
NATURALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA MEDIANTE EL DISCURSO MÉDICO Y SUS PRÁCTICAS

Flavio Salgado¹
flaviosalgado2013@gmail.com

Marinelly Díaz²
marinellyf1@gmail.com

UNIVERSIDAD ALBERTO HURTADO - CHILE

Fecha de recepción: 25 de agosto de 2017

Fecha de aceptación: 15 de octubre de 2017

Resumen

El presente artículo analiza la violencia obstétrica como un tipo de violencia de género, que vulnera los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres gestantes. Prácticas que en el quehacer médico, son producto de los patrones estereotipados que consideran a las mujeres vulnerables e incapaces de tomar decisiones autónomas de salud. La investigación se rigió por el diseño documental y cualitativo con una aproximación teórica a los planteamientos de Bordieu y Foucault. Se realiza un diagnóstico de la situación en Chile y se formulan propuestas para el diseño de políticas orientadas a erradicar ésta práctica en su sistema de salud.

Palabras claves: Género, embarazo, medicalización, derechos sexuales y reproductivos.

Abstract

This article aims to make visible obstetric violence as a type of violence exercised that damages the sexual and reproductive rights of pregnant women. These medical practices are product of stereotyped patterns that consider women vulnerable and unable to make autonomous health decisions. The research was based on the documentary and qualitative design with a theoretical approach under the perspective of Bordieu and Foucault. This study establishes a diagnosis of the situation in Chile as well as suggests some proposals that seek to eradicate this practice.

Keywords: Gender, pregnancy, medicalization, sexual and reproductive rights.

1 Doctorando en Sociología de la Universidad Alberto Hurtado, Chile. Magíster en Antropología, Universidad Academia Humanismo Cristiano, Chile e Investigador del Centro de Documentación Indígena (Rucadungun).

2 Magíster en Ética Social y Desarrollo Humano de la Universidad Alberto Hurtado, Chile. Licenciada en Relaciones Internacionales de la Universidad Central de Venezuela.

I

NTRODUCCIÓN

La existencia de un notable activismo de movimientos por el parto y por los derechos de las mujeres y la salud reproductiva, se remonta a los años 60, logrando avances importantes en la década de 1980. Bellón (2015), destaca como parte de estos adelantos, las convenciones internacionales sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SRHR) en las que se establece la salud reproductiva como un aspecto esencial para el bienestar y la consecución de la igualdad de género. Entre tanto, las recomendaciones del *Appropriate Technology for Birth* publicadas por la Organización Mundial de la Salud (1985), conocidas como las recomendaciones de Fortaleza, establecen el derecho a la información de las usuarias de los servicios de obstetricia, constituyendo hoy día uno de los documentos más citados por el activismo en torno al parto.

En la Ley Orgánica sobre el “Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia” (2007), el Estado venezolano definió la violencia obstétrica como una práctica violatoria de los derechos sexuales y reproductivos. En 2014, OMS sin hacer mención directa a la violencia obstétrica, denunció el maltrato a las mujeres gestantes bajo la forma de trato irrespetuoso y ofensivo en centros de salud.

La violencia obstétrica es derivada del proceso de la medicalización del parto, de actuaciones que incurren en la patologización del cuerpo de las embarazadas y de tratos deshumanizados que van en contra de su integridad. Hoy día, constituye un grave problema global de salud pública, que pone en riesgo el bienestar biopsicosocial de madres y bebés.

A través de un recorrido histórico, se contrasta el concepto de salud y cuerpo en el marco de una ideología biologicista que legitima su medicalización y consolida la regulación y control de la maternidad por parte de los médicos. La presente investigación busca visibilizar este tipo de violencia de género en el ámbito de la salud y de defender la idea de que esta situación es consecuencia de las relaciones de poder en conflicto por la posesión del conocimiento legitimado y por el control de la asistencia médica del parto, en un contexto en el que el cuerpo es

una construcción social derivada de la ideología dominante con valores patriarcales. La importancia de este estudio radica en visibilizar la violencia obstétrica y abordarla como un problema global de salud, del cual es víctima recurrentemente la mujer en los centros hospitalarios y sobre el cual, existe un desconocimiento generado por la naturalización de estas prácticas tanto del personal de salud como de las propias parturientas.

Finalmente, la presente investigación se regirá por el diseño documental y cualitativo que comprende la recolección y análisis de datos, cuya naturaleza se caracteriza por ser textos, informes de organismos internacionales e instituciones y notas de prensa que hacen referencia al tema. A su vez se aborda el tema a la luz de los planteamientos teóricos de Bourdieu & Wacquant (1992) y Foucault (1990) con el fin de develar las relaciones de poder que se ocultan en el discurso y prácticas médicas en torno a la gestación, parto y postparto.

EL CUERPO COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL

Como lo demuestra la teoría antropológica y sociológica, el cuerpo tiene una historia. Al respecto, Elias (1988) señala que la comprensión y experiencias sobre el cuerpo son específicas y surgen de procesos sociales y psicológicos. Douglas (1988), considera al cuerpo como un objeto natural modelado por fuerzas sociales. En esta línea argumentativa se insertan los planteamientos de Mauss (1973), quien sostiene que la cultura da forma al cuerpo, dándole a los sujetos un referente de cómo usarlo

Esta construcción social sobre el cuerpo, se puede constatar tempranamente en la filosofía clásica. Para Platón (como se citó en Larroyo,2005) el cuerpo es la prisión del alma, fungiendo como timador del intelecto del hombre, pues no solo es lugar por donde entra la corrupción del espíritu, sino también tiene la facultad de engañarnos a través de los sentidos. En Aristóteles (como se citó en Calvo, 1978) y San Agustín (2014), la concepción del cuerpo es más benigna que su predecesor, pues el cuerpo se convierte en herramienta del alma, siendo el cuerpo el instrumento por el cual el sujeto percibe y siente el mundo exterior.

En la Edad Media, el pensamiento cristiano tensionó la relación cuerpo-alma, mediante los llamados pecados capitales, incluyendo la

concepción del pecado original, la cual tiene como epicentro la corrupción del hombre por “culpa” del cuerpo femenino. Es en esta época, cuando se implanta la idea de que la enfermedad es producto del pecado (Crespo, 1994). Bajo este paradigma, se empiezan a construir imaginarios sociales orientados a demostrar la supuesta inferioridad de la mujer sobre el hombre y a subrayar la condición pecaminosa del cuerpo femenino (Usandizaga, 1944) que es más débil e imperfecto que el del hombre (Laqueur, 1994).

Con la irrupción del racionalismo cartesiano en el siglo XVI, el cuerpo dejó de ser objeto de especulación metafísica para convertirse en centro de especulación científica. Este cambio de enfoque implicó la construcción de una visión que explicaba las diferencias entre ambos sexos en términos biológicos. Este dimorfismo basado en el sexo, se incrustó en la modernidad para relegar a la mujer a la esfera de lo privado (la familia y el cuidado de los hijos) y para catapultar al hombre al mundo del trabajo y la política.

En la medicina del siglo XIX, el varón se constituye un referente del cuerpo sano, mientras que los procesos biológicos como la menstruación, el embarazo, puerperio y la menopausia, sirvieron para construir un arquetipo del cuerpo femenino vinculado con estados psicológicos alterados, depresión, infanticidio y locura.

Con el nacimiento de la clínica, se comienza a configurar una imagen negativa a través de lo que denomina Foucault (1987) la histerización del cuerpo de la mujer, que dentro de las prácticas médicas sería tratada como una patología, que imposibilitaría al médico examinar a la mujer que padeciera una enfermedad relacionada con su sexo, sin caer en los estereotipos sobre el cuerpo femenino que prevalecían en los siglos XVIII y XIX.

En este contexto, nace la ginecología como una disciplina fundada en la creencia que la menstruación, la gestación y la menopausia, eran factores claves que daban cuenta de la naturaleza de la mujer. Esta división basada en el dimorfismo sexual, no sólo consideró a la mujer como un ser inferior, sino también como un ser destinado por su biología a la reproducción y al cuidado de los niños. Al respecto, Oakley (1979), afirmó que la maternidad y el cuidado infantil fueron naturalizados como

norma social tanto por la medicina como por las ciencias sociales, para construir prácticas y estereotipos que desde sus orígenes, han limitado las posibilidades de la mujer en la sociedad.

El dualismo metafísico heredado de la ilustración, particularmente la división cartesiana entre cuerpo y mente, así como aquellas dicotomías surgidas en las ciencias sociales en relación a la separación entre naturaleza y cultura, relegaron al cuerpo a una dimisión biológica. Frente, a esta problemática de naturaleza epistemológica, los trabajos de Douglas (1971), y Turner (1989) desmontan los dualismos metafísicos entorno al cuerpo para hacerlo objeto de reflexión sociológica. Para Turner (1989) el cuerpo es un fenómeno social, susceptible por sí mismo a ser estudiado, mientras que para Douglas (1971), existen dos clases de cuerpo: el cuerpo físico y el cuerpo social, siendo éste último, quien determina el modo en que se percibe el cuerpo físico.

El cuerpo en la actualidad, se entiende como una construcción social, fluida dinámica y contingente (Butler, 1988). Por lo tanto, sobre el cuerpo se han vertido discursos y prácticas que permiten develar las formas en que la categoría de sexo se configura a partir de ideales de género, al tiempo que impone restricciones a las formas en que lo concebimos.

Los recientes estudios llevados a cabo en el campo del género y el psicoanálisis, se han enfocado en el cuerpo como una categoría de análisis que se vincula con las normas culturales de género. De allí, que disciplinas como la antropología y la sociología, hayan puesto su interés en la interpretación cultural y la constitución subjetiva que sobre el cuerpo se edifica (Martínez, 2014).

A la luz de este razonamiento, existe una vinculación clara entre cuerpo y performatividad donde la reiteración del discurso y sus prácticas impregnan al cuerpo de normas sociales. Esto implica que los cuerpos se configuran en función de la norma pero también son capaces de resistirla (Butler, 2002).

Como se ha visto, el cuerpo en diferentes épocas históricas ha sido tema de especulación metafísica y ontológica. Sobre él, se han edificado nociones como raza, género e identidad que develan prácticas y

saberes, promovidos por múltiples especialistas, como estilistas, médicos, y publicistas, quienes han contribuido a crear y legitimar los nuevos códigos éticos y estéticos de los usos sociales del cuerpo (Barreiro, 2004).

LA MEDICALIZACIÓN DEL CUERPO FEMENINO

La asimetría médico-paciente se encuentra arraigada en prácticas sociales que han fortalecido el modelo médico hegemónico de tecnificación y medicalización en la atención institucionalizada del parto. Esta situación ha hecho cada vez más evidente el desplazamiento de la mujer por la autoridad del saber médico, legitimándose la intervención y control por parte de los profesionales de salud por sobre la voluntad de las mujeres (Castro, 2014).

Una de las causas que permitió la consolidación del rol de los profesionales de salud sobre las parturientas, han sido las políticas higienistas impulsadas por los Estados a mediados del siglo XIX, que si bien se preocuparon por fomentar en las mujeres conductas “higiénicas, amorosas y cuidadosas”, contribuyeron a exaltar la importancia del rol maternal, hicieron que los médicos se adjudicaran el papel de interlocutores privilegiados en la familia, regulando y controlando la experiencia de la maternidad. “La maternidad, el cuidado de los hijos, el trabajo doméstico, son vivencias parcialmente elegidas. Han servido de excusa para ejercer control sobre el cuerpo y la conducta de las mujeres” (Montse, 1991, p.34).

Este discurso higienista además remarcó la intervención médica como la manera más efectiva de disminuir la mortalidad materno-infantil durante el parto³. Con la medicalización del cuerpo femenino, se controló tanto su sexualidad como su capacidad reproductiva. Control en el que subyace un orden masculino enraizado profundamente en cuerpos y mentes (Bourdieu & Wacquant, 1992) donde las mujeres son las dominadas bajo esquemas mentales construidos a partir de relaciones de poder, siendo el género el campo a través del cual se articula ese poder.

3 Para Montse (1991) la medicalización de la reproducción se presenta como la única solución para resolver problemas sociales relacionados con la reproducción. A los/las profesionales médicos se les permite ejercer control sobre la conducta de las mujeres al apropiarse de la tecnología y del conocimiento de su uso. La necesidad de controlar la reproducción es una exigencia social, para lo cual se exige el consumo de servicios sanitarios, lo que favorece el beneficio económico de las empresas médicas.

Al respecto, Blázquez Rodríguez (2005) señala:

La reproducción humana no es un asunto meramente biológico, sino es una actividad social, que está determinada por diferentes elementos como son política, materiales socioculturales que establecen un modelo de atención basado en una ideología de la reproducción que dota de significado a todos los elementos como el embarazo, parto, puerperio, y produce unas determinadas ideologías de la maternidad y paternidad. (p. 4)

El poder simbólico (Bourdieu, 2000) ostentado por el gremio médico hicieron que los dominantes y los dominados, creyeran que es necesario someterse a los mandatos médicos sin cuestionar este saber, dando paso a la actividad normativa y controladora de la medicina dotada de un poder autoritario (Foucault, 1990). Por lo tanto, nos encontramos ante una dominación fundamentada en una legitimidad de carácter técnico-científico (Martínez, 2004) que se presentan como el orden natural de las cosas (Bourdieu, 2000). Fue así como el control del Estado sobre los cuerpos de las mujeres antes, durante y después del parto, obtuvo su legitimación⁴.

En este contexto, para Zárate (2007) el parto medicalizado se posiciona como el nuevo paradigma de la reproducción y de la salud en general, quedando atrás el parto domiciliario, siendo el hospital donde estos procesos tienen lugar, afianzándose de esta manera, el paradigma basado en el modelo biomédico-tecnológico, que define al parto como un proceso de riesgo, que necesita de intervenciones médico quirúrgicas.

De acuerdo con Imaz (2001) prevalece una maternidad sin autonomía que requiere de una constante guía en su ejercicio, en un contexto donde la medicina asume la vigilancia del embarazo y las mujeres

4 Foucault estaba especialmente interesado en estudiar los efectos del poder sobre el cuerpo y coloca al cuerpo humano en el centro del escenario (...) Este interés le llevó a la construcción de una micro política de regulación del cuerpo y una macro política de vigilancia de las poblaciones. En varias de sus obras investiga el origen y desarrollo de las instituciones modernas, y cómo a través de ellas se ejerce el control de los cuerpos y, por tanto, de las personas. (...) desde mediados del siglo XIX hasta el XX, Foucault se da cuenta que los controles sobre los cuerpos pueden atenuarse y adoptar otras formas. Nos encontramos, así, ante un nuevo tipo de dominación que no se adecua a las formas de legitimidad acuñadas por Max Weber (tradicional, carismático y legal-racional), sino que se fundamenta sobre todo en una legitimidad de carácter técnico-científico o legitimidad en relación con el poder médico y la medicalización (Martínez, 2004:132-133).

terminan viviendo su embarazo a través de sus médicos. Es así como la conducta de los profesionales hacia la mujer se torna paternalista, mientras que la mujer se convierte en sujeto pasivo en la toma de decisiones sobre su cuerpo, debiendo “colaborar” en todo momento con lo que decide el equipo profesional de forma unilateral. Al respecto, Davis Floyd (s.f) afirma:

El cuerpo se metaforiza como una máquina, el hospital como una fábrica donde se elabora el producto, el bebé y la tecnología es trascendente sobre todo el proceso, sobre los procesos normales. El cuerpo de la madre es una máquina defectuosa de por sí y el experto técnico es el que rescata y produce al bebé. (p. 3)

En síntesis, dentro de los contextos de atención de la salud se construyen relaciones profundamente asimétricas entre el personal médico y las usuarias de servicios de salud, derivado de la institucionalización de los procesos reproductivos, que desplaza a la mujer del rol protagónico en su propio embarazo, lugar que pasa a ser ocupado por la autoridad del saber profesional.

EL ROL DE LA MEDICINA Y DE LOS MÉDICOS COMO LEGITIMADORES DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

El tratamiento en el modelo hegemónico tecnocrático, se orienta hacia una estandarización de los procesos, sirviéndose de protocolos y de reglas, que consolidan la percepción del profesional de la salud hacia las embarazadas como un objeto de intervención y no como un sujeto de derecho; tendencia que se comienza a evidenciar desde que los profesionales de salud son estudiantes de medicina. En torno a esta situación Davis Floyd (s.f) opina:

El modelo tecnocrático está basado en la “medicina de médicos” y en la transmisión de información del maestro medico al estudiante, no en la evidencia científica, es innegable que en el hospital el uso de muchos procedimientos es rutinario no basado en la evidencia científica (p. 6)

Este fenómeno es denominado por Castro (2014), como *hábitus médico* es decir, todas aquellas predisposiciones que los profesionales de la salud adquieren durante su formación en escuelas y facultades, a través de los rígidos sistemas de jerarquías, castigos y etiquetas—entre ellas de clase y de género—que reciben y que experimentan durante ese tiempo, como parte integral de su educación profesional.

Para Castro & Erviti (2015), existen patrones y estrategias de comunicación y sometimiento que se activan y funcionan en la cotidianidad de los servicios que pasan casi inadvertidas (debido a su carácter rutinario); lo que juega un papel central en la generación de las condiciones de posibilidad que desembocan en ese fenómeno social que llamamos “violación de derechos reproductivos en el espacio de los servicios de salud” (p.27).

Es fundamentalmente un efecto de la estructura de poder del campo médico y de la lógica-práctica que caracteriza el *hábitus* de los prestadores de servicios. En cuanto a las interacciones del personal de salud, particularmente las del médico con las mujeres, Castro (2014) señala la existencia de una propensión de los médicos a estructurar en términos jerárquicos el curso de la acción. Ello ocurre a través de conductas autoritarias, que se manifiestan espontáneamente, con las expresiones que en esa lógica-práctica parecen más adecuadas y en las que se esperan las conductas “apropiadas” de las mujeres:

Estamos frente a un campo médico en el que opera una estructura de poder tal que es capaz de invertir el mundo, esto es, de describir las cosas que ocurren dentro de éste de una manera por completo opuesta a las evidencias fácticas, y de imponer dicha descripción a todos los actores involucrados (Castro, 2014, p.185)

En este escenario, el personal médico realiza prácticas que son cuestionables y que ocultan formas de maltrato que vulneran los derechos sexuales y reproductivos, dando paso a la violencia obstétrica, manifestada en situaciones de abuso, desinformación y maltrato que a su vez son silenciadas por las mujeres, quienes ven estos comportamientos como normales (Belli, 2013).

APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La Ley venezolana sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia en artículo 51º, define la violencia obstétrica como:

La apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico 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 (Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia, 2007, abril 23, p.8)

Posteriormente Argentina y México también incluyeron en sus leyes la penalización a este tipo de conductas lesivas contra las embarazadas. En el 2014, fue la primera vez en la que la OMS denunció el maltrato en la atención al parto bajo los siguientes términos:

En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación (OMS, 2014, p.1).

La violencia obstétrica es consecuencia del proceso de la medicalización del parto, aunque pudiera darse también en algunos casos con mujeres no embarazadas durante procedimientos ginecológicos rutinarios. Esta violencia es de género y ha sido invisibilizada, pues forma parte de una práctica generalizada instaurada desde el paradigma médico, que excede lo físico y lo verbal y es también institucional; lo que dificulta su identificación y penalización.

Este trato deshumanizador se materializa por un lado, de manera física cuando se realizan prácticas invasivas y suministro de medicación no justificadas por el estado de salud, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico. Por otro lado, se ejerce de manera psicológica con la utilización de lenguaje inapropiado, burlas sobre el

estado o cuerpo de la mujer o su hijo, críticas por manifestar emociones como alegría o dolor, no proporcionar información completa, abandono en el cuidado, deficiente atención médica y otras conductas que escalan en gravedad.

En general, el problema radica en que la violencia institucional en la atención de la salud es reproducida de manera naturalizada y automática en las rutinas de trabajo y es por ello que al propio personal médico le es difícil identificar ciertas conductas poco decorosas hacia las usuarias.

El informe “Con todo al aire” (Chiaroti, García, Aucía y Armichiardi, 2003) recoge los testimonios de mujeres que se atienden en hospitales, maternidades y centros de salud públicos, en los que se evidencia la existencia de tratos crueles, inhumanos y degradantes por parte del personal, incluyendo obstetras, enfermeras y médicas. “Con todo al aire” tomó el título de los relatos de mujeres que aseguran ser obligadas a permanecer desnudas en el parto, sin respeto a su intimidad o privacidad. Todos los testimonios constituían casos de discriminación por género, clase social y muchas veces por origen étnico: “no grites, ponte una almohada” y “si te gustó lo dulce ahora aguántate lo amargo” (p.27), es lo que escuchan muchas mujeres al momento de parir.

Este modo de actuar del equipo médico y de la propia institución podría responder a diferentes factores. Entre ellos figura el temor a demandas por mala práctica que inducen a una “medicina defensiva”⁵. Otro de los factores podría ser el tiempo, ya que las instituciones no están preparadas para esperar el trabajo de parto. Y por último, el factor económico y lucrativo que representa la cesárea aplicada en embarazos de bajo riesgo; lo que evidencia una clara interferencia en el derecho que tienen las mujeres a que el parto sea de ellas y no del equipo que las está atendiendo.

Por otro lado, estudiosos del tema como Michelle Sadler, antropóloga y Gonzalo Leiva, director del Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile en entrevista con el Diario Universidad de Chile

⁵ Definida por Iñigo (1999) como un mecanismo de reacción profesional sanitario con la doble vertiente de evitar la reclamación y asegurar la intervención.

(como se citó en Viñals, 2015), coinciden en que este tipo de violencia trasciende al equipo médico, convirtiéndose en sistémica. Tanto es así, que los propios profesionales pudieran sentirse afectados, incluso con sensación de culpabilidad después de haber presenciado partos donde se ha ejercido violencia obstétrica.

El informe presentado por la (OMS,2014), denuncia las prácticas irrespetuosas, ofensivas y negligentes durante el parto en centros de salud, tales como el maltrato físico, la humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización), falta de confidencialidad, incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, negativa a administrar analgésicos, violaciones flagrantes de la privacidad y rechazo de la admisión en centros de salud.

Por su parte la Ley Orgánica venezolana sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007) explicita como actos que se consideran constitutivos de violencia obstétrica los siguientes:

1. Omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas.
2. Obligar 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 y amamantarlo inmediatamente después de 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.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA E INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Las relaciones del médico con las farmacéuticas, configuran otro de los factores que contribuyen a violentar los derechos de las

mujeres cuando están en gestación. La prescripción de medicamentos no necesarios durante la gestación por parte del médico a cambio de beneficios (conferencias, muestras de medicamentos, estudios, becas, asistencia a congresos), ha quedado en evidencia; así lo sugiere Márquez y Meneu al señalar:

Para la construcción de nuevas enfermedades y la comercialización de tecnologías que las diagnostiquen y las traten, la industria necesita compañeros de viaje. Para ello, financia a grupos de investigación de instituciones académicas y de sociedades científicas, que— además de participar en las investigaciones— van a ser elementos valiosísimos en la promoción de los nuevos medicamentos. Muchos productos se promocionan gracias a los artículos de apoyo escritos por médicos que son líderes de opinión, y que se publican en importantes revistas especializadas. Las actuaciones para lograr que los médicos prescriban pasan también por facilitar los medios para que puedan hacer el diagnóstico. Y es aquí donde entran los regalos de equipos y tecnologías a los centros sanitarios, ante los que una cierta miopía contable puede hacer creer que los equipamientos se consiguen a coste cero (2009, p.76).

Sin ánimos de desacreditar el papel que las farmacéuticas han tenido en la investigación y desarrollo en beneficio de la salud, es un hecho que la industria farmacéutica, es uno de los sectores económicos más rentables y lucrativos del planeta. El premio nobel de medicina británico, Richard J. Roberts (como se citó en Pérez y Jiménez, 2014) denunció la forma en la que operan las grandes farmacéuticas dentro del sistema capitalista, “anteponen los beneficios económicos a la salud y detienen el avance científico en la cura de enfermedades porque curar no es tan rentable como la cronicidad” (p.356).

Está claro que el poder oligopólico de las farmacéuticas está poniendo en riesgo la sostenibilidad de los sistemas sanitarios público y el acceso a los medicamentos a gran parte de la población. También han generado graves problemas de salud y las mujeres embarazadas no han estado exentas. Es necesario recordar el caso de la Talidomida⁶ cuyo

⁶ Fármaco sedante e hipnótico que se introdujo en el mercado mundial en 1957 para tratar la ansiedad, el insomnio y las náuseas y vómitos en mujeres embarazadas.

laboratorio fabricante, Chemie Grünenthal, lo comercializaba en 48 países de Europa y África, así como en Japón, Australia y Canadá en 1957. Un par de años más tarde, las malformaciones congénitas comenzaron a detectarse en Europa y el resto del mundo. Concretamente, los hijos de la talidomida nacían con graves malformaciones, sobre todo en los brazos y antebrazos. La tragedia de la talidomida motivó la exigencia de ensayos clínicos para evaluar la eficacia y seguridad de los medicamentos antes de su puesta en el mercado. (Papaseit, García y Farré, 2013)

El estudio Drug and Therapeutics Bulletin publicado por la revista BMJ (2016), concluyó que los multivitamínicos para las embarazadas son un negocio que hace que las mujeres desperdicien su dinero, porque sólo deberían tomar suplementos en caso de tener alguna carencia concreta. Los autores recomiendan que las mujeres que quieran tener un embarazo saludable lleven una alimentación sana.

La realidad es que, en caso de carencias de nutrientes o minerales es necesario suplementar, pero la tendencia ha sido recetar estos multivitamínicos de forma indiscriminada. Por ejemplo, de acuerdo a este estudio, un exceso de vitamina A, puede afectar al desarrollo del feto, así como un exceso de ácido fólico podría aumentar el riesgo de autismo (BMJ, 2016).

VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN CHILE

Recientemente, en Chile fue publicado un informe de DDHH (Instituto de Derechos Humanos de Chile (INDH), 2016) en el que se dedica un capítulo a la violencia obstétrica. Los testimonios que allí se recogen, dan cuenta del maltrato a las embarazadas en el sistema de salud chileno. Si bien, el informe valora la baja tasa de mortalidad materna que ha mantenido el país durante los últimos diez años, alerta sobre el alto número de cesáreas que son practicadas.

Según datos de la Organización para el Comercio y el Desarrollo Económico (como se citó en INDH, 2016) el 44,7% de los nacimientos en Chile son por esta vía, estadística que sobrepasa con creces los estándares que la OMS recomienda; número que oscila entre el 10 y el 15%. El desarrollo excesivo de cesáreas, explica el INDH, es un ejemplo de los problemas que tienen el sistema de salud chileno actual, que tiene un

impacto perjudicial en el ejercicio de los derechos de las mujeres.

A su vez, la falta de información respecto de otro tipo de prácticas cuestionadas -como los enemas y la episiotomía (incisión perineal para facilitar la expulsión del bebé)- dificulta el desarrollo de un diagnóstico acabado referido a la situación de violencia en el proceso de embarazo, parto y puerperio (INDH, 2016)

Un estudio realizado por la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile (Binfa et al., 2016) realizado en 9 maternidades del sistema de salud público arrojó los siguientes resultados:

- 90,8% de las mujeres se les indujo médicamente el trabajo de parto (uso de oxitocina).
- 59,1% de las mujeres se le rompieron artificialmente las membranas.
- 79,7% de las mujeres estuvieron en posición dorsal de litotomía (tendidas de espalda) durante la dilatación y el expulsivo.

Las conclusiones de este estudio indican que la mayoría de las mujeres recibieron atención inconsistente o contraria a lo indicado en el manual de atención del parto del Ministerio de Salud (MINSAL). A pesar de esto, solo un tercio de las encuestadas declaró su insatisfacción con la atención profesional recibida, hecho que evidencia la naturalización de estas prácticas.

Otro informe del Observatorio de Equidad de Género en Salud en Chile (Organización Panamericana de la Salud, 2013) cuestionó el uso de procedimientos dirigidos a acelerar los partos y la alta proporción de partos por cesárea, las que están instaladas en el sistema hospitalario, aun cuando existen normativas dirigidas a la humanización y personalización en la atención del parto. Para Leiva (como se citó en Viñals, 2015), este tipo de violencia viene ocurriendo durante décadas. Desde su punto de vista, el ejemplo más visible es la intervención en exceso, particularmente con el empleo de la cesárea:

Nosotros como profesionales del nacimiento en Chile, hablo de matronas, médicos, estamos súper orgullosos de nuestra tasa de mortalidad materna porque dentro de América, tenemos

es una de las más bajas, pero cuando uno analiza y empieza a comparar la forma en que se están obteniendo esas tasas tú dices, podríamos hacerlo de una manera más eficiente y no tan intervencionista, porque el hecho de tener alta tasa de cesárea, tanta episiotomía, o tanto intervencionismo no es lo que hoy día explica que llegemos a esta tasa de mortalidad.(...)¿qué estamos haciendo hoy día? colocan un pie en el hospital o en la clínica, y comenzamos inmediatamente a intervenir, y eso, las altas tasas de intervencionismo también explican altas tasas de cesáreas (Viñals, 2015, 26 de diciembre).

Para el Director del Observatorio de Violencia Obstétrica, el intervencionismo y la deshumanización del nacimiento viene incluso desde las universidades:

La Declaración de Fortaleza del año 85, sobre el uso apropiado de la tecnología en el parto, de la OMS, es el documento más antiguo que viene a hablar de estos temas. En ese documento se plantea que las universidades no sólo debiesen enseñar el enfoque biomédico del nacimiento sino que enseñar todas las otras cosas relevantes que son los contextos culturales, sociales, psicológicos y cómo eso es trascendente para la mujer. ¿Qué vemos hoy día? Las universidades en Chile lo que hoy están haciendo es sacando buenos trabajadores para un sistema que reproduzca el sistema actual y tener más mano de obra. La crítica que hacemos quienes estamos dentro de las universidades, tiene que ver con preguntarnos qué está ocurriendo en las maternidades, cuál es el escenario del nacimiento en Chile. Y proponer alternativas al nacimiento desde la base y eso significa empezar a formar nuevos profesionales (Viñals, 2015, 26 de diciembre).

Por su parte, Naihomi Gálvez citada en Viñals (2016, 29 de junio), miembro de las organizaciones Tribu de parto y Cría Iguales, opina que en Chile actualmente no existe protección a las mujeres en materia gineco-obstétrica. Para Gálvez, la violencia obstétrica ocurre todo el tiempo, ha sido naturalizada, y se trata de un tipo específico de violencia de género que atenta contra los derechos de las mujeres.

MECANISMOS DE DENUNCIAS EN CHILE

Actualmente, lo único que pueden hacer las mujeres que han sufrido violencia obstétrica en Chile, es en el caso de que el prestador de salud sea público, dirigirse a la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) del Ministerio de Salud y poner un reclamo invocando la ley 20.584 sobre Derechos y Deberes de los Pacientes.

En el caso que el prestador de salud sea privado, puede solicitarse una mediación o interponer una denuncia en la Superintendencia de Salud. Ambos mecanismos son generales para todo tipo de malos tratos sufridos en el contexto de atenciones de salud y normalmente son invocadas en casos de negligencia médica.

NECESIDAD DE LEGISLAR EN TORNO A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Chile a pesar de contar con la Ley de Violencia Intrafamiliar y la tipificación del femicidio; la misma es excluyente de otras formas de violencia contra las mujeres. Chile no tiene un marco legal sobre esta forma de violencia.

En enero de 2015, las diputadas de la Nueva Mayoría, Loreto Carvajal y Marcela Hernando, presentaron un proyecto de ley para penalizar la violencia obstétrica⁷, al establecer disposiciones generales que incluyeron derechos de la mujer embarazada, la asistencia al parto, concepto de violencia obstétrica, entre otros. También definen sanciones a los funcionarios de la Salud, sean de recintos privados o públicos, a través del Código Penal y al Prestador de Salud que incumpliera total o parcialmente con lo dispuesto en la ley, los que podrían ser castigados por la autoridad sanitaria competente con multas de 10 a 50 UTM. Sin embargo, a pesar de esta intención de legislar, el proyecto no es una prioridad en el Congreso.

⁷ Proyecto de Ley que establece los derechos de la mujer embarazada durante el trabajo de parto, parto y el postparto, además de sancionar la violencia gineco-obstétrica.

Sin embargo, en la actualidad, los derechos de la mujer embarazada se encuentran dispersos en distintos cuerpos normativos, por lo tanto, Chile carece de una legislación que otorgue un cuerpo único y sistemático al resguardo de sus derechos.

POSICIÓN DEL COLEGIO DE MATRONAS EN CHILE EN TORNO A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

La presidenta del Colegio de Matronas de Chile, Anita Román (como se citó en Trafilaf, 2015) señaló que las parlamentarias antes de criminalizar las conductas de los funcionarios, deberían considerar las falencias que existen en los recintos de salud pública:

Comparto que hay violencia obstétrica, es indudable que la hay, pero resulta que antes de presentar ese proyecto las diputadas deberían ver cuántas matronas faltan en este país, cuántos médicos faltan en este país, cómo gestionan los directores de hospital, que hay hospitales que tienen de todo para sus pacientes y otros que no tienen nada. Muchas veces, en la gran mayoría de los casos, las pacientes deberían demandar porque no le hacen la cesárea cuando corresponde, no hay ninguna opción, ellas piden y claman por una cesárea y nadie les dice que bueno porque hay una presión enorme para disminuir las cesáreas. (Trafilaf, 2015, 28 de enero)

Román explicó que las principales afectadas son las mujeres de menores ingresos, porque las personas que tienen recursos ya tienen agendadas sus respectivas cesáreas y su parto tiene un tratamiento diferente.

RESPONSABILIDAD DEL ESTADO CHILENO

A juicio de la presidenta del Colegio de Matronas, Román, los recursos que pone el Estado para evitar la violencia obstétrica, no son los suficientes. A su juicio, la forma más importante de aportar por parte del Estado es con la entrega de mayores recursos. En su opinión quien debiera ser enjuiciado es el Estado por “no haber hecho un estudio serio de la humanización del parto y del nacimiento” (Trafilaf, 2015, 28 de enero).

De acuerdo al Observatorio de Equidad de género en Salud (OEGS), el programa de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud, estableció desde hace algunos años, orientaciones destinadas a favorecer el apego, aumentar la participación del padre y reducir el intervencionismo del sistema de salud, orientaciones que fueron plasmadas en el Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo del Ministerio de Salud de Chile (2008). No obstante, en 2010 la Escuela de Obstetricia de la Universidad de Chile realizó un estudio financiado por el Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud (Fonis) sobre el estado de humanización del parto en maternidades de la ciudad de Santiago, que mostró que las prácticas tradicionales continúan firmemente instaladas (Organización Panamericana de la Salud, 2013). La deshumanización del proceso del parto es evidente y, aunque no es exclusiva de ese sector, puede ser particularmente intensa para aquellas mujeres que se atienden en el sistema público de salud, debido a las asimetrías de poder.

Tal como se ha evidenciado en opiniones de representantes de organismos y particularmente de la presidenta del Colegio de Matronas de Chile, al Estado chileno se le atribuye la responsabilidad por la existencia en sus centros de salud, de un mal empleo de los protocolos de atención, falta de personal, carencia de recursos, y la ausencia de una adecuada actualización profesional. No obstante, el Estado es tan responsable como el equipo de salud, quienes ejercen de forma directa la violencia obstétrica así como también quienes dirigen las instituciones involucradas.

Las acciones del Estado deben estar dirigidas a evaluar el seguimiento de las normas existentes, a la capacitación y sensibilización de los equipos y a la educación en la perspectiva de empoderamiento y desarrollo de autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos, sexualidades y procesos reproductivos. Por lo tanto, se hace necesaria la implementación de políticas públicas por parte del Estado, con el fin de obtener una real garantía en los derechos de la mujer embarazada y su hijo al momento de nacer.

CONSIDERACIONES FINALES

El cuerpo femenino ha sido expropiado por la medicina, abarcando no solo el parto, sino también los demás ciclos de la vida de la mujer: la niñez, la menarquía, la adolescencia, la adultez, la madurez y la tercera

edad; etapas que el discurso médico ha transformado en “patologías”, vinculadas a la construcción de mitos sobre depresiones, inestabilidad emocional, libido bajo y cualquier otro síntoma que legitiman y perpetúan en el tiempo el paradigma biologicista sobre el cuerpo femenino.

Con la medicalización del cuerpo femenino, se controló tanto su sexualidad como su capacidad reproductiva. Este estricto control al que se someten las embarazadas tiene su correlato en un modelo de maternidad caracterizado por la minusvalía de las gestantes frente al saber médico, que deriva en una asimetría de poder en el que el conocimiento de las mujeres y sus experiencias quedan relegados.

En este escenario, el personal médico realiza prácticas que ocultan formas de maltrato que vulneran los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, dando paso a la violencia obstétrica, expresada en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. A su vez, el maltrato y la desinformación son silenciados por las mujeres, quienes naturalizan estas prácticas.

La violencia obstétrica no solo es una forma explícita de violencia de género, sino que desde el marco de derechos humanos transgrede el derecho a la salud, a la integridad personal, a la información y a la vida privada. Tal como se ha mencionado, este tipo de violencia constituye un problema estructural de carácter global en los sistemas de salud, que requiere atención, ya que incurre no solo en actos discriminatorios por género, sino también por clase social y hasta en algunos casos por origen étnico.

Chile en la actualidad no tiene un marco legal que regule esta forma de violencia contra las mujeres a pesar del trato deshumanizado, el abuso de medicalización y la patologización de los procesos naturales firmemente instalados en las prácticas médicas, tal como es señalado en el reciente informe del INDH (2016) quién alerta sobre la creciente deshumanización de la experiencia del embarazo en el que se ha visto vulnerado el derecho de las mujeres a participar de las decisiones relacionadas con la atención de la gestación, del parto y del postparto. Adicionalmente este informe en torno a la atención en el trabajo de parto, indicó que en las últimas décadas se han mantenido prácticas físicamente

abusivas y la intervención innecesaria ha llevado a desconocer o subestimar la importancia de los aspectos psicológicos del embarazo y del parto.

En consecuencia, los desafíos para el Estado chileno se inscriben por un lado, en la disminución del número de cesáreas; el contar con un personal capacitado con perspectiva de género e interculturalidad con respeto a los derechos humanos, así como también en la mejora de la infraestructura y suministro de insumos. Por el otro, se hace necesario y urgente la aprobación de un nuevo marco jurídico que regule este tipo de violencia, así como también, se requiere fortalecer un sistema de contraloría interna y de quejas en las instituciones en las que se atienden los partos, a fin de favorecer el acceso a la justicia en caso de violencia obstétrica.

Por último es necesario sensibilizar al gremio médico y a estudiantes de medicina en torno a la violencia obstétrica, además de promover una formación que aborde tanto el enfoque biomédico del nacimiento como los contextos culturales, sociales, psicológicos en el que está inmerso la mujer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agustín, S. (2014). *Solilosquios*. Madrid, España: Ediciones Rialp.
- Barreda, Íñigo (1999). La medicina defensiva: tendencias y experiencias en el ámbito internacional. *Revista CONAMED*, (13), 18-21. Recuperado de: <http://www.imbiomed.com/1/1/descarga.php?archivo=Cn913-04.pdf>
- Barreiro, A. (2004). La construcción social del cuerpo en las contemporáneas. *Revista de sociología*, (73), 127-152.
- Blázquez Rodríguez, M. I. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *Revista de Antropología Iberoamericana*, (42), 1-25. Recuperado de: http://www.itson.mx/micrositios/equidad-genero/Documents/antropologia_de_la_reproduccion.pdf
- Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO*, 1(7), 25-34. Recuperado de: http://www.unesco.org/uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf
- Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata* 7(18), 93-111. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5106936.pdf>

- Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., Cavada, G. y Foster, J. (2016). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health service in Chile. *Midwifery*, 35, 53-61.
- BMJ Journal (2016). Vitamin supplementation in pregnancy. Drug and Therapeutics Bulletin. *DTB*, (54), 81-84. doi:10.1136/dtb.2016.7.0414.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu & Wacquant. (1992) *An invitation to reflexive sociology*. EEUU: University of Chicago press. Recuperado de: <http://www.public.iastate.edu/~carlos/607/readings/bourdieu2.pdf>
- Butler, J. (1988). Performative acts and gender constitution: An essay in phenomenology and feminist theory. *Theatre Journal*, 40(4), 519-531.
- Butler, J. (2002) *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del «sexo»*. Argentina: Paidós.
- Calvo Martínez T. (1978). Aristóteles, Acerca del alma, Madrid: Editorial Gredos.
- Castro, R.& Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria*. México, DF: CRIM.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del hábitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197.
- Chiaroti, S.; García, M.; Aucía, A. y Armichiardi (2003). *Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Argentina: INSGENAR- CLADEM.
- Crespo, A. (1994). Mujer y medicina en la Baja Edad Media. *Hispania*, 54(186), 37-52.
- Davis Floyd, Robby. (s.f.). *Los tres paradigmas de salud y nacimiento desde una perspectiva Femenina*. Conferencia Aesmatronas. Recuperado de: http://www.aesmatronas.com/descargas/CONFERENCIAS_AESMATRONAS/06_MUJER_GENERO/05_TRES_PARADIGMAS.pdf
- Douglas, M. (1971). Do dogs laugh? A cross-cultural approach to body symbolism. *Journal of Psychosomatic Research*, 15(4), 387-390.
- Douglas, M. (1988). *Símbolos naturales: exploraciones en cosmología*. Madrid: Alianza.
- Elias, N. (1988). *El proceso de la civilización*. Madrid: FCE.
- Foucault, M. (1987). *La voluntad del saber*. Madrid: XXI editores.
- Foucault, M. (1990). *Historia de la medicalización en la vida de los hombres infames*. Madrid: La Piqueta.

-
- Imaz, E. (2001). Mujeres gestantes, madres en gestación. *Política y Sociedad*. Recuperado de: revistas.ucm.es/index.php/poso/article/download/poso0101130097a/24407
- INDH. (2016). *Situación de los DDHH en Chile 2016*. Santiago, Chile.
- Laqueur, T. (1994). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Cátedra.
- Larroyo, F. (2005). *Diálogos de Platón*. República de Argentina: Editorial Porrúa.
- Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (2007, abril 23) Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.668,1-41.
- Mauss, M. (1973). Techniques of the Body *Economy and Society*, 2(1), 70-89.
- Márquez, S. & Meneu, R. (2007). La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión clínica y sanitaria. *Revista de Filosofía*, 5(2), 47-53. Recuperado de: <http://www.revistadefilosofia.org/4Lamedicalizacion.pdf>
- Martínez, A. (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Revista de sociología*, 73, 127-152.
- Martínez, A. (2014). Los cuerpos del sistema sexo/género. Aportes teóricos de Judith Butler. *Revista de Psicología-Segunda Época*, 12.
- Ministerio de Salud de Chile. (2008). *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo*. Chile: Subsecretaría de Salud Pública.
- Montse, J. (1991). Crear el nacimiento: la medicalización de los conflictos en la reproducción. *Reis*, 53, 29-51. Recuperado de: http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_053_05.pdf.
- Oakley, A. (1979). A Case of Maternity: Paradigms of Women as Maternity Cases. *Signs*, 4 (4), 607-631.
- Organización Mundial de la Salud. (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, p.2.
- Organización Mundial de la Salud. (2014) *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
- Organización Panamericana de la Salud (2013). *Informe Monográfico 2007-2012. Violencia de Género en Chile*. Chile: Observatorio de Equidad de Género en Salud. Recuperado de: http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=sistema-de-salud&alias=123-violencia-de-genero-en-chile-informe-monografico-2007-2012&Itemid=1145
- Papaseit, E., García, O.& Farré, M. (2013). *Talidomida: una historia inacabada*. Anales de
-

Pediatría, 78(5), pp. 283-287

- Pérez, J. y Jiménez, D. (2014). The discreet charm of drugs. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(4), 349-360. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v40n4/spu10414.pdf>
- Poljak, Asia. (2009). La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista venezolana de estudios de la mujer*, 14(32), 125-146. Recuperado de: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-37012009000100010&script=sci_abstract
- Trafilaf, S. (2015). Diputadas presentan proyecto que penaliza la violencia gineco-obstétrica. *Diario UChile*, 28 de enero. Recuperado de: <http://radio.uchile.cl/2015/01/28/diputadas-presentan-proyecto-que-penaliza-la-violencia-gineco-obstetrica/>
- Turner, B. (1989). *El cuerpo y la sociedad: exploraciones en la teoría social*. México: FCE.
- Uzandizaga, M. (1944). *Historia de la Obstetricia y de la Ginecología en España*. Santander: Editorial Aldus.
- Viñals, V. (2015, 26 de diciembre). Matrón por violencia obstétrica: “Si separamos a una madre de su hijo, el sistema nos gana”. *Diario UChile*. Recuperado de: <http://radio.uchile.cl/2015/12/26/matron-por-violencia-obstetrica-si-separamos-a-una-madre-de-su-hijo-el-sistema-nos-gana/>
- Viñals, V. (2016, 29 de junio). Violencia obstétrica: Una deuda del Estado con las mujeres. *Diario UChile*. Recuperado de: <http://radio.uchile.cl/2016/06/29/violencia-obstetrica-la-deuda-del-estado-con-los-derechos-de-las-mujeres/>
- Zárate, M. (2007) *Dar a Luz en Chile, siglo XIX. De la ciencia de la hembra a la ciencia obstétrica*. Chile, Santiago: Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos.