y el Estado Chileno de legislar sobre la prevención, sanción y erradicación de la Violencia Obstétrica, la cual afecta a miles de mujeres año tras año sin ninguna posibilidad de reparación hacia ellas ni de sanción a sus perpetradores. Además, de analizar la eficacia de los instrumentos legales que actualmente existen en nuestro país respecto a dichos objetivos y si Chile se encuentra cumpliendo los deberes impuestos por la Convención de Belem do Pará, a la cual se encuentra adscrito.

Por otro lado, en nuestro país existe muy poca bibliografía y estudios sobre la Violencia Obstétrica, sobretodo en un plano legislativo.

La importancia para las Ciencias Jurídicas de mi investigación dice relación con ser un aporte, por un lado, al hacer patente la necesidad de definir, regular y legislar sobre Violencia Obstétrica en nuestro país superando así su normalización e invisibilización por parte de la sociedad y el Estado chileno, tomando conciencia del daño y la vulneración de derechos en la que se encuentran las mujeres en sus procesos reproductivos; y por otro, fomentando la creación de instrumentos legales que verdaderamente representen las reales necesidades de las mujeres en

general, y las gestantes en específico, y con ello sean un instrumento efectivo de protección ante las posibles violaciones a sus derechos que cometan tanto entes públicos como privados del país en esta esfera.

La hipótesis de mi investigación plantea que en Chile no existen instrumentos legales eficaces en cuanto a la prevención, sanción y erradicación de la Violencia Obstétrica, porque los existentes fueron formulados pensando en una universalidad con carácter androcéntrico, no considerando las circunstancias especiales en las que ésta se da y el carácter de Violencia de Género que ella posee.

Por último, mi investigación sigue el diseño no experimental, siendo teórica y documental, ya que me centraré en el estudio de las definiciones y características de la Violencia Obstétrica y la Violencia de Género, y la legislación existente sobre el tema. En cuanto a los niveles de investigación estos son descriptivos al identificar los elementos y las características de la Violencia Obstétrica y de cuáles son los que la determinan como una Violencia de Género, y los elementos legislativos que componen las legislaciones ad hoc existentes en nuestro país; y correlacionales al

relacionar entre sí la normativa chilena existente con la normativa de otros países de la región.

Respecto a sus datos, la investigación es cualitativa y el paradigma es el socio-crítico puesto que parte de una experiencia cotidiana y social, y pretende unir la teoría con la praxis, siendo un aporte para la visibilización y erradicación de la Violencia Obstétrica en Chile.

Utilicé el Método Analítico al analizar el fenómeno de la Violencia Obstétrica en nuestro país, la eficacia de los instrumentos legales existentes y la necesidad de crear una ley especializada en ella; el Método de Observación mediante testimonios de mujeres que han sufrido Violencia Obstétrica con el fin de observar el fenómeno desde sus experiencias personales y establecer características comunes entre ellas, relacionados con los conceptos e hipótesis manejados; y el Método Comparativo al comparar la legislación existente en nuestro país atinente a la Violencia Obstétrica y la existente en otros lugares de la región, para establecer falencias y sugerencias ante una nueva potencial ley ad hoc al tema.

# **CAPÍTULO I. UNA HERIDA INVISIBLE: VIOLENCIA OBSTÉTRICA COMO VIOLENCIA DE GÉNERO**

En este capítulo responderemos a la pregunta de ¿qué entendemos por Violencia Obstétrica y Violencia de Género?; con el objetivo de definir en qué consiste la Violencia Obstétrica y cómo se enmarca dentro de la Violencia de Género.

## **1.1 Definición del concepto de Violencia Obstétrica, sus características y alcances.**

El concepto de Violencia Obstétrica surge en las últimas décadas, siendo actualmente la definición más aceptada y extendida en el mundo aquella que se encuentra en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia perteneciente a Venezuela en su artículo 15 numeral 13: “(...) la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador,

en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”<sup>6</sup>. Como vemos esta definición consta de varias partes, las cuales podemos dividir de la siguiente manera:

i) Es la apropiación del cuerpo de la mujer: el cuerpo no es sólo materia, sino es un espacio de poder, y como tal, se encuentra amenazado de ser subordinado por un otro, Foucault señala que el cuerpo es la trinchera en donde ocurre la dominación, la materia prima en donde ella tiene efecto y se desarrolla. Sin cuerpo no existe dominación<sup>7</sup>. La Violencia Obstétrica es, por tanto, una violencia simbólica.

ii) Es la apropiación de los procesos reproductivos de las mujeres: el proceso de la medicalización del parto que conllevó a la migración de los partos históricamente desarrollados en los domicilios hacia los recintos asistenciales de salud es la piedra angular de la Violencia Obstétrica: el protagonismo del proceso gestacional, del parto y del postparto migra desde

---

<sup>6</sup>República Bolivariana de Venezuela. 2007. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Artículo 15 numeral 13.

<sup>7</sup> Foucault, Michel. 2002. Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión. Buenos Aires. Editorial Siglo XXI Editores Argentina. (Nueva criminología y derecho). P. 32.

la mujer gestante al equipo médico de salud; con ello, también se masculinizan los procesos reproductivos: ya no son parteras tradicionales las que acompañarán la gestación y el parto, sino que médicos obstetras; lo que conlleva a que dichos procesos y las decisiones que en ellos se deban tomar son direccionados ya no por mujeres, sino que por varones. La mujer y sus procesos reproductivos se tornan un objeto de examinación y estudio, prescindiendo de su calidad humana y de los derechos que manan desde ella.<sup>8</sup>

iii) Por personal de salud: la Violencia Obstétrica al ser entendida como una violencia simbólica, debe ser ejecutada por un ente que ostente poder simbólico; el cual en este caso corresponde a los médicos, obstetras, enfermeros y al equipo médico, en general. Es importante analizarlo desde la lógica de Bourdieu, en donde entendemos que el poder simbólico sólo es posible ejercerlo cuando los que lo padecen colaboran en su construcción<sup>9</sup>, legitimándolo como tal. La violencia simbólica es aquella que se construye mediante la adhesión del dominado al dominante y a la dominación en sí.

Dicho esto en otras palabras, sólo el personal médico calificado es el que

---

<sup>8</sup>Narotzky, Susana. 1995. *Mujer, Mujeres, Género: Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las ciencias sociales*. Madrid. Editorial Consejo Superior de Investigaciones Científicas. (Monografías). P. 82

<sup>9</sup>Bourdieu, Pierre. 1999. *Meditaciones pascalianas*. Barcelona. Editorial Anagrama. P. 225.

puede ejercer la Violencia Obstétrica, ya que en él se ha entregado, desde el comienzo del proceso de medicalización de la gestación, el parto y el postparto, el mando; y por ende, la confianza en las decisiones que éste tome, calificándolas como legítimas sólo por el hecho de haber sido tomadas por él. Existe un pacto histórico en donde el personal médico se ha apoderado de estos procesos biológicos con la venia de las mujeres gestantes, a través de relaciones de poder y dominación legitimadas por toda la sociedad.

iv) Que se expresa en un trato deshumanizador: la Violencia Obstétrica no sólo violenta a la mujer en su rol e identidad como mujer sino que también la subestima como madre, despojándola de toda decisión y control en lo relativo a su cuerpo, sea en la gestación, en el parto mismo y/o en el postparto; invalidando su capacidad de tomar decisiones legítimas sobre ellos e instrumentalizando su rol.<sup>10</sup> A esto llamamos “proceso deshumanizador de la mujer”, en donde no se le trata como un ser humano par, sino que se le objetiviza como materia de estudio y tratamiento: un cuerpo inerte sobre el cual tomar decisiones y acciones, sin autonomía de la

---

<sup>10</sup>Cruz, Sebastián; Jaurés, Patricia; Leiva, Ivo; Ruíz, Carlos; Troncoso, Pablo. 2015. El discurso de la violencia obstétrica en Chile. Santiago. Escuela de Psicología, Universidad de Chile. P.5

libertad ni poder de decisión válido; lo que conlleva a que se encuentre en una clara vulnerabilidad ante diversas violaciones a sus derechos humanos por parte del personal médico de salud que detenta el poder, tanto sobre ella como sus procesos.

v) En un abuso de la medicalización: la medicalización del parto es parte del proceso histórico de la migración del hogar al hospital de los nacimientos. En un comienzo la medicalización del parto trae consigo cuantiosos beneficios, tanto para la madre gestante como para el recién nacido al recibir ambos asistencia profesional ad hoc, lo que se tradujo en una disminución progresiva, constante y exitosa de las muertes perinatales y neonatales: en la década de los 50, Chile poseía la tasa de mortalidad materna más alta de Latinoamérica: 800 muertes por año; luego comienza un veloz descenso llegando al 2015 con una tasa de mortalidad materna de 19,8 cada 100.000 nacidos vivos<sup>11</sup>.

No obstante; actualmente la medicalización de los partos se ha radicalizado, siendo excesiva en muchos casos, creando protocolos y rutinas que presentan la atención al parto como un entramado de acciones médicas

---

<sup>11</sup>Aedo, Sócrates; Barquín, Cyntia; Mazzei, Marinella; Lattus, José; Varas, Jorge; Cano, Fabio; Rubio, José. 2015. Transición epidemiológica de la mortalidad materna. Rev. Obstet. Ginecol.- Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 10 (2): 9-16. P. 15-28.

destinadas a la aceleración de los trabajos de parto de acuerdo a la comodidad del personal médico y la eficiencia económica de los hospitales y las clínicas; algunos ejemplos de estas acciones son: uso rutinario de oxitocina sintética y de analgesias como la epidural usada en la mayor parte de los casos, monitoreo doppler constante de los latidos fetales y las contracciones uterinas, episiotomía de rutina, pinzamiento y corte precoz del cordón umbilical, extracción manual de la placenta sin justificación médica, y cesáreas rutinarias sin una razón médica real que las avale.

vi) Y patologización de los procesos naturales: la mayoría de los embarazos y partos son por regla fisiológicos, esto quiere decir, que en ellos se colocan en marcha todos los mecanismos naturales para que se geste y nazca el bebé, sin necesidad de intervenciones médicas. Cuando se desarrolla una gestación sana y normal, el parto se inicia espontáneamente, transcurriendo solo y terminando en el nacimiento del bebé y posterior alumbramiento natural de la placenta.

Una manifestación de la violencia obstétrica es la patologización de los procesos naturales reproductivos de la mujer, como lo son el embarazo, el parto y el postparto, tratándolas como pacientes que se encuentran enfermas

y al parto mismo como una enfermedad que intervenir. Dicha patologización aumenta la relación asimétrica que existe entre las mujeres y los profesionales de la salud, dificultando el ejercicio de los derechos básicos de ellas en estos procesos. Al patologizarse un trabajo de parto y parto de bajo riesgo se genera violencia simbólica y epistémica, reduciendo la posibilidad de las mujeres de valerse por sí mismas, haciéndolas dependientes de diversas intervenciones técnico médicas para afrontar su vida sexual y reproductiva<sup>12</sup>, y restándoles protagonismo durante la vivencia de sus procesos reproductivos biológicos; lo que conlleva a un control e intervenciones médicas legitimadas, siendo desplazada la voluntad, autonomía, opinión y decisión de la mujer sobre su cuerpo y el de su recién nacido.<sup>13</sup>

vii) 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: la Violencia Obstétrica no sólo trae perjuicios a las mujeres en el mismo momento en que ella ocurre, sino que

---

<sup>12</sup>Camacaro, Marbella. 2009. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica. Venezuela. Rev. Venezolana de estudios de la mujer. 14 (32): 147-162.

<sup>13</sup>Belli, Laura. 2013. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Rev. Redbioética/UNESCO. Año 4. 1 (7): 25-34.P. 28.

sus secuelas son, en muchos casos, permanentes y se arrastran a lo largo de sus vidas.

Los procesos excesivamente medicalizados, la patologización de ellos y el trato deshumanizador por parte del personal médico calificado durante la atención y control de los embarazos, partos y postpartos traen consigo que las mujeres no sean libres de decidir por sí mismas sobre su sexualidad y sus cuerpos; dejando de ser sujetos de derecho y convirtiéndose en objetos de control desde el primer momento en que llegan a manos del profesional, el cual adopta una posición de jerarquía inmediata por sobre la mujer, la que es tratada como sujeto pasivo, sin control sobre su propio cuerpo<sup>14</sup>. Con esto no existe cabida a la toma conjunta e informada de decisiones entre el personal médico y la mujer, ni tampoco al diálogo o las posibles alternativas sobre ellas.<sup>15</sup>

Por otro lado, la Violencia Obstétrica es una violencia que al ser simbólica se encuentra naturalizada dentro de nuestra sociedad, generando un daño en las mujeres que se invisibiliza y deslegitima por parte de su

---

<sup>14</sup> Walsh, DJ. 2010. Childbirth embodiment: problematic aspects of current understandings. *Social Health Illn.* 32 (3): 486-501. Pp 325-352.

<sup>15</sup> Casal-Moros, Norma; Alemany-Anchel, María José. 2014. Violencia simbólica en la atención al parto: un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. Valencia. *Index de Enfermería/Primer-Segundo trimestre 2014.* 23 (1-2). P.62.

entorno y el personal médico, generando en muchas ocasiones depresiones postparto y sentimientos de angustia, desconfianza, culpa, ansiedad y tristeza asimilables a los generados tras un episodio de violencia contra su indemnidad sexual; de allí se genera el término “birth rape” (violación en el parto), usado por mujeres que sienten que fueron violadas en sus partos y forzadas a consentir a algunos procedimientos sin que se les hubiera informado con detalle ni se les hubiera explicado sus posibles riesgos<sup>16</sup>.

Michelle Sandler señala que “Como resultado del entrelazamiento de estos mecanismos, nos encontramos con que las mujeres internalizan en mayor o menor medida las normas impuestas como naturales y las aceptan, pasando a ser cómplices de su propia subordinación. En este contexto, son muy pocas las mujeres que cuentan con las herramientas para reaccionar a la imposición del conocimiento biomédico durante la atención, e incluso teniéndolas, muchas veces no se atreven a opinar o intervenir en el curso de los eventos por temor a las represalias.”<sup>17</sup>

---

<sup>16</sup>Kitzinger, S. 2006. Birth as rape: There must be an end to ‘just in case’ obstetrics. *British Journal of Midwifery*, 14(9): 544-545.

<sup>17</sup> Sandler, Michelle. 2003. *Así me nacieron a mi hija: Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario*. Santiago. Tesis para optar al Título de Antropóloga Social. Universidad de Chile. P. 153.

Un parto traumático, producto de la Violencia Obstétrica vivida en él, trae consigo sensaciones de miedo, indefensión y terror, las que no se detienen con el término de éste, sino que se suceden a lo largo del tiempo mediante recuerdos vívidos del suceso, flashbacks, pesadillas e irritabilidad<sup>18</sup>; esto además de las marcas y cicatrices físicas producto de ella, como pueden ser las dejadas por una cesárea innecesaria o una episiotomía de rutina y las posibles complicaciones que pueden traer como: infecciones, mala cicatrización, dolor inmediato y posterior al desarrollar la vida cotidiana, dolor durante las relaciones sexuales o menstruación, entre otras; lo cual evidentemente afecta la autoestima de las mujeres, el desarrollo sano de su maternidad y sexualidad posterior al evento, y su desenvolvimiento familiar y social.

Como pudimos ver en el desglose del concepto de Violencia Obstétrica, ésta puede presentar diversas manifestaciones y ribetes, pudiendo expresarse en un maltrato físico, psicológico, verbal y simbólico. Podemos entender más a fondo cuáles pueden ser las manifestaciones concretas de la violencia obstétrica en el siguiente cuadro.

---

<sup>18</sup> Ayers, S.; Pickering, A. D. 2001. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. *Birth* (Berkeley, Calif.). 28 (2). Pp. 111-118.

<b>TIPOS DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA</b>	<b>MANIFESTACIONES</b>
FÍSICA	Cesárea sin justificación estrictamente médica, tacto constante y realizado por más de una persona, negación de recibir alimentos y líquidos sin justificación médica, episiotomía de rutina, uso de fórceps sin estricta necesidad o consentimiento, realización de la Maniobra de Kristeller, expulsión manual de la placenta sin justificación médica, raspaje de útero sin anestesia.
SICOLÓGICA	Imposibilidad de plantear temores e inquietudes durante la gestación y el parto, negación de información sobre los procedimientos médicos realizados y sobre el estado de salud de ella y/o su hijo/a, impedir o entorpecer la presencia del padre o acompañante afectivo durante todo el proceso, realizar amenazas de tratos crueles o negación de atención por parte del personal médico hacia la mujer gestante.
VERBAL	Utilización de lenguaje inapropiado, burlas sobre el estado o cuerpo de la mujer y/o su hijo/a, críticas por manifestar emociones como alegría o dolor, uso del lenguaje infantilizador para referirse a la gestante.
	Rasurado de vello púbico y utilización de enema de rutina, obligación de adoptar posición supina

SIMBÓLICA	–de espaldas- y de litotomía –piernas levantadas en camilla ginecológica- durante trabajo de parto y/o parto, impedir la libertad de movimiento de la parturienta, separar al recién nacido de la madre e impedir o retardar el inicio de la lactancia sin justificación médica.
-----------	--

CUADRO 1. ORIGEN: ELABORACIÓN PROPIA.

En un estudio realizado el año 2013 y publicado en Midwifery Journal, por estudiantes de la carrera de Obstetricia de la Universidad de Chile, guiado por la profesora Lorena Binfa, se realizó un seguimiento a 508 mujeres en trabajo de parto en dos hospitales públicos de la Región Metropolitana y se obtuvo como resultado que: se trataba de gestantes con embarazos de término (38,6 semanas de gestación promedio) las cuales en más de un 80% de los casos recibieron medicación farmacológica para el dolor, en un 77.4% de ellos se les impidió caminar durante el trabajo de parto, a un 81,7% de las mujeres se les mantuvo con monitorio fetal continuo y a un 94,3% de ellas se les negó recibir hidratación oral durante el trabajo de parto y parto.

Un 92,7% de las mujeres fueron inducidas medicamente a labor de parto y/o parto a través de la ruptura artificial de membranas, administración vía intravenosa de oxitocina sintética y anestesia epidural. Durante el parto

mismo, a un 86,6% de las mujeres se les obligó a adoptar la posición de litotomía (acostadas con las piernas levantadas en camilla ginecológica) y a un 54% se les realizó episiotomía.<sup>19</sup>

## **1.2 Definición y alcance de Violencia de Género.**

Para entender el concepto de Violencia de Género es necesario definir el concepto de Violencia, el cual según la OMS (Organización Mundial de la Salud) es “el uso deliberado de la fuerza o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastornos del desarrollo o privaciones”.<sup>20</sup> También, podemos entender a la violencia como un acto de avasallamiento; en el que ocurre el atropello de la voluntad de aquél o aquéllos sobre los cuales se ejerce violencia, de ello podemos concluir que la violencia siempre implica algún grado de sometimiento, vulneración de la libertad personal y/o aceptación forzada de las decisiones de un otro. Para llegar a este fin, la

---

<sup>19</sup> Binfa, Lorena RM, MPH, PhD (Associate Professor). Pantoja, Loreto; Ortiz, Jovita; Gurovich, Marcela y Cavada, Gabriel. 2016. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery*. 35: 53–61.

<sup>20</sup> DOMOS. 2003. Análisis de la violencia en relaciones de pareja entre jóvenes. Estudio realizado por encargo de SERNAM. Santiago, Chile. P. 3.

violencia puede manifestarse a través de la agresión física, como también de la anulación intelectual y espiritual, la que potencialmente constituye el camino para la violencia simbólica.

Desde la sociología podemos entender que en los actos violentos hay estrategias y movilización de recursos que la desencadenan, lo que se puede explicar según los tres modelos propuestos por Michel Wieviorka: sistémico, utilitarista, y culturalista.<sup>21</sup> Los cuales explican que la violencia surge por marginaciones sociales producidas en sociedades en crisis, que generan a su vez malestares y frustraciones personales y colectivas; como instrumento a través de estrategias de actores racionales; y como procesos socializadores que permiten la producción/reproducción de la violencia; es decir, una “cultura violenta”; respectivamente. Lo anterior, nos permite comprender a la violencia no sólo mediante sus manifestaciones, sino que también desde sus realidades de procedencia, tomando en cuenta el contexto social en donde es producida.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup>Arteaga, Nelson y Valdés, Jimena. 2010. Contextos socioculturales de los feminicidios en el Estado de México: nuevas subjetividades femeninas. *Rev. Mexicana de Sociología*. 72 (1): 5-35.

<sup>22</sup>Cabrera Ullivarri, Juan Manuel. 2011. La política sexual de la dominación masculina: femicidios, medios de comunicación y violencia de género. Tesis para optar al título profesional de Sociólogo. Santiago. Universidad de Chile. P. 18.

Habiendo revisado el concepto de Violencia, es menester definir lo que entendemos por Género, si bien éste ha ido cambiando y transformándose a través del paso del tiempo y tomando sentido propio según los diferentes contextos en los cuáles éste se define o explica, podemos entenderlo a partir de la definición que entrega Gayle Rubin: el género es “una división de los sexos socialmente impuesta. Es un producto de las relaciones sociales de sexualidad”<sup>23</sup>; que se desarrollan dentro de lo que ella llama un sistema de sexo/género, es decir: “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas”<sup>24</sup>.

Por otro lado, las abogadas Lorena Fries y Nicole Lacrampette señalan que mediante el concepto de género podemos entender que la subordinación de las mujeres en las sociedades se encuentra en directa relación con dos elementos: uno de diferenciación, en donde encontramos el constructo cultural diferenciador entre lo masculino y lo femenino como un sistema polarizado de roles y estatus marcado por el sexo biológico desde el nacimiento, tanto a nivel de desarrollo público como privado; y otro de

---

<sup>23</sup> Rubin, Gayle. 1986. El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. Rev. Nueva Antropología. 1986/VIII. (030): 95-145. P.114.

<sup>24</sup> Ídem. P. 97.

poder o jerarquía, en donde dicho sistema favorece a lo masculino en directo desmedro por sobre lo femenino; estableciendo mediante el género no sólo identidades personales, sino que diversos roles de poder.<sup>25</sup>

Visto ambos conceptos, podemos definir a la Violencia de Género, para ello es útil la definición que entrega la ONU: “es todo acto o amenaza de violencia que tenga como consecuencia, o tenga posibilidades de tener como consecuencia, perjuicio y/o sufrimiento en la salud física, sexual o psicológica de la mujer. Constituye una de las más generalizadas violaciones de los Derechos Humanos y un problema de salud pública mundial, y sin embargo con demasiada frecuencia la violencia de género se silencia, minimiza, racionaliza, se niega y/o es aceptada por los individuos y la sociedad”<sup>26</sup>.

Una de las principales características de la Violencia de Género es que es estructural; es decir, responde a un entramado complejo de relaciones sociales que la sostienen y justifican mediante relaciones de poder y

---

<sup>25</sup> Frías, Lorena Y Lacrampette, Nicole. 2013. Feminismos, Género y Derecho. En: Derechos Humanos y Mujeres: Teoría y Práctica. Chile. Universidad de Chile. pp. 33-68. P.62.

<sup>26</sup> Espinar, Eva. 2007. Las raíces socioculturales de la violencia de género. Rev. Escuela Abierta. 10: 23-48. P.28.

subordinación entre hombres/mujeres y masculino/femenino, siendo dificultoso tanto su prevención, visibilización y tratamiento.

Dicha conformación estructural se relaciona directamente con una “cultura violenta” como lo señala Michel Wieviorka en su modelo culturalista de la violencia<sup>27</sup>, en la que se generan desde la cuna relaciones de poder inequitativas entre hombres/mujeres y masculino/femenino, las cuales a su vez dan origen a un conjunto de estereotipos, identidades y roles altamente diferenciados y con una escala jerárquica de por medio<sup>28</sup>. Adicionalmente a ello, los actos que la constituyen se han abordado como problemáticas propias de la esfera privada, fuera del alcance del control público; afirmación falsa que actúa como un mecanismo más de perpetuación de la misma.

En el siguiente cuadro, podemos ahondar más en las características de la Violencia de Género, visibilizando su gravedad y alcance:

---

<sup>27</sup>Arteaga, Nelson y Valdés, Jimena. 2010. Contextos socioculturales de los feminicidios en el Estado de México: nuevas subjetividades femeninas. *Rev. Mexicana de Sociología*. 72 (1): 5-35.

<sup>28</sup>Espinar, Eva. 2007. Las raíces socioculturales de la violencia de género. *Rev. Escuela Abierta*. 10: 23-48. P.41.

<b>CARACTERÍSTICAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO</b>	
Es estructural	La sostiene un complejo entramado social, mediante su propia organización, sus reglas de comportamientos y sus propias instituciones. Se manifiesta transversalmente en toda la sociedad, sin importar origen, clase social, nivel educacional, etc.
Posee un sujeto pasivo	Si bien afecta tanto a hombres como a mujeres, el sujeto pasivo de ésta son las mujeres, sin importar su edad ni condiciones. Todas las mujeres son agredidas de una u otra manera por la Violencia de Género.
Es instrumental	No constituye un fin en sí misma, sino que es un instrumento para coaccionar a las mujeres a ubicarse en una posición y jerarquía previamente determinada dentro del orden social, lo que a vez también conlleva la adopción forzada de cierto tipo de comportamiento ad hoc a lo femenino, como contraposición a lo masculino.
Es permanente	No finaliza en un golpe, un insulto, un abuso, un acoso o cualquier otro tipo de manifestación que tome, sino que su efecto continúa y se perpetúa en el tiempo al encontrarse normalizada y asimilada dentro de la sociedad.
Es simbólica	Funciona mediante la cooperación de los dominados –las mujeres/lo femenino- hacia el dominante, en donde participan de dicha violencia, la justifican y la integran como parte de los valores y roles sociales, institucionales y políticos que éste les otorga. En muchos casos, sobretodo en donde la violencia no es explícita o física, existe la sensación social de que ésta no está presente; esta invisibilización es producto de la normalización en la que se desarrolla.

CUADRO 2. ORIGEN: ELABORACIÓN PROPIA.

Retomando los aportes que Wieviorka hace sobre el concepto Violencia, al enlazarlo con el concepto de Género ya analizado, podemos inferir que la Violencia de Género es aquella que nace y se sostiene en la negación de la subjetividad de las mujeres y de lo femenino.<sup>29</sup> Al ocurrir dicha negación, se abre el espacio necesario para no reconocer a las mujeres y a lo femenino como sujetos de derecho, dejándolas en una posición de subordinación, vulnerabilidad y desprotección; manifestaciones de dicho fenómeno son la falta de protección y legislación por parte de los Estados en cuanto a materias constituyentes de Violencia de Género, por considerarlas irrelevantes social y políticamente, y/o internalizarlas como parte de la cultura o folclore propio.

Vivimos en una cultura androcéntrica que conforma un gran caldo de cultivo para las manifestaciones de violencia contra las mujeres, debido a que en ella se establece y fomenta que el control y poder de los hombres sobre los otros es parte inherente de la identidad masculina, siendo la principal forma de reafirmación de ella y considerando la subordinación de las mujeres como una forma de revalidar la masculinidad. Esta cultura

---

<sup>29</sup> Cabrera Ullivarri, Juan Manuel. 2011. La política sexual de la dominación masculina: femicidios, medios de comunicación y violencia de género. Tesis para optar al título profesional de Sociólogo. Santiago. Universidad de Chile. Pp. 18-19.

masculina posee en sí misma actos de violencia naturalizados, que conforman relaciones entre hombres y mujeres reproductoras de violencia basada en el género; es decir, actos que dañan efectiva o potencialmente a las mujeres por el sólo hecho de ser tales.<sup>30</sup>

No obstante; es necesario destacar que en las últimas décadas se ha ido reconociendo cada vez más en el ámbito nacional e internacional a la Violencia de Género como un grave problema, no sólo para la vida y el desarrollo de las mujeres –de modo exclusivo-, sino también para el logro de la igualdad, el desarrollo y la paz mundial.

### **1.3 Análisis de la relación entre Violencia Obstétrica y Violencia de Género.**

Al observar ambos conceptos, tanto en sus definiciones, componentes, características y alcances; podemos encontrar puntos de conexión entre ellos, los cuales nos permiten identificar su relación.

---

<sup>30</sup> Facia, Alda. 1992. Cuando el género suena cambios trae: Una metodología para el análisis de género del fenómeno legal (una metodología para el análisis de género del fenómeno legal). San José, Costa Rica. Editorial ILANUD. Pp. 78- 80.

Tanto en la Violencia Obstétrica como en la Violencia de Género, los sujetos pasivos son las mujeres, ambas son estructurales al sostenerse por un entramado social que las permite y las justifica, las dos son instrumentales, ya que por sí mismas no constituyen un fin sino que buscan la subordinación y la adopción por parte de las mujeres de roles determinados y jerarquizados previamente; y, finalmente, ambas son simbólicas, ya que los dominados –las mujeres- colaboran con los dominantes,<sup>31</sup> mediante la normalización, la justificación, la perpetuación de generación en generación y la invisibilización de dichas violencias.

Una de las aristas más importantes que conforman a la Violencia de Género son las relaciones asimétricas que se dan entre las mujeres y los hombres o lo femenino y lo masculino; del mismo modo en la Violencia Obstétrica esa asimetría se produce en la relación que se da entre las mujeres –como entes femeninos- y los profesionales de la salud –como entes masculinos-, la que toma forma tanto simbólica como real,

---

<sup>31</sup> Bourdieu, Pierre. 1999. Meditaciones pascalianas. Barcelona. Editorial Anagrama. P.225.

dificultando las posibilidades que poseen ellas de ejercer sus derechos básicos durante el período en que se encuentren “bajo el poder médico”.<sup>32</sup>

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

La Violencia de Género se genera cuando lo masculino subordina a lo femenino, mediante una relación de poder inequitativa, la cual puede expresarse (como lo vimos en el punto 1.2) en manifestaciones físicas,

---

<sup>32</sup> Belli, Laura. 2013. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Rev. Redbioética/UNESCO. Año 4. 1 (7): 25-34. P.28.

sicológicas, verbales o simbólicas; en las que lo femenino se encuentra ligado a una serie de características estereotipadas y valores determinados, Williams y Bennett en su trabajo de 1975 sobre los roles de género definen algunos de ellos: el ser complaciente, débil, dependiente, dócil, emocional, habladora, llorona, sensible, sentimental, exagerada, sumisa y vulnerable; y lo masculino a: el ser agresivo, ambicioso, asertivo, dominante, emprendedor, estable, fuerte, hábil, independiente, lógico, racional, realista, resistente, seguro y severo. Todas ellas se posicionan dentro de una relación jerárquica, en donde lo masculino se encuentra sobre lo femenino, gozando de un lugar privilegiado dentro del orden social, institucional y político.

Por otro lado, podemos afirmar que la Violencia Obstétrica es una Violencia de Género, puesto que los sujetos pasivos de ellas son las mujeres, a las cuales se les violenta por el sólo hecho de serlo; es decir, en razón de su sexo y de su género femenino son castigadas, subordinadas, maltratadas y vulneradas en sus derechos humanos. En el caso de la Violencia Obstétrica, esto es lo que la diferencia de otros tipos de vulneraciones a los derechos de los usuarios de servicios de salud, ya que la posibilidad aumentada de que ocurran agresiones y vulneraciones a los derechos básicos está dada no por el hecho de encontrarse enfermas, sino

que por el hecho de ser mujeres, y de, además, encontrarse embarazadas, pariendo o puérperas; a esto se le llama una “doble vulnerabilidad”<sup>33</sup>.

En ella, también, se visibiliza la desapropiación de los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres, concretizando el hecho que las decisiones sobre sus procesos, cuerpos e hijas/os no les pertenecen, siendo tomadas por otros (generalmente hombres o mujeres insertas en un imaginario masculino, como lo es el predominante en el saber médico y las instituciones de salud), sin tomar en cuenta sus opiniones o pareceres.

En el proceso de gestación, parto y postparto se desliga a la mujer embarazada del feto y del recién nacido convirtiéndola en un mero entorno en el cual éste se desarrolla, restándole feminidad a dichos procesos, Petchesky señala que no sólo se masculiniza todo el contexto sino que también, y de modo específico, se masculiniza al feto, presuponiendo que es hombre hasta que se comprueba lo contrario.<sup>34</sup> Al realizar esto, se le quita espacio a las aportaciones que la mujer y madre pueda realizar sobre ellos, enfatizando los aportes malignos y subestimando los creadores y

---

<sup>33</sup> Amorós, Celia. 1990. *Hacia una crítica de la razón patriarcal*. Buenos Aires. Editorial del hombre – Anthropos. Pp: 39-53.

<sup>34</sup> Petchesky, Rosalind Pollack. 1987. *Fetal Images: The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction*. *Feminist Studies*. 13 (2): 263-292. Pp.275-278.

benéficos<sup>35</sup>; se les resta protagonismo durante la vivencia de sus embarazos, partos y puerperios, siendo desplazadas por la autoridad del saber médico y reforzándose la idea de legitimización de la intervención y control por parte de los profesionales de la salud por sobre la voluntad de las mujeres<sup>36</sup>, generando Violencia de Género.

Como veíamos en el punto 1.2, una de las características más importantes que conforman la Violencia de Género es la invisibilización y normalización que ésta posee dentro de la sociedad, siendo por ello tan difícil, en la mayoría de los casos, su prevención, pesquisa y sanción. Al ser la Violencia Obstétrica un tipo de Violencia de Género ocurre lo mismo con ella, siendo de igual modo una de sus características primordiales y definitorias; el maltrato hacia las mujeres gestantes y parturientas durante su atención en los servicios asistenciales de salud, sean éstos públicos o privados, son en la mayoría de las ocasiones, vistos como normales y como

---

<sup>35</sup> Narotzky, Susana. 1995. *Mujer, Mujeres, Género: Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las ciencias sociales*. Madrid. Editorial Consejo Superior de Investigaciones Científicas. (Monografías). P.82.

<sup>36</sup> Belli, Laura. 2013. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Rev. Redbioética/UNESCO*. Año 4. 1 (7): 25-34. P. 28.

parte inherente de dicha atención, por parte de las mismas mujeres, sus familias y gran parte del personal de salud<sup>37</sup>.

Existe, en muchos casos, la creencia simbólica, que la mujer debe pagar por “algo” en el momento del parto, el cual dice relación con vivir una vida sexual activa, o al menos haber concretado una relación sexual; siendo el momento en el que se encuentran bajo el poder médico en donde se les castiga por ello, como un momento de revancha para su sufrimiento, esto se puede ver reflejado en algunas agresiones verbales y psicológicas efectuadas por el personal médico a cargo de la atención, tales como: “no te gustó abrir las piernas”, “no te quejabas cuando lo hacías”, “por donde entra debe salir”, entre otras. La violencia simbólica presente en dichas manifestaciones de Violencia Obstétrica, responden en parte a una realidad social en donde las mujeres son constantemente víctimas de una visión estereotipada de ellas, las cuales se reflejan en las relaciones personales y en el imaginario colectivo, y se encuentra instalada y fomentada por los medios de comunicación y distintos mecanismos de enseñanza.

---

<sup>37</sup> INSGENAR. 2003. Con todo al aire 1: Reporte de Derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales públicos. Rosario, Argentina. P.67.

La visión descrita anteriormente presenta a las mujeres como sujetos pasivos y sumisos sobre los cuales se puede posicionar todo tipo de autoridad -entre ellas el personal médico que representa siempre una jerarquía social, pero el cual no posee la misma vinculación hacia los pacientes hombres que hacia las pacientes mujeres-, la que posee injerencia incluso en las decisiones que recaen sobre el cuerpo de ellas; esto lo podemos ver claramente en el proceso del parto hospitalario en donde el manejo de él será entregado a otros (dominantes) que serán protagonistas, siendo ellas (dominadas) asistentes y colaboradoras del nacimiento, careciendo de efecto vinculante sus opciones o decisiones sobre éste, debiendo ser guiadas durante toda su duración y estadía en el recinto hospitalario.<sup>38</sup> Una de los principales ejemplos de dicha relación constitutiva de violencia simbólica es la patologización del parto de bajo riesgo, la cual según Marbella Camacaro reduce la posibilidad de las mujeres de valerse por sí mismas, dependiendo de una intervención técnico médica para afrontar su vida sexual y reproductiva<sup>39</sup>.

---

<sup>38</sup>Cruz, Sebastián; Jaurés, Patricia; Leiva, Ivo; Ruíz, Carlos; Troncoso, Pablo. 2015. El discurso de la violencia obstétrica en Chile. Santiago. Escuela de Psicología, Universidad de Chile. Pp.2-7.

<sup>39</sup> Camacaro, Marbella. 2009. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica. Venezuela. Rev. Venezolana de estudios de la mujer. 14 (32): 147-162.

Gabriela Arguedas ha definido a la Violencia Obstétrica “un mecanismo de control y opresión, derivado del ejercicio de este tipo específico de poder.”<sup>40</sup>. Este poder es el denominado Poder Obstétrico, el cual siguiendo la manera Foucaultiana, es una forma de poder disciplinario que posee como finalidad crear cuerpos sexuados y dóciles, en razón de su género dentro de una sociedad patriarcal, el cual afecta a las mujeres.

Para lo anterior se controlan los procesos reproductivos de ellas –en razón de que ese es su territorio género-específico, ya que sus cuerpos son los capaces de embarazarse y parir-; claro ejemplo de aquello es el total control del embarazo, parto y postparto por el personal médico atingente, en donde la mujer gestante es reducida a la circunstancia de preñez que vive, siendo violentada y subestimada en su condición de sujeto moral. Algunos de los mecanismos de control son: la observación minuciosa, la documentación estadística que determina las curvas de normalidad y las técnicas para la administración médico-jurídica del embarazo y el parto.<sup>41</sup>

Por otro lado, todo poder requiere de un saber específico, siendo en este contexto en que se descalifica el conocimiento que poseen las mujeres

---

<sup>40</sup>Arguedas, Gabriela. 2014. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe. 11(1): 145-169.P.156.

<sup>41</sup>Ídem. Pp. 155-157.

gestantes y parturientas sobre sus percepciones, sensaciones y sus cuerpos en sí, considerando, por ejemplo al dolor y los cambios corporales que la mujer manifiesta como datos nulos e inexistentes mientras no sean validados mediante técnicas y tecnologías adecuadas por quien detenta el poder obstétrico; es decir, por el personal médico asistente; anulando su condición de sujeto moral, a través de la negación de su voluntad y derecho a la autonomía y libre determinación, requiriendo colaboración y obediencia por parte de ella.<sup>42</sup>

#### **1.4 Testimonios de mujeres víctimas de Violencia Obstétrica en Chile entre los años 2015 y 2016.**

Catalina S., Enero 2015, Hospital Luis Tisné, Santiago: “Con mi primer hijo viví Violencia Obstétrica, sufrí la cadena de intervenciones, aquella bola de nieve, mil tactos, cero privacidad, inducción/conducción, epidural, monitoreo, confinamiento a la cama, litotomía, pujos dirigidos en apnea, (agradezco que no me hicieron episiotomía) y alumbramiento manual.

---

<sup>42</sup>Íbid. P.163.

Luego de que me sacaran la placenta, me la muestran y quedó parte de ella en el útero, la ginecóloga comenzó a escarbar, metió mano, codo y aparatos varios para sacar los restos, ya no había efecto de la anestesia y sentí todo el legrado, fue horrible y ni siquiera pude gritar porque tuve miedo de ser "más alharaca de lo que ya había sido" y que me trataran mal, miedo de que la ginecóloga me provocara más dolor.

Vi mi vientre levantarse, sentí un dolor terrible, miedo, estaba ahí con mis piernas abiertas, mi bebé en el pecho, intentando reconocerlo pero no podía porque sentía que me torturaban haciéndome un raspaje sin anestesia, luego me sutura, sentí cada punto.

Ya en mi habitación (...) me sentía con gusto amargo, sabía que algo estuvo mal... mi sensación era la misma que tiene una mujer luego de vivir un abuso sexual, me sentí violada... estuve meses recordando el parto con mucha pena, lloraba cada vez que venía la imagen de la doctora y la matrona”

Carla, Enero 2016, Hospital de San Fernando, San Fernando:"Me llevaron a la sala de pre-parto, me monitorearon y me hicieron un test de

tolerancia a las contracciones. Desde ahí todo es confuso, me hicieron sacar la ropita de mi hija, la que para las matronas no era adecuada, así que mi tía que fue quien me acompañó tuvo que ir a comprar los ositos que le pedían; por otra parte, como no me decían nada y sólo me estaban monitoreando, le dije a mi pareja que se quedara trabajando que no se preocupara.

El test de contracciones no era para mí como yo creía, sino que para mi hija, quien no las soportó y me tuvieron que ingresar de urgencia a pabellón. Estuve sola, con todos los miedos que tenía hechos realidad. En mi proceso de empoderamiento, había hecho un plan de parto y/o cesárea, donde pedía estar acompañada, que no me pusieran anestesia (en caso de ser parto normal), que no me amarraran los brazos (en caso de ser cesárea), que no cortaran el cordón umbilical hasta que toda la sangre hubiese pasado, mi hora de apego y, además quería tener música que yo había elegido para estar tranquila. No pasó nada de eso, estuve sola, me amarraron, sólo había música de una radio.

Nunca me había sentido tan vulnerable. Quería estar pendiente de todo, lo único que hacía era repetir que no cortaran el cordón umbilical y que me pusieran a mi hija en mi pecho mientras me corrían las lágrimas. En un

momento se acerca la doctora Vivian y me dice que mi hija ya nació, que está bien, pero que tuvo unas complicaciones por lo que se la habían llevado a neonatología. De ahí no me acuerdo de nada más.

A mi hija la conocí al día siguiente, aún no me daba cuenta de nada. Cuando llegué a verla estaba con suero y con mangueras en su boquita. Una pediatra en práctica me dice que habían tenido que reanimar a mi hija al momento de nacer (...) no sabían cuándo le darían el alta.

Al día siguiente en la visita matutina de los doctores, me dicen que me van a dar el alta, independiente de mi hija. Para mí fue terrible, ese día lloré mucho, además estaba angustiada porque le estaban dando relleno a mi hija y yo la quería amamantar. Después de verla me iba a sacar leche, recién parida me recorría todo el hospital, todo el día.

El mismo día, hablé con el pediatra, le dije que necesitaba saber cuándo me llevaba a mi hija, que a mí me iban a dar el alta al día siguiente y que me sentía muy angustiada. Él fue muy prepotente conmigo, me dijo textualmente: “yo no voy a aceptar presiones de los padres” me quedé llorando con mi hija en neonatología. Entonces la matrona Patricia Chacón me dice: “eso le pasa por tener guaguas mal hechas”. En ese momento no

pude decir nada, me quede helada, sólo le hacía cariño a mi hija que estaba en la cunita llena de cables.

Afortunadamente al día siguiente en el que supuestamente me daban el alta, la doctora Vivian González vio que estaba angustiada por tener que irme y dejó que me quedara un día más. Mi hija estuvo 6 días hospitalizada en neonatología. El 18 de enero le dieron el alta, para mí ese día nació (...) Las palabras del doctor y de la matrona me suenan patentes hasta el día de hoy. (...) Tengo el recuerdo de un parto muy doloroso, con mucha pena. A veces me siento muy insegura como mamá, tengo muchos temores, soy muy aprensiva con mi hija y a veces me siento culpable por cómo fue su bienvenida al mundo.”

Karen, Enero 2016, Hospital San José, Santiago: “Fue un parto traumático, sola y asqueroso, llegué a parto, me inyectaron para el dolor y en menos de una hora ya la anestesia había pasado, estuve 6 horas con dolor extremo, mi hijo venía dado vuelta, se dieron cuenta y la matrona de turno no me quiso ayudar. Me hice de todo en la camilla y la matrona tampoco dejó que me cambiaran. No tuve contención en ningún momento,

y al momento de parir mi hijo salió y cayó en toda la mugre, y yo de tanto pujar quedé muy mal, donde no tenía la fuerza suficiente para tomar a mi hijo, en el primer apego me dijo la enfermera que si yo no lo quería o si tenía depresión, tratándome de mala madre siendo que mi estado era el malo, poniéndome en primera plana de la ficha clínica que yo no quise tomar a mi hijo para el apego.”

Gisella, Julio 2016, Hospital Luis Tisné, Santiago: “Mi primera bebé, parto inducido con misotrol, casi 10 horas de trabajo de parto, en la sala de parto me metieron manos hasta más no poder, ya con 7 centímetros de dilatación me pusieron la epidural, antes no quisieron y yo en el suelo gritando de dolor, pero eran "normales" para ellos. En una de esas metiditas de manos una matrona de turno, ya de edad, me mete mano y me dice: “uh aún está arribita, se la voy a bajar porque a mí me gusta ayudar a las mamitas”, la agarra con una mano de su cabeza y la baja, me dice: “de aquí a las 10 ya va a nacer”. Listo, a las 10:05 nació mi Emilia, después en la pieza me doy cuenta que tiene una hendidura en su cabeza.

Cuando nos toca el alta un pediatra se percata de aquello y me dice que es muy raro y que no puede darle el alta a mi bebé; me la dejaron en observación, le hicieron muchos scanner. Me fui sin mi bebé, moría de pena. Al otro día me llaman que la trasladarán al Instituto de Neurocirugía, que vaya para allá porque necesitan mi firma, fui lo más rápido posible. Cuento corto la tuvieron que operar de su cabecita a sus 3 días de nacida, ya que se le hundió esa parte del cráneo, por culpa de esa matrona que hizo lo que quiso conmigo viéndome en el estado en que estaba, que ya ni reaccionaba de lo agotada y con tercianas me metió mano igual sin medir las consecuencias.”

Catalina, Septiembre 2016, Hospital San José, Santiago: “Con 35 semanas de embarazo, ya estaba hospitalizada hace un par de semanas por una preeclampsia severa. La última semana antes que naciera estuve bajando y subiendo desde la sala donde estaba a parto por alzas de presión que llegaban a 200 (mm/Hg).

El 12 de septiembre me levanté y me bañé, estaba en el baño y me dio una alza de presión, se me reventó la nariz, pedí ayuda, llegaron y me

bajaron a prepararlo. Me inducieron el parto durante 3 días, me metieron manos hasta más no poder, tenía fiebre y sólo tenía 1 cm de dilatación. Había un matrn y una matrona viejita malos, me trataron mal porque me metían mano y yo subía la pelvis porque me dolía, y me decían: “ya po, o sino como vamos a revisarte, si ya estai grandecita” (sic).

Yo estaba mal, después mi familia me dijo que tenía cara de muerta y la boca seca y pálida. Llega una matrona y me dice: “¿todavía tienes 1 cm y no te han hecho cesárea?”, me da la orden para la cesárea, me llevaron a pabellón (poco recuerdo porque estaba casi aturdida), me anestesiaron y convulsioné, sentí tanto miedo porque sentía que no podía respirar, me tomaron de los hombros y me dicen: “!ya tranquilita, sólo se atoró!”, y yo saltaba como epiléptica y no podía ni hablar de lo ahogada que estaba, me pusieron una mascarilla de oxígeno y no supe más, desperté cuando mi hijo estaba naciendo.

Me llevaron a recuperación, tenía mucho frío, estaba media aturdida y sólo dormía. Me desperté y no podía mover los pies y el lado izquierdo de la cara, pensé que era normal, estuve tres días sin mover los pies y una semana con la cara dormida el lado izquierdo. En recuperación escuché que

el anestesista hace unos días había matado a dos mamás por exceso de anestesia, o sea me salvé de morir.”

En los cinco testimonios mencionados encontramos múltiples puntos comunes, tales como: el trato deshumanizado para con las mujeres, la falta de respeto con los tiempos naturales de sus procesos de parto, burlas y menosprecio hacia los sentimientos y sensaciones expresadas por ellas y un nulo, o al menos precario, seguimiento de las recomendaciones y protocolos establecidas en el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo del Ministerio de Salud.

A su vez, en los relatos de Catalina S. y Karen encontramos prácticas que podrían ser consideradas como tortura, según la Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura en su artículo Artículo 2: “Para los efectos de la presente Convención se entenderá por tortura todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la

aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica.”<sup>43</sup>. Es difícil imaginar otro escenario actual, que no sea una dictadura, en la cual se den este tipo de maltratos y vejaciones; pareciera ser que al ingresar a las maternidades los derechos humanos de las mujeres se congelaran, creándose un caldo de cultivo para prácticas de tortura y otras. Este es un tema en el que hay que colocar especial atención, puesto que la gravedad de estos hechos podría aumentar al ser los sujetos activos de ellos funcionarios públicos, en el caso de los profesionales de salud pertenecientes a instituciones públicas de salud, tal como sucede en los testimonios descritos.

Para concluir y a modo de síntesis, podemos señalar que la Violencia Obstétrica es aquella padecida por las mujeres durante la atención del embarazo, trabajo de parto, parto y postparto por parte de personal médico; en la cual se generan relaciones de poder que encuentran su lugar en el

---

<sup>43</sup> OEA. 1987. Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura. Colombia.

cuerpo misma de las mujeres en cuestión, el que es dominado y utilizado como trinchera para ellas.

Históricamente, ubicamos a la Violencia Obstétrica en el contexto de la masiva migración de los nacimientos desde los domicilios a los hospitales durante el siglo XX; junto con ello el poder y las decisiones en torno al parto son enajenados de las mujeres, convirtiéndose en un “asunto médico”, masculinizándose los procesos reproductivos y tornando un objeto de estudio y examinación a las mujeres, prescindiendo de su calidad humana y de sus derechos<sup>44</sup>.

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

La Violencia Obstétrica es una violencia simbólica, en donde los que detentan el poder simbólico –los dominantes- son el equipo médico en general; los cuales actúan con la cooperación de las mujeres –los

---

<sup>44</sup>Narotzky, Susana. 1995. *Mujer, Mujeres, Género: Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las ciencias sociales*. Madrid. Editorial Consejo Superior de Investigaciones Científicas. (Monografías). P.82.

dominados-, las que producto de la misma relación de dominación simbólica hacen suyo el discurso y son cómplices de su construcción, legitimándola y normalizándola en conjunto a la sociedad en general.<sup>45</sup>

La Violencia Obstétrica es una Violencia de Género, ya que en ambas los sujetos pasivos son las mujeres. Además, son instrumentales, estructurales y simbólicas, lo que genera la normalización, legitimización, perpetuación de generación en generación e invisibilización de ellas, mediante la determinación sociocultural de roles y estereotipos de género.

Es necesario destacar que este tipo de violencia hacia la mujer no se encuentra estrictamente dentro de la esfera médica, es decir, lo que la distingue de otros tipos de vulneraciones de derechos hacia los usuarios de la salud en general es que la predisposición a ser violentadas no ocurre por encontrarse enfermas, sino que por el hecho mismo de ser mujeres, y de, además, encontrarse en una situación de “doble vulnerabilidad”<sup>46</sup> al estar embarazadas, pariendo o puérperas.

---

<sup>45</sup>Bourdieu, Pierre. 1999. Meditaciones pascalianas. Barcelona. Editorial Anagrama. P.225.

<sup>46</sup>Amorós, Celia. 1990. Hacia una crítica de la razón patriarcal. Buenos Aires. Editorial del hombre – Anthropos. Pp: 39-53.

Creo que es trascendental que la Violencia Obstétrica sea considerada como una manifestación más de la Violencia de Género, para ello es menester que sea sacada del contexto médico en que se desarrolla, ya que sólo así podemos ver con claridad las múltiples violaciones a los derechos humanos de las mujeres que se encuentran detrás de ella.

La Violencia Obstétrica es una forma “sofisticada” de Violencia de Género, en la cual se vierten todos los estereotipos y roles de género, se da espacio para los castigos en razón de ser mujeres, y paso a prácticas que podrían constituir tortura.

Un ejemplo de lo anterior, es que la episiotomía de rutina podría ser considerada como una forma de mutilación genital femenina de occidente, interpretando la definición que entrega la OMS sobre ella: “La mutilación genital femenina comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos.” Y añade: “En la mayor parte de los casos es realizada por circuncidados tradicionales que suelen tener otras funciones importantes en sus comunidades, tales como la asistencia al parto. No obstante, cada vez es

más frecuente que sea llevada a cabo por prestadores de atención de salud<sup>47</sup>; ya que actualmente ella se sigue realizando en Chile de manera rutinaria en los partos, sin una justificación médica. Podemos equiparar el carácter de rutinario con tradicional, en donde como parte de la cultura durante la etapa expulsiva del parto a las mujeres se les cortan los genitales, como si de un ritual se tratase.

---

<sup>47</sup>OMS. 2016. Nota descriptiva: Mutilación genital femenina.

## **CAPÍTULO II. PROTECCIÓN LEGAL ANTE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN CHILE. EFICACIA Y ALCANCES.**

En este segundo capítulo daremos respuesta a las interrogantes: ¿qué instrumentos legales amparan en nuestro país a las mujeres en la prevención, sanción y erradicación de dicha violencia? y ¿cuál es la eficacia real de dichos instrumentos en cuanto a la protección de los derechos de las mujeres en sus procesos reproductivos?; a través de la determinación de los instrumentos legales que pretenden proteger a la mujer de la Violencia Obstétrica en nuestro país y el posterior análisis de la eficacia real de ellos en cuanto a la prevención, sanción y erradicación de la Violencia Obstétrica en Chile.

### **2.1 Ley 20.584 y Convención de Belem do Pará.**

En Chile, no existe actualmente una legislación específica que aborde de forma alguna la Violencia Obstétrica ni el Parto Respetado o Humanizado,

a diferencia de otros países en el mundo y en la región que sí han avanzado en dichos cuerpos legales en los últimos años. Por lo que, pese a ser parte de los derechos inherentes a las personas, en este caso a las mujeres, y de encontrarse incorporados y esquematizados en cuerpos de derecho internacional a los cuales nuestro país se encuentra adscrito, no existen recursos legales claros a los que recurrir en caso de haber sido víctima de Violencia Obstétrica, así como tampoco planes de prevención –ni legales ni administrativos- de ella; encontrándose dichas mujeres en una desprotección por parte del Estado de sus derechos humanos, reproductivos y sexuales. A nivel de profesionales de la salud, tampoco ha sido hasta ahora una materia a estudiar o discutir dentro de sus respectivos colegios; el Colegio de Matronas no ha hecho mención a ella en ninguno de sus puntos e incluso, ante la prensa, ha desestimado que la Violencia Obstétrica siquiera exista en nuestro país; así como tampoco la Sociedad Chilena de Ginecología y Obstetricia se ha pronunciado al respecto.

### **2.1.1 Ley 20.584**

En el escenario descrito, el único recurso legal nacional al cual las mujeres que han sufrido Violencia Obstétrica pueden adherirse es el

procedimiento administrativo, incluido en la ley 20.584, que Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud<sup>48</sup>; dicha ley posee un carácter general ante vulneraciones o acciones ejecutadas por personal profesional de la salud, no considerando las condiciones particulares de las personas que las sufren o potencialmente pudiesen sufrirlas, como lo son las propias de la Violencia Obstétrica: ser mujeres, encontrarse gestando, en trabajo de parto, en el parto mismo o puérperas.

Dentro de este cuerpo legal encontramos diversos artículos que establecen y describen los derechos que poseen las personas que se encuentran en calidad de pacientes en un servicio de salud dentro del territorio nacional, los cuales pueden ser aplicables a las mujeres embarazadas, parturientas o puérperas en prevención o como argumento para una posible búsqueda de sanción y reparación al haber sufrido Violencia Obstétrica, éstos son los siguientes:

---

<sup>48</sup>República de Chile. Ministerio de Salud. 2012. Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

**a) Derecho a un trato digno:** Artículo 5°.- En su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia.

**a.1) Lenguaje adecuado:** a) Velar porque se utilice un lenguaje adecuado e inteligible durante la atención; cuidar que las personas que adolezcan de alguna discapacidad, no tengan dominio del idioma castellano o sólo lo tengan en forma parcial, puedan recibir la información necesaria y comprensible, por intermedio de un funcionario del establecimiento, si existiere, o con apoyo de un tercero que sea designado por la persona atendida.

**a.2) Trato humanizado:** b) 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.

**a.3) Resguardo de la privacidad y la honra:** c) Respetar y proteger la vida privada y la honra de la persona durante su atención de salud. En especial, se deberá asegurar estos derechos en relación con la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones, cualquiera que sea su fin o uso. En todo caso, para la toma de fotografías, grabaciones o filmaciones para usos

o fines periodísticos o publicitarios se requerirá autorización escrita del paciente o de su representante legal.

**b) Derecho al acompañamiento:** Artículo 6º.- Toda persona tiene derecho a que los prestadores le faciliten la compañía de familiares y amigos cercanos durante su hospitalización y con ocasión de prestaciones ambulatorias, de acuerdo con la reglamentación interna de cada establecimiento, la que en ningún caso podrá restringir este derecho de la persona más allá de lo que requiera su beneficio clínico.

**c) Derecho a la información:** Artículo 10.- Toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar, así como del pronóstico esperado, y del proceso previsible del postoperatorio cuando procediere, de acuerdo con su edad y condición personal y emocional.

Cuando la condición de la persona, a juicio de su médico tratante, no le permita recibir la información directamente o padezca de dificultades de entendimiento o se encuentre con alteración de conciencia, la información a

que se refiere el inciso anterior será dada a su representante legal, o en su defecto, a la persona bajo cuyo cuidado se encuentre. Sin perjuicio de lo anterior, una vez que haya recuperado la conciencia y la capacidad de comprender, deberá ser informada en los términos indicados en el inciso precedente.

Tratándose de atenciones médicas de emergencia o urgencia, es decir, de aquellas en que la falta de intervención inmediata e impostergable implique un riesgo vital o secuela funcional grave para la persona y ella no esté en condiciones de recibir y comprender la información, ésta será proporcionada a su representante o a la persona a cuyo cuidado se encuentre, velando porque se limite a la situación descrita. Sin perjuicio de lo anterior, la persona deberá ser informada, de acuerdo con lo indicado en los incisos precedentes, cuando a juicio del médico tratante las condiciones en que se encuentre lo permitan, siempre que ello no ponga en riesgo su vida. La imposibilidad de entregar la información no podrá, en ningún caso, dilatar o posponer la atención de salud de emergencia o urgencia.

**c.1) Derecho a la confidencialidad:** Los prestadores deberán adoptar las medidas necesarias para asegurar la adecuada confidencialidad durante

la entrega de esta información, así como la existencia de lugares apropiados para ello.

**d) Derecho a la autonomía y libre e informado consentimiento:** Artículo

14.- Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud (...) Este derecho debe ser ejercido en forma libre, voluntaria, expresa e informada, para lo cual será necesario que el profesional tratante entregue información adecuada, suficiente y comprensible, según lo establecido en el artículo 10. Por regla general, este proceso se efectuará en forma verbal, pero deberá constar por escrito en el caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos y, en general, para la aplicación de procedimientos que conlleven un riesgo relevante y conocido para la salud del afectado. En estos casos, tanto la información misma, como el hecho de su entrega, la aceptación o el rechazo deberán constar por escrito en la ficha clínica del paciente y referirse, al menos, a los contenidos indicados en el inciso primero del artículo 10. Se presume que la persona ha recibido la información pertinente para la manifestación de su consentimiento, cuando hay constancia de su firma en

el documento explicativo del procedimiento o tratamiento al cual deba someterse.

**d.1) Derecho a la negación de procedimientos u hospitalización:**

Artículo 18.- En el caso de que la persona, en virtud de los artículos anteriores, expresare su voluntad de no ser tratada, quisiere interrumpir el tratamiento o se negare a cumplir las prescripciones médicas, podrá solicitar el alta voluntaria.

En cuanto a los derechos señalados, podemos mencionar – tal como lo señala la historia de la ley 20.584<sup>49</sup>, que éstos se encuentran incluidos en instrumentos de derecho internacional, tales como: pactos, convenios y declaraciones dictados en el marco de la Organización de las Naciones Unidas, como de la Organización de Estados Americanos.

Cabe señalar, entre otros, la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), Declaración de los Derechos del Niño (1959), la Convención Americana de Derechos Humanos (1969), la Convención

---

<sup>49</sup> República de Chile. 2012. Historia de la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Pp. 6-11.

contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1984) y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989). En este punto, es importante detenerse en observar que ni la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención Belém do Pará" (1994) ni la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer conocida como CEDAW (1981) fueron fuente de inspiración legal para la historia de esta ley, ayudándonos a comprender, anticipadamente, su posible idoneidad frente a casos de víctimas de Violencia Obstétrica.

En el siguiente cuadro podemos ver, detallada y esquematizadamente, cuáles son los derechos que la ley 20.584 consagra a las personas que se encuentran en la situación de ser atendidas en recintos de salud en nuestro país, y en qué ámbitos éstos se hacen relevantes en este contexto:

<b>DERECHOS CONSAGRADOS EN LA LEY 20.584</b>	
Derecho a un trato digno	Recibir un trato digno, respetuoso y amable durante toda la estadía del paciente; el cual se traduce en el derecho a que se refieran a él con un lenguaje adecuado en todo momento y toda circunstancia, teniendo especial consideración en personas que padezcan alguna discapacidad o

	<p>que no dominen el español con fluidez; a recibir un trato humanizado, mediante un trato amable y cortés, siendo tratadas en todo momento por su nombre, sin apelativos peyorativos o diminutivos que infantilicen o afecten al paciente; a que se respete y se resguarde tanto su privacidad como su honra, con especial énfasis en la toma de fotografías o filmaciones sin su consentimiento previo e informado. Este principio se inserta como una necesidad dentro de esta ley debido a la preocupante deshumanización a los pacientes existente en los recintos de atención de salud, y a la relación asimétrica y jerárquica que se da entre profesionales/trabajadores de la salud y pacientes, exacerbada por el estado de necesidad en que se encuentran al recurrir a solicitud atención médica. Además de ser un derecho humano inherente a todas las personas, siendo una de las bases y justificación de toda norma.</p>
<p>Derecho al acompañamiento</p>	<p>Todo paciente tiene el derecho de ser acompañado y visitado por personas significativas para él, tales como familiares o amigos, no pudiendo restringirse dicho derecho sin razones de salud excluyentes por su naturaleza. Entendiendo la situación vulnerable en la que se encuentra y siendo una herramienta eficaz para colaborar en una rápida mejoría.</p>
<p>Derecho a la información</p>	<p>Todo paciente tiene derecho a recibir información en todo momento y circunstancia sobre su diagnóstico o posibles diagnósticos, y sobre los procedimientos médicos y/o quirúrgicos a realizar, con un respaldo médico adecuado que los justifique y un lenguaje</p>

	<p>apropiado a las características del paciente que permita su comprensión a cabalidad. Así mismo, en el caso de que no se encontrase en condiciones adecuadas para su comprensión, ésta deberá ser entregada al representante legal hasta que se encuentre habilitado nuevamente. También se consagra el derecho a que la familia pueda recibir información médica sobre el estado de salud del paciente, previo consentimiento de él, con el fin de resguardar el derecho de la confidencialidad sobre su estado de salud y todo lo que rodee a su estadía en el recinto. Este principio también viene a prevenir y poner reparos a una posible situación asimétrica de poder en la relación que se da entre el personal médico y el paciente.</p>
<p>Derecho a la autonomía y libre e informada determinación</p>	<p>Todo paciente tiene el derecho de tomar decisiones de manera informada sobre los procedimientos y tratamientos que se le sugieren por el personal médico de salud; pudiendo negarse a uno o más de ellos. También se consagra el derecho a solicitud el alta voluntaria en cualquier momento y circunstancia de la atención de salud. El derecho a la autonomía y la libre determinación es un derecho humano y es uno de los pilares de una sociedad democrática, por ello es que el avance hacia la autonomía y control sobre el propio cuerpo y sobre las decisiones del entorno que conciernen a su integridad es parte esencial del ánimo de esta ley.</p>

CUADRO 3. ORIGEN: ELABORACIÓN PROPIA

Por otro lado, y en cuanto al procedimiento a seguir en el caso de haber sido víctimas de Violencia Obstétrica durante algunos de los momentos propios del embarazo y parto, la misma ley 20.584 establece el procedimiento legal para asegurar el cumplimiento de los derechos mencionados anteriormente, y/o sancionar su incumplimiento en casos como éstos, en el artículo 37: Sin perjuicio del derecho de las personas a reclamar ante las diferentes instancias o entidades que determina la normativa vigente, toda persona podrá reclamar el cumplimiento de los derechos que esta ley le confiere ante el prestador institucional, el que deberá contar con personal especialmente habilitado para este efecto y con un sistema de registro y respuesta escrita de los reclamos planteados. El prestador deberá adoptar las medidas que procedan para la acertada solución de las irregularidades detectadas.

Si la persona estimare que la respuesta no es satisfactoria o que no se han solucionado las irregularidades, podrá recurrir ante la Superintendencia de Salud. Un reglamento regulará el procedimiento a que se sujetarán los reclamos, el plazo en que el prestador deberá comunicar una respuesta a la persona que haya efectuado el reclamo por escrito, el registro que se llevará para dejar constancia de los reclamos y las demás normas que permitan un

efectivo ejercicio del derecho a que se refiere este artículo.

Asimismo, las personas tendrán derecho a requerir, alternativamente, la iniciación de un procedimiento de mediación, en los términos de la ley N°19.966 y sus normas complementarias.

A su vez, se establece una indicación a los prestadores de salud sean públicos o privados del protocolo que deben adoptar para dar cumplimiento a los derechos establecidos en la misma ley, este se encuentra en su artículo 38: Corresponderá a los prestadores públicos y privados dar cumplimiento a los derechos que esta ley consagra a todas las personas. En el caso de los prestadores institucionales públicos, deberán, además, adoptar las medidas que sean necesarias para hacer efectiva la responsabilidad administrativa de los funcionarios, mediante los procedimientos administrativos o procesos de calificación correspondientes.

La Superintendencia de Salud, a través de su Intendencia de Prestadores, controlará el cumplimiento de esta ley por los prestadores de salud públicos y privados, recomendando la adopción de medidas necesarias para corregir las irregularidades que se detecten. En el caso que ellas no sean corregidas dentro de los plazos fijados para este efecto por el Intendente de prestadores, éste ordenará dejar constancia de ello al prestador en un lugar

visible, para conocimiento público, dentro del establecimiento de que se trate.

Si transcurrido el plazo que fijare el Intendente de Prestadores para la solución de las irregularidades, el que no excederá de dos meses, el prestador no cumpliera la orden, será sancionado de acuerdo con las normas establecidas en los Títulos IV y V del Capítulo VII, del Libro I del decreto con fuerza de ley N°1, de 2006, del Ministerio de Salud.

En contra de las sanciones aplicadas el prestador podrá interponer los recursos de reposición y jerárquico, en los términos del Párrafo 2° del Capítulo IV de la ley N° 19.880.

Como podemos apreciar, se trata de un procedimiento administrativo el cual contempla sanciones internas, y dirige a otros procedimientos externos como lo es el contemplado por la ley 19.966, la que establece un régimen de garantías en salud, dentro de la cual se encuentra la figura de “Falta de servicio”; y la ley 19.880 que Establece bases de los procedimientos administrativos que rigen los actos de los órganos de la administración del Estado.

### **2.1.2 Convención Belem do Pará**

Dentro del derecho internacional se ha avanzado, sobre todo en los últimos años, en la protección a los derechos de las mujeres de manera específica; esto se debe a que si bien los derechos consagrados son los mismos que los contenidos en las declaraciones universales de derechos humanos de la mitad del siglo XX, como la Carta Internacional de Derechos Humanos, en donde se incluyen la Declaración Universal de Derechos Humanos, El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC), los Protocolos relativos al PIDCP y la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, se ha puesto de manifiesto la necesidad de una legislación específica, puesto que los derechos contenidos en los instrumentos señalados toman como figura central de sujeto de derecho al hombre, invisibilizando los derechos propios de las mujeres.

Las críticas mencionadas anteriormente han sido realizadas por diferentes corrientes feministas y movimientos de mujeres, aludiendo a que tras la aparente universalidad se desdibujan y diluyen las problemáticas que afectan mayormente a las mujeres y la necesidad de medidas específicas

para combatir las<sup>50</sup>. Al vivir en una situación de vulnerabilidad general, es menester legislar en específico.

Producto de lo anterior es que surgen cuerpos legislativos internacionales como la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención Belém do Pará" en 1994 y anteriormente la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer conocida como CEDAW en 1981.

Para efecto de esta investigación, me referiré a la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención Belém do Pará", por su carácter regional y porque, a diferencia de CEDAW, establece en su cuerpo que la problemática que se genera al ocurrir actos de violencia hacia la mujer dentro del territorio nacional atañen y obligan al Estado, cuando ésta sea perpetrada o tolerada por él.

Los derechos consagrados de la Convención Belem do Pará aplicables a la situación que viven las mujeres gestantes, parturientas y puérperas al

---

<sup>50</sup> Villalobos Ríos, Carolina. 2008. Violencia doméstica contra las mujeres en Chile. Memoria para optar al Grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales. Santiago. Universidad de Chile. P.47.

recurrir a un centro asistencial de salud sea público o privado, son los siguientes<sup>51</sup>:

**a) Derecho a una vida libre de violencia:** Artículo 3: Toda mujer tiene derecho a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado.

Este derecho incluye, según el Artículo 6, y se debe considerar como violencia hacia la mujer también:

**a.1) Derecho a la no discriminación:** a. el derecho de la mujer a ser libre de toda forma de discriminación.

**a.2) Derecho a una educación no sexista:** b. el derecho de la mujer a ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación.

**b) Derecho al reconocimiento y goce de DDHH:** Artículo 4: Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos

---

<sup>51</sup> OEA. 1994. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención Belém do Pará". Brasil.

regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros:

- a. el derecho a que se respete su vida;
- b. el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral;
- c. el derecho a la libertad y a la seguridad personal;
- d. el derecho a no ser sometida a torturas;
- e. el derecho a que se respete la dignidad inherente a su persona y que se proteja a su familia;
- f. el derecho a igualdad de protección ante la ley y de la ley;
- g. el derecho a un recurso sencillo y rápido ante los tribunales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos;

**c) Ejercicio libre y pleno de los derechos humanos:** Artículo 5: Toda mujer podrá ejercer libre y plenamente sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales y contará con la total protección de esos derechos consagrados en los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos.

**d) Reconocimiento estatal de la violencia:** (continuación Artículo 5) Los Estados Partes reconocen que la violencia contra la mujer impide y anula el ejercicio de esos derechos.

A su vez, la Convención “Belem do Pará” establece una serie de deberes que deben cumplir los Estados partes con la finalidad de la erradicación, prevención, tratamiento y sanción de toda forma de violencia hacia las mujeres en su territorio nacional. Estos deberes poseen la tarea de resguardar los derechos consagrados en el mismo cuerpo internacional.

Algunos de estos deberes, atinentes y aplicables a la situación de Violencia Obstétrica, son los siguientes:

**a) Deber de adopción de políticas públicas:** Artículo 7: Los Estados Partes condenan todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia.

**a.1) Abstención de acciones que violenten a la mujer:** a. abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las

autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación.

**a.2) Actuación de la justicia:** b. actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer.

**a.3) Deber de legislar:** c. incluir en su legislación interna normas penales, civiles y administrativas, así como las de otra naturaleza que sean necesarias para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer y adoptar las medidas administrativas apropiadas que sean del caso.

**a.4) Prevenir jurídicamente la violencia hacia la mujer:** d. adoptar medidas jurídicas para conminar al agresor a abstenerse de hostigar, intimidar, amenazar, dañar o poner en peligro la vida de la mujer de cualquier forma que atente contra su integridad.

**a.5) Modificar leyes internas que respalden o toleren la violencia hacia la mujer:** e. tomar todas las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo, para modificar o abolir leyes y reglamentos vigentes, o para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de la violencia contra la mujer.

**a.6) Asegurar acceso a la justicia:** f. establecer procedimientos legales justos y eficaces para la mujer que haya sido sometida a violencia, que incluyan, entre otros, medidas de protección, un juicio oportuno y el acceso efectivo a tales procedimientos. g. establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que la mujer objeto de violencia tenga acceso efectivo a resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces.

De la misma forma, los Estados Partes se comprometen a tomar las medidas administrativas necesarias para el cumplimiento y resguardo de las garantías explicitadas en la Convención, mediante la adopción de programas que tiendan a: (Artículo 8) a. fomentar el conocimiento y la observancia del derecho de la mujer a una vida libre de violencia, y el derecho de la mujer a que se respeten y protejan sus derechos humanos; b. modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, incluyendo el diseño de programas de educación formales y no formales apropiados a todo nivel del proceso educativo, para contrarrestar prejuicios y costumbres y todo otro tipo de prácticas que se basen en la premisa de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los géneros o en los papeles estereotipados para el hombre y la mujer que legitimizan o exacerban la

violencia contra la mujer; c. fomentar la educación y capacitación del personal en la administración de justicia, policial y demás funcionarios encargados de la aplicación de la ley, así como del personal a cuyo cargo esté la aplicación de las políticas de prevención, sanción y eliminación de la violencia contra la mujer; d. suministrar los servicios especializados apropiados para la atención necesaria a la mujer objeto de violencia; e. fomentar y apoyar programas de educación gubernamentales y del sector privado destinados a concientizar al público sobre los problemas relacionados con la violencia contra la mujer, los recursos legales y la reparación que corresponda; f. ofrecer a la mujer objeto de violencia acceso a programas eficaces de rehabilitación y capacitación que le permitan participar plenamente en la vida pública, privada y social; g. alentar a los medios de comunicación a elaborar directrices adecuadas de difusión que contribuyan a erradicar la violencia contra la mujer en todas sus formas y a realzar el respeto a la dignidad de la mujer.

En el Artículo 8 se hace hincapié en entender a la violencia hacia la mujer no sólo como un hecho aislado, sino que como un fenómeno social, entendiéndola como Violencia de Género: estructural, institucional y simbólica; lo cual dificulta su erradicación, puesto que es menester un

cambio profundo en la sociedad mediante la concientización de la problemática, la modificación de la educación hacia una educación no sexista, capacitación a los diversos actores, tanto del sector público como privado, que reproducen o lidian con situaciones que generan de una u otra forma violencia hacia la mujer y programas de protección hacia la mujer violentada, buscando la justicia, reparación y reinserción dentro de su vida privada y pública.

Una disposición trascendental para el resguardo ante la Violencia Obstétrica, es la contenida en el Artículo 9 de la Convención, la cual señala que: Para la adopción de las medidas a que se refiere este capítulo, los Estados Partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está **embarazada**, es discapacitada, menor de edad, anciana, o está en situación socioeconómica desfavorable o afectada por situaciones de conflictos armados o de privación de su libertad.

Con esto, la Convención reconoce la “discriminación múltiple” que puede sufrir una mujer o un grupo de mujeres, la que dice relación con la vulnerabilidad que sufre una persona por el sólo hecho de ser mujer, pero que en algunos casos se le suman otros factores, como el encontrarse embarazada, situación que viven las mujeres víctimas de Violencia Obstétrica.

El Informe Regional de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos: Estándares jurídicos vinculados a la igualdad de género y a los derechos de las mujeres en el sistema interamericano de derechos humanos: desarrollo y aplicación, del año 2011 señala que: “28. La CIDH asimismo ha comenzado a destacar en sus estándares el deber de los Estados de tomar en consideración la intersección de distintas formas de discriminación que puede sufrir una mujer por diversos factores combinados con su sexo, como su edad, raza, etnia y posición económica, entre otros. Este principio ha sido establecido en el artículo 9 de la Convención de Belém do Pará, dado que la discriminación y la violencia no siempre afectan en igual medida a todas las mujeres; hay mujeres que están expuestas al menoscabo de sus derechos en base a más de un factor de riesgo. Algunos ejemplos destacados por la

CIDH son la situación preocupante de las niñas y las mujeres indígenas en la garantía y el ejercicio de sus derechos.”<sup>52</sup>

## **2.2 Eficacia y atingencia ante casos de Violencia Obstétrica en Chile.**

Como señalamos en el punto anterior (2.1), en nuestro país actualmente no existe ningún instrumento legal específico para la prevención, tratamiento y sanción de la Violencia Obstétrica. Al no existir tal, la definición del concepto tampoco existe en materia de derecho, lo que dificulta aún más la búsqueda de una posible sanción en el caso de que ésta ocurra.

El cuerpo legal aplicable en materia de derecho interno es la ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud, la que si bien consagra derechos comunes a toda persona, sin importar su sexo o condición de ningún tipo – como la es el estar embarazada, en trabajo de parto o parto-, que se encuentre bajo la atención de salud sea en una institución o de manera

---

<sup>52</sup> CIDH. 2011. Estándares jurídicos vinculados a la igualdad de género y a los derechos de las mujeres en el sistema interamericano de derechos humanos: desarrollo y aplicación. OEA publicaciones oficiales. Ser.L/V/II.143. Doc.60. Párrafo 28.

individual; no establece protocolos especiales relacionados con la Violencia Obstétrica, así como tampoco disposiciones que la describan.

Lo anterior, dificulta un acceso efectivo a la justicia por parte de las mujeres víctimas, ya que al momento de llevar el caso ante un juez gran parte de la reclamación dice relación con el por qué los actos ocurridos constituyen una vulneración a los derechos de la mujer y del recién nacido, como derechos humanos -pese a que se encuentran desarrollados internacionalmente bajo cuerpos legales a los que nuestro país adhiere y es un Estado Parte-; siendo una materia desconocida en el plano del derecho.

Al no existir instrumentos que penalicen las diversas manifestaciones de Violencia Obstétrica hacia las mujeres, el procedimiento a seguir es la utilización de la ley 20.584, interponiendo un reclamo al hospital o clínica donde estos hechos u omisiones sucedieron. También, presentando dicho reclamo a la OIRS (Oficina de Informaciones, reclamos y sugerencias OIRS) o a la Superintendencia de Salud en caso de no recibir respuesta por parte de las instituciones de salud respectivas, o en caso de no encontrarse satisfecha con dicha respuesta, lo cual derivará, si correspondiese, en sanciones administrativas internas a los profesionales involucrados,

mediante un proceso de sumario interno que determine las posibles responsabilidades.<sup>53</sup>

La ley 20.584 también permite iniciar el proceso plasmado en la ley 19.966, que establece un régimen de garantías en salud; y realizar con ello una demanda civil alegando “Falta de servicio”, que se encuentra estipulada en su artículo 38. La Corte Suprema ha señalado reiteradamente que ella se presenta como una deficiencia o mal funcionamiento del Servicio en relación a la conducta normal que se espera de él, estimándose que ello concurra cuando el servicio no funciona debiendo hacerlo o cuando funciona irregular o tardíamente, operando así como un factor de imputación que genera la consecuente responsabilidad indemnizatoria, conforme lo dispone expresamente el artículo 42 de la Ley 18.575.

Agrega, que la responsabilidad por " falta de servicio" no exige un juicio de reproche personal respecto del agente del daño, sino una valoración objetiva de la conducta de la Administración, que permita calificar si denota el incumplimiento de un deber de servicio, que puede consistir en que no se preste un servicio que la Administración tenía el deber de prestar, sea

---

<sup>53</sup> MESECVI-SOCIEDAD CIVIL CHILE. 2016. Informe sombra Mecanismo de Seguimiento para la Implementación de la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer. Chile. P. 54.

prestado tardíamente o sea prestado en forma defectuosa de conformidad con el estándar de servicio que el público tiene derecho a esperar.

Junto con lo anterior, plantea que es posible concluir que para que nazca la responsabilidad en materia sanitaria deben concurrir copulativamente los requisitos establecidos expresamente en la mencionada norma, esto es, la existencia de falta de servicio del respectivo Servicio de Salud, que haya causado un daño y que éste sea imputable al mismo.<sup>54</sup>

El procedimiento descrito es el que actualmente más se ocupa en materia civil en casos de Violencia Obstétrica; no obstante, sólo es útil en el caso de la ocurrencia de consecuencias graves o gravísimas producto de las acciones u omisiones del personal médico, tales como las que hayan afectado a la integridad física de la mujer víctima y/o el recién nacido, o haya costado la vida de alguno de ellos.

Debido a las características propias del procedimiento señalado la carga probatoria se hace muy pesada para las mujeres víctimas y sus familias, lo que en muchas ocasiones termina en dictámenes de sentencia que no acogen sus pretensiones por una deficiencia probatoria; esto se debe, entre otros

---

<sup>54</sup> Corte Suprema. 2012. Considerando Noveno, Sentencia de fecha 8 de abril de 2013, Rol 4233- 2012.

factores, a las relaciones asimétricas y jerárquicas que se dan entre las instituciones médicas y profesionales/trabajadores de la salud, y las mujeres pacientes víctimas de Violencia Obstétrica, y la etapa vulnerable de sus vidas en que ellas se encuentran luego de haber dado a luz a un bebé; entendiendo todo el contexto social en que se da dicha violencia, analizado con profundidad en el primer capítulo de esta investigación. Sin embargo; pese a lo anterior, siguen siendo el único camino hacia la visibilización legal de dichas prácticas de maltrato hacia las mujeres.

Como podemos ver, estos procedimientos no contemplan sanciones en los casos en que la Violencia Obstétrica es más sutil, los cuales conforman la mayor parte de ellos, tales como manifestaciones psicológicas, verbales o simbólicas. Dejando fuera de una posible sanción y reparación a la mayoría de las mujeres víctimas de ella.

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

derechos humanos: desarrollo y aplicación, actualización del 2011-2014, al mencionar que en sus visitas a todos los países de la región se ha mostrado una persistencia de la violencia obstétrica en los entornos de atención de salud<sup>55</sup>.

También, ha mostrado especial preocupación ante el debido resguardo que deben tener los Estados Parte en cuanto al derecho al libre acceso a la información de las mujeres en diversas materias, como uno de los puntos claves para vivir una vida libre de toda forma de violencia, entre ellas la que recae sobre su estado de salud y el de sus embarazos, fetos y/o hijas/os –la que al ser negada constituye Violencia Obstétrica-.

La publicación del año 2015 llamada Acceso a la información, violencia contra las mujeres y la administración de justicia en las Américas, en cuanto al Estudio de casos sobre acceso a la información en materia de la salud: “Por último, durante su visita a Colombia la CIDH recibió información del caso de P.P., una mujer colombiana que presuntamente hacia el término de su segundo embarazo acudió de urgencia a un hospital público debido a que presentaba sangrado. Según lo relatado, al atenderla, el médico tratante le

---

<sup>55</sup> CIDH. 2011. Estándares jurídicos vinculados a la igualdad de género y a los derechos de las mujeres en el sistema interamericano de derechos humanos: desarrollo y aplicación. OEA publicaciones oficiales. Ser.L/V/II.143. Doc.60. P. 31.

indicó que el bebé estaba muerto y le programó para el día siguiente la cirugía para extraerlo, sin realizarle mayores exámenes. P.P. afirma haber recibido malos tratos de parte del equipo médico durante la preparación para la cirugía y sostiene que después del procedimiento, no se presentó ningún médico a informarle el resultado de la cirugía y no se le entregó el cuerpo de su hijo.

Según lo informado, su historia médica presentaba numerosas irregularidades y ella quedó con una infección posquirúrgica que no fue debidamente tratada en el hospital. La Comisión considera que este tipo de situación ilustra la necesidad de que el personal de salud pública pueda aportar información completa y oportuna para mujeres pacientes sobre asuntos de salud materna, incluyendo el asegurar que las mujeres involucradas puedan tener acceso a su expediente de tratamiento médico.”<sup>56</sup>

---

<sup>56</sup> CIDH. 2015. Acceso a la información, violencia contra las mujeres y la administración de justicia en las Américas. OAS/Ser.L/V/II.154 Doc. 19. P. 56

### **2.3 Ley y Realidad.**

En nuestro país la existencia de jurisprudencia en relación a hechos que constituyan Violencia Obstétrica es escasa y precaria, puesto que, como señalamos en el punto anterior (2.2), no existe ningún cuerpo legal que la explicita, la nombre o la trate en específico. No obstante; existen algunos casos aislados en los que si bien no se ha alegado como Violencia Obstétrica en sí los hechos descritos en ellos, sí la conforman. Estos casos principalmente se han presentado ante Juzgados Civiles en busca de una indemnización económica en atención a la ley 20.584 y 19.966.

A su vez, han existido tramitaciones ante Cortes de Apelaciones<sup>57</sup> y ante la Corte Suprema<sup>58</sup>. También se ha recurrido a otros procedimientos alternativos, como los establecidos por la Ley del Consumidor, ante Juzgado de Policía Local, buscando un acceso a la justicia en materia de Violencia Obstétrica.

Uno de los casos interpuestos ante un Juzgado Civil, corresponde al presentado por una mujer víctima de Violencia Obstétrica y su familia, con el fin de obtener una indemnización económica por parte de los

---

<sup>57</sup> Corte de Apelaciones Santiago. Causa Rol N° 330-2016. Causa Rol N° 92138-2016.

<sup>58</sup> Corte Suprema. Causa Rol N° 92.795-16. Causa Rol N° 29.089-2014. Causa Rol N° 10.240-2.015.

profesionales de la salud involucrados y de la institución de salud en cuestión, es el siguiente:

“Salazar/Servicio de Salud Viña del Mar”. 3° Juzgado Civil de Viña del Mar. Causa Rol: C-294-2014: Se describe y alega por la demandante una negligencia en cuanto a la no identificación de patología asociada a una dilatación lenta y estacionaria, situación que provoca un parto con un expulsivo complicado, con necesidad de fórceps, episiotomía y un desgarro vaginal natural. Luego, un mal manejo del alumbramiento de la placenta y los restos ovulares, quedando parte de ellos en el útero.

La paciente manifiesta estado hipotensivo y hemorragia, ante lo cual existiría una negación y resistencia por parte de equipo médico a realizar el traslado de ella desde el Hospital de la Ligua hacia el Hospital de Quillota para un mejor diagnóstico y tratamiento; finalmente se decide trasladar y allá se realiza histerectomía como medida de salvataje.

Se alega falta de servicio y se solicita indemnización económica por parte de todos los responsables. El tribunal falla en contra de la demandante, no dando lugar a las pretensiones de ésta, por una deficiencia probatoria, debido a la cual no es posible establecer la relación causal de los

hechos y de las actuaciones de los profesionales de la salud involucrados, no configurándose la figura de falta de servicio.<sup>59</sup>

Esta causa ilustra en toda su extensión actos consecutivos de Violencia Obstétrica, en la cual se hace caso omiso a las opiniones, sensaciones y percepciones de la mujer en trabajo de parto y parto, subestimándole en todo momento y ocasionándole un daño irreparable a la madre producto del procedimiento realizado, pudiendo haberse evitado al haber seguido los protocolos establecidos para una atención correcta del parto<sup>60</sup>. A su vez, el procedimiento a seguir y las circunstancias asimétricas entre el Servicio de Salud en cuestión y la demandante dificultan enormemente la carga de la prueba que posee, no logrando probar los hechos en cuestión y siendo desestimadas sus pretensiones por parte del tribunal.

Otra causa llevada ante otro Juzgado Civil es la siguiente: “Bahamondes/Tucas”. 1° Juzgado Civil de Santiago. Causa Rol N° C-38999-2009: Se describe un embarazo y parto de bajo riesgo, al momento del parto el ginecólogo que se presenta no corresponde con el tratante y acordado previamente. La paciente tiene un expulsivo en el cual se le

---

<sup>59</sup> 3° Juzgado Civil de Viña del Mar. 2014. Salazar/Servicio de Salud Viña del Mar. Causa Rol: C-294-2014.

<sup>60</sup> República de Chile. Ministerio de Salud. 2008. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. Atención del Trabajo de Parto y Parto Fisiológico. Pp.193-222.

realiza la Maniobra de Kristeller por parte del anestesista y matrona a petición del ginecólogo, y debido a una distocia de hombros del bebé se procede a fracturarle la clavícula, lo que le ocasiona una parálisis braquial que ocurre por una lesión mecánica del plexo braquial, para lo que debe tener una larga recuperación posterior en la Teletón.

Producto de la Maniobra de Kristeller, se produce un desgarro del útero, lo que provoca una hemorragia severa debiendo realizarle una histerectomía a la paciente. A su vez, la demandante alega que no todos los procedimientos realizados se encuentran registrados en su ficha de atención, en la cual existían sólo datos escuetos del proceso.

La demandante solicita una indemnización económica de parte de los responsables alegando “falta de servicio”. El tribunal en su sentencia declara admisible la petición de la demandada, fallando a su favor y acogiendo sus pretensiones. En este caso el tribunal estima que se cumplen los requisitos copulativos para determinar falta de servicio, según el artículo 38 de la ley 19.966 e invoca a la ley 20.584 en cuanto al incumplimiento del derecho de todo paciente a una ficha clínica fehaciente de los hechos

ocurridos durante su atención de salud establecidos en sus artículos 13 y 14.<sup>61</sup>

Esta causa es interesante para esta investigación, ya que en ella se encuentra y alega una manifestación común y grave de Violencia Obstétrica: la Maniobra de Kristeller, la cual consiste en empujar con el antebrazo y el codo, dejando caer todo el peso del cuerpo sobre el abdomen de la mujer parturienta, con el fin de acelerar la expulsión de la cabeza a través del canal vaginal; dicha práctica se encuentra prohibida por la literatura médica y los protocolos internacionales, como la Declaración de Fortaleza, y nacionales sobre la atención al parto, por sus potenciales consecuencias graves y catastróficas para la salud e integridad física de la mujer y/o el recién nacido.

Por otro lado, es interesante el hecho de que lo que lleva al tribunal a fallar a su favor no es la incurrencia en sí de este tipo de Violencia Obstétrica –debido a que no se encuentra regulada como tal-, sino el hecho de que el registro en la ficha clínica de la demandante no haya sido fehaciente, según lo consagra debe ser la ley 20.584.

---

<sup>61</sup> 1° Juzgado Civil de Santiago. 2009. “Bahamondes/Tucas”. Causa Rol N° C-38999-2009.

El hecho de que no exista legislación que reconozca y regula la Violencia Obstétrica, no sólo conlleva a lagunas de desprotección legal, sino que también a la no existencia de acciones concretas, estrategias o plan nacional que aborde la prevención o abordaje de los casos de mujeres víctimas de ella, siendo el único protocolo existente el incluido en el “Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo” creado por el Ministerio de Salud el año 2008; no obstante, al no tener ninguna vinculación legal en la práctica dichas recomendaciones carecen de peso y aplicación.<sup>62</sup>

Otra consecuencia de la falta de legislación en esta materia, es que no se registran estudios en Chile que la aborden, ni cifras oficiales que lo contabilicen, lo que claramente dificulta su prevención, tratamiento y sanción.

En una encuesta realizada por el Colectivo Contra la Violencia Obstétrica el año 2015, en la cual participaron 882 mujeres, un 54% afirmó haber sufrido al menos un episodio de Violencia Obstétrica en su vida,

---

<sup>62</sup> MESECVI-SOCIEDAD CIVIL CHILE. 2016. Informe sombra Mecanismo de Seguimiento para la Implementación de la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer. Chile. Pp.50-51.

mientras que un 18.8% no sabía si lo que le había pasado podía ser considerado como tal.

Sobre el tipo de violencia, la mayoría de las mujeres refirieron haber sufrido “burlas, comentarios irónicos, regaños” con un 46.1%, insensibilidad al dolor o enfermedades femeninas por parte de los sistemas de salud” con un 45.2% y aceleración de partos de bajo riesgo o utilización de métodos agresivos como maniobra de Kristeller, episiotomía de rutina u otros sin justificación ni consentimiento de la mujer con un 37.9%.

Acerca del contexto socioeconómico el 68.3% de los eventos ocurrieron en el sistema de salud público, ante un 30,1% en el sistema de salud privado. Respecto a la realización de reclamos o denuncias, sólo un 11.2% realizó una queja o reclamo formal a la institución y un 1.1% decidió hacer una denuncia del hecho.<sup>63</sup>

A su vez, la invisibilización institucional y legal de este tipo de violencia, trae consigo el que no existan instancias oficiales de reparación, apoyo o abordaje especializado para las mujeres víctimas de ella, quedando

---

<sup>63</sup> Ídem. P. 60.

en un total desamparo, lo que multiplica y da continuación a la vulneración de sus derechos.

Es menester y esencial señalar que la Violencia Obstétrica es una violación a los derechos humanos, por lo que no es posible que no sea conceptualizada, esquematizada, legislada y tratada por el Estado como tal, y quede relegada a su invisibilización mediante procedimientos legales que no la consideran ni la sancionan, tratándola como una excepción producto del descuido o la negligencia, minimalizando su envergadura y naturaleza como una forma sistemática de violencia de género; más aún cuando nuestro país ha ratificado instrumentos de derecho internacional destinados a la erradicación de toda forma de violencia contra la mujer, como lo es la CEDAW y la Convención Belem do Pará.

La Corte Interamericana de los Derechos Humanos, el pasado 2 de Diciembre de 2016 en su Comunicado de Prensa N° 180/16, ha señalado que: “La violencia contra mujeres y niñas está diseminada y ocurre en casas, escuelas, hospitales, lugares de trabajo, instituciones religiosas, cárceles y otros. Es perpetuada por miembros de familia, conocidos y personas desconocidas para las víctimas. Afecta a mujeres y

niñas independientemente de su edad, raza, etnia, y posición económica. Es un crimen que frecuentemente ocurre en silencio, no es denunciado y generalmente termina impune.

Las Relatoras quieren reiterar hoy enfáticamente que todos los Estados deben actuar sin demoras y con determinación a fin de prevenir y responder adecuadamente a esta crisis de violencia contra mujeres y niñas en América. Esto implica la movilización urgente de recursos de los Estados para prevenir, investigar, sancionar y garantizar reparación a todas las mujeres víctimas de actos de violencia.

Las Relatoras consideran inaceptable que más de 20 años después de la adopción de la Convención Bélem do Pará, y 35 años después de la adopción de la convención CEDAW, mujeres y niñas en América sigan sufriendo en gran escala formas extrema de violencia psicológica, física, sexual y femicidio.

Con respecto al problema de la violencia contra las mujeres y niñas, la Comisionada y Relatora Macaulay expresó que: "La obligación de los Estados de prevenir la violencia contra las mujeres y niñas es integral, y supone la organización de toda la estructura estatal y la labor de todas sus

ramas para hacer frente a la violencia. La prevención también supone hacer cumplir medidas para erradicar los estereotipos sociales que exacerban el problema de la violencia contra la mujer y garantizan que las mujeres y niñas tengan acceso a la información que es vital para ejercer todos sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales.

La legislación y las políticas adoptadas por el Estado para enfrentar este problema deben también reflejar una perspectiva de género y aportar espacios de participación para que las mujeres y niñas, que son las beneficiarias previstas, presenten sus opiniones."<sup>64</sup>

Al no existir instrumentos legales que protejan a la mujer de la Violencia Obstétrica, no sólo nos encontramos desprovistos de la ley en sí, sino que también de un conjunto de factores inherentes a ello, tales como: carencia de un concepto legal que permita alegarla judicialmente como tal; falta de cifras y estadísticas oficiales que faciliten la prevención, pesquisa, tratamiento y sanción; ausencia de programas de reparación a las víctimas; nula capacitación y sensibilización a los profesionales de salud en la

---

<sup>64</sup> CIDH. 2 de Diciembre de 2016. Comunicado de Prensa N° 180/16.

materia; y no fomento a las universidades a incorporar en sus mallas curriculares de carreras afines ramos de parto humanizado y prevención de Violencia Obstétrica.

Todo lo anterior conforma un caldo de cultivo idóneo para la ocurrencia de vulneraciones a los derechos humanos de las mujeres durante la atención de sus procesos reproductivos por parte de personal médico, el cual no sólo posee incidencia en un plano legislativo o médico, sino que también social, político y cultural.

A modo de síntesis, podemos señalar que en el caso de haber sufrido Violencia Obstétrica es posible acogerse a lo estipulado en la ley 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud<sup>65</sup>. El problema consiste en que ella no considera las circunstancias y características propias de sus sujetos pasivos: ser mujeres, estar embarazadas, parturientas o puérperas; sino que posee un carácter general ante vulneraciones o acciones ejecutadas por personal profesional de la salud.

---

<sup>65</sup> República de Chile. Ministerio de Salud. 2012. Ley Nº 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

En la ley 20.584 se establecen una serie de derechos de los pacientes, tales como: a un trato digno, al acompañamiento, a la información, a la autonomía y libertad de decisión, entre otros. Además, se estipula un procedimiento administrativo a seguir en caso de su transgresión.

Por otro lado, Chile ha firmado una serie de instrumentos de derecho internacional que consagran los derechos humanos de las personas, uno de ellos es la Convención “Belem do Pará”, en donde se consagra el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, a la no discriminación, al goce y ejercicio de los derechos humanos, a una educación no sexista, y al reconocimiento por parte de los Estados de todas las formas de violencia hacia ellas y cómo ésta afecta transcendentalmente sus vidas.

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

necesario, establecer y fomentar programas de reparación a las víctimas, entre otros.

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

La ley 20.584 también permite iniciar el proceso plasmado en la ley 19.966, dentro del que se encuentra establecida la figura de “falta de servicio”. Este es el procedimiento más ocupado en materia civil en casos de Violencia Obstétrica actualmente en nuestro país; no obstante, sólo posee eficacia cuando se ocasionan consecuencias graves o gravísimas producto de las acciones u omisiones del personal médico, tales como las que hayan afectado la vida o la integridad física de la mujer víctima y/o el recién nacido.

Lo anterior, se transforma en un problema al querer llevar a la justicia casos en donde la Violencia Obstétrica es más sutil, tales como manifestaciones psicológicas, verbales o simbólicas; ya que ante ellas no es posible alegar “falta de servicio”, lo que no permitiría acceder a una posible sanción para los profesionales de la salud en cuestión ni a un proceso reparatorio para sus víctimas.

Otro obstáculo al que actualmente se enfrentan las víctimas que desean interponer una demanda producto a haber sufrido Violencia Obstétrica, es que el procedimiento anteriormente señalado posee una carga probatoria difícil de llevar para las mujeres víctimas y sus familias, lo que se debe, entre otros factores, a la etapa especial y vulnerable en que se encuentran luego de haber parido y a las relaciones asimétricas y jerárquicas que se dan entre las instituciones médicas y ellas.; lo que trae como resultado, en muchas ocasiones, dictámenes que no acogen sus pretensiones debido a una deficiencia probatoria.

Sobre la prevención vemos que no existen mecanismos legales en nuestro país que cumplan dicha labor, producto de todos los factores

mencionados anteriormente, que poseen su origen en el no reconocimiento legal de la Violencia Obstétrica como tal.

Creo que todas las falencias legales y jurídicas explicitadas en este capítulo nacen desde la falta de un cuerpo legal específico que trate, en toda su amplitud, al fenómeno de la Violencia Obstétrica en nuestro país. Las leyes existentes que pueden y son, en la realidad, aplicadas ante la ocurrencia de este tipo de vulneraciones no comprenden ni abordan las circunstancias y características especiales en que ellas se dan; puesto que fueron creadas con un fin general y distinto a éste.

Me parece muy preocupante que ante violaciones a los derechos humanos de las mujeres, como las presentes en la Violencia Obstétrica, el Estado mantenga silencio y no brinde los mecanismos de justicia necesarios y básicos para su prevención, sanción y erradicación. Es posible inferir de ello, que para el Estado chileno las mujeres embarazadas, parturientas o puérperas constituyen ciudadanas de segunda categoría, a las cuales no se les asegura el resguardo y la protección de sus derechos al igual que al resto de la población.

## **CAPÍTULO III. LA GESTACIÓN Y EL PARTO AMPARADO EN CHILE. SOLUCIONES Y SUGERENCIAS**

En este tercer y último capítulo se responderá la pregunta ¿cuáles serían las posibles soluciones y los puntos que debiese considerar una futura legislación pertinente?; por medio de la determinación de ellas para mejorar la protección de la mujer en sus procesos reproductivos y de sugerencias para una futura legislación en la materia.

### **3.1 Soluciones legislativas y administrativas para la real protección ante la Violencia Obstétrica.**

La creación de políticas públicas por parte del Estado, en materia de derechos humanos, es necesaria y primordial en todo estado de derecho, como también los esfuerzos administrativos para que éstas sean vinculantes y se cumplan a cabalidad; siendo uno de sus pilares fundamentales el respeto por los derechos básicos, tales como: la autonomía de la libertad, la dignidad, la integridad física y sicológica y la vida de todas las personas, sin excepción ni condicionantes.

Existe consenso, en materia de derechos humanos, que los Estados deben poner especial atención en la protección y promoción de los derechos básicos de grupos vulnerables, como lo son las mujeres, los y las niñas y adolescentes, las personas en situación de discapacidad, los indígenas, los migrantes y las personas de la tercera edad, entre otros; puesto que al encontrarse social y/o físicamente desfavorecidos la potencialidad de ser víctimas de un algún tipo de agresión es mayor, y las de poder acceder a una defensa efectiva proporcionalmente menor.

La Convención “Belém do Pará”, en su Artículo 9 señala que: Para la adopción de las medidas a que se refiere este capítulo, los Estados Partes tendrán especialmente en cuenta la situación de vulnerabilidad a la violencia que pueda sufrir la mujer en razón, entre otras, de su raza o de su condición étnica, de migrante, refugiada o desplazada. En igual sentido se considerará a la mujer que es objeto de violencia cuando está **embarazada**, es discapacitada, menor de edad, anciana, o está en situación socioeconómica desfavorable o afectada por situaciones de conflictos armados o de privación de su libertad.<sup>66</sup>

---

<sup>66</sup> OEA. 1994. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención Belém do Pará". Brasil.

Asimismo, como vimos en el capítulo II la Corte Interamericana de Derechos Humanos y sus Comisiones han realizados múltiples llamados a los Estados Partes a disponer de todos sus esfuerzos con el fin de erradicar y prevenir la violencia hacia las mujeres, refiriéndose también a los tipos de violencia invisibilizados que día a día se perpetúan contra ellas bajo el halo de la normalización y de pautas y estereotipos culturales que mantienen y fomentan dichas prácticas, como lo es la violencia ejercida en contra de las mujeres embarazadas, en trabajo de parto, parto o puerperio; es decir, la Violencia Obstétrica.

Las cifras de Violencia Obstétrica en Chile, pese a ser escasas debido a la inexistencia del concepto legal y legislación pertinente, son alarmantes en cuanto a su profundidad, cotidianidad, transversalidad e impunidad, tal como lo analizamos en el capítulo anterior: en la encuesta realizada por el Colectivo Contra la Violencia Obstétrica el año 2015, en la cual participaron 882 mujeres, un 54% afirmó haber sufrido al menos un episodio de Violencia Obstétrica en su vida, mientras que un 18.8% no sabía si lo que le había pasado podía ser considerado como tal<sup>67</sup>; es decir,

---

<sup>67</sup> MESECVI-SOCIEDAD CIVIL CHILE. 2016. Informe sombra Mecanismo de Seguimiento para la Implementación de la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer. Chile. P. 60.

un 72,8% de las mujeres encuestadas probablemente ha sido víctima de Violencia Obstétrica en nuestro país.

Por otro lado, uno de los índices que sí existe dentro de la oficialidad es la tasa de cesáreas realizadas tanto en el sector público como privado, la cual contiene las cifras más altas del mundo, según lo informado por el Informe Anual de Derechos Humanos en Chile 2016, realizado y presentado por el Instituto Nacional de Derechos Humanos: el promedio nacional de cesáreas en el año 2015 es de 54,95%; es decir, de los nacimientos ocurridos el año 2015, más de la mitad de ellos se llevó a cabo vía cesárea. En el sector público la tasa constatada es del 40,9% y en el sector privado del 69% de los casos.

Junto con ellos, las diferencias de cifras entre las distintas regiones del país son importantes y dramáticas, sobretodo en el sistema privado de salud: la Región Metropolitana ocupa el lugar más bajo de cesáreas realizadas durante el 2015 con un 57,7% de los nacimientos, mientras que la tasa más alta la ocupa la Región del Bío-Bío con un 91% de ellos, es decir: 9 de cada 10 bebés nacidos en el sector privado lo hizo vía cesárea.<sup>68</sup>

---

<sup>68</sup> INDH. 2016. "Informe Anual Situación de los Derechos Humanos en Chile 2016". Pp.244-247.

Los números expuestos se encuentran abismantemente lejanos al 10% a 15% que recomienda la OMS en su Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea del año 2015<sup>69</sup> y difícilmente puede ser creíble que todos ellos o su gran parte fueron producto de una justificación médica real, considerándose una manifestación cruenta de la Violencia Obstétrica en nuestro país.

En el mismo informe se reconoce que “el desarrollo excesivo de cesáreas es un ejemplo de los problemas que tiene el sistema de salud chileno actual, que tiene un impacto perjudicial en el ejercicio de derechos fundamentales de las mujeres. A su vez, la falta de información estadística respecto de otro tipo de prácticas cuestionadas en el proceso de parto dificulta el desarrollo de un diagnóstico acabado referido a la situación de violencia hacia las mujeres en el proceso de embarazo, parto y puerperio.”<sup>70</sup>

Los siguientes aspectos debiesen ser considerados a la hora de crear, establecer e implementar políticas públicas destinadas a ser medidas administrativas para la Prevención, Identificación, Sanción y Erradicación de la Violencia Obstétrica en nuestro país.

---

<sup>69</sup> OMS. 2015. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. P.1

<sup>70</sup> INDH. 2016. “Informe Anual Situación de los Derechos Humanos en Chile 2016”. P.248.

### **3.1.1 Aspectos a considerar en posibles Medidas Administrativas**

#### **a) Implementación efectiva**

Actualmente, existe un Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo elaborado por el Ministerio de Salud el año 2008, dentro del cual se establecen diversos protocolos para la atención de un parto respetado y humanizado, y la prevención de la Violencia Obstétrica -pese a no mencionarla como tal en ninguna parte de su cuerpo-; siendo un instrumento administrativo válido en esta materia. Sin embargo, el conflicto surge en la implementación de éste, la cual ha sido claramente ineficaz, insuficiente y precaria.

En el mismo Informe Anual, mencionado anteriormente, se sugiere que: “hay ciertas cuestiones que el Estado, por medio del Ministerio de Salud, debiera revisar. Por un lado, considerar lo necesario para una implementación más acabada del Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo, junto con las capacitaciones y los procesos de formación necesarios a los fines de que las prácticas de los equipos de salud respeten sus contenidos.”<sup>71</sup>

---

<sup>71</sup> Ídem. P.248.

## **b) Capacitación de los profesionales de salud**

Otro de los problemas que presenta esta herramienta es que no cuenta con un plan nacional de capacitación a los diversos profesionales de salud que participan de la atención de los procesos reproductivos de las mujeres que sea ad hoc a la implementación que se desea realizar en los servicios de salud del país, no logrando bajar la información a ellos, transformándose en “información muerta”. Es necesario crear programas de actualización para ellos, a su vez, de incentivos para que sean efectivamente tomados.

## **c) Incorporación y Modificación de Mallas Curriculares**

La educación de una nueva generación de profesionales de salud, tales como matronas, médicos, enfermeros, etc. que adopten y se alineen con lo recomendado, tanto por los instrumentos protocolares internacionales, Declaración de Fortaleza (1985), y las diversas declaraciones en la materia por parte de la OMS; como por los nacionales, Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo, es imprescindible para prevenir y erradicar la Violencia Obstétrica de los recintos de salud públicos y privados.

En esta materia existe una laguna en nuestro país, ya que como lo señala la Dra. Paulina Troncoso Espinoza, encargada del Programa Mujer del

Ministerio de Salud en su entrevista para el Informe, tanto el diagnóstico previo como la elaboración del Manual, fueron realizados sin la participación de las sociedades de científicos, ni de las escuelas de medicina y obstetricia; no incluyéndose en las mallas curriculares de ellas lo referido sobre parto humanizado y respetado en él.<sup>72</sup>

Es menester y urgente que se creen lazos entre el Ministerio de Salud y las Universidades que imparten las carreras, tanto de Medicina como de Obstetricia, que permitan una coordinación de contenidos y protocolos tendientes a fomentar el parto humanizado, disminuir la sobre intervención y medicalización del parto y prevenir y erradicar la Violencia Obstétrica.

#### **d) Otorgar rango de normativa a los instrumentos administrativos**

Otro de los puntos esenciales consiste en elevar a rango de normativa tanto el Manual mencionado, como otros instrumentos administrativos futuros que establecieran protocolos en este ámbito, con el fin de darles un carácter vinculante a sus preceptos y que éstos no se perpetúen tan sólo como una recomendación, quedando a la mera voluntad su aplicación. Al ser una normativa, los profesionales de salud participantes de los procesos reproductivos de las mujeres se encuentran obligados a seguirlos, pudiendo

---

<sup>72</sup> *Íbid.* P.242.

con ello tener un control más eficaz sobre esta situación el Estado chileno y sus respectivos organismos involucrados. Esto entendiendo el carácter de derechos humanos que existe tras dichas indicaciones, y la importancia de ellas para la calidad de vida de las mujeres y sus recién nacidos.

**e) Establecer canales expeditos de información y educación civil**

Para que las medidas administrativas tomadas puedan ser eficaces, atingentes y lo más importante de todo utilizadas, no sólo es necesario que la información y la educación acerca de ellas sea dirigida a los profesionales de la salud participantes, sino también a la población civil general, especialmente a la involucrada: las mujeres gestantes y sus entornos sociales.

La Violencia Obstétrica sucede impune y generalizadamente en gran parte por la desinformación y la falta de educación en materia de derechos del nacimiento que posee la sociedad, en general, en conjunto con estereotipos, prácticas e imaginarios machistas que ayudan a normalizarla y justificarla en muchos casos.

Dentro de la atención prenatal es menester que se entreguen las herramientas que permitan un conocimiento acabado de los derechos y los

protocolos correctos que se deben seguir durante el embarazo, trabajo de parto, parto y postparto. Una mujer gestante informada tiene menos probabilidades de ser víctima de Violencia Obstétrica en comparación con una que no lo sea.

#### **f) Crear, promocionar e informar mecanismos de denuncia**

También, se hace altamente necesario crear y establecer mecanismos y canales formales de denuncias en cuanto a la atención no adecuada y que constituya Violencia Obstétrica de los procesos reproductivos de las mujeres, con especial énfasis en la gestación, trabajo de parto, parto y puerperio; conjuntamente a su respectiva promoción.

El año 2012, el Instituto Nacional de Derechos Humanos realizó una recomendación al Estado Chileno, específicamente al Ministerio de Salud, la cual consistía en el aseguramiento de la aplicación a la ley 20.584, que regula los derechos y deberes de las personas en la atención en salud en las atenciones gineco-obstétricas con el fin de identificar, prevenir, sancionar y erradicar las manifestaciones de Violencia Obstétrica que pudiesen ocurrir en este ámbito; y a su vez, asegurar el acceso efectivo y expedito a los

mecanismos establecidos en ella por parte de las mujeres que la hayan sufrido en cualquiera de sus manifestaciones.

Para lo anterior, se recomendó informar a las mujeres sobre sus derechos contenidos en la ley los procedimientos a seguir, las formas y los lugares donde poder presentar los reclamos y las quejas; todo esto a través de los diversos servicios de salud que participan en la atención de los procesos reproductivos de ellas. Sin embargo; tal como lo señala el Informe Anual 2016 no les fue posible acceder a datos que permitieran conocer si esta recomendación se está cumpliendo ni tampoco de qué manera se está haciendo.<sup>73</sup>

Conjuntamente con la creación, adopción e implementación de medidas administrativas; es imprescindible que éstas sean acompañadas de medidas legislativas que las hagan vinculantes. En este punto es donde más presenta falencias el Estado Chileno, ya que si bien ha adscrito los diversos instrumentos internacionales tendientes a la erradicación de cualquier forma de violencia hacia la mujer, y se ha, con ello, comprometido a tomar las

---

<sup>73</sup> *Íbid.* P.250.

medidas legislativas necesarias para dicho fin; no lo ha hecho en todos los ámbitos en que ésta ocurre.

No existe en Chile, a diferencia de otros países de la región como Venezuela, México o Argentina, una ley integral de protección de los derechos de las mujeres vigente; sino sólo leyes individuales que regulan y sancionan diversas manifestaciones de violencia de género, tales como la Ley 19.611 (1999) que establece igualdad jurídica entre hombres y mujeres, la Ley 19.688 (2000) que establece el Derecho de estudiantes embarazadas para acceder a establecimientos educacionales, la Ley 20.005 (2005) que sanciona y tipifica el acoso sexual en el ámbito laboral, la Ley 20.166 (2007) que establece el derecho de las madres trabajadoras a amamantar a sus hijos aún cuando no exista sala cuna, la Ley 20.066 (2005) que establece una ley de Violencia intrafamiliar, la Ley 20.609 (2012) que establece medidas contra la discriminación y la Ley 20.480 (2010) que modifica el Código Penal y la Ley 20.066 sobre violencia intrafamiliar estableciendo el Femicidio, aumenta las penas aplicables a este delito y reforma las normas sobre parricidio.

Podemos apreciar que la Violencia de Género ha sido “atacada” legalmente sólo desde algunos puntos, no abordándola desde toda su magnitud y entendiendo que ella es parte de un entramado social complejo que la hace ser institucional, sistemática y transversal; centrándose principalmente en la violencia dentro del matrimonio o de la convivencia en el hogar, y aquella que tiene asidero en el ámbito laboral. Lo cual deja fuera manifestaciones como la Violencia Obstétrica, que se encuentran totalmente normalizadas y, por tanto, invisibilizadas para la esfera pública. En este punto, es importante recordar que el Estado chileno como Estado Parte de la Convención “Belem do Pará” también es responsable de los actos violentos perpetrados en contra de mujeres dentro del territorio nacional los cuales sean tolerados por él; siendo una forma de tolerancia el silencio ante ella, como ocurre actualmente, en general, con la Violencia Obstétrica.

Es necesario que cualquier cuerpo legislativo, normativa o política que se tome para la erradicación, prevención y sanción de la violencia contra las mujeres posea un enfoque de género, considerando como sujeto pasivo o activo, según el caso, a ellas en particular, y no a un ente que aparentemente no posee sexo ni género, el que generalmente tiende a poseer características androcéntricas; puesto que si esto no ocurre dichos instrumentos carecerán

de la llegada, efectividad y atingencia adecuada para resolver e intervenir en los conflictos y situaciones a legislar.

Sin ir más allá, el Estado chileno al no crear cuerpos, ya sea administrativos o legislativos destinados a prevenir, combatir y castigar las diversas manifestaciones de violencia hacia las mujeres, o al hacerlo, pero desde un punto de vista sesgado y androcéntrico también se encuentra perpetuando como ente Violencia de Género; ya que la tolerancia y la omisión también dañan e influyen negativamente en la calidad de vida de las mujeres. Además, al no actuar y/o intervenir ante agresiones hacia ellas –sobre todo si éstas son sistemáticas e institucionales como lo es la Violencia Obstétrica- se convierte en un cómplice más.

La jurista Alda Facia ha profundizado en la creación y la necesidad de una metodología de la investigación feminista, en todos los aspectos, pero con especial énfasis en el derecho, en su libro “Cuando el género suena cambios trae” menciona que “las leyes en sí son androcéntricas y, por ende, nunca han reflejado nuestras necesidades, potencialidades, ni características. Los problemas legales que tenemos las mujeres no se deben solamente a que los funcionarios judiciales y policías nos discriminan a la

hora de aplicar las leyes genéricas (en el sentido de neutrales en términos de género). Se debe también a las leyes que no existen, a todas las instituciones que no se han creado y a la falta de una doctrina jurídica desde las experiencias de las mujeres. Pero sobretodo se debe a que esas leyes genéricas, al igual que todo lo genérico en una sociedad patriarcal, en realidad si tienen género y ese género es el masculino.”<sup>74</sup>

La UNESCO, en su Consultoría Nacional del año 2008, titulada: La situación de violencia contra las mujeres en Chile. Legislación y políticas públicas, menciona que el Estado chileno tiene una deuda con las mujeres en materia de prevención, ya que tanto las políticas públicas como los cuerpos legales existentes se centran sus esfuerzos en la sanción y reparación; es decir, actúan pos violencia.

Junto con lo anterior, recomienda algunos criterios que deben ser considerados a la hora de diseñar dichos instrumentos preventivos: i) el hablar de prevención “implica profundizar en las relaciones de poder entre los géneros en nuestra sociedad, las que favorecen y perpetúan las conductas de violencia de género en sus diferentes manifestaciones.

---

<sup>74</sup> Facia, Alda. 1992. Cuando el género suena cambios trae: Una metodología para el análisis de género del fenómeno legal (una metodología para el análisis de género del fenómeno legal). San José, Costa Rica. Editorial ILANUD. P. 54.

Significa mirar las relaciones de poder a nivel social, institucional y familiar”<sup>75</sup> ii) es necesario “realizar las acciones lo más tempranamente posible, generar una revisión y modificación de los estereotipos de género que se continúan transmitiendo desde la familia y la escuela”<sup>76</sup>.

Es urgente la creación de una “doctrina jurídica que parta desde las mujeres”, como plantea Facio, ya que a partir de ella es posible crear nuevas leyes e instituciones legales que logren ser atingentes con las necesidades de ellas en las materias a regular: “(...) sin una doctrina jurídica que parta desde las mujeres, es imposible interpretar y aplicar no discriminatoriamente, aún las leyes que nos han enseñado son de aplicación universal y genérica. Sin una doctrina jurídica desde las mujeres, es imposible sustentar los argumentos jurídicos que tengan una real relación con la persona concreta mujer, que vive inmersa en una realidad muy distinta a la de los hombres y en una realidad aún más distinta de la que parte el Derecho cuando nos toma en cuenta, que no es siempre.”<sup>77</sup>

---

<sup>75</sup> UNESCO. 2008. Consultoría Nacional del año 2008: La situación de violencia contra las mujeres en Chile. Legislación y políticas públicas. Santiago. P.11.

<sup>76</sup> Ídem. P.12.

<sup>77</sup> Facio, Alda. 1992. Cuando el género suena cambios trae: Una metodología para el análisis de género del fenómeno legal (una metodología para el análisis de género del fenómeno legal). San José, Costa Rica. Editorial ILANUD. P. 55.

El crear cuerpos jurídicos sin un enfoque de género, que no parta desde las mujeres, trae como consecuencia muchas veces que los mismos terminen siendo discriminatorios en contra de ellas, pese a que dentro de sus artículos no se encuentren explícitamente medidas discriminatorias; ya que fueron pensados desde un género “neutro” el cual como tal no existe, sino más bien corresponde al género masculino y a los hombres los que producto del androcentrismo preponderante lo representan, esto podemos entenderlo así desde la Convención “Belem do Pará” misma.

Siguiendo la línea de Facio, es un error jurídico el no considerar al sexo dentro de las circunstancias determinantes a la hora de crear e implementar cuerpos legales, y hacerlo bajo este halo de neutralidad, puesto que aquello es obviar el entramado de relaciones de poder entre los géneros, el cual sustenta las diversas manifestaciones de violencia hacia las mujeres, y justamente es en la esfera del derecho en donde dicha relación puede ser regulada.

La autora plantea que “las mujeres conformamos una categoría social que no solamente ha sido despojada de su poder, sino que ha sido "desaparecida" del mundo de lo jurídico. Esa invisibilidad de la categoría

social a la que pertenecemos las personas de sexo femenino, no se debe a razones de "naturaleza" sino a la jerarpreponquización (sic) entre los sexos, en la cual el sexo masculino se ha erigido como el representante del género humano. Esto es doblemente significativo, porque al invisibilizar a la mujer se desvaloriza la importancia de la categoría social "sexo" para la comprensión de lo jurídico. Es un círculo vicioso, porque al invalidar al sexo como categoría social relevante para lo jurídico, se hace imposible visibilizar a la mujer, ya que el hombre es percibido como representante de lo humano dentro de lo jurídico, sin que se sienta la "falta" del sexo femenino. En síntesis, estoy convencida de que el fenómeno jurídico, como cualquier fenómeno social, debe ser analizado tomando en cuenta el sexo al que pertenecemos los seres humanos si verdaderamente queremos entender nuestra condición y su relación con él.<sup>78</sup>

Según y tomando en cuenta lo anterior, podemos plantear que una ley que pretenda conceptualizar, prevenir, sancionar y erradicar la Violencia Obstétrica debe contar con los requisitos expuestos; es decir, debe atender a las necesidades y contextos propios de las mujeres, en este caso gestantes, parturientas o puérperas, desde ellas mismas y no desde una mirada

---

<sup>78</sup> Ídem. P.56.

androcéntrica del fenómeno, tal como ha ocurrido con los esfuerzos legislativos en torno al aborto, en donde la atención y el foco jurídico se ha centrado en los valores sociales, las garantías del ser en gestación, la opinión de las diversas instituciones sociales, dejando de lado a los sujetos activos principales: las mujeres.

### **3.1.2 Aspectos a considerar en una posible Ley.**

Algunos de los puntos que debiese considerar una futura ley de Violencia Obstétrica y parto respetado/humanizado son los siguientes:

**a) Autonomía de la libertad:** este principio del derecho se encuentra consagrado en la legislación nacional a través de la Constitución, y en la internacional, mediante los diversos tratados y convenciones sobre derechos humanos a los cuales nuestro país se encuentra adscrito.

Es necesario que se establezca y resguarde el respeto por las decisiones de las mujeres en cuanto a sus procesos reproductivos, esto incluye sus opiniones y determinaciones sobre dónde, cómo y con quién parir; además, de las decisiones que pueda tomar sobre su hija o hijo recién nacido. En ningún caso, este principio y derecho debería no ser tomado en consideración. Además, los servicios de salud durante la atención prenatal

que reciban las mujeres gestantes deberán informar y formular en conjunto con ellas un plan de parto, el cual es un documento de respaldo en donde las mujeres estipularán cuáles son sus deseos y preferencias en torno a la atención del parto, por quién desean estar acompañadas, entre otros puntos relevantes.

**b) Respeto por la dignidad:** en todo momento de la atención a sus distintos procesos reproductivos deben primar el resguardo por la dignidad humana inherente a las mujeres, no siendo en ningún caso sometidas a tratos o acciones crueles o degradantes y respetando siempre su derecho a la privacidad y al pudor. Este punto incluye un trato humanizado por parte de todo el personal de salud que participa en la atención de dichos procesos, sin importar la condición de salud de la mujer ni de su hija o hijo, ni otra condición o circunstancia que posean ambos, tales como: raza, edad, nacionalidad, nivel social o educacional, religión o creencias, etc.

**c) Garantía de información:** es necesario que se garantice el derecho al acceso libre y expedito a la información de las mujeres sobre su estado de salud y/o el de su hija o hijo en todo momento mientras dure su atención médica en el recinto de salud por parte del personal médico tratante. Esta

información debe ser veraz, completa y oportuna; todos los procedimientos a realizar deben ser informados a cabalidad: sus ventajas y riesgos, sus alternativas si es que la hubiese, para que las mujeres puedan tomar sus decisiones y hacer valer su derecho inherente a la Autonomía de la Libertad con ella. Además, deberá existir una ficha clínica en la que consta de forma fidedigna todos los procedimientos realizados, los medicamentos administrados y una anamnesis completa de su estadía en el recinto asistencial de salud, a la que las mujeres puedan tener acceso expedito en cualquier momento de su atención y con posterioridad a ella.

**d) Derecho al acompañamiento:** los procesos reproductivos que viven las mujeres por sí mismos necesitan ser vividos desde un entorno amable, grato, acogedor y acompañado por personas significativas para ellas, sea el padre de la hija o hija, la pareja u otro acompañante que la mujer elija. El personal médico en ningún caso deberá obstaculizar dicho acompañamiento sin una justificación médica veraz y comprobable, y de ninguna manera en razón de protocolos internos, asuntos administrativos u otros similares.

**e) Fomentar y realizar parto vaginal siempre cuando sea posible:** el parto vía vaginal debe ser fomentado dentro de los recintos asistenciales de

salud, debe informarse a las mujeres gestantes tanto durante su atención prenatal como durante su estadía en la maternidad sobre los beneficios de él y los riesgos de una cesárea. Siempre cuando sea posible y las condiciones de salud tanto de la mujer parturienta como de su hija o hijo sean adecuadas debe preferirse dicha vía de nacimiento.

Las cesáreas deben ser realizadas restrictivamente a los casos médicamente justificados, los cuales deben encontrar asidero en las recomendaciones de la OMS sobre atención al parto, el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo del Ministerio de Salud y la evidencia y conocimiento médico internacionalmente aceptado. En ningún caso se debe colocar en riesgo la vida y/o la integridad física de la madre y/o la hija o hijo durante la elección de la vía de parto.

**f) Cumplimiento de los instrumentos administrativos:** los profesionales de la salud que participen en la atención de los procesos reproductivos de las mujeres deben ceñirse y cumplir a cabalidad los protocolos y recomendaciones internacionales como los de la OMS, el Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo del Ministerio de Salud

y cualquier otro existente que tienda a la humanización del parto y la prevención de la Violencia Obstétrica.

**g) Programa de capacitación a los profesionales de salud:** para que una ley como ésta pueda implementarse y respetarse de manera adecuada, es menester que se cree y ponga en marcha un programa de capacitación destinado a los profesionales de salud que participan en la atención de estos procesos, tales como matronas/es, ginecólogas/os, enfermeras/os, etc. Dicha capacitación debe poseer carácter obligatorio y/o compensado para asegurar que suceda.

**h) Fomento a la incorporación y/o modificación de las mallas curriculares de carreras atinentes a los procesos reproductivos de las mujeres.**

**i) Establecimiento de protocolos expeditos y eficaces de denuncia en caso de incumplimiento:** se debe asegurar que las mujeres que hayan sufrido alguna vulneración de los derechos contenidos en esta ley durante su atención puedan acceder de manera expedita a instancias de denuncia, facilitando los mismos recintos de salud los instrumentos probatorios

necesarios para ello y cumpliendo con todos los mecanismos estipulados para una respectiva investigación, sanción y reparación si correspondiese.

**j) Agravante penal:** establecer a la Violencia Obstétrica como una agravante en el caso de que se incurra en conductas tipificadas como crímenes, delitos o faltas según el Código Penal. Es importante este punto, puesto que no es posible que la Violencia Obstétrica al constituir una vulneración de los derechos humanos de las mujeres sea sancionada sólo mediante un procedimiento administrativo; sobre todo cuando de sus manifestaciones surjan conductas como las descritas.

La Violencia Obstétrica no versa tan sólo en un asunto médico o de salud, sino que en ella se vulneran los derechos humanos inherentes de las mujeres y los niños y niñas; es por ello que es imprescindible que una legislación atingente la considere como tal, comprendiendo su real envergadura y las consecuencias nefastas que ésta trae para la vida de las mujeres que la sufren en algún momento de sus vidas.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) consagra el derecho a la salud, en el párrafo 1 del artículo 12, el

que señala que los Estados Partes “reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”<sup>79</sup>. El Comité PIDESC en su Observación General N° 14 señala que: “El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales.”<sup>80</sup>

A las mujeres al momento de ingresar a una maternidad, se les debe asegurar su derecho a la salud, el cual como se señala en el párrafo anterior no sólo consiste en brindar la atención médica necesaria; sino que también el cuidado íntegro de su persona humana, lo que incluye el respeto por las decisiones que ellas tomen sobre sus procesos y cuerpos, y la prohibición de someterlas a tratos vejatorios y procedimientos médicos sin su consentimiento expreso.

---

<sup>79</sup> ONU. 1976. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

<sup>80</sup> ONU. 2000. Observación General N° 14 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Párrafo 8. HRI/GEN/1/Rev.9. I. Párrafo 8.

Es esencial al momento de establecer una legislación específica de la materia, tomar en consideración el punto anterior; debido a que, en muchas ocasiones, se utiliza como chivo expiatorio la apelación al derecho de la salud, sin incluir los componentes descritos; lo cual es altamente perjudicial para la protección y el respeto de los derechos humanos de las mujeres en este ámbito.

### **3.2 Legislaciones comparadas que buscan prevenir, sancionar y erradicar la Violencia Obstétrica en la región.**

La Violencia Obstétrica ha sido legislada en algunos países de la región, entre los cuales encontramos a Venezuela, México y Argentina.

A modo de ilustración, describiremos algunas de las disposiciones más importantes de cada una de ellas:

**a) Venezuela:** se tipifica la Violencia Obstétrica, en el artículo 15 numeral 13 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la cual entró en vigencia el 19 de marzo de 2007, y la conceptualiza 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”<sup>81</sup>.

Además, en su artículo 51, señala que: “Se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica los ejecutados por el personal de salud, consistentes en: 1. No atender 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. En tales supuestos, el tribunal impondrá al responsable o la

---

<sup>81</sup> República Bolivariana de Venezuela. 2007. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Artículo 15 numeral 13.

responsable, una multa entre doscientas cincuenta Unidades Tributarias (250 U.T.) y quinientas Unidades Tributarias (500 U.T.), debiendo remitir copia certificada de la sentencia condenatoria definitivamente firme al respectivo colegio profesional o institución gremial, a los fines del procedimiento disciplinario que corresponda.”<sup>82</sup>

En este país es considerada la Violencia Obstétrica como una vulneración a los derechos humanos de las mujeres, y se ha fomentado que los profesionales de salud que participan en los procesos reproductivos de las mujeres tomen el compromiso ético que procure colocarlas en igualdad de condiciones, respetándolas como protagonistas en su proceso de salud al mantenerlas informadas de todo lo que les ocurre o pudiera afectarles. Ha sido un ejemplo para el resto de los países de la región en la regulación de esta materia, pues es el primero que la considera y la tipifica.

**b) México:** en la Ley de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave del año 2008, la tipifica como un tipo de violencia hacia la mujer, en su Artículo 7 numeral VI, el que señala que la Violencia Obstétrica es la “apropiación del cuerpo y

---

<sup>82</sup> Ídem. Art. 51.

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; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”<sup>83</sup>.

Considera los mismos mecanismos sancionatorios que para los otros tipos de violencia contenidos en ella; es el segundo país de la región en tipificarla. También, rescata su carácter de Violencia de Género y acepta las

---

<sup>83</sup> Estados Unidos Mexicanos. 2008. Ley de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Art. 7 numeral VI.

posibles responsabilidades que el Estado pueda poseer en su tolerancia y omisión.

Esta ley constituye un importante avance en materia legislativa para México, al ser uno de los países de la región en donde las mujeres se encuentran más desprotegidas y sufren más manifestaciones de Violencia de Género de la región. El año 2014 ocurrieron 2.289 feminicidios en su territorio, cifra precedida por 2.594 el 2013; lo que se traduce en una tasa del 4.3 por cada 100,000 mujeres, según lo informado en el Resumen Ejecutivo: La violencia feminicida en México, aproximaciones y tendencias 1985-2014 de ONU Mujeres el año 2015. Uno de los municipios que lidera este ranking, es el de Ciudad de Juárez, localidad conocida por los múltiples y constantes feminicidios perpetuados en la vía pública y por grupos organizados; como también por la impunidad que los rodea.

El mismo informe señala que durante el año 2014 se registraron más de 15.000 denuncias de mujeres por violación, sin considerar la llamada “cifra negra” de ataques sexuales no informados. Junto con ello, se hace referencia a una impunidad generalizada frente a este tipo de agresiones.<sup>84</sup>

---

<sup>84</sup> ONU MUJERES. 2015. Resumen Ejecutivo: La violencia feminicida en México, aproximaciones y tendencias 1985-2014. México. P.18.

Las cifras de manifestaciones de Violencia de Género en este país son asimilables a las de países como Uganda y Guinea Ecuatorial en África, siendo una de las más altas del mundo.

La Violencia Obstétrica es generalizada en todo su territorio y, a diferencia de Chile, ha sido materia de estudio desde hace varias décadas por académicos mexicanos, los cuales han destacado su carácter de violación a los derechos humanos. Roberto Castro y Joaquina Erviti expresan que: “(...) desde hace más de 15 años hemos señalado que es fundamental reconfigurar el objeto de estudio, sustraerlo de la lógica de la “calidad” y construirlo como un objeto de estudio sociológico en el marco de los derechos en salud. No se trata de meros problemas de “calidad de la atención” sino de violaciones de derechos básicos de las mujeres en el marco de los servicios de salud. Bajo la perspectiva del estructuralismo constructivista de Bourdieu, sostenemos que es necesario estudiar sistemáticamente el habitus profesional de los médicos, así como las condiciones objetivas del campo médico, con el fin de identificar el origen

social del autoritarismo médico y vislumbrar, así, estrategias más eficaces para su transformación.”<sup>85</sup>

Resulta interesante realizar un seguimiento a México en cuanto a la efectividad que posee esta ley en la prevención, tratamiento y erradicación de la Violencia Obstétrica en su territorio; por el fuerte componente sociocultural machista que predomina en él y lo difícil que históricamente les ha sido generar avances en la materia.

**c) Argentina:** en la Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales del año 2009, regula la Violencia Obstétrica como una forma de violencia contra las mujeres en su Artículo 6 como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”.<sup>86</sup>

---

<sup>85</sup> Castro, Roberto y Erviti, Joaquina. CASTRO, R. y ERVITI, J. 2014. 25 años de investigación sobre Violencia Obstétrica en México. Revista Conamed. 19 (1): 37-42.

<sup>86</sup> República Argentina. 2009. Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Art. 6.

La ley a la que hace relación el artículo anterior es conocida como Ley de Parto Humanizado, la que entró en vigencia el año 2004 y que establece en su Artículo 2 los derechos que poseen las mujeres en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tales como:

“a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto<sup>87</sup>.

Los derechos de la persona recién nacida en su Artículo 3, los derechos del padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo en su Artículo 4, entre otros.

Este es el tercer país que regula la Violencia Obstétrica en su legislación nacional, y es uno de los primeros en reconocer los derechos del nacimiento mediante la Ley de Parto Humanizado descrita anteriormente, así como también los derechos de la persona recién nacida, como derechos humanos.

Argentina, dentro de la región, ha llevado la vanguardia en la regulación de las prácticas que hacen posible un parto humanizado/respetado, generando avances importantes en lo que a derechos del nacimiento atañe.

Al igual que en nuestro país, la sociedad civil ha hecho un valioso trabajo en la visibilización de la Violencia Obstétrica, es así como la agrupación llamada Las Casildas, con el apoyo del Consejo Nacional de

---

<sup>87</sup>República Argentina. 2004. Ley N° 25.929 de Parto Humanizado. Art. 2.

Mujeres, el año 2015 fundó un Observatorio de Violencia Obstétrica, el cual posee la finalidad de constituirse como una red nacional que permita recolectar y sistematizar datos y estadísticas; realizar el seguimiento de denuncias; monitorear políticas públicas, proyectos de ley y cumplimientos de leyes; elaborar recomendaciones a organismos e instituciones involucrados; crear espacios de difusión y debate; promover estudios y proyectos de investigación; apoyar acciones de múltiples organizaciones y articular el trabajo con otros observatorios nacionales e internacionales.

En el Informe “Con todo el aire 2” del Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos de Argentina, se describe que: “En una maternidad del Noroeste Argentino, en un círculo de confianza, los médicos comentaron a mediados del año 2007, que si llegaban mujeres con hemorragia en horas de la madrugada, no molestaban al anestesista que estaba durmiendo. Hacían el legrado sin anestesia. Las o los médicos que lo realizan no se conciben torturando. Simplemente piensan que es una práctica médica dolorosa y que la mujer lo merece. No están seguros de si realmente realizó maniobras abortivas, pero igualmente le aplican una sanción, según sus criterios morales o religiosos. No conocen si la mujer tiene las mismas creencias religiosas o es agnóstica o atea, o simplemente no practicante; de todos

modos creen que sus criterios son los que deben prevalecer. La mujer es culpable (por tener sexo y luego al intentar interrumpir el embarazo) y es tan inoportuna como para llegar al hospital en horas de la madrugada. Por eso, no tiene sentido despertar al anestesista de guardia.»<sup>88</sup>

La conducta anteriormente señalada, dentro del mismo Informe es calificada como una práctica que constituye tortura; siendo muy similar a la descrita en los testimonios el capítulo I de esta investigación. Lo que viene a reafirmar dicha postura.

La región, en general, se ha abierto a discutir sobre Violencia Obstétrica y a considerarla como una forma más de violación sistemática de los derechos humanos de las mujeres y de las niñas y los niños recién nacidos, esto se ha debido, en parte, a las recomendaciones realizadas por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en la materia, Informes de la situación de los Derechos Humanos propios de cada Estado y movimientos surgidos desde la ciudadanía que han logrado poner el tema en la palestra.

---

<sup>88</sup> INSGENAR. 2008. Con todo al aire 2: Reporte de Derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales públicos. Argentina. 2da Edición. P.69.

En Chile existen diversas organizaciones civiles que se han dedicado al estudio y el activismo en torno al Parto Humanizado/Respetado y la Violencia Obstétrica en la última década, tales como Observatorio de Violencia Obstétrica, Colectivo contra la Violencia Obstétrica, Parir-nos, Maternas Chile, Nacer en Libertad, Tribu de Parto, Útera, Cría Iguales, entre otras; las cuales se han organizado de manera unificada en la Coordinadora por los Derechos del Nacimiento-Chile, la que ha realizado constantes esfuerzos y contactos para la creación de una Ley que prevenga, sancione y erradique la Violencia Obstétrica en nuestro país; además, de diferentes acciones de activismo y promoción de los derechos del nacimiento en diversos lugares del país.

Sintetizando, es urgente que el Estado chileno se haga cargo de la Violencia Obstétrica, siendo el primer paso el reconocimiento de su existencia y la valorización de ella como un fenómeno complejo que constituye una violación a los derechos humanos de las mujeres. Para lo cual es necesaria la creación de una ley especializada que contenga un enfoque de género, considerando a las mujeres como los sujetos pasivos de

ella, evitando caer en la concepción de un sujeto de “género neutro” con características androcéntricas.

Alda Facia señala la importancia de considerar al sexo como un eje central en el proceso legislativo; así como también la creación de una doctrina jurídica que parta desde las mujeres, desde donde se hace posible la formulación de nuevos cuerpos jurídicos que sean asertivos al momento de saciar las necesidades de ellas en las materias a regular.

Dentro de la región la discusión y estudio sobre la Violencia Obstétrica es cada vez más amplio y variado; conjunto con ello, son varios los países que han avanzado en legislar sobre la materia, incorporándola como una manifestación más de la Violencia de Género y una violación a los derechos humanos de las mujeres.

Creo que cuando hablamos de violaciones a los derechos humanos tan grotescas y sistemáticas como las que se dan dentro de la Violencia Obstétrica, es imprescindible realizar un llamado al Estado y a sus instituciones a intervenir en ellas y regularlas desde su realidad y contexto particular. A su vez, es necesario que dichas intervenciones sean realizadas con un enfoque de género incorporado que permita comprender y vivenciar

el fenómeno desde la posición de la víctima, sin caer en paternalismos ni posturas neutras que perpetúan, a largo plazo, la invisibilización y normalización de dichas prácticas.

Debe existir un giro en la creación de las leyes que pretenden la protección de los derechos de las mujeres, en donde se les haga parte del proceso, escuchando sus necesidades y realidades e incluyéndolas en elaboración y puesta en práctica. En este punto, adquiere mucho sentido lo señalado por Facia, en el punto 3.1.1, sobre la necesidad de crear una doctrina jurídica desde las mujeres.

Por último, considero importante realizar un seguimiento y recoger las experiencias vividas por países de la región, tales como Venezuela, México y Argentina, en el tratamiento de la Violencia Obstétrica; ya que en los tres se viven escenarios complejos, similares a los chilenos, a los que se les ha pretendido hacer frente con una regulación legal y administrativa ad hoc; esto con el objetivo de aprender de sus aciertos y errores en dichos caminos.

## CONCLUSIÓN

En el primer capítulo nos encontramos con la pregunta ¿qué entendemos por Violencia Obstétrica y Violencia de Género?; ante ellos señalamos que la Violencia Obstétrica es un fenómeno sostenido por un complejo entramado socio-cultural, en el cual confluyen diversas esferas, tales como la médica-obstétrica, la política, la familiar y la social.

La definición más aceptada y completa es la que encontramos en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia perteneciente a Venezuela en su artículo 15 numeral 13, el que señala que es “(...) 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”<sup>89</sup>.

---

<sup>89</sup>República Bolivariana de Venezuela. 2007. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. Artículo 15 numeral 13.

En este tipo de violencia hacia las mujeres se juegan relaciones de poder que recaen sobre el cuerpo misma de ellas, el cual entendido a la manera Foucaultiana es la trinchera en donde ocurre la dominación, tiene efecto y se desarrolla.<sup>90</sup>

La Violencia Obstétrica se ubica en el marco histórico de la migración de los nacimientos desde los hogares a los recintos hospitalarios en el siglo XX; junto con ello el poder y las decisiones en torno al parto dejan de encontrarse en las mujeres, pasando de ser un “asunto de mujeres” a un “asunto médico”, masculinizándose los procesos reproductivos y tornando un objeto de estudio a las mujeres, prescindiendo de su calidad humana y de sus derechos<sup>91</sup>; lo que conlleva a que se ejerza un trato deshumanizador hacia ellas, instrumentalizando su rol, desvalorando y subestimando su poder de decisión, autonomía y libre determinación.

Podemos entender a la Violencia Obstétrica como una violencia simbólica, en donde los que detentan el poder simbólico –los dominantes– son el equipo médico, en general. No obstante; existe una colaboración

---

<sup>90</sup>Foucault, Michel. 2002. Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión. Buenos Aires. Editorial Siglo XXI Editores Argentina. (Nueva criminología y derecho). P.32.

<sup>91</sup>Narotzky, Susana. 1995. Mujer, Mujeres, Género: Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las ciencias sociales. Madrid. Editorial Consejo Superior de Investigaciones Científicas. (Monografías). P.82.

activa importante en la ejecución de ésta por parte de las mujeres –los dominados-, legitimándola y ayudando a su construcción junto a toda la sociedad.<sup>92</sup>

La pérdida de la autonomía, el exceso de medicalización y la patologización de los procesos naturales son algunas de las manifestaciones de Violencia Obstétrica, las que incrementan las relaciones asimétricas que existen entre las mujeres y los profesionales de la salud, dificultando el ejercicio de los derechos básicos de ellas en estos procesos, haciéndolas dependientes a ellos y sus intervenciones en cuanto a su salud sexual y reproductiva.<sup>93</sup> Estos maltratos traen consigo consecuencias a corto, mediano y largo plazo, las que generalmente se invisibilizan y deslegitiman por parte de su entorno y el personal médico.

La Violencia Obstétrica es una Violencia de Género, puesto que en ambas los sujetos pasivos son las mujeres, las dos son instrumentales al buscar la subordinación de ellas y la adopción de roles de género determinados y no constituir un fin por sí mismas, son estructurales al sostenerse por un entramado social que las permite y las justifica; y son

---

<sup>92</sup>Bourdieu, Pierre. 1999. Meditaciones pascalianas. Barcelona. Editorial Anagrama. P. 225.

<sup>93</sup>Camacaro, Marbella. 2009. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica. Venezuela. Rev. Venezolana de estudios de la mujer. 14 (32): 147-162.

simbólicas, ya que los dominados –las mujeres- colaboran con los dominantes,<sup>94</sup> mediante la normalización, la justificación, la perpetuación de generación en generación y la invisibilización de dichas violencias.

Lo que la diferencia de otros tipos de maltratos hacia los pacientes en general es que la predisposición a ser violentadas no ocurre por encontrarse enfermas, sino que por el hecho de ser mujeres, y de, además, encontrarse en una situación de “doble vulnerabilidad”<sup>95</sup> al estar embarazadas, pariendo o puérperas.

En el segundo capítulo respondimos a las interrogantes sobre ¿qué instrumentos legales amparan en nuestro país a las mujeres en la prevención, sanción y erradicación de dicha violencia? y ¿cuál es la eficacia real de dichos instrumentos en cuanto a la protección de los derechos de las mujeres en sus procesos reproductivos?.

En Chile, actualmente no existen instrumentos legales que protejan a la mujer de la Violencia Obstétrica; ni siquiera el concepto en sí se encuentra

---

<sup>94</sup> Bourdieu, Pierre. 1999. Meditaciones pascalianas. Barcelona. Editorial Anagrama. P. 225.

<sup>95</sup> Amorós, Celia. 1990. Hacia una crítica de la razón patriarcal. Buenos Aires. Editorial del hombre – Anthropos. Pp. 39-53.

definido legalmente, lo que conlleva a que tampoco existan cifras oficiales sobre ella ni programas de reparación a las víctimas.

En el caso de haber sufrido Violencia Obstétrica es posible acogerse a lo estipulado en la ley 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud<sup>96</sup>; la que no considera las circunstancias y características propias de sus sujetos pasivos: ser mujeres, estar embarazadas, parturientas o puérperas; sino que posee un carácter general ante vulneraciones o acciones ejecutadas por personal profesional de la salud. En ella se establecen una serie de derechos de los pacientes, tales como: a un trato digno, al acompañamiento, a la información, a la autonomía y libertad de decisión, entre otros. Además, establece un procedimiento administrativo a seguir en caso de su transgresión.

Por otro lado, Chile ha firmado una serie de instrumentos de derecho internacional que consagran los derechos humanos de las personas. Dentro de ellos se encuentra la Convención “Belem do Pará”, la que busca la erradicación de toda forma de violencia hacia las mujeres. En ella se

---

<sup>96</sup>República de Chile. Ministerio de Salud. 2012. Ley Nº 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.

consagra el derecho a una vida libre de violencia, a la no discriminación, al goce y ejercicio de los derechos humanos, a una educación no sexista, y al reconocimiento por parte de los Estados de todas las formas de violencia hacia las mujeres y cómo ésta afecta transcendentalmente sus vidas.

De igual forma, la Convención establece una serie de deberes que los Estados Partes se comprometen a cumplir, dentro de ellos encontramos el deber de adoptar las políticas públicas necesarias para la prevención, pesquisa, sanción y erradicación de la violencia de género, de legislar, de asegurar un libre acceso a la justicia por parte de las víctimas, de fomentar el respeto de los derechos consagrados y la modificación de patrones socioculturales que los violentan, establecer programas de reparación a las víctimas, entre otros.

La ley 20.584 también permite iniciar el proceso plasmado en la ley 19.966 que establece un régimen de garantías en salud, dentro de la cual se encuentra establecida la figura de “falta de servicio”. Actualmente, en Chile el procedimiento más ocupado es éste en materia civil en casos de Violencia Obstétrica; sin embargo, sólo es útil en el caso de la ocurrencia de consecuencias graves o gravísimas producto de las acciones u omisiones del

personal médico, tales como las que hayan afectado la vida o la integridad física de la mujer víctima y/o el recién nacido. Dejando fuera los casos en que la Violencia Obstétrica es más sutil, tales como manifestaciones psicológicas, verbales o simbólicas; privando de una posible sanción y reparación a la mayoría de las mujeres víctimas de ella.

Otro problema de la aplicación del procedimiento anteriormente señalado dice relación con lo pesado y dificultoso que es la carga probatoria para las mujeres víctimas y sus familias, debido a, entre otros factores, las relaciones asimétricas y jerárquicas que se dan entre las instituciones médicas y profesionales de la salud, y las mujeres pacientes víctimas de Violencia Obstétrica, y la etapa vulnerable de sus vidas en que ellas se encuentran luego de haber recientemente sido madres; lo que conlleva a que en muchas ocasiones se dicten dictámenes que no acogen sus pretensiones por una deficiencia probatoria.

Respecto a la prevención, los mecanismos legales existentes no cumplen ninguna función, puesto que al no ser específicos en la materia y nacer desde las necesidades y el contexto de las mujeres potenciales víctimas de Violencia Obstétrica no establecen ningún tipo de recomendaciones o

protocolos destinados a prevenirla. Y al no encontrarse conceptualizada legalmente tampoco se dan las instancias administrativas mediante políticas públicas para ello, ni para la capacitación efectiva de los profesionales de la salud que participan en los procesos reproductivos de las mujeres.

En el tercer y último capítulo se planteó la pregunta sobre ¿cuáles serían las posibles soluciones y los puntos que debiese considerar una futura legislación pertinente?; ante lo cual lo primero fue señalar que es urgente y necesario que el Estado chileno tome cartas en este asunto, primero reconociendo su existencia y valorándolo no sólo como un tema perteneciente a la esfera médica, sino que como un fenómeno complejo que conforma una violación a los derechos humanos de las mujeres. Para ello se debe legislar tanto en su prevención, pesquisa, sanción y erradicación; mediante una ley especializada que posea enfoque de género, considerando a las mujeres como los entes sobre los que se centra la ley, y no a un sujeto neutro con características siempre androcéntricas. Alda Facia señala que las: “(...) leyes genéricas, al igual que todo lo genérico en una sociedad patriarcal, en realidad si tienen género y ese género es el masculino”<sup>97</sup>,

---

<sup>97</sup> Facia, Alda. 1992. Cuando el género suena cambios trae: Una metodología para el análisis de género del fenómeno legal (una metodología para el análisis de género del fenómeno legal). San José, Costa Rica. Editorial ILANUD. P. 54.

encontrándose allí la razón más angular de la ineficacia de las leyes creadas para combatir la Violencia de Género, pero con esas características.

El sexo y el género son circunstancias esenciales a la hora de legislar, debiendo ser un eje para las acciones que se tomen. Facia también señala que es menester crear una “doctrina jurídica que parta desde las mujeres”<sup>98</sup>, debido a que desde ella es posible crear nuevas leyes e instituciones legales que realmente logren ser atingentes con las necesidades de ellas en las materias a regular.

Afortunadamente existen varios ejemplos de legislaciones en países de la región que han incorporado a la Violencia Obstétrica como una manifestación más de la Violencia de Género y la han regulado como tal, como Venezuela, México y Argentina, desde donde nuestro país puede contextualizarse y crear su propio cuerpo legal y administrativo que proteja los derechos humanos de las mujeres en esta esfera.

La hipótesis de esta investigación es que en Chile no existen instrumentos legales eficaces en cuanto a la prevención, sanción y erradicación de la Violencia Obstétrica, porque los existentes fueron

---

<sup>98</sup>Ídem. P. 55.

formulados pensando en una universalidad con carácter androcéntrico, no considerando las circunstancias especiales en las que ésta se da y el carácter de Violencia de Género que ella posee; la cual se verificó, ya que como se ha señalado anteriormente las leyes y mecanismos legales existentes no contemplan a la Violencia Obstétrica como un fenómeno estructural, institucional ni menos simbólica, no abarcando las aristas y matices que ésta posee. Además, no contempla como sujeto pasivo a la mujer embarazada, parturienta o puérpera, la cual no se encuentra enferma sino que viviendo un proceso reproductivo biológico y fisiológico, que en la mayoría de los casos no debiese tener mayores complicaciones.

Por otro lado, los instrumentos legales existentes no la reconocen y la incluyen dentro de una vulneración de derechos que puede sufrir cualquier usuario del servicio de salud, sin tomar en cuenta el entramado sociocultural que la sostiene, en donde ésta ocurre dentro de una relación de poder entre los géneros, es decir, la Violencia Obstétrica sucede en razón del hecho mismo de ser mujeres y de encontrarse aún más vulnerables al estar embarazadas, pariendo o recién paridas en una sociedad machista. En ningún punto los cuerpos jurídicos a los cuales es posible recurrir poseen un

enfoque de género, ni reconocen a la Violencia Obstétrica como una manifestación más de la Violencia de Género.

Al realizar mi investigación me encontré con algunas limitantes que dicen relación con la casi nula existencia de doctrina, jurisprudencia, datos y cifras oficiales nacionales en torno a la Violencia Obstétrica. Lo que reafirma aún más la naturalización profunda de la que goza dentro de nuestra sociedad; siendo, en general, hasta ahora una verdad incómoda de la cual se prefiere no hablar y un asunto desvalorado en su importancia.

Si bien las mujeres en general se encuentran, por el sólo hecho de serlo, en desventaja en todas las esferas, en comparación con los hombres; esta discriminación y violencia aumenta vertiginosamente cuando no se encuentran ejerciendo roles y tareas designadas como masculinas, como es el caso de las mujeres que se encuentran viviendo sus procesos reproductivos, piedra angular de la “feminidad”, transformándose en una de las minorías (no en relación al número, sino al lugar que ocupan en todo ámbito) más vulneradas y maltratadas de esta sociedad patriarcal: las mujeres madres.

Considero que es grave y alarmante el hecho de que una vulneración a los derechos humanos de las mujeres tan grave y recurrente como la acaecida en la Violencia Obstétrica sea invisible para el Estado chileno. Es inconcebible que no exista interés político ni institucional en subsanar dicha situación, pese a todas las recomendaciones realizadas por diversos organismos de derechos humanos en reiteradas ocasiones y a todos los instrumentos internacionales de derechos humanos a los cuales se encuentra adscrito. Este desinterés revela que existen ciudadanos de primera y segunda categoría en nuestro país, encontrándose dentro de la última las mujeres gestantes, parturientas y puérperas.

La subvaloración de la maternidad y de las labores de cuidado propias de una sociedad machista como la nuestra, se ve claramente reflejada en el maltrato que día a día sufren cientos de mujeres en las maternidades de los hospitales públicos y clínicas privadas del país, sin importar su edad, contexto socioeconómico, educacional, raza o cualquier otra condición que posean.

La Violencia Obstétrica toca a todas por igual, como un ritual de paso y de castigo por el que debemos pasar las mujeres. Si revisamos nuestra

historia familiar es muy probable que nuestras abuelas, tías, madres, hermanas, amigas y hasta nosotras mismas hayamos sido víctimas de ella.

Uno de las características más esenciales de una democracia es el respeto y la promoción de los derechos humanos de sus habitantes, por ello, es de suma urgencia que el Estado chileno mediante sus poderes e instituciones reconozca a la Violencia Obstétrica como una Violencia de Género, y tome las acciones administrativas y legales necesarias para que esta realidad no continúe perpetuándose con la impunidad de la que hasta ahora goza; y Chile se transforme en un país donde el parir no sólo sea seguro, sino también digno y respetado.

Durante esta investigación no me fue posible abordar en toda su complejidad el hecho de que manifestaciones propias de la Violencia Obstétrica puedan ser consideradas como prácticas que constituyen tortura; siendo un tema importante e interesante de abordar en futuras investigaciones, las que podrían ser un valioso aporte para el cambio necesario de paradigma dentro de su estudio, ayudando al abandono de su carácter meramente médico -asignado hasta este momento- y adquiriendo, por fin, el matiz de derechos humanos que posee.

## GLOSARIO

**Episiotomía:** incisión que se practica en el periné de la mujer, partiendo de la comisura posterior de la vulva hacia el ano, con el fin de evitar un desgarro de los tejidos durante el parto y facilitar la expulsión de la criatura.

**Epidural:** anestesia que insensibiliza parte del cuerpo para bloquear el dolor, aplicada mediante inyecciones en la columna vertebral o a su alrededor.

**Inducción:** proceso a través del cual se busca gatillar el trabajo de parto en forma artificial, antes del inicio espontáneo de las contracciones.

**Legrado:** técnica que se practica para retirar tejidos residuales del útero, productos de un aborto o un parto.

**Litotomía:** posición en que la paciente se encuentra recostada de espaldas, con las piernas levantadas y apoyadas sobre los complementos de la camilla ginecológica, con el fin de facilitar y asegurar la comodidad del personal médico que atiende el parto.

**Maniobra de Kristeller:** técnica, actualmente prohibida, en la que se presiona el abdomen de la madre (el fondo del útero) hacia abajo, para conseguir que el bebé salga o como mínimo llegue a la coronación.

**Oxitocina Sintética:** hormona sintética que produce contracciones uterinas, utilizada durante los partos con el fin de acelerarlos o inducirlos.

**Rotura Artificial de Membranas:** técnica que consiste en romper con un instrumento puntiagudo el saco amniótico durante los partos, para diagnosticar posibles anomalías, tales como presencia de meconio (heces del feto), o acelerar el parto.

**Tacto vaginal:** prueba exploratoria consistente en la introducción de los dedos índice y corazón de la mano del personal médico, en la vagina de la mujer para obtener información acerca de su dilatación y estado del cuello uterino, mediante el sentido del tacto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. AEDO, S.; BARQUÍN, C; MAZZEI, M.; LATTUS, J.; VARAS, J.; CANO, F. y RUBIO, J. 2015. Transición epidemiológica de la mortalidad materna. Rev. Obstet. Ginecol.- Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. 10 (2): 9-16.
2. AMORÓS, C. 1990. Hacia una crítica de la razón patriarcal. Buenos Aires. Editorial del hombre – Anthropos. 331 pp.
3. ARGUEDAS, G. 2014. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe.11(1): 145-169.
4. ARTEAGA, N. y VALDÉS, J. 2010. Contextos socioculturales de los feminicidios en el Estado de México: nuevas subjetividades femeninas. Rev. Mexicana de Sociología. 72 (1): 5-35.
5. AYERS, S. y PICKERING, A. D. 2001. Do women get posttraumatic stress disorder as a result of childbirth? A prospective study of incidence. Birth (Berkeley, Calif.). 28 (2).
6. BELLI, L. 2013. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Rev. Redbioética/UNESCO. Año 4. 1 (7): 25-34.
7. BINFA, L. RM, MPH, PhD (Associate Professor); PANTOJA, L.; ORTIZ, J.; GUROVICH, M. y CAVADA, G. 2016. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. Midwifery. 35: 53–61.
8. BOURDIEU, P. 1999. Meditaciones pascalianas. Barcelona. Editorial Anagrama. 368 pp.

9. CABRERA, J.M. 2011. La política sexual de la dominación masculina: femicidios, medios de comunicación y violencia de género. Tesis para optar al título profesional de Sociólogo. Santiago. Universidad de Chile. 109 pp.
10. CAMACARO, M. 2009. Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica. Venezuela. Rev. Venezolana de estudios de la mujer. 14 (32): 147-162.
11. CASAL-MOROS, N. y ALEMANY-ANCHEL, M.J. 2014. Violencia simbólica en la atención al parto: un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. Valencia. Index de Enfermería/Primer-Segundo trimestre 2014. 23 (1-2).
12. CASTRO, R. y ERVITI, J. 2014. 25 años de investigación sobre Violencia Obstétrica en México. Revista Conamed. 19 (1): 37-42.
13. CIDH. 2011. Estándares jurídicos vinculados a la igualdad de género y a los derechos de las mujeres en el sistema interamericano de derechos humanos: desarrollo y aplicación. OEA publicaciones oficiales. Ser.L/V/II.143. Doc.60.
14. CIDH. 2015. Acceso a la información, violencia contra las mujeres y la administración de justicia en las Américas. OAS/Ser.L/V/II.154 Doc. 19.
15. CIDH. 2 de Diciembre de 2016. Comunicado de Prensa N° 180/16.
16. CRUZ, S.; JAURÉS, P; LEIVA, I.; RUÍZ, C. y TRONCOSO, P. 2015. El discurso de la violencia obstétrica en Chile. Santiago. Escuela de Psicología, Universidad de Chile. 86 pp.
17. DOMOS. 2003. Análisis de la violencia en relaciones de pareja entre jóvenes. Estudio realizado por encargo de SERNAM. Santiago, Chile. 110 pp.

18. ESPINAR, E. 2007. Las raíces socioculturales de la violencia de género. Rev. Escuela Abierta. 10: 23-48.
19. ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. 2008. Ley de Acceso de las Mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. 23 pp.
20. FACIO, A. 1992. Cuando el género suena cambios trae: Una metodología para el análisis de género del fenómeno legal (una metodología para el análisis de género del fenómeno legal). San José, Costa Rica. Editorial ILANUD. 156 pp.
21. FERNÁNDEZ, C. y CONTRERAS, N. 2015. El parto medicalizado en Chile. Saberes, capitalismo y patriarcado. Santiago, Chile. Editorial Pensamiento de Batalla. 141 pp. (Colección “Praxis Violeta”).
22. FOUCAULT, M. 2002. Vigilar y Castigar. Nacimiento de la Prisión. Buenos Aires. Editorial Siglo XXI Editores Argentina. 314 p. (Nueva criminología y derecho)
23. FRÍES, L. y LACRAMPETTE, N. 2013. Feminismos, Género y Derecho. **En:** Derechos Humanos y Mujeres: Teoría y Práctica. Chile. Universidad de Chile. pp. 33-68.
24. INDH. 2016. “Informe Anual Situación de los Derechos Humanos en Chile 2016”. Chile. 322 pp.
25. INSGENAR. 2003. Con todo al aire 1: Reporte de Derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales públicos. Rosario, Argentina. 114 pp.

26. INSGENAR. 2008. Con todo al aire 2: Reporte de Derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales públicos. Argentina. 2da Edición. 203 pp.
27. KITZINGER, S. 2006. Birth as rape: There must be an end to 'just in case' obstetrics. *British Journal of Midwifery*, 14(9): 544-545.
28. MESECVI-SOCIEDAD CIVIL CHILE. 2016. Informe sombra Mecanismo de Seguimiento para la Implementación de la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer. Chile. 69 pp.
29. NAROTZKY, S. 1995. *Mujer, Mujeres, Género: Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las ciencias sociales*. Madrid. Editorial Consejo Superior de Investigaciones Científicas. 200 pp. (Monografías)
30. OEA. 1987. Convención Interamericana para prevenir y sancionar la tortura. Colombia.
31. OEA. 1994. Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención Belém do Pará". Brasil. 13 pp.
32. OMS. 2015. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea.
33. OMS. 2016. Nota descriptiva: Mutilación genital femenina.
34. ONU. 1976. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
35. ONU. 2000. Observación General N° 14 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Párrafo 8. HRI/GEN/1/Rev.9. I.

36. ONU MUJERES. 2015. Resumen Ejecutivo: La violencia feminicida en México, aproximaciones y tendencias 1985-2014. México. 20 pp.
37. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2002. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C. 62 pp.
38. PETCHESKY, R.P. 1987. Fetal Images: The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction. *Feminist Studies*. 13 (2): 263-292.
39. REPÚBLICA ARGENTINA. 2004. Ley N° 25.929 de Parto Humanizado. 2 pp.
40. REPÚBLICA ARGENTINA. 2009. Ley Nacional N° 26.485 de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. 19 pp.
41. REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA. 2007. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.
42. REPÚBLICA DE CHILE. Ministerio de Salud. 2008. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. 360 pp.
43. REPÚBLICA DE CHILE. 2012. Historia de la Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. 1007 pp.
44. REPÚBLICA DE CHILE. Ministerio de Salud. 2012. Ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
45. RUBIN, G. 1986. El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. *Rev. Nueva Antropología*. 1986/VIII. (030): 95-145.

46. SANDLER, M. 2003. Así me nacieron a mi hija: Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario. Santiago. Tesis para optar al Título de Antropóloga Social. Universidad de Chile.
47. UNESCO. 2008. Consultoría Nacional del año 2008: La situación de violencia contra las mujeres en Chile. Legislación y políticas públicas. Santiago. 18 pp.
48. VILLALOBOS, C. 2008. Violencia doméstica contra las mujeres en Chile. Memoria para optar al Grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales. Santiago. Universidad de Chile. 106 pp.
49. WALSH, DJ. 2010. Childbirth embodiment: problematic aspects of current understandings. *Sociol Health Illn.* 32 (3): 486-501.