

Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud

Manuel Cárdenas Castro¹ y Stella Salinero Rates²

Forma de citar

Cárdenas Castro M, Salinero Rates S. Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. Rev Panam Salud Publica. 2022;46:e24. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>

RESUMEN

Objetivo. El objetivo del presente artículo es reportar los resultados de la primera encuesta sobre violencia obstétrica en Chile, de modo de hacer visible una realidad más frecuente de lo que creemos y comparar su ocurrencia según tipo de servicio (público o privado) en que se ha atendido el parto.

Métodos. Se trata de un estudio descriptivo y de tipo transversal conducido entre los meses de diciembre de 2019 y mayo de 2020. La muestra quedó compuesta por 2105 mujeres de todas las regiones de Chile.

Resultados. Los análisis de los datos indican que un 79,3% de las mujeres cree haber experimentado alguna forma de violencia obstétrica. A pesar de la gran cantidad de informes de violencia en centros de salud públicos y privados, se detectan diferencias estadísticas significativas entre ambos, y son más frecuentes en los centros públicos. Del mismo modo, se detectan más informes de violencia obstétrica en mujeres jóvenes (18-29 años), en quienes se identifican con pueblos originarios y entre quienes tienen una orientación sexual no heterosexual.

Conclusiones. La violencia obstétrica es parte del continuo de violencia hacia las mujeres e informada de modo sistemático por quienes atienden sus partos tanto en servicios públicos como privados de salud. Es una forma de violencia que tiene graves consecuencias en las mujeres debido tanto a la posición del equipo médico y a la relevancia del evento de parto en la vida de cualquier mujer.

Palabras clave

Servicios de salud para mujeres; violencia obstétrica; centros de asistencia al embarazo y parto; Chile.

La violencia obstétrica (VO) se ha definido como la apropiación del cuerpo de las mujeres por parte del personal de salud mediante prácticas que devienen en la medicalización y patologización de sus procesos reproductivos, las cuales redundan en la pérdida de autonomía de las mujeres y en un descenso significativo de su calidad de vida (1-5). La medicalización del cuerpo refiere a la excesiva intervención médica durante la gestación, el parto y el puerperio (6,7). La patologización se ha entendido como un efecto que convierte el cuerpo materno y el parto y nacimiento en una enfermedad que conlleva un potencial riesgo (8-10). La VO contraviene las definiciones de la Organización Mundial de la Salud referidas a experiencias positivas de nacimiento (11).

La VO se traduce en prácticas concretas como la episiotomía sistemática, la maniobra de Kristeller, la cesárea sin justificación,

la rotura de la membrana, el monitoreo fetal constante, el uso de oxitocina sintética para producir y acelerar las contracciones uterinas y los tactos vaginales reiterados, entre otras. Del mismo modo, puede traducirse en prácticas con efectos a nivel psicológico, tales como amenazas, retos, infantilización, burlas y groserías, como también mediante la negativa de atención (12-15). Se trata, en muchos casos, de intervenciones que, además, no han sido informadas y consentidas por las mujeres (16).

Existe un relativo acuerdo en diferenciar la VO de otras prácticas de violencia médica, en el sentido de que está dirigida hacia las mujeres, en particular hacia las gestantes, parturientas y púerperas, lo cual constituye una forma específica de violencia de género arraigada en las concepciones socioculturales sobre las mujeres y los cuerpos femeninos, y que sería una expresión más del continuo de violencia hacia las mujeres (1, 3, 4, 16-18).

¹ Universidad de Talca, Chile. ✉ Manuel Cárdenas Castro, jose.cardenas@utalca.cl

² Universidad de Valparaíso, Chile.

Se trataría de una expansión hacia el campo de su salud sexual y reproductiva de la violencia que viven en los distintos ámbitos de sus vidas quienes son asignadas al nacer como mujeres.

En términos generales, una serie de estudios informa sobre la prevalencia de abusos en el ámbito de los cuidados de salud de 20% para mujeres y de 8% en hombres (16), lo que pondría de manifiesto diferencias percibidas en el trato por ambos grupos. Otros estudios, de tipo cualitativo, indicaron que las mujeres definían su experiencia como sentirse anuladas (17) por parte del personal de salud. Del mismo modo, existen estudios que informan que entre 13% y 28% de las mujeres han experimentado abuso dentro del sistema de salud en el marco de su atención ginecológica (19) y que dicho abuso se asociaría con morbilidad y mortalidad materna en el parto (18,19) enfatizado que la falta de respeto y el abuso en el parto constituyen causas importantes de sufrimiento y violación de los derechos humanos para las mujeres en muchos países. Todos estos estudios se han realizado en países cuyas realidades distan mucho de la latinoamericana. Una revisión sistemática reciente sobre la falta de respeto o el maltrato durante el parto en América Latina (20) identificó una prevalencia durante la atención institucional del parto de 43%. Esta medida no difirió significativamente según el tipo de hospital (público o privado). Si bien existen pocos estudios del contexto chileno, uno de los que conocemos (21) indica que 92,7% de las mujeres que participaron del estudio informan como prácticas comunes la rotura artificial de las membranas, el uso de oxitocina y la analgesia epidural. Un tercio de las mujeres de dicho estudio informó estar descontentas con la atención que recibieron.

Existen suficiente evidencia que indica que la VO tiene un profundo impacto en la salud física y psíquica de las mujeres (22-25), ya que muchas de las prácticas que se consideran VO redundan en incisiones y cortes en el cuerpo que alteran la fisonomía, dejan marcas y cicatrices, y pueden derivar en relaciones sexuales dolorosas, incontinencia urinaria, problemas de autoestima y depresión, entre otros (13, 24, 25). Para muchas de las mujeres, la atención ginecológica puede llegar a constituir una experiencia traumática, ya que en ella se establece una relación asimétrica y donde las retóricas del cuidado (10, 22) hacen que el daño infringido por quienes se suponen que deberían cuidarlas pueda llegar a tener un efecto más profundo. Se trataría de un tipo de trauma relacional (26) que opera mediante la falta de reconocimiento y la invisibilización de las mujeres.

El objetivo de este estudio fue informar los resultados de la primera encuesta sobre violencia obstétrica en Chile, de modo de visibilizar dicha violencia y comparar su ocurrencia según el tipo de servicio (público o privado) en que se ha atendido el parto. Esta decisión queda justificada dado el excesivo nivel de segmentación y estratificación socioeconómica del modelo de salud chileno, lo que limita el acceso oportuno y refuerza inequidades en la calidad de atención de salud (27) basadas en criterios socioeconómicos, que se cruzan con factores sociales y culturales (pertenencia a pueblos originarios, lugar de residencia o género, entre otros).

MATERIALES Y MÉTODO

Diseño, población y muestra

El estudio, de tipo descriptivo y transversal fue conducido entre los meses de diciembre de 2019 y mayo de 2020. La

población objetivo fueron las mujeres mayores de 18 años que habían tenido un parto al interior del sistema público o privado de salud en Chile y que residen en cualquiera de las regiones del territorio chileno. La muestra, de carácter no probabilística, quedó compuesta por 2 105 mujeres, que respondieron el cuestionario en su totalidad, y cuyas edades fluctuaron entre 18 y 82 años (media: 35,08 y desviación estándar [DS]: 9,77).

Recolección de datos

Los datos utilizados se obtuvieron a través de la Primera Encuesta Nacional de Violencia Ginecológica y Obstétrica en Chile GINOBS2020. El cuestionario fue aplicado mediante una plataforma en línea (Survey Monkey®) y se realizó una invitación amplia para contestar la encuesta mediante redes sociales y contactos de diversas organizaciones y colectivos feministas.

Para la recopilación de datos se utilizó un cuestionario en el que se indagaba sobre una serie amplia de variables referidas al historial de atención ginecológica y obstétrica de las mujeres. En este estudio solo se informan los resultados referidos a violencia obstétrica y en la porción de la muestra que comunicó haber tenido al menos un parto. En el primer apartado se consultaba sobre variable sociodemográficas (edad, orientación sexual, identidad sexual, nivel educacional, tipo de centro donde se realizó el parto e identificación con pueblos originarios o como afrodescendiente, entre otras).

Se ha utilizado la escala de violencia obstétrica (28) que consta de 14 ítems en formato Likert con cinco opciones de respuesta (que van desde 1 = No describe para nada lo que me ocurrió, hasta 5 = Definitivamente esto me ocurrió). La escala ha sido validada para su uso nacional con buenos índices de fiabilidad e indicaciones de validez del constructo, así como evidencia de su invarianza a lo largo de diversas muestras. Además, se consultó a las participantes por la realización de una serie de prácticas sistemáticas por parte de miembros del equipo médico durante su parto: rasurado de genitales externos, la prohibición de tomar líquidos o comer durante el trabajo de parto, las indicaciones de permanecer acostada durante el trabajo de parto, uso de enema (lavado intestinal), uso de medicamentos para desencadenar el parto (oxitocina), rotura artificial de membrana, compresión del abdomen al momento de los pujos (maniobra de Kristeller), el legrado o raspaje de útero sin anestesia, la cesárea, los tactos vaginales reiterados y la episiotomía. El formato de respuesta era de carácter dicotómico (sí o no) y apuntaba a detectar presencia o ausencia del procedimiento. Además, se consultó a las participantes si, dadas sus respuestas a la escala de VO y las prácticas descritas, consideraban que habían experimentado violencia obstétrica. También se consultó si se les había pedido firmar consentimiento informado y en qué circunstancias.

Análisis de datos

Para todos los análisis se utilizaron los programas SPSS 20.0® y G*Power 3.1.6®. Se realizaron análisis descriptivos (frecuencias, medias, DS) y comparaciones de medias entre grupos (pruebas t para muestras independientes), para todas las cuales se han calculados los tamaños de los efectos (*d* de Cohen). Del mismo modo, se han realizado pruebas de χ^2 para la relación existente entre las variables cualitativas.

Consideraciones éticas

El proyecto cuenta con la aprobación de los Comités de Ética Científica de las Universidades de Valparaíso y Talca, y ha sido apoyado por el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT 1210102) de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile (ANID). Las participantes completaron un consentimiento informado en que se le explicaban los principales objetivos del estudio y se les ofrecían condiciones de anonimato (no se solicitaban los nombres de las participantes ni tampoco información personal que pudiese permitir su identificación) y confidencialidad (aunque también la posibilidad de contactarnos y entregarnos y recibir información adicional sobre el estudio o los contenidos referidos al mismo). El estudio se diseñó según los principios de la Declaración de Helsinki sobre principios éticos para la investigación con seres humanos y teniendo en consideración la Ley 19628 sobre protección de la vida privada.

RESULTADOS

En el cuadro 1 se describe el porcentaje de los partos realizados en el sistema público o privado para cada categoría de las variables edad, nacionalidad, orientación sexual e identificación étnica, así como los porcentajes de respuesta para la pregunta referida a si considera que ha vivido VO durante su parto.

Se observa una relación estadísticamente significativa entre la edad, la identificación étnica (pertenencia a pueblos originarios) y la orientación sexual con la VO. Lo anterior significa que las mujeres menores de edad, las mujeres de orientación no heterosexual (a excepción de las lesbianas, con quienes no se detecta asociación significativa) y aquellas que se identifican con pueblos originarios comunican VO con mayor frecuencia.

Además, se trata de los grupos que suelen atender sus partos en el sistema público.

Los resultados obtenidos indican que, de las 2 105 mujeres encuestadas, 79,28% considera que experimentó VO durante su parto. En relación con el tipo de institución en que se realizó el parto, esta cifra aumenta a 86,5% en los hospitales públicos y desciende a 72,4% en clínicas privadas. Esta diferencia de proporciones tiene una asociación significativa con el tipo de institución en que se atiende el parto (χ^2 : 52,72; $p < 0,001$; Phi: 0,175). En el cuadro 2 se pueden observar los estadísticos descriptivos para los ítems de la escala de VO utilizados, tanto para la muestra global como para las muestras segmentadas por la variable relacionada con el centro donde se atendió el parto.

Se detectaron diferencias significativas en todos los ítems; los tamaños del efecto de dichas diferencias fueron, en su mayoría, medianos (rango de valores de d entre 0,22 y 0,91). La diferencia para la escala total entre quienes atendieron su parto en una institución pública (media: 3,27 y DS: 1,11) o privada (media: 2,44 y DS: 1,08) resultan significativos ($t_{(1772)}$: 16,02, $p < 0,001$; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 0,73-0,93), lo que indica que los niveles de VO comunicados fueron significativamente mayores en las instituciones públicas. Los resultados indican que la percepción de ser infantilizadas o anuladas por parte del equipo médico, la percepción de vulnerabilidad que emerge de la atención recibida, el impedimento de estar acompañadas durante el parto y la realización de procedimientos en ausencia de un consentimiento debidamente informado son las más frecuentes. Al analizar los resultados segmentados por el tipo de institución (privada o pública), se observa que, en los hospitales públicos, las medias más altas refieren a la sensación de sentirse infantilizada o anulada por el equipo médico, la dificultad de manifestar inquietudes o temores, expresar sus emociones durante el trabajo de parto y la exposición a la

CUADRO 1. Proporción de partos realizados en el sistema público y privado, e informes de violencia obstétrica para cada uno de los subgrupos de las variables edad, identificación étnica, nacionalidad y orientación sexual

| Subgrupos para las variables y tamaño muestral | Sistema público (%) | Sistema privado (%) | Violencia obstétrica (%) | Valor de χ^2 (p) | Valor de Phi |
|--|---------------------|---------------------|--------------------------|---------------------------|--------------|
| Edad (años) | | | | | |
| 18-29 (n = 635) | 60,8 | 39,2 | 88,1 | 71,98 (0,001) | 0,196 |
| 30-40 (n = 956) | 47,2 | 52,8 | 79,0 | | |
| 41-50 (n = 372) | 44,1 | 55,9 | 71,7 | | |
| ≥ 51 (n = 183) | 51,9 | 48,1 | 59,4 | | |
| Identificación étnica | | | | | |
| Se identifica con pueblo originario (n = 341) | 61,6 | 38,4 | 84,1 | 5,01 (0,025) | 0,051 |
| No se identifica con pueblo originario (n = 1 893) | 49,8 | 50,2 | 78,4 | | |
| Se considera afrodescendiente (n = 81) | 67,9 | 32,1 | 79,0 | 0,05 (0,946) | 0,002 |
| No se considera afrodescendiente (n = 2 153) | 50,9 | 49,1 | 79,3 | | |
| Nacionalidad | | | | | |
| Chilena (n = 2 201) | 51,5 | 48,5 | 79,2 | 0,51 (0,476) | 0,016 |
| Extranjera (n = 33) | 57,6 | 42,4 | 84,4 | | |
| Orientación sexual | | | | | |
| Heterosexual (n = 2 047) | 49,9 | 50,1 | 78,4 | 9,73 (0,021) | 0,071 |
| Bisexual (n = 151) | 68,9 | 31,1 | 88,5 | | |
| Lesbiana (n = 11) | 72,7 | 27,3 | 75,0 | | |
| Otra orientación sexual (n = 25) | 72,0 | 28,0 | 88,0 | | |

Los tamaños muestrales informado (n) corresponden al número de partos informados en cada subgrupo.
Fuente: elaboración propia a partir de los datos presentados en el estudio.

CUADRO 2. Estadísticos descriptivos para los ítems de la escala de violencia obstétrica según el tipo de servicio de salud en donde se atendió el parto y comparación de sus medias

| Ítems de la escala de violencia obstétrica | Total | | Sistema público | | Sistema privado | | Prueba t | IC95% | Valor de p | Tamaño del efecto (d) |
|---|-------|------|-----------------|------|-----------------|------|----------|-----------|------------|-----------------------|
| | Media | DT | Media | DT | Media | DT | | | | |
| El personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento | 3,09 | 1,8 | 3,55 | 1,71 | 2,55 | 1,74 | 12,1 | 1,83-1,15 | <0,001 | 0,58 |
| Te trataron con sobrenombres o diminutivos o como si fueras incapaz de comprender los procesos por los cuales estabas atravesando (“mamita”, “gordita”, etc.) | 3,34 | 1,76 | 3,65 | 1,67 | 2,95 | 1,78 | 8,5 | 0,53-0,83 | <0,001 | 0,38 |
| Te sentiste infantilizada o anulada por el equipo médico como si fueras incapaz de tomar decisiones sobre lo que te ocurría antes, durante o después del parto | 3,49 | 1,71 | 3,82 | 1,6 | 3,09 | 1,76 | 9,13 | 0,57-0,88 | <0,001 | 0,43 |
| Fuiste criticada de algún modo por expresar tus emociones (llorar, gritar de dolor, etc.), durante el trabajo de parto y el parto | 3,18 | 1,8 | 3,69 | 1,68 | 2,6 | 1,75 | 13,39 | 0,93-1,25 | <0,001 | 0,63 |
| Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera | 3,26 | 1,75 | 3,78 | 1,59 | 2,63 | 1,7 | 14,63 | 0,99-1,30 | <0,001 | 0,69 |
| Te realizaron procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o sin explicarte por qué eran necesarios | 3,35 | 1,76 | 3,66 | 1,65 | 2,99 | 1,8 | 8,14 | 0,51-0,83 | <0,001 | 0,38 |
| En el momento del parto, te obligaron a permanecer acostada boca arriba aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición | 2,91 | 1,8 | 3,3 | 1,76 | 2,49 | 1,75 | 9,68 | 0,65-0,97 | <0,001 | 0,46 |
| Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades | 2,96 | 1,81 | 3,36 | 1,76 | 2,59 | 1,78 | 9,06 | 0,59-0,93 | <0,001 | 0,43 |
| Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza | 2,39 | 1,8 | 3,03 | 1,87 | 1,58 | 1,29 | 18,73 | 1,29-1,60 | <0,001 | 0,91 |
| Se te impidió el contacto inmediato con tu hija/o recién nacido antes de que se lo llevara la/el neonatólogo para control (acariciarlo, tenerlo en brazos, etc.) | 2,3 | 1,74 | 2,47 | 1,77 | 2,09 | 1,66 | 4,6 | 0,22-0,54 | 0,001 | 0,22 |
| Después del parto, te hicieron sentir que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti (que no habías “colaborado”) | 2,02 | 1,52 | 2,4 | 1,65 | 1,6 | 1,24 | 11,34 | 0,65-0,93 | <0,001 | 0,55 |
| La experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido | 3,33 | 1,79 | 3,72 | 1,67 | 2,9 | 1,8 | 9,95 | 0,66-0,98 | <0,001 | 0,47 |
| Después del parto se te negó la posibilidad de utilizar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de natalidad (DIU, ligadura de trompas, etc.) | 1,65 | 1,3 | 1,81 | 1,4 | 1,43 | 1,09 | 6,27 | 0,26-0,49 | <0,001 | 0,3 |
| Durante el trabajo del parto o con posterioridad a este te sentiste expuesta a la mirada de otras personas desconocidas para ti (exposición a extraños) | 3,1 | 1,81 | 3,58 | 1,7 | 2,59 | 1,77 | 11,98 | 0,83-1,15 | <0,001 | 0,57 |

dt, desviación típica; IC95%: intervalo de confianza del 95%; DIU, dispositivo intrauterino.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos presentados en el estudio.

mirada de personas ajenas al equipo médico, todas situaciones que las hicieron sentir vulnerables. En el caso de las clínicas privadas, la sensación de sentirse infantilizadas o anuladas es la experiencia comunicada con mayor frecuencia, al mismo tiempo que la realización de procedimientos sin entregar consentimiento ni recibir información, el uso de sobrenombres o

diminutivos como si fueran incapaces de comprender la experiencia por la que atravesaban, y la sensación de vulnerabilidad que emerge de ella son las que logran las medias más altas.

En el cuadro 3 se muestran los resultados obtenidos sobre la consulta referida a la realización de una serie de prácticas sistémicas durante la atención del parto. Se observa una gran

CUADRO 3. Proporción de procedimientos realizados durante el parto según el tipo de servicio de salud en donde se atendió el parto y pruebas de asociación entre procedimientos y tipo de servicios

| Procedimientos e intervenciones realizados durante el parto | Total (%) | Sistema público (%) | Sistema privado (%) | Valor de χ^2 | Valor de p | Valor de Phi |
|---|-----------|---------------------|---------------------|-------------------|--------------|--------------|
| Rasurado de genitales externos | 50,2 | 52,6 | 45,5 | 8,48 | 0,003 | 0,071 |
| Enema (lavado intestinal) | 26,3 | 26,5 | 21,3 | 6,36 | 0,012 | 0,06 |
| Prohibición de consumir líquidos y alimentos | 68,8 | 70,5 | 66,3 | 3,53 | 0,06 | 0,045 |
| Indicación de mantenerse acostada todo el tiempo | 57,7 | 63,4 | 52,0 | 22,87 | <0,001 | 0,114 |
| Administración de medicamentos o goteo para “apurar” el parto (oxitocina sintética) | 51,2 | 55,5 | 47,1 | 12,35 | <0,001 | 0,084 |
| Rotura artificial de membrana | 45,9 | 47,3 | 44,6 | 1,21 | 0,271 | 0,026 |
| Tactos vaginales reiterados realizados por diferentes personas | 48,8 | 61,2 | 33,8 | 131,11 | <0,001 | 0,274 |
| Compresión del abdomen al momento de los pujos (maniobra de Kristeller) | 37,7 | 41,1 | 31,7 | 17,39 | <0,001 | 0,1 |
| Episiotomía (corte para ensanchar el canal de parto) | 43,3 | 48,2 | 35,3 | 29,68 | <0,001 | 0,131 |
| Cesárea | 48,1 | 39,3 | 57,7 | 58,46 | <0,001 | 0,184 |
| Raspaje de útero sin anestesia | 5,6 | 8,0 | 3,4 | 17,04 | <0,001 | 0,099 |

Fuente: elaboración propia a partir de los datos presentados en el estudio.

cantidad de comunicaciones de prácticas tales como la prohibición de consumir líquidos y alimentos (68,8%), la indicación de mantenerse acostada durante todo el tiempo que duró el parto (57,7%), la administración de medicamentos para “apurar” el parto (51,2%), el rasurado de genitales externos (50,2%), los tactos vaginales reiterados y realizados por personas diferentes (48,8%), las cesáreas (48,1%), la rotura artificial de membranas (45,9%) y las episiotomías (43,3%), entre otros. Dada la alta frecuencia de realización de estas prácticas tanto en servicios públicos como privados, algunas de las diferencias no resultan estadísticamente significativas. Entre las que sí lo son, se señala que, en las instituciones públicas, estas prácticas suelen ser más frecuentes, sobre todo las referidas a los tactos vaginales reiterados, la episiotomía, la compresión del abdomen al momento de los pujos y la administración de medicamentos para “apurar” el parto. Entre las que se realizan con más frecuencia en servicios privados (clínicas) que en públicos (hospitales), se informan las cesáreas.

Con respecto al uso de consentimientos informados referidos a los procedimientos realizados durante el parto, se encontró que 55,4% de las mujeres declaran haber firmado dicho consentimiento. Del mismo modo, 63% de este grupo declara que dicho consentimiento era claro y preciso y que, por lo tanto, que lo entendieron. Del total de mujeres que firmó un consentimiento, 21,4% lo hizo en las consultas o controles previos al trabajo de parto y 24,3% tuvo que firmarlo durante el trabajo de parto. Al desagregar estos datos por tipo de institución, se observa que 49,9% de quienes se atendieron en hospitales públicos y 63,7% en clínicas privadas recuerdan haber firmado un consentimiento; por otra parte, 53,2% y 71,9%, respectivamente, consideran que la información entregada en el mismo era clara y precisa. Se detecta una relación entre el tipo de institución de atención del parto y la entrega de información clara y precisa mediante protocolos estandarizados de consentimiento informado (χ^2 : 33,49; p < 0,001; Phi: 0,138).

DISCUSIÓN

El presente estudio analiza la percepción de VO en Chile y las diferencias existentes en la atención en dos tipos de centros de salud (públicos y privados). Es un hecho que el modelo de atención de salud chileno es muy estratificado, y que el tipo de centro de atención del parto responde a las posibilidades

económicas de las mujeres, las cuales a su vez dependen de factores sociales y culturales, tales como la identificación étnica, la edad y la orientación sexual. Es por ello que existen variaciones constatables en los modelos de atención de parto en el sistema público o privado, aunque en ambos se realiza un manejo activo del parto (29) que implica una cadena de intervenciones, la mayor parte de las veces innecesarias, con vistas a apurarlo o reducir “potenciales riesgos”. Del mismo modo, dicha VO se encuentra naturalizada y, durante mucho tiempo, ha resultado imperceptible o ha sido considerada simplemente como parte del modelo de nacimiento, arraigándose dichas prácticas en esquemas mentales que permitían invisibilizar la violencia del sistema de salud.

Se trata de una realidad que se ha hecho visible en diversos contextos (29-32) y que puede tener consecuencias graves en la salud psíquica y física de las mujeres que la experimentan. De allí la importancia de preguntarse por el modo en que estas prácticas se instalaron en el sistema y que, muy probablemente, se relacionen con la capacitación del personal de salud y los imaginarios sociales referidos al evento de nacimiento.

Los resultados del estudio indican que, en comparación con las prevalencias agregadas informada para otros países (16-8, 20), en Chile resulta alarmante la enorme proporción de mujeres que comunica haber vivido alguna forma de VO. La violencia es la norma y no la excepción. Se trata, por lo mismo, de un problema grave de salud pública y de respeto de los derechos humanos. Ocho de cada diez mujeres informan haber experimentado la violencia al interior del sistema de salud, revelando este espacio como una parte del continuo de violencia que las mujeres padecen a diario. Estudios previos han mostrado cómo este problema se reproduce en el ámbito de la atención ginecológica (33). En este sentido, no resulta extraño que, a diferencia de los hallazgos de otros estudios (20), en el contexto del sistema de salud chileno, muy estratificado por nivel socioeconómico, sí se detectan diferencias estadísticas significativas entre centros públicos y privados. Lo anterior no implica, como se señaló, que la VO solo se produzca en el sistema público, sino que es la norma en ambos, pero resulta aún más evidente en el sistema público. Lo anterior resulta sumamente alarmante dada la identificación de funcionarios públicos (personal de salud de centros públicos) que pueden ser consignados como perpetradores de la VO.

Por otra parte, es muy preocupante la constatación de relaciones significativas entre la VO y la pertenencia a determinados grupos minoritarios. Esto es, identificarse con un pueblo originario, pertenecer al tramo etario más joven y adscribir a una orientación sexual no heterosexual ponen a las mujeres en una situación de mayor vulnerabilidad. De este modo, la violencia contra las mujeres al interior de los servicios de salud se articula con otras categorías sociales relevantes (etnia y orientación sexual) y muestra cómo también se reproducen en el ámbito sanitario los prejuicios sociales más arraigados.

Los comentarios irónicos o descalificadores, las bromas sobre los deseos de las mujeres vinculados a su parto o el uso de diminutivos que no hacen sino infantilizarlas resultan una práctica recurrente. La negativa del equipo médico a responder a las preguntas que se les formulan, a considerar la posición, los deseos y conocimientos de las mujeres sobre sus propios procesos y cuerpos, la falta de empatía, las críticas permanentes a la expresión de sus emociones o por manifestar dolor, no son sino demostraciones del trato inhumano que campea en la atención obstétrica. Para las mujeres que realizan cuestionamientos, los procedimientos se tornan dolorosos a modo de castigo. Todo el entorno se prepara para comodidad del equipo médico y no de la gestante. La intervención continua (el monitoreo fetal, la rotura de bolsa, el goteo intravenoso, los tactos vaginales reiterados, las cesáreas injustificadas, la realización sistemática de la episiotomía, el impedimento de estar acompañada en un momento tan importante para los padres y los bebés) y el parto medicalizado, no son sino una muestra de un manejo activo del parto que resulta completamente injustificado y que da cuenta de una de las representaciones más importantes que opera en los equipos de salud: la creencia de que los cuerpos de las mujeres son intrínsecamente defectuosos (28,33) y que han de ser guiados y reparados. Todo ello sin informar a las mujeres y solicitar su consentimiento.

El parto debería constituir una experiencia positiva, íntima y amorosa en las vidas de las madres y sus bebés. Sin embargo, demasiadas veces resulta en una experiencia dolorosa, iatrogénica y de cuyas secuelas muchas mujeres solo se percatan mucho tiempo después de ocurridas (p. ej., traumas, cicatrices, fístulas obstétricas, incontinencia y sexualidad dolorosa, entre otras). La sensación de vulnerabilidad o culpabilidad, hacer sentir a las mujeres que no estuvieron a la altura de las circunstancias cuando se les negó el control de sus propios procesos y se les arrebató un momento que debería ser para ellas y no para el equipo médico, todas estas prácticas son ejemplos de violencia obstétrica. De allí que no resulte extraño que cada vez sean más las parejas que optan por alternativas al parto medicalizado, como el parto en casa, en búsqueda de respeto y autonomía para decidir.

Si bien esta encuesta tiene una serie de limitaciones, de las cuales la principal es su carácter no representativo, esto no le resta importancia a los hallazgos (aunque limiten su capacidad para generalizar los resultados). Del mismo modo, contiene una serie de sesgos relacionados con la autoselección de la muestra (p. ej., las encuestadas deben tener acceso a dispositivos conectados a internet y quienes están más motivadas para contestar son, probablemente, quienes han tenido experiencias de violencia en la consulta ginecológica o quienes realizan activismo dado el modo de reclutar a las participantes) que podrían hacer sobrestimar la prevalencia de este fenómeno, y que no hacen sino reafirmar nuestra creencia en la necesidad de realizar más

y mejores estudios sobre VO, parto y nacimiento. En cualquier caso, si bien los sesgos en la composición de la muestra pueden hacer sobrestimar la prevalencia de VO en general, también es cierto que la naturalización de ciertas prácticas puede conducir a subestimar aquellas consideradas menos graves y que muchas veces ni siquiera son consignadas en las fichas clínicas (aunque esto podría deberse a la conciencia de que se trata de prácticas desaconsejadas, innecesarias o directamente ilegales). Es por ello que resulta importante contrastar la medida subjetiva de percepción de violencia con el listado de prácticas que se han realizado para manejar el parto (tal como se las presentó en la sección de Resultados). Del mismo modo, consideramos que una fortaleza de este estudio es justamente que lo realizado junto con agrupaciones de la sociedad civil y colectivas feministas, que participaron con nosotros en cada fase de la investigación.

A manera de conclusión, se puede señalar que la VO es parte del continuo de violencia hacia las mujeres y es informada de modo sistemático por quienes atienden sus partos tanto en servicios públicos como privados de salud chilenos, y que es una forma específica de violencia contra las mujeres que tiene consecuencias graves en sus vidas debido a la diferencia de posición con respecto al equipo médico y a la enorme relevancia del evento de parto en la vida de la mayoría de las mujeres. Nos parece relevante que futuros estudios puedan indagar en las causas de la VO y sugerimos que podría pesquisarse en la capacitación que recibe el personal sanitario (p. ej., representaciones sobre la salud y la enfermedad, imaginarios sobre los cuerpos de las mujeres, estereotipos y prejuicios sexistas, entre otros, que puedan incluirse en la formación y operar de manera subrepticia), al mismo tiempo que se realicen intervenciones que propendan a sensibilizar al personal de salud y protocolarizar sus actuaciones. Del mismo modo, resulta importante estudiar cómo el modelo médico hegemónico reproduce los prejuicios sociales y cómo la pertenencia a ciertas categorías pone en situación de mayor vulnerabilidad a ciertos colectivos específicos.

Contribución de los autores. MCC y SSR concibieron el estudio, construyeron el instrumento y dirigieron el proceso de recopilación de los datos; MCC realizó los análisis estadísticos; MCC y SSR escribieron y revisaron el manuscrito original. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final.

Agradecimientos. Los autores agradecen a las integrantes del Colectivo contra la Violencia Ginecológica y Obstétrica, que prestaron asesoría en el diseño de la encuesta y brindaron apoyo en el proceso de recopilación de datos y difusión de los resultados. En particular, se agradece a Thania Guzmán, Daniela Vargas y Carmen García por el trabajo desarrollado en conjunto al interior de la colectiva.

Conflictos de interés. Ninguno declarado por los autores.

Financiamiento. Este manuscrito cuenta con el apoyo del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT Regular N°1210102) de la Agencia Nacional de Investigación y Desarrollo de Chile (ANID).

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PAJPH* y/o de la OPS.

REFERENCIAS

- Arguedas G; La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos de Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe. 2014;11:145-169. Disponible en: <https://doi.org/10.15517/c.a.v11i1.14238>
- Bellón S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Dilemata. 2015;18:93-111.
- Cohen S. Making loud bodies "feminine": a feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. Hum Stud. 2016;39:231-247. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10746-015-9369>
- Sadler M, Santos M, Ruiz-Berdúm D, Leiva-Rojas G, Skoko E, Guillen P, Clausen J. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. Reproductive Health Matters. 2016;24(47):47-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Salinero S. Fue un terremoto. Violencia obstétrica y relatos de mujeres en Chile. Debate Feminista. 2021;62:148-168. Disponible en: <https://doi.org/https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2021.62.2277>
- Almonte G. Violencia ginecológica y obstétrica. La medicalización del cuerpo femenino. Revista Décsir. 2016;2:1-10.
- Sena LM. Ameaçada e sem voz, como num campo de concentração: a medicalização ao do parto como porta e palco para a violência obstétrica. Centro de Ciencias de la Salud. Tesis doctoral. Universidad General de Santa Catarina; 2016.
- Hernández-Garre JM, Echevarría P. Sociología del parto: conflictos asistenciales en el marco del paradigma tecnocrático. Revista Internacional de Sociología. 2016;74(1):E025. Disponible en: <https://doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>
- Nacer en Libertad, memorias de parto. Relatos de mujeres para renacer juntas. Santiago de Chile: Quimantú; 2015.
- Salinero S. Parto en casa: una respuesta a la violencia obstétrica e institucional. El mostrador. 2017. Disponible en: <https://www.elmostrador.cl/braga/2017/11/18/parto-en-casa-una-respuesta-a-la-violencia-obstetrica-e-institucional/> Acceso el 20 de junio de 2021.
- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: 9789275321027_spa.pdf (paho.org) Acceso el 29 de diciembre de 2020.
- Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Con todo al aire 1. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Rosario: INSGENAR/CLADEM; 2003. Disponible en: <http://www.indh.cl/informe-anual-situacion-de-los-derechos-humanos-en-chile-2016>
- Majety C, Bejugam S. Challenges and barriers faced by women in accessing justice against obstetric violence. International Journal of Reproduction Contraception Obstetrics and Gynecology. 2017;5(9):2899-2903. Disponible en: <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20162968>
- Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Ginebra: OMS; 2014.
- Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. Rev Lat Am Enferm. 2018;26:e3069. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
- Brüggemann J, Swahnberg K. What contributes to abuse in health care? A grounded theory of female patients' stories. Int J Nurs Stud. 2013;50:404-412. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.003>
- Swahnberg K, Thapar-Björkert S, Berterö C. Nullified: women's perceptions of being abused in health care. J Psychosom Obstet Gyn. 2007;28(3):161-67. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/01674820601143211>
- Schroll A-M, Kjaergaard H, Midtgaard J. Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women: a qualitative study. BMC Pregnancy and Childbirth. 2013;13(74). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-74>
- Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis. Boston: USAID-TRAction Project - Harvard School of Public Health; 2010. Disponible en: <http://www.tractionproject.org/resources/access-skilled-care-respectful-maternal-care/exploring-evidence-disrespect-and-abuse>
- Tobasía-Hege C, Pinart M, Madeira S, Guedes A, Reveiz L, Valdez-Santiago R, et al. Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: revisión sistemática y metaanálisis. Rev Panam Salud Publica. 2019;43:e36. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36>
- Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G, Foster J: Assessment of the implementation of the model of integrated and humanized midwifery health services in Chile. Midwifery. 2016;35:53-61. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.018>
- D'Oliveira AF, Diniz S, Schraiber L. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. Lancet. 2002;359:1681-1685. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6)
- Mena-Tudela D; Iglesias-Casás S; González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chillon MJ. Obstetric violence in Spain (part I): women's perception and interterritorial differences. Int J Environ Res Public Health. 2020;17:7726. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- de Souza KJ, Rattner D, Gubert MB. Institutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression. Rev Saude Publica. 2017;51:69.
- Brummelte S, Galea LAM. Postpartum depression: etiology, treatment, and consequences for maternal care. Horm Behav. 2015;77:153-166. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>
- Benjamin J. El Tercero. Reconocimiento, clínica e investigación relational. 2012;6(1):169-179.
- Castillo C, Molina-Milman H. El sistema de salud chileno: análisis y perspectivas en el marco del estallido social de octubre de 2019. Revista Estado y Políticas Públicas. 2020;VIII(14):53-67.
- Cárdenas M, Salinero S. Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. Interdisciplinaria. Revista de Psicología y Ciencias Afines. 2021;38(2):209-223. Disponible en: <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.14>
- Kitzinger S. La crisis del parto. Tenerife: Ob Stare; 2015. (Para los autores: hay dos referencias con el mismo número. Se solicita revisar y modificar aquí y en el texto, con cuidado de respetar la numeración correlativa).
- Miller S, Lalonde A. The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: history, evidence, interventions, and FIGO's mother-baby friendly birthing facilities initiative. Int J Gynecol Obstet. 2015;131:49-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.005>
- Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. PLoS Med. 2015;12:e1001847. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Vallana-Sala VV. Es rico hacerlos, pero no tenerlos. Análisis de la violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia. Rev Ciencias de la Salud. 2019;17:128-144. Disponible en: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125>
- Salinero S, Cárdenas M. Violencia ginecológica y silencio al interior del modelo médico en Chile. Rev Obstet Ginecol Venez. 2021;81(3):226-238. Disponible en: <https://doi.org/10.51288/00810306>

Manuscrito recibido el 4 de agosto de 2021. Aceptado para su publicación, tras revisión, el 25 de octubre de 2021.

Obstetric violence in Chile: women's perceptions and differences among health centers

ABSTRACT

Objective. The objective of this article is to report the results of the first survey on obstetric violence in Chile, to bring to light a reality more common than we think, and to compare its occurrence by the type of service (public or private) where the birth was attended.

Methods. This is a descriptive and cross-sectional study conducted from December 2019 to May 2020. The sample was composed of 2 105 women from all regions of Chile.

Results. Data analyses indicate that 79.3% of women believe they have experienced some form of obstetric violence. Despite the many reports of violence in public and private health centers, significant statistical differences were detected between the two, with higher numbers of reports for public centers. Similarly, more reports of obstetric violence were detected in young women (aged 18–29 years), in those who identify as indigenous, and among those with a non-heterosexual sexual orientation.

Conclusions. Obstetric violence is part of the continuum of violence against women and is systematically reported by those who give birth in both public and private health services. This form of violence has serious consequences for women, due to both their difference in position with respect to the medical team and the importance of the birthing event in the life of any woman.

Keywords

Women's health services; obstetric violence; birthing centers; Chile.

Violência obstétrica no Chile: percepção das mulheres e diferenças entre os serviços de saúde

RESUMO

Objetivo. Informar os resultados obtidos na primeira pesquisa sobre violência obstétrica realizada no Chile, com o propósito de dar visibilidade a uma realidade mais comum do que se acredita e comparar sua ocorrência por categoria de serviço de assistência ao parto (rede pública ou privada).

Métodos. Estudo descritivo transversal realizado entre dezembro de 2019 e maio de 2020. A amostra incluiu 2 105 mulheres provenientes de todas as regiões do país.

Resultados. Os dados analisados indicam que 79,3% das mulheres entrevistadas acreditam ter sofrido alguma forma de violência obstétrica. Apesar do alto índice de relatos de violência tanto em serviços públicos quanto privados, observam-se diferenças estatísticas significativas entre eles, com maior ocorrência na rede pública. A violência obstétrica foi relatada com mais frequência entre as jovens (18 a 29 anos), as que se identificam com os povos nativos e as que são de orientação sexual não heterossexual.

Conclusões. A violência obstétrica faz parte do ciclo de violência contra a mulher e é sistematicamente relatada pelo pessoal que presta assistência ao parto em serviços públicos e particulares. Trata-se de uma forma de violência com consequências sérias devido à posição ocupada pela equipe médica e à importância do parto na vida da mulher.

Palavras-chave

Serviços de saúde da mulher; violência obstétrica; centros de assistência à gravidez e ao parto; Chile.
