

Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino

Obstetric violence and gender through medicalization of the female body

Flavio Salgado*

Universidad Tecnológica de Chile-
Institución de educación superior privada, Chile
flaviosalgado2013@gmail.com

Marinelly Diaz**

Universidad Alberto Hurtado, Chile
marinellyf1@gmail.com

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo analizar la relación entre la violencia obstétrica y dos fenómenos macrosociales: la medicalización del cuerpo femenino y la violencia de género en Chile, a fin de develar prácticas que vulneran los derechos sexuales y reproductivos. En cuanto a los métodos, se abordó al cuerpo desde una perspectiva histórica como un constructo social, también se consideraron la normativa legal, así como opiniones e informes de organismos internacionales y expertos que tipifican la violencia obstétrica como una violación de los derechos humanos de la mujeres embarazadas; constatando por un lado, el débil marco legal que protege a las gestantes ante los procesos de medicalización en Chile y por otro lado, un discurso del personal de salud incapaz de reflexionar sobre las implicaciones de sus prácticas en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Palabras claves: Género; embarazo; medicalización; Derechos sexuales y reproductivos.

Abstract

The objective of this research is to analyze the relationship between obstetric violence and two macro social phenomena: the medicalization of the female body and gender violence in Chile, in order to uncover practices that violate sexual and reproductive rights. Regarding the methods, the body was approached from a historical perspective as a social construct, legal regulations were also considered, as well as opinions and reports from international organizations and experts that typify obstetric violence as a violation of the human rights of the pregnant women; noting, on the one hand, the weak legal framework that protects pregnant women from the processes of medicalization in Chile and, on the other hand, a discourse of health personnel unable to reflect on the implications of their practices on women's sexual and reproductive rights .

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

* Docente de la Universidad Tecnológica de Chile INACAP y la Universidad Alberto Hurtado. Candidato a Doctor en Sociología por la Universidad Alberto Hurtado, Chile. Magíster en Antropología e Investigador del Centro de Documentación Indígena Rucadungun.

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

Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino

Introducción

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, la 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. En consecuencia, la presente investigación busca en primer lugar correlacionar la violencia obstétrica con los procesos de medicalización del cuerpo femenino, para luego

establecer la vinculación entre violencia obstétrica y violencia de género. Para ello, se defiende la idea que la violencia obstétrica 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 los procesos de medicalización impulsados por la tecnología, las farmacéuticas, la ideología dominante del personal médico y el mercado.

Finalmente, la presente investigación se regirá por el diseño documental 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 Conrad (2005), Rose (2012) 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, Elías (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 (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 (Calvo, 1978) y San Agustín (2014), la concepción del

cuerpo es más benigna que su predecesor, pues el cuerpo es el instrumento por el cual el sujeto percibe y siente el mundo exterior.

En la Edad Media, el cristianismo tensionó la relación cuerpo-alma, mediante 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 el paradigma de la Fe, se construyen imaginarios sociales orientados a demostrar la supuesta inferioridad de la mujer sobre el hombre y a subrayar la condición pecaminosa del cuerpo femenino (Laqueur, 1994, Usandizaga, 1944).

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. Ahora el poder ya no se preocupaba por salvar almas como en la Edad Media, sino cuerpos (Foucault, 2008). 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.

Con el nacimiento de la clínica, Foucault (2008) advierte sobre el disciplinamiento institucional del cuerpo, mediante nuevas técnicas de las que resulta un cuerpo que responde a ciertos regímenes de verdad y 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 dimensión biológica. Frente a esta problemática de naturaleza epistemológica, los trabajos de Douglas (1971) y Turner (1989) rechazan los dualismos metafísicos entorno al cuerpo.

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 este último, quien determina el modo en que se percibe el cuerpo físico. Desde este enfoque, el cuerpo se entiende como una construcción social, fluida, dinámica y contingente (Butler, 1988).

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, en diferentes épocas históricas, ha prevalecido una red de relaciones tensas en torno al cuerpo, siendo la época moderna donde el poder, emplea la medicina para disciplinar el cuerpo. Al respecto, Foucault, señala:

La disciplina produce cuerpos ejercitados y dóciles. La disciplina aumenta las fuerzas del cuerpo (en términos de utilidad económica) y disminuye esas mismas fuerzas (en términos de obediencia política). En una palabra: disocia el poder del cuerpo; por una parte, hace de este poder una “aptitud”, una “capacidad” que trata de aumentar, y cambia por otra parte la energía, la potencia que de ello podría resultar, y la convierte en una relación de sujeción estricta (2008:160).

No obstante, en la actualidad, la perspectiva antropológica señala que las actuales concepciones del cuerpo están asociadas al auge de la medicina como el saber oficial sobre ese cuerpo (Le Breton, 2002).

La medicina como actividad social

La medicina tal como lo plantea Foucault (1976) es un sistema de valores y prácticas formateados a través de relaciones políticas y sociales, considerada por este autor como una actividad social:

(...) fue siempre una práctica social y lo que no existe es la Medicina “no social”, la medicina individualista, clínica, del coloquio singular, sólo es un mito mediante el cual se defendió y justificó cierta forma de práctica social de la medicina: el ejercicio privado de la profesión. De esta manera, [...] la crisis actual no es realmente actual, y sus raíces históricas deben ser buscadas en la práctica social de la medicina (Foucault, 1976: 156).

Desde el siglo XVIII, la medicina en los países desarrollados ha estado cumpliendo un papel constitutivo en la producción de las personas, forjándose como el portavoz de la autoridad sobre los seres humanos, a través de un discurso afirmativo de su cientificidad (Rose 2012). Esta invención del hombre moderno por la medicina se debe por un lado, al proceso de producción de las prácticas de saneamiento que crearon cuerpos que son disciplinados en relación a la salud y por otro, a la composición de la medicina con otras diversas formas de experiencia, en un contexto donde las relaciones de poder y producción de la subjetividad se evidencian en la práctica médica. Por ello la importancia: “ (...) de traer a la luz los vínculos entre la medicina, la economía, el poder y la sociedad para determinar en qué medida es posible rectificar o duplicar el modelo” (Foucault, 1976: 169).

Se produce entonces lo que llama Foucault (1996) “el despegue médico”, en el que se genera un aumento progresivo del poder del sistema médico sobre el cuerpo, con la ampliación de toda una red institucional de la que es difícil escapar y dentro de la cual se desarrolla una nueva economía del cuerpo y de la salud, orientada a la solución de problemas económicos: “Los consumidores de la asistencia sanitaria se han convertido en actores importantes. El cuidado de la salud está más sujeto a las fuerzas del mercado, la atención médica ha ampliado sus productos y servicios” (Conrad, 2005: 8).

En este contexto, la medicalización es reconocida como un fenómeno que resulta de cierta externalidad del poder y sujeción de los individuos (Illich, 1975); como un evento que está en la raíz de la medicina de emergencia en el siglo XVIII (Foucault, 2006) y como algo producido por los individuos a partir de su propia condición de hombres libres, reflexivos, autónomos y activos (Clarke et al, 2003).

Para Conrad “la profesión médica y la expansión de la jurisdicción médica fue el principal movimiento para la medicalización” (2005:4), así como también las actividades organizativas contribuyeron a este fenómeno, como es el caso de los obstetras y la desaparición de parteras (Wertz y Wertz, 1989, citado en Conrad, 2005).

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: 34).

Este discurso higienista además remarcó la intervención médica como la manera más efectiva de disminuir la mortalidad materno-infantil durante el parto.¹ 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 y Wacquant, 1992) donde las mujeres son las dominadas bajo esquemas mentales contruidos a partir de relaciones de poder, siendo el género el campo a través del cual se articula ese poder. Al respecto, Blázquez Rodríguez señala:

(...) La reproducción humana 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

1 Para Montse (1991) 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.

elementos como el embarazo, parto, puerperio, y produce unas determinadas ideologías de la maternidad y paternidad (2005:4).

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. Fue así como el control del Estado sobre los cuerpos de las mujeres antes, durante y después del parto, obtuvo su legitimación.²

En este contexto, para Zárte (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 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, 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” (s.a: 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 opina: “El modelo tecnocrático está basado en la medicina de médicos y en la transmisión de información del maestro médico al estudiante, no en la evidencia científica, es innegable que en el hospital, el uso de procedimientos es rutinario no basado en la evidencia científica” (s.a: 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 y Erviti, 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 los autores califican: “violación de derechos reproductivos en el espacio de los servicios de salud” (2015: 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

² Foucault analizó los efectos del poder sobre el cuerpo (...) Este interés le llevó a la construcción de una micro política de regulación del cuerpo y una macro política de vigilancia de las poblaciones (...) Nos encontramos, así, ante un nuevo tipo de dominación 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).

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, 2014:185).

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 51⁹, 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: 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, 2014:1).

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 fisiológico.

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.

El informe “Con todo al aire” (Chiaroti, García, Aucía y Armichiardi, 2003) recoge los testimonios de mujeres en 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” (2003: 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”.³ 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 (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

³ Definida por Iñigo (1999) como un mecanismo de reacción profesional sanitario con la doble vertiente de evitar la reclamación y asegurar la intervención.

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

Conrad (2005) advertía sobre las empresas farmacéuticas, quienes a su juicio se han convertido en agentes activos de control social. En este contexto, 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. (...) 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 (2007: 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 (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” (Pérez y Jiménez, 2014:356).

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 Talidomida⁴cuyo 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, el Instituto de Derechos Humanos de Chile (2016), publicó un informe en el que se menciona un 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.

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 (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 tanto por los pacientes como por los profesionales de la medicina. Al respecto, Leiva director del Observatorio de Equidad de Género en Salud en Chile, señaló :

(...) Nosotros como profesionales del nacimiento, 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 lleguemos a esta tasa de mortalidad (Viñals, 2015).

Por su parte, Naihomi Gálvez (Citada en Viñals, 2016), miembro de las organizaciones Tribu de parto y Cría Iguales, opina que en Chile 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.

En 2016, un caso de violencia obstétrica impactó a la opinión pública chilena. Lorenza Cayuhán, comunera mapuche, privada de libertad en Arauco, fue obligada a dar a luz engrillada y rodeada de gendarmes hombres en todo momento. El repudio vino tanto del Colegio Médico como del Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO).

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.

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 obstétrica,⁵ 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 incumpliere 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 unidades tributarias mensuales (UTM). Sin embargo, a pesar

5 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.

de esta intención de legislar, el proyecto no es una prioridad en el Congreso.

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.

Recientemente, en diciembre de 2017, organizaciones de la sociedad civil, introdujeron en el Congreso chileno un nuevo proyecto de ley de parto respetado, que modifica de la ley de derechos y deberes de los pacientes para incluir un nuevo capítulo que establezca un listado de derechos de las mujeres gestantes durante el parto y el nacimiento, además de contemplar también los derechos de los recién nacidos. Su foco es evitar los maltratos y faltas de respeto en la atención y permite que las mujeres sean las que tomen las decisiones respecto de todas las intervenciones que puedan ocurrir durante el proceso.

Posición del Colegio de Matronas en Chile en torno a la violencia obstétrica

El Colegio de Matronas en Chile ha tenido posiciones ambiguas respecto al reconocimiento de la existencia de violencia obstétrica en el país austral. Esto se ha venido observando en las referencias que la propia presidenta de la entidad ha hecho en torno a este flagelo en sus discursos.

El Mercurio, un periódico chileno de amplia circulación nacional, publicó en noviembre de 2017 un artículo sobre la temática en la que Anita Román, presidenta del Colegio de Matronas de Chile, señalaba que “en Chile no existe violencia obstétrica”. Luego agregaba: “probablemente pasaba hace 30 años, pero es algo en lo que hemos avanzado”. Sobre la posibilidad de una ley al respecto y sobre las organizaciones que la impulsaban, opinó lo siguiente: “eso es populismo y demagogia. Estos grupos buscan influenciar respecto de algo que ya no pasa en el país” (Marcano, 2017).

No obstante, en 2014, la misma presidenta del Colegio de Matronas de Chile (citado en Trafilaf, 2015) reconocía la existencia de la violencia obstétrica y señalaba que antes de criminalizar las conductas de los funcionarios, se debería 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).

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, Anita 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).

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.

Frente a este panorama, 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, líbido 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. De allí que la posición de Anita Román, presidenta del Colegio de Matronas de que en Chile, “no existe violencia obstétrica”, evidencia tanto el desconocimiento de los procesos de medicalización y prácticas de su oficio que vulneran los derechos de las mujeres gestantes, como una falta de sensibilidad manifiesta en torno a esta problemática. Por lo tanto, es necesario sensibilizar al gremio médico, matronas y 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.

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.

En Chile, son las organizaciones de sociedad civil, las que se han encargado de visibilizar el tema. Mientras tanto, el Colegio de Matronas ha generado polémica en torno a este flagelo, con sus posiciones ambiguas al respecto y con su insistencia en culpabilizar al Estado de Chile, siendo estas personas que trabajan en las instituciones, dispositivos del Estado, por lo cual no las libera de culpa.

Por último, 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.

Referencias

- ASAMBLEA NACIONAL DE VENEZUELA (2007, abril 23) *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia* Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.668,1-41. Consultado el 20 de mayo de 2016. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>
- BARREDA, I. (1999) “La medicina defensiva: tendencias y experiencias en el ámbito internacional”. *Revista CONAMED* N° 13, p. 18-21.
- BARREIRO, A. (2004) “La construcción social del cuerpo en las contemporáneas”. *Revista de sociología*, N° 73, p. 127-152.
- BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ, M. I. (2005) “Aproximación a la antropología de la reproducción”. *Revista de Antropología Iberoamericana* N° 42, p. 1-25.
- BELLI, L. (2013) “La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos”. *Revista Redbioética/UNESCO*, N° 7, p. 25-34.
- BELLÓN, S. (2015) “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica”.

- Dilemata Nº 18, p.93-111.
- 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*, Nº 35, p.53-61.
- BMJ JOURNAL (2016) "Vitamin supplementation in pregnancy". *Drug and Therapeutics Bulletin. DTB*, Nº 54, p. 81-84.
- BOURDIEU, P. (2000) *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- BOURDIEU, P. Y WACQUANT, L. (1992) *Una invitación a la sociología reflexiva*, Buenos Aires: Siglo XXI.
- BUTLER, J. (1988) "Performative acts and gender constitution: An essay in phenomenology and feminist theory". *Theatre Journal*, Nº4, p.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. Y 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*, Nº 2, p.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.
- CLARKE, A. E.; SHIM, J. K.; MAMO, L.; FOSKET, J. R.; & FISHMAN, J. R. (2003) "Biomedicalization: Technoscientific Transformation of Health, Illness and U.S. Biomedicine". *American Sociological Review*, New York, Nº2, p. 161-194.
- CRESPO, A. (1994) "Mujer y medicina en la Baja Edad Media". *Hispania*, Nº 186, p. 37-52.
- CONRAD, P. (2005) "The Shifting Engines of Medicalization". *Journal of Health and Social Behavior*, Nº1, p. 3-14.
- DAVISFLOYD, ROBBY. (s.a.) "Lostres 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*, Nº4, p.387-390.
- DOUGLAS, M. (1988) *Símbolos naturales: exploraciones en cosmología*. Madrid: Alianza.
- ELÍAS, N. (1988) *El proceso de la civilización*. Madrid: FCE.
- FOUCAULT, M. (1976) "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina". En *Educación Médica y Salud*, Nº2, p. 152-170.
- FOUCAULT, M. (1987) *La voluntad del saber*. Madrid: XXI editores.
- FOUCAULT, M. (1996) *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira.
- FOUCAULT, M. (2008) *El Nacimiento de la Clínica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- ILLICH, I. (1975) *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral Editores.
- 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.
- LE BRETON, D. (2002) *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- MARCANO, J. (2017, 23 de noviembre) Las mujeres rompen el silencio y denuncian la violencia obstétrica. *El Mercurio*. Consultado el 25 de noviembre de 2017. Disponible en: <http://www.economiaynegocios.cl/noticias/noticias.asp?id=419517>
- MÁRQUEZ, S. & MENEU, R. (2007) "La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión clínica y sanitaria". *Revista de Filosofía*, Nº 2, p. 47-53. Disponible en: <http://www.revistadefilosofia.org/4Lamedicalizacion.pdf>
- MARTÍNEZ, A. (2004) "La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas". *Revista de sociología*, Nº 73, p. 127-152.
- MARTÍNEZ, A. (2014) "Los cuerpos del sistema sexo/género. Aportes teóricos de Judith Butler". *Revista de Psicología-Segunda Época*. Nº12.
- MAUSS, M. (1973) "Techniques of the Body". *Economy and Society*, Nº 1, p. 70-89.
- 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*, Nº 53, p. 29-51. Disponible en: 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*, N°4, p.607-631.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1985). *Appropriate Technology of birth*. The Lancet, N° 2, p.436-437.
- 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*. Consultado el 18 de junio de 2016. Disponible en: 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. Consultado el 25 de junio de 2016. Disponible en: 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*, N° 5, p. 283-287
- PÉREZ, J. Y JIMÉNEZ, D. (2014) "The discreet charm of drugs". *Revista Cubana de Salud Pública*, N° 4, p. 349-360. Consultado el 12 de octubre 2016. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v40n4/spu10414.pdf>
- POLJAK, A. (2009) "La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico". *Revista venezolana de estudios de la mujer*, N° 32, p. 125-146. Consultado el 15 de noviembre de 2016. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S1316-37012009000100010&script=sci_abstract
- ROSE, N. (2012). "Biopolítica en el siglo XXI" en *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI* (pp. 35-100). La Plata, Argentina: UNPE: Editorial Universitaria.
- SAN AGUSTÍN (2014) *Solilosquios*. Madrid, España: Ediciones Rialp.
- TRAFILAF, S. (2015, 28 de enero). Diputadas presentan proyecto que penaliza la violencia gineco-obstétrica. *Diario UChile*, Consultado el 12 de marzo de 2016. Disponible en: <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.
- USANDIZAGA, 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". *DiarioUChile*. Consultado el 30 de octubre de 2016. Disponible en: <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. *DiarioUChile*. Consultado el 30 de octubre de 2016. Disponible en: <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.

Citado. SALGADO, Flavio y DÍAZ, Marinelly (2019) "Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino" en *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad - RELACES*, N°29. Año 11. Abril 2019-Julio 2019. Córdoba. ISSN 18528759. pp. 23-34. Disponible en: <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/515>.

Plazos. Recibido: 09/02/2017. Aceptado: 15/01/2019.