

Prácticas y experiencias de violencia obstétrica y gineco-obstétrica como violencia de género en Chile

Practices and experiences of obstetric and gynecological violence as gender-based violence in Chile

Jorge B. Ulloa-Martínez, Liset Acosta, Bernarda Sandoval y Javiera Villar

Recibido 22 septiembre 2021 / Enviado para modificación 13 febrero 2022 / Aceptado 28 febrero 2022

RESUMEN

Objetivo Describir la experiencia de mujeres que han sufrido violencia obstétrica y gineco-obstétrica en Chile.

Métodos Estudio cualitativo en el que participaron 34 mujeres entre 18 y 60 años que experimentaron algún tipo de violencia (obstétrica o gineco-obstétrica) en Chile. Se emplearon entrevistas en profundidad. El análisis se realizó siguiendo los procedimientos del análisis temático.

Resultados La violencia obstétrica es un proceso que marca las relaciones de poder médico en distintos niveles: desde lo procedimental hasta el trato que se tiene con las propias mujeres. Esto puede provocar en ellas diversos estados emocionales y psicológicos catalogados como negativos y traumáticos.

Discusión La violencia obstétrica y gineco-obstétrica es una dimensión de la violencia de género, pues representa cómo la mujer ha sido instrumentalizada en los procedimientos y atenciones médicas. Se evidencia la necesidad de profundizar en las relaciones de poder médico y en las prácticas gineco-obstétricas para la generación de políticas que protejan los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.

Palabras Clave: Violencia contra la mujer; violencia obstétrica; técnicas de diagnóstico obstétrico y ginecológico (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To describe the experience of women who have suffered obstetric and gynecological violence in Chile.

Methods Using a qualitative methodology, this study involved the participation of 34 women aged between 18 and 60 years who have experienced some form of violence (obstetric or gynecological violence) in Chile. In-depth interviews were conducted, and subsequently, the analysis was carried out following the procedures of thematic analysis.

Results Obstetric violence is a process that marks medical power relations at different levels, from the procedural to the treatment of the women themselves, provoking diverse emotional and psychological states that are associated as negative and traumatic.

Discussion Obstetric and gynecological violence is a dimension of gender-based violence as far as it represents how women have been instrumentalized in medical procedures and care. It is evident that there is a need to go deeper into medical power relations and gynecological-obstetric practices in order to generate policies that protect women's reproductive and sexual rights.

Key Words: Violence contre les femmes; violence obstétricale; Diagnostic techniques, obstetrical and gynecological (*source: MeSH, NLM*).

JU: Psic. Ph.D. Ciencias Sociales.
Investigador, CINVIT UV. Valparaíso, Chile.
jorge.ulloa@uv.cl
LA: Psic. Universidad Santo Tomás.
Los Ángeles, Chile.
liset.acosta.mir@gmail.com
BS: Psic. Universidad Santo Tomás.
Los Ángeles, Chile.
berni.sandoval.m@gmail.com
JV: Psic. Universidad Santo Tomás.
Los Ángeles, Chile.
jvillarpsi@gmail.com

El maltrato y violencia contra la mujer han sido reconocidos como un problema de salud pública, de violación a los derechos humanos y una barrera al desarrollo económico (1,2). La violencia de género, entendida como una expresión de las relaciones de poder que se manifiesta como un problema histórico, se expresa de distintas formas y situaciones (3,4). Ha sido estudiada en ámbitos como la violencia intrafamiliar (5); la violencia de pareja (6); la violencia sexual (7,8); la violencia laboral (4) y, en menor medida, la violencia obstétrica y gineco-obstétrica (9,10) la cual, además, no tiene reconocimiento jurídico en Chile.

En este sentido, la violencia obstétrica y gineco-obstétrica (VO y VGO) representan un ámbito de la violencia sexista en el que se encuentran tanto variables estructurales e institucionales como individuales y culturales (11) que se generan en el ámbito de la salud reproductiva de la mujer, el embarazo y el parto y posparto en los servicios de salud, ya sean estos privados o públicos. Por ejemplo, se evidencian negligencias y abusos sobre la salud reproductiva de las mujeres mediante el trato y los procedimientos clínicos (12,13) a través de la realización de cesáreas innecesarias, la negación de información de los procedimientos utilizados, las prácticas hospitalarias que humillan e ignoran las necesidades de las mujeres atendidas, el uso de la maniobra de Kristeller, el uso de oxitocina para acelerar los partos, la realización de episiotomía sin consentimiento (14,15), entre otros malos tratos y abusos que pueden desencadenar en daños permanentes de orden físico, mental y emocional (16).

Actualmente, y tras la problematización y la visibilización de este tipo de vulneraciones, se han elaborado recomendaciones sobre cómo enfrentar los abusos que se presentan en las instituciones y sobre cómo evitar las causas de la violencia contra la mujer en las atenciones de salud obstétricas y gineco-obstétricas. Esto se ha hecho mediante leyes y políticas nacionales de salud reproductiva (17,18).

Sin embargo, a pesar de los esfuerzos de los últimos años, se evidencia falta de información y estudios que den cuenta de la forma en que se percibe la violencia de género en las intervenciones y prácticas relacionadas con las atenciones obstétricas y gineco-obstétricas de las instituciones y de los propios profesionales de la salud. Estos elementos serán abordados en esta investigación.

Violencia hacia la mujer

La violencia hacia la mujer es una manifestación de las relaciones de poder asimétricas basadas en la distinción hombre-mujer que ha derivado en la discriminación y la obstaculización de su pleno desarrollo. Como consecuencia, se ha subalternizado lo femenino frente a lo masculino y la

violencia se ha transformado en un mecanismo social de subordinación con respecto a los hombres (19).

En el último tiempo, las denuncias por violencia intrafamiliar han aumentado (5,20). Este tipo de violencia es entendido como una de las manifestaciones más comunes y explícitas de violencia hacia la mujer (21,22). Asimismo, la violencia sexual ejercida en contra de las mujeres es una de las situaciones más invisibilizadas, particularmente en las sociedades latinoamericanas, y que trae consigo diversas consecuencias con respecto a la salud física y psicológica para las personas expuestas a este tipo de violencia (23).

La violencia hacia las mujeres puede facilitar la violencia obstétrica y gineco-obstétrica (24) a través de presiones económicas que determinan qué tipos de servicios de salud pueden recibir las mujeres. También se ve reflejada en la medicalización del parto, mediante el uso excesivo de tecnología e intervenciones durante el trabajo de parto y el parto. Además, el miedo por parte de los equipos médicos a enfrentar demandas por mala praxis conduce a prácticas de medicina defensiva, que incluyen el uso de intervenciones no deseadas, no consentidas o sin base en la evidencia (16). En esta misma línea, se destaca que existen factores sociales relacionados con el papel de las mujeres y la maternidad que contribuyen a la aceptación y tolerancia de la violencia obstétrica (16,25).

A modo de ejemplo, el porcentaje de cesáreas ha aumentado, alcanzando un 29,2% en América Latina (26). Es importante mencionar que en Chile este incremento se ha mantenido en los últimos años, pasando de un 30% en los hospitales públicos y un 60% en el sistema privado, a un 40,5% y un 76%, respectivamente, entre los años 2000 y 2015 (27). Por esta razón, la declaración emitida por la OMS en 2015 establece el objetivo de que en lugar de buscar tasas de cesáreas definidas, estas intervenciones se realicen únicamente cuando sean necesarias para las usuarias (28). Además, existen intervenciones obstétricas que no son recomendadas por el MINSAL (29). Entre ellas se incluye la excesiva medicalización del parto, que resulta innecesaria, así como la realización de cesáreas sin una justificación médica clara, la utilización de la maniobra Kristeller, la episiotomía que se considera dañina, la administración de anestesia sin el consentimiento de la usuaria y la depilación del vello púbico. También es necesario proporcionar apoyo emocional y permitir la presencia de la familia cercana para reducir el estrés y la ansiedad de las mujeres durante el proceso de parto.

La Primera Encuesta Nacional sobre la violencia ginecológica y obstétrica en Chile reveló que el 79,3% de las mujeres ha experimentado alguna forma de violencia obstétrica (17). Siguiendo esta línea de pensamiento, es evidente que en el país existen desigualdades ocultas y

que no todas las mujeres en Chile reciben atención obstétrica o gineco-obstétrica con igualdad de oportunidades y estándares de calidad, tanto en los partos y la atención prenatal como en las consultas ginecológicas (4).

La violencia y maltrato contra las mujeres constituye una violación de los derechos humanos con graves repercusiones en la salud pública, conllevando consecuencias duraderas y negativas para las víctimas, que abarcan una variedad de lesiones tanto físicas como psicológicas (1). Como resultado de esto, las mujeres expuestas a este tipo de violencia en Latinoamérica no siempre buscan ayuda debido a la falta de conocimiento sobre dónde acudir, en quién confiar o si recibirán una ayuda eficaz, lo que contribuye a que la violencia contra la mujer sea una causa significativa de enfermedad y muerte en la región latinoamericana (30).

En Chile, desde el año 2018 se ha estado debatiendo un proyecto de ley que busca salvaguardar el buen trato, la autonomía de la mujer, la privacidad, la confidencialidad y la multiculturalidad (31). Sin embargo, la violencia obstétrica sigue siendo una práctica arraigada en el país debido a la falta de una ley que la reconozca y defina como tal, lo que implica la ausencia de sanciones específicas para este tipo de violencia (32). Además, al tratarse de una forma de violencia simbólica, se normaliza, lo que provoca diversos daños en las mujeres expuestas a esta violencia, como depresión postparto, sentimientos de culpa, ansiedad y desconfianza hacia los profesionales de la salud, quienes suelen invisibilizar este tipo de violencia, al igual que la sociedad que nos rodea.

MÉTODOS

Para abordar el objetivo de este estudio, se planteó un enfoque metodológico cualitativo, ya que permite comprender la violencia obstétrica y gineco-obstétrica desde las experiencias directas de las usuarias, acercándose al fenómeno de manera más natural. Por lo tanto, resultaba fundamental recopilar todas las experiencias y vivencias de las mujeres que han sufrido VO y VGO.

Previo a la recolección de los datos, el proyecto de investigación fue sometido a la revisión y aprobación por parte del Comité de Ética Científica Zona Sur de la Universidad Santo Tomás. Luego de esto, se procedió a la selección de las participantes, que consistieron en mujeres de entre 18 y 60 años, con y sin hijos, que habían experimentado violencia obstétrica y gineco-obstétrica en Chile, y que habían recibido atención tanto en el sistema público como en el privado. Se llevaron a cabo un total de 34 entrevistas en profundidad, que se realizaron mediante el método de bola de nieve y utilizando redes sociales informativas sobre violencia obstétrica en Chile.

Dado el contexto sanitario actual, las entrevistas se llevaron a cabo utilizando la plataforma Microsoft Teams. Estas fueron grabadas, transcritas literalmente y posteriormente analizadas. El procedimiento consistió en establecer contacto con las mujeres que respondieron a la solicitud de participación en la investigación a través de correo electrónico o llamada telefónica, donde se les explicaron detalladamente los objetivos y el procedimiento de las entrevistas. Se acordó una fecha para llevar a cabo las entrevistas y se les envió a cada participante el consentimiento informado correspondiente, que se solicitó una vez que se concretó el encuentro.

Es importante destacar que en las grabaciones se enfatizó la voluntariedad y los derechos de cada participante en el proceso de investigación. Las entrevistas tuvieron una duración de entre 45 y 90 minutos, abordando diversos temas relacionados con su experiencia de violencia, sus emociones y los procedimientos a los que fueron sometidas. Además, se prestó atención a las diferencias entre los sistemas de salud (público y privado).

Una vez finalizadas las entrevistas, se procedió a realizar el análisis siguiendo el modelo de Análisis Temático (AT), el cual permite identificar, analizar e informar patrones y temas a través de un conjunto de datos. El proceso de análisis constó de seis fases: familiarización con los datos, generación de códigos iniciales, búsqueda de temas, revisión de temas, definición de los temas y elaboración del informe (33).

Para asegurar la calidad de los resultados, se llevó a cabo un proceso de triangulación de investigadores, quienes revisaron los datos de manera independiente y luego llegaron a un consenso en cuanto a sus conclusiones. De esta manera, se garantiza la coherencia y validez de los resultados (34).

RESULTADOS

Según los objetivos planteados, los resultados se exponen mediante la exposición de seis temas principales: “procedimientos”, “tipos de atención”, “relaciones de poder”, “expectativas”, “emociones” y “sistemas de salud”. Estos temas se organizaron en tres tópicos principales relacionados con: el estado emocional de las participantes, las relaciones de poder en las atenciones y las experiencias de violencia obstétrica y gineco-obstétricas de las mujeres. Cada uno de estos tópicos y temas se describe en detalle y se respalda con citas textuales.

El estado emocional durante los procesos en los episodios de violencia

Con respecto al tema “expectativas”, el cual incluye la categoría “Expectativa Obstétricas y Ginecológicas”,

abarca todas las expectativas que tenían las participantes en relación con las consultas y procedimientos obstétricos y ginecológicos. Al describir sus expectativas, las participantes mencionaron diversas emociones relacionadas con lo que esperaban de las atenciones obstétricas y los procedimientos, como una atención humanizada, un parto respetado, un buen trato y apoyo emocional. Por ejemplo, Martina (34 años, sin hijos) comenta: “(es necesario explicar) a las mujeres que van por primera vez a hacerse el examen ginecológico los procedimientos a realizar”. Martina destaca la importancia de recibir explicaciones detalladas sobre los procedimientos durante las atenciones ginecológicas.

1. En cuanto al tema "emociones", este se compone de dos categorías: "Contención emocional" y "Sentimientos negativos". La primera categoría se refiere a la contención emocional que recibieron las participantes por parte de su familia y del personal médico. La segunda categoría abarca tres subtemas que se relacionan con las emociones negativas surgidas como resultado de las atenciones obstétricas y gineco-obstétricas. Estos subtemas son: I) ira, II) miedo y III) tristeza. La categoría "contención emocional" se refiere al apoyo emocional proporcionado por familiares, conocidos y personal de salud a las participantes. Por otro lado, los subtemas de "ira", "miedo" y "tristeza" hacen referencia a las emociones experimentadas por las participantes en sus experiencias obstétricas y gineco-obstétricas. Por ejemplo, Pamela (35 años, sin hijos) describe su experiencia diciendo: “(En) consecuencia, rabia e impotencia, miedo de no saber cómo te van a atender”. Pamela relata que como resultado de la violencia que sufrió, experimentó diferentes emociones que tuvieron consecuencias en su vida posterior, y ahora siente miedo al acudir a consultas ginecológicas.

Violencia y relaciones de poder en la atención obstétrica y gineco-obstétrica

Con respecto al tema de “Poder médico”, este está compuesto por una categoría denominada “Abuso de poder médico”, la cual se divide en tres subtemas que muestran cómo se manifiestan las relaciones de poder en el contexto del sistema de salud. Estos subtemas son: I) Poder en los procedimientos, II) Poder en la atención, III) Poder en el sistema de salud.

El subtema de “Poder en los procedimientos” hace referencia al abuso de poder por parte de los profesionales de la salud hacia las usuarias en los diferentes procedimientos realizados. Además, encontramos el subtema "Poder en la atención", el cual se refiere al abuso de poder por parte de los profesionales de la salud hacia las usuarias durante las atenciones obstétricas y gineco-obstétricas. Por último, el subtema "Poder en el sistema de

salud" hace referencia al abuso de poder en el sistema de salud, tanto en las atenciones obstétricas como en las gineco-obstétricas.

Esto se refleja en el testimonio de Laura (39 años, con un hijo), quien menciona: “Existe una relación donde el médico lo sabe todo y tu solo eres un instrumento”. La entrevistada relata que los médicos tienen una posición de poder, ya que creen tener más conocimientos y consideran a los pacientes como meros objetos instrumentales. Además, este tema se refleja en las palabras de Bárbara (46 años, con hijos): “La anestesista menciona que su pabellón no era un show y que ella mandaba decidiendo lo que ella quería”. Esto hace alusión al poder que ejercen los profesionales de salud al adueñarse de la estructura física y los procedimientos que involucran a las usuarias.

Experiencia de las mujeres sobre la violencia obstétrica y gineco-obstétrica

Con respecto al tema de “procedimientos”, este está compuesto por dos categorías: “Vulneración en su experiencia” y “Negligencia”. Estas categorías a su vez se dividen en 3 subtemas: “Vulneración al procedimiento de las usuarias”; “Vulneración a los derechos de las usuarias” y “Negligencia en los procedimientos por parte de los profesionales de salud”.

El primer subtema, "Vulneración al procedimiento de las usuarias", se refiere a situaciones en las cuales un profesional de la salud se niega a realizar un procedimiento solicitado por la usuaria, no proporciona información sobre el procedimiento que se llevará a cabo o se lleva a cabo, o las usuarias no pueden elegir el tipo de parto que desean.

En el subtema "Vulneración a los derechos de las usuarias", se observa una falta de entrega de información, la negación de permitir acompañantes en las consultas, la falta de apoyo por parte de los médicos, la ausencia de solicitar consentimiento y la falta de una atención adecuada al contexto de salud de las usuarias.

Además, está presente el subtema "Negligencia en los procedimientos por parte de los profesionales de salud", que surge cuando el profesional a cargo del parto abandona la sala de parto dejando a personal sin experiencia, poniendo en riesgo la vida de las usuarias, o cuando el médico realiza procedimientos para los cuales no está especializado.

Esto se relaciona con el testimonio de Lorena (41 años, con una hija), quien menciona: “el personal de la salud no la ayudó para ir a la sala de parto tuvo que arrastrarse por el suelo por el dolor”.

Así se describen las diferentes formas de vulneración en los procedimientos y la negligencia por parte de los profesionales de salud, evidenciando las experiencias de las usuarias en el ámbito obstétrico y gineco-obstétrico.

Además, este tema se refleja en el testimonio de Claudia (28 años, con una hija), quien describe una situación de negligencia durante un procedimiento: “Cuando se fue el ginecólogo a cargo, quedó un médico internista a cargo con una practicante y al sacar la placenta salió el útero por un mal procedimiento”. Esto ejemplifica las negligencias médicas que pueden ocurrir durante los procedimientos debido a la irresponsabilidad y falta de ética por parte de los profesionales de la salud.

Por otra parte, se encuentra el tema “tipos de atención”, que se refiere a las atenciones obstétricas y ginecológicas que se brindan a las mujeres y donde pueden ocurrir violencias tanto físicas como psicológicas.

Este tema general está compuesto por dos categorías: “la violencia obstétrica” y la “violencia gineco- obstétrica”. Cada una de estas categorías se subdivide en cuatro subtemas que muestran la violencia ejercida por parte del personal de salud hacia las usuarias. Estos subtemas son: I) Violencia física obstétrica, II) Violencia psicológica obstétrica, III) Violencia física en la atención ginecológica, IV) Violencia psicológica la atención ginecológica.

El primer subtema, “Violencia física obstétrica”, hace referencia al abuso físico y a los malos tratos físicos tanto en las consultas como en los procedimientos obstétricos. El segundo subtema, “Violencia psicológica obstétrica”, se refiere a la violencia ejercida a través de malos comentarios y maltratos verbales durante las consultas y los procedimientos obstétricos. El tercer subtema se denomina “Violencia física en la atención ginecológica” y se refiere al abuso físico y maltrato físico en las atenciones ginecológicas. Por otro lado, el último subtema es “Violencia psicológica en la atención ginecológica”, el cual se refiere a los malos comentarios y maltratos verbales en las atenciones ginecológicas. Esto hace referencia a lo que menciona Ximena (38 años, sin hijos), quien relata que “al llegar al hospital los atiende el ginecólogo él les dice que no atiende mujeres gordas porque es pérdida de tiempo”. En este caso, se evidencia cómo los profesionales de la salud pueden tener prejuicios y estereotipos que afectan las atenciones, lo cual resulta en violencia psicológica hacia las usuarias. Asimismo, Fernanda (24 años, sin hijos) menciona que sufrió una “agresión física por parte del profesional al realizarle una revisión, le enterró la uña”. Este testimonio pone de manifiesto las agresiones físicas que pueden ocurrir durante las consultas y procedimientos ginecológicos. Cabe destacar que durante las consultas ginecológicas pueden ocurrir situaciones de abuso sexual, como menciona Pamela (35 años, sin hijos): “el médico practicante se acercó de tal manera que su parte íntima rozó el pie de la entrevistada, quien pudo sentir su erección”. Este testimonio evidencia cómo un profesional en ejercicio de su poder utilizó su posición para realizar un comportamiento inapropiado durante la atención ginecológica.

Además, se aborda el tema del “sistema de salud”, el cual está compuesto por una categoría denominada “Tipos de atención”, que a su vez se divide en tres subtemas que hacen referencia a los diferentes tipos de atención existentes tanto a nivel global como en los sistemas público y privado de salud. Estos subtemas son: I) Sistema público, II) Sistema privado y III) Diferencias en el trato según la clase social.

El primer subtema, “Sistema público”, se refiere a las diferencias que se observan en las atenciones brindadas en el sistema de salud público, el cual ofrece servicios de forma gratuita o a bajo costo. El segundo subtema, “Sistema privado”, hace referencia a las diferencias en las atenciones del sistema de salud privado. Por último, el subtema “Diferencias en el trato según la clase social” señala que existe una disparidad en la atención y el trato recibido dependiendo del sistema de salud al que tenga acceso la usuaria.

En este contexto, Antonia (50 años, sin hijos) menciona que “la diferencia en la atención pública y privada es tremenda, en los hospitales te tratan como animales”. Esto pone de manifiesto las diferencias existentes entre los contextos de salud pública y privada, donde en los hospitales públicos el trato recibido es inferior y puede llegar a ser denigrante para las usuarias. Por otro lado, Carmen (62 años, con 2 hijos) hace referencia a las diferencias en el trato basadas en la clase social, afirmando que “existen diferencias en el trato según tu condición económica, si eres pobre te tratan mal”. Esto evidencia que en los servicios de salud se presentan disparidades en el trato debido a los estratos sociales de las usuarias, lo cual refleja sesgos en la red asistencial.

DISCUSIÓN

En el contexto de la violencia obstétrica y gineco-obstétrica, esta investigación tuvo como propósito comprender la experiencia de las mujeres que han sufrido estos tipos de violencia en Chile, país en el que aún no existe una legislación que regule y proteja la salud sexual y reproductiva de las mujeres a pesar del aumento de denuncias asociadas a estos tipos de violencia (17,35,36). Se ha observado que a partir de los relatos es necesario continuar explorando en esta línea, considerando que el contexto sanitario ha cambiado la forma en que se relacionan en este tipo de situaciones, lo cual ha llevado a cambios en los protocolos de atención (37-39). Por lo tanto, las entrevistadas reflexionan sobre su experiencia al sufrir estas formas de violencia y las consecuencias que han tenido en su vida, tanto a nivel físico como psicológico. Es importante tener en cuenta que la VO y la VGO tienen repercusiones en la salud de las mujeres, tanto en el ámbito reproductivo y sexual como en el bienestar emocional.

Los resultados revelan que las mujeres han experimentado vivencias negativas en diferentes aspectos, como la falta de acompañamiento, lo cual no se les permitió en la mayoría de los casos (35). Además, se les realizaron diversos procedimientos, como la episiotomía, la maniobra de Kristeller, la inducción del parto con oxitocina, la rotura artificial de membranas sin su consentimiento, el enema, el rasurado del vello púbico y la monitorización fetal continua en mujeres sanas con embarazos de bajo riesgo, así como cesáreas y una excesiva medicalización. Estas prácticas contradicen las recomendaciones de la OMS y los hallazgos de la Encuesta Nacional de Nacimientos en Chile (29).

En esta investigación, se identifican diversas manifestaciones de violencia obstétrica que refuerzan las relaciones de poder desequilibradas entre los profesionales de la salud y las usuarias, invalidando las decisiones de las mujeres sobre su proceso de parto. Estas prácticas tienen un impacto negativo en la salud física y psicológica de las mujeres, frustrando todas sus expectativas relacionadas con el parto y el posparto. En este contexto, la violencia obstétrica coloca a las mujeres embarazadas en una posición de extrema vulnerabilidad y desamparo (10). Como consecuencia, se violan los derechos de las mujeres, se les discrimina y se les obstaculiza, impidiendo cualquier avance en políticas públicas basadas en el derecho que busquen prevenir, eliminar y condenar la violencia obstétrica.

En los informes de la ONU (36), se aborda el contexto en el que se produce la violencia obstétrica, que incluye la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva, tanto en el ámbito público como en el privado. Estos informes revelan la existencia de desigualdad en las atenciones y procedimientos hacia las usuarias, lo cual se refleja en los discursos de las participantes en este estudio. Es importante destacar que estos informes no profundizan específicamente en la violencia gineco-obstétrica, que se considera parte integral de la violencia obstétrica, por lo que se plantea como un desafío para futuras investigaciones. Es relevante mencionar que este estudio ha identificado hallazgos significativos en relación con la violencia gineco-obstétrica, como los abusos sexuales en las consultas ginecológicas, que se enmarcan en el contexto de poder de los profesionales de la salud hacia las usuarias, así como la negación de ciertos tratamientos por parte de los profesionales de la salud. Por lo tanto, esta investigación representa uno de los primeros pasos para obtener datos que contribuyan a comprender mejor este fenómeno.

Finalmente, se propone que las experiencias de las mujeres se aborden como un tema de política pública, no solo desde una perspectiva sancionatoria de las prácticas

médicas, sino también con atención a la salud mental de estas mujeres. Es fundamental que existan políticas de apoyo que aborden de manera integral el impacto negativo en la percepción de la salud sexual y psicológica de las mujeres. La salud mental no se limita únicamente a la ausencia de problemas, sino que implica el bienestar físico, social y mental, considerando aspectos subjetivos y autónomos que involucran tanto la habilidad emocional como intelectual. Este estudio resalta la importancia de seguir visibilizando la violencia obstétrica y gineco-obstétrica como manifestaciones de la violencia hacia las mujeres, que perpetúan las diferencias basadas en el sexo en el sistema social actual ♦

Conflictos de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Bott S, Guedes A, Goodwin M, Adams J. Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe: Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos; 2014.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Violencia contra la mujer, Respuesta del sector de la salud [Internet]. OMS. 2013 [citado 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://shorturl.at/acuO3>.
3. Acosta M. Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento. *Revista Española de Medicina Legal* [Internet]. 2020 [citado 25 de febrero de 2022]; 46(3):139-145. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reml.2020.05.005>.
4. Calvin M, Matamala M, Eguiguren P, Gálvez T, Berlagosky F, Díaz X, et al. Informe monográfico 2007–2012. Violencia de Género en Chile [Internet]. Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2013 [citado 25 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://shorturl.at/pwyL2>.
5. Fajardo F. Cuarentenas y violencia intrafamiliar: Evidencia para Chile. [Internet] [Tesis]. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica De Chile; 2021 [citado 11 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://shorturl.at/biJS7>.
6. Batiza F. La violencia de pareja: Un enemigo silencioso. *Archivos de criminología, seguridad privada y criminalística* [Internet]. 2016 [citado 11 de septiembre de 2021]; (18):144-151. Disponible en: <https://shorturl.at/ijwB6>.
7. Lourenço C, Toebes B, Marteli J. Obstetric violence: a women's human and personality rights violation. *Rev Jur* [Internet]. 2020 [citado 11 de septiembre de 2021]; 1(58):187-206. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21902/revistajur.2316-753x.v1i58.3841>.
8. Fernández C, Dides C. Primer Informe Salud Sexual Salud Reproductiva y Derechos Humanos En Chile (VI) [Internet]. Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLCAI). 2016 [citado 9 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://shorturl.at/a0zH1>.
9. Kosterina E, Home S, Lamb S. The role of gender-based violence, health worries, and ambivalent sexism in the development of women's gynecological symptoms. *J Health Psychol* [Internet]. 2021 [citado 9 de agosto de 2021]; 26(4):567-579. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1359105318825292>.
10. Díaz L, Fernández Y. Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América Latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho (Valparaíso)* [Internet]. 2018 [citado 9 de agosto de 2021]; (51):123-143. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-68512018005000301>.

11. Montesanti S, Thurston W. Mapping the role of structural and interpersonal violence in the lives of women: implications for public health interventions and policy. *BMC Womens Health* [Internet]. 2015 [citado 9 de agosto de 2021]; 15(100):1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0256-4>.
12. Sadler M, Santos M, Ruiz-Berdún D, Leiva-Rojas G, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2016 [citado 9 de agosto de 2021]; 24(47):47-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>.
13. Moreira L, Dalcanale C. Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências. *Interface* [Internet]. 2017 [citado 9 de agosto de 2021]; 21(60):209-220. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0896>.
14. Bellón S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata* [Internet]. 2015 [citado 9 de agosto de 2021]; 7(18):93-111. Disponible en: <https://shorturl.at/gjnMN>.
15. Jardim B, Modena M. La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. *Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2018 [citado 9 de agosto de 2021]; 26. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>.
16. Kukura E. Obstetric Violence. *Geo LJ* [Internet]. 2018 [citado 17 de agosto de 2021]; 106:721-801. Disponible en: <https://shorturl.at/dkwHU>.
17. Castro MC, Rates SS. Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2022 [citado 26 de febrero de 2022]; 46(24):1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>.
18. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Informe sobre un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia obstétrica durante la atención del parto [Internet]. ONU. 2019 [citado 14 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://shorturl.at/huVVWZ>.
19. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Los derechos de la mujer son derechos humanos [Internet]. ONU. 2014 [citado 19 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://shorturl.at/zBIY4>.
20. Montero D, Bolívar M, Aguirre L, Moreno A. Violencia intrafamiliar en el marco de la emergencia sanitaria por el COVID-19. *CienciAmérica* [Internet]. 2020 [citado 19 de agosto de 2021]; 9(2):261-267. Disponible en: <https://shorturl.at/fzAHX>.
21. Orozco-Marín Y, Herrera-Vargas L. Covid- 19 y violencia de género e intrafamiliar: La enseñanza de la biología más allá de los contenidos esperados. *Olhar de Professor* [Internet]. 2020 [citado 19 de agosto de 2021]; 23:1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.5212/OlharProfr.v.23.2020.15985.209209226496.0614>.
22. Orozco K, Jiménez L, Cudris L. Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en el norte de Colombia. *Rev Cienc Soc* [Internet]. 2020 [citado 19 de agosto de 2021]; 26(2):56-68. Disponible en: <https://shorturl.at/cVY89>.
23. Contreras J, Bott S, Guedes A, Dartnall E. Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: análisis de datos secundarios. *Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual* [Internet]. Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro (CLCAI) 2010 [citado 24 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://shorturl.at/aosC9>.
24. Durán D, Duarte C. Perspectiva de género en la relación entre profesionales del área de la salud con usuarios y usuarias: una revisión de la literatura. *Sophia Austral* [Internet]. 2019 [citado 24 de agosto de 2021]; (24):103-117. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-56052019000200103>.
25. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Violencia basada en género: marco conceptual para las políticas públicas y la acción del Estado [Internet]. Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 2016 [citado 14 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://shorturl.at/iCPX5>.
26. Betrán A, Merialdi M, Lauer J, Bing-Shun W, Thomas J, Van Look P. Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. *Paediatr Perinat Epidemiol* [Internet]. 2007 [citado 14 de agosto de 2021]; 21(2):98-113. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2007.00786.x>.
27. Ministerio de Salud de Chile. Norma general técnica para la atención integral en el puerperio. [Internet]. Ministerio de Salud de Chile. 2015 [citado 14 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://shorturl.at/zDRV2>.
28. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. OMS. 2015 [citado 19 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://shorturl.at/fAJOW>.
29. Ministerio de Salud de Chile. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo [Internet]. Ministerio de Salud de Chile. 2008 [citado 15 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/54ppvcsk>.
30. Fernández-Guillén F. ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata* [Internet]. 2015 [citado 15 de agosto de 2021]; 7(18):113-128. Disponible en: <https://tinyurl.com/yjmxkku7>.
31. Diario oficial de la República de Chile. Constituciones Políticas de la República de Chile 1810-2015. *Diario Oficial de la República de Chile* [Internet]. 2015. Disponible en: <https://tinyurl.com/4483f4s5>.
32. Gálvez N. Violencia obstétrica: género y derecho. Universidad de Chile [Internet] [Tesis]. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 2018 [citado 15 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/5bue79pj>.
33. Braun V, Clarke V. Using Thematic Analysis in Psychology. *Qual Res Psychol* [Internet]. 2006 [citado 15 de agosto de 2021]; 3(2):77-101. Disponible en: <https://tinyurl.com/dmsacr3u>.
34. Flick U. *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata; 2007.
35. Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. Resultados Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile. [Internet]. Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. 2018 [citado 15 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/59bmb9er>.
36. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica [Internet]. ONU. 2019 [citado 15 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://tinyurl.com/bdeythyv>.
37. Sadler MLG. COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sex Reprod Health Matters* [Internet]. 2020 [citado 15 de agosto de 2021]; 28(1):1-4. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1785379>.
38. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para el manejo de casos SARS-COV2 (COVID-19) en gestantes, puérperas y/o diadas [Internet]. Ministerio de Salud de Chile. 2020. Disponible en: <https://tinyurl.com/5n6cd9aa>.
39. Horsch A, Lalor J, Downe S. Moral and mental health challenges faced by maternity staff during the COVID-19 pandemic. *Psychol Trauma* [Internet]. 2020 [citado 15 de agosto de 2021]; 12(S1):S141-S142. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/tra0000629>.