ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/363350336

Sobre la importancia de nombrar: El concepto de violencia obstétrica y sus implicancias.

Chapter · September 2022

CITATIONS
0

READS
84

1 author:

Michelle Sadler
Universidad Adolfo Ibáñez
66 PUBLICATIONS **730** CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

Proyecto FONIS SA13I20259 “Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea” View project

Masculinidades y Políticas View project

All content following this page was uploaded by Michelle Sadler on 07 September 2022.

The user has requested enhancement of the downloaded file.

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SERIE LIBROS FLACSO-CHILE

EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA
Divergencias e inequidades en salud

Mario Ociel Moya
(Editor)

Santiago de Chile, mayo de 2022

Se sugiere citar esta publicación como:

Moya, M.O. (Ed.) (2022). *El quehacer de la salud pública. Divergencias e inequidades en salud*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, Universidad de Chile.

Ediciones FLACSO-Chile
Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura - Santiago de Chile
www.flacsochile.org
Impreso en Santiago de Chile
Mayo de 2022.

ISBN Libro impreso: 978-956-205-276-4

Descriptores:
1. Salud pública
2. Antropología de la salud
3. Sistema de salud
4. Nutrición
5. Género en salud
6. Cuidado informal

Producción Editorial: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.
Diagramación interior: Marcela Contreras, FLACSO-Chile.
Diseño de portada: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.
Impresión: Gráfica LOM, Concha y Toro 25, Santiago, Chile.

Las opiniones versadas que se presentan en este trabajo son de responsabilidad exclusiva de sus autoras y autores, y no reflejan necesariamente la visión o puntos de vista de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Chile).

En el presente libro se intenta usar un lenguaje no discriminador ni sexista a pesar de que en nuestra lengua, hasta el momento, no hay soluciones generales que sean consensuadas y sistemáticas ni que necesariamente facilitan una lectura convencional; se usa el masculino genérico en algunas ocasiones y se especifican las diferencias entre hombres y mujeres cuando corresponde.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS 13

PRÓLOGO 15
María José González Rodríguez e Ismael Bravo Rodríguez

INTRODUCCIÓN 29
La salud pública como problema
Mario Ociel Moya

PARTE 1.
EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA 35

CAPÍTULO 1. 37
Políticas de salud y nutrición en Chile: una perspectiva histórica
Fernando Vio y Cecilia Albala

CAPÍTULO 2. 51
Políticas públicas en salud: más que decisiones técnicas.
El caso de la Píldora del Día Después
Soledad Barría Iroumé y Nydia Contardo Guerra

CAPÍTULO 3. 69
Sumergirse en el antropoceno: más allá de pública,
poblacional o colectiva
Yuri Carvajal B. y Manuel Hurtado

PARTE 2. 81
LA CONSTRUCCIÓN POLÍTICA DEL OBJETO EN SALUD PÚBLICA

CAPÍTULO 4. 83
Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud
Didier Fassin

CAPÍTULO 5. 113
La (des)gubernamentalización del malestar: racionalidades, lógicas y disputas en la producción de la verdad médica
Hugo Sir Retamales y Nicolás Fuster Sánchez

CAPÍTULO 6. 135
El objeto/sujeto de las políticas sobre "discapacidad": los cuerpos in-disciplinables
Miguel A. V. Ferreira

PARTE 3. 167
GÉNERO, FEMINISMO(S) Y SALUD

CAPÍTULO 7. 169
De la ciencia androcéntrica hacia la construcción de un modelo sanitario con enfoque de género
Alexandra Obach y Alejandra Carreño

CAPÍTULO 8. 189
Feminismo(s) y epistemologías feministas: desafíos para la salud pública
Rodolfo Morrison Jara

CAPÍTULO 9. 219
Sobrecarga y desigualdades de género en el cuidado informal de largo plazo: un fenómeno invisibilizado
Milda Galkutė y Claudia Miranda Castillo

PARTE 4. 235
PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA

CAPÍTULO 10. 237
Sobre la importancia de nombrar: el concepto de violencia obstétrica y sus implicancias
Michelle Sadler

CAPÍTULO 11. 255
La migración y la respuesta del sistema de salud en Chile: aprendizajes y desafíos
Báltica Cabieses

AUTORAS Y AUTORES 285

CAPÍTULO 10.

Sobre la importancia de nombrar: El concepto de violencia obstétrica y sus implicancias

Michelle Sadler

Si bien durante las últimas décadas se ha avanzado en la visibilización de múltiples formas de violencia de género, hay una que ha presentado particular resistencia a ser nombrada y reconocida. Se trata de la violencia obstétrica, que se ejerce principalmente al interior de los establecimientos de salud, y que constituye un grave problema de salud pública y de violación a los derechos sexuales, reproductivos, y humanos de las mujeres. A diferencia de otros tipos de violencia en que es (más) fácil apuntar a victimarios, en este caso la responsabilidad se sitúa en niveles estructurales de la sociedad: en ideologías de género que despojan a las mujeres de la capacidad de decisión sobre sus propios procesos vitales; y en las bases paradigmáticas del sistema biomédico, un sistema androcéntrico y reduccionista que ha propiciado una visión fragmentada y patológica de los procesos reproductivos femeninos. En las siguientes páginas presento los debates que llevaron a visibilizar este tipo de violencia en el mundo y en Chile, los conceptos en uso para referirse a ella, y describo algunos indicadores de atención del parto en el país que ilustran el escenario actual de este problema. Espero con ello mostrar la urgencia de abordar la calidad de la atención obstétrica como problema de salud pública, y contribuir a la reflexión y puesta en práctica de formas de cuidado integral.

Nombrando el problema

Los aportes de la biomedicina han contribuido a grandes mejoras en la calidad de vida de la población a nivel mundial durante los últimos siglos. No obstante lo anterior, en diversos ámbitos de la existencia humana, la biomedicina ha excedido los límites “médicos” para colonizar dimensiones que no siempre necesitan de sus intervenciones. Esta “medicalización” de la vida –que era alertada por cientistas sociales como Foucault (1963) e Illich (1975) desde los años 60–, se ha entendido como un conjunto de

prácticas, ideologías y saberes médicos, mediante las cuales se extienden las funciones curativas y preventivas hacia funciones de control y normatización de la población (Menéndez, 2003). De entre la gran gama de dimensiones de la vida que han vivido un proceso de medicalización, la atención médica del ciclo reproductivo femenino –y en particular del parto– ha sido un ejemplo paradigmático, tanto en un sentido de dominio profesional como de expansión de la jurisdicción médica (Conrad, 2005; Lock y Nguyen, 2010). Ello, pues a pesar de que se trata de un proceso normal del ciclo vital femenino, que en la mayoría de los casos podría ocurrir sin intervenciones médicas, ha llegado a estar dominado por una serie de prácticas obstétricas de rutina (que se practican aunque no se presenten complicaciones que lo ameriten); que se aplican junto con la desautorización de las mujeres sobre sus propios procesos reproductivos y sus sentires encarnados con respecto a sí mismas.

Este problema comenzó a ser tópico de investigación de académicas feministas desde la década del ’70, quienes denunciaban la apropiación médica del parto, amparada en una ideología de género que define a los cuerpos femeninos como patológicos por naturaleza y en constante necesidad de intervención médica, y a las mujeres como incapaces de lidiar con sus procesos reproductivos por su supuesta debilidad psíquica y física (Davis-Floyd, 1992; Martin, 1987; Rothman, 1982)[1]. En Latinoamérica, desde la década de los ’80 y desde un enfoque explícito de género, diversos grupos de estudio y organizaciones de mujeres comenzaron a denunciar los abusos cometidos por el sistema de salud durante el parto como manifestaciones de violencia reproductiva y de violencia de género (CLADEM y CRLP, 1998; Diniz y D’Oliveira, 1998; D’Oliveira, Diniz y Schraiber, 2002; Castro y Erviti, 2003). Ello impulsó el movimiento latinoamericano por la “humanización” del nacimiento, en un intento por comprometer a las partes involucradas en la mejora de la calidad de la atención, desde un lenguaje que no generase reacciones hostiles desde el sector salud (Diniz, Rattner, d’Oliveira, de Aguiar y Niy, 2018). No obstante lo anterior, y en parte debido a la lentitud de los cambios que iban sucediendo en los años siguientes, el tono del debate fue escalando hasta nombrar el problema explícitamente como uno de violencia y de violación de derechos reproductivos y humanos. De dicho proceso emana el concepto de violencia obstétrica, acuñado en el año 2007 en la *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*

[1] Temática que se desarrolla con mayor profundidad en el capítulo “De la ciencia androcéntrica hacia la construcción de un modelo sanitario con enfoque de género” de este mismo volumen, de las autoras Alexandra Obach y Alejandra Carreño.

de Venezuela, como una de las 19 formas punibles de violencia contra la mujer. En el Artículo 15 de la Ley se encuentra su definición:

> "Se entiende por violencia obstétrica la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres" (República Bolivariana de Venezuela, 2007).

Se trata de una violencia de género perpetuada y ejercida por el sistema biomédico en ciertos contextos de atención; una de las manifestaciones de lo que Gabriela Arguedas denomina como "poder obstétrico", definido como "una forma de poder disciplinario fusionado con la jerarquía masculinista del género, que naturaliza funciones socialmente construidas, con respecto a la gestación, el parto y la maternidad" (2020, p. 87). El término violencia obstétrica releva la necesidad de analizar las estructuras de poder en las que la atención obstétrica se inserta y que causan daños prevenibles en la salud integral de la población (Sadler et al., 2016).

En los años siguientes, mientras en Latinoamérica se iba extendiendo el uso del concepto de violencia obstétrica, en el mundo de la salud pública internacional el tópico iba también cobrando mayor relevancia y visibilidad, en torno a los conceptos de abuso y falta de respeto (*abuse and disrespect*), y de maltrato (*mistreatment*) en la atención institucional del parto. A una primera síntesis de investigación sobre el problema, de Bowser y Hill en 2010, la siguió la revisión sistemática de Bohren et al. (2015), en la cual se propusieron siete categorías de abuso en la atención del parto: abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, incumplimiento de los estándares profesionales de atención (por ejemplo, falta de consentimiento informado y confidencialidad, realización de exámenes y procedimientos dolorosos, negligencia y abandono), relación deficiente entre usuarias y personal de salud, y condiciones y limitaciones de los sistemas de salud. Estos estudios fueron insumo para la Declaración emitida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2014 para la *Prevención y Erradicación de la Falta de Respeto y el Maltrato durante la Atención del Parto en Centros de Salud*. En este documento se reconoce que muchas mujeres alrededor del mundo sufren un trato irrespetuoso, negligente y ofensivo durante el parto, y que esta situación no solo viola el derecho a un trato respetuoso y digno, sino que pone en riesgo el derecho a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación (OMS, 2014). Este tipo de maltrato va en muchos contextos de la mano con un uso

excesivo e innecesario de tecnología obstétrica, en especial en países de ingresos medios y altos en los que el parto es atendido en instituciones de salud. Este problema era alertado por la OMS desde el año 1985 en sus *Recomendaciones para la Apropiada Tecnología del Nacimiento*, en las cuales se recomendaba utilizar la tecnología obstétrica con cautela y solo para aquellos casos necesarios por motivos médicos, considerar e incluir los factores psicosociales en el cuidado; y devolver a las mujeres un papel central en todos los aspectos de su atención (OMS, 1985). La cautela con el uso de la tecnología obstétrica es también eje central de las más recientes recomendaciones para la atención del nacimiento de la OMS (2018) titulado *Cuidados Intraparto para una Experiencia Positiva de Parto*, en las cuales se expresa que la excesiva medicalización del proceso de gestación, parto y nacimiento es una práctica grave que tiende a socavar la capacidad de la mujer para dar a luz y afecta de forma negativa su experiencia de parto. El exceso de intervenciones obstétricas causa daño en la salud de mujeres y bebés, así como costos excesivos para los sistemas de salud (Miller et al., 2016).

En estos últimos documentos se privilegia el uso de los conceptos de abuso, falta de respeto, y de maltrato. A pesar de que estos términos y el de violencia obstétrica se utilizan en ocasiones indistintamente, hemos argumentado que solo el último tiene el potencial de abordar las dimensiones estructurales de la violencia dentro de las múltiples formas que la falta de respeto y el abuso pueden tomar (Sadler et al., 2016). La violencia obstétrica, como ha sido conceptualizada desde América Latina, se refiere a una violencia de género, que toma formas particulares por ejercerse sobre mujeres y en un ámbito de riguroso control ideológico/valórico sobre los cuerpos femeninos como es el de la sexualidad. Paola Sesia (2020) plantea que la preferencia de los conceptos de abuso, falta de respeto y de maltrato en los círculos de salud global se relaciona "con una actitud pragmática de promover la mejora institucional de la atención materna sin antagonizar a la profesión médica, y para poder contar con el apoyo de las autoridades de salud a nivel nacional e internacional" (p. 13). Argumenta que el evitar el uso del concepto, "reduce la magnitud, extensión y profundidad de la problemática, le quita su carácter sistémico y evita cuestionar a fondo la ideología y praxis de la ginecología y la obstetricia hegemónicas" (p. 21). El concepto de violencia obstétrica, continúa la autora, contiene poder como categoría epistémica al ser capaz de englobar "un argumento convincente de que este tipo de violencia es sistémica en naturaleza, siendo una manifestación imbricada de violencia de género y al mismo tiempo de violencia institucional" (p. 4).

Alma y su dolor de alma

Con el fin de ilustrar estas discusiones, presento a continuación el relato de la experiencia de parto de una joven mujer, a quien llamaremos Alma, ocurrido en una maternidad pública de la ciudad de Santiago de Chile, en el año 2015[2]:

> "Trataré de ser breve. El día lunes 13 de julio a las 21 hrs. rompí bolsa por lo que me ingresaron al hospital. Lo primero que hicieron fue retarme por mi vello púbico, que cómo se me ocurría ir tan peluda. Luego me acostaron en una camilla y así bien, por una hora. Hasta que llega la primera matrona y me pone suero con oxitocina. Ahí empezó la tortura. A las cinco horas ya gritaba de dolor, me dolía mucho. Me amarraron y me pusieron un gas que según ella me calmaría, pero que en realidad me sentía peor. Como si estuviera drogada. Ya a las 9 AM aprox. les dije si me podían dar algo para comer. A lo que la segunda matrona (por cambio de turno) se ríe y me dice que para qué quería comer si ya estaba gorda; le pedí agua y también me la negó. A las horas llegan las niñas practicantes que creo yo las mandó Dios. Me dieron agua. Me sacaron las amarras de los brazos y piernas. Pude caminar, me llevaron a una sala con una pelota de pilates. Me daban contención y cariño, hablaron para que mi pareja pudiera acompañarme. Aún agradezco su presencia. Como a las 5 o 6 de la tarde ellas debían irse. Y ahí nuevamente quedaron las otras matronas conmigo. Me metieron mano ellas y practicantes hombres. Un tacto que dolía mucho. Pedía llorando que me dieran anestesia y me decían que el Dr. no andaba pendiente de pendejas calientes. Pero llegó. Me pusieron 2 epidural en 2 hrs. Luego de eso nada más y me dejaron amarrada de brazos y piernas sin comer, llorando, perdieron mis cuadros y mis cosas. Cuando ya les suplicaba por favor que terminaran con mi dolor, decidieron hacerme pujar con 8 cm. de dilatación. Pero no pude. Me dejaron ahí hasta unas horas más. Me gritaban que me callara, que no era para tanto. Ya a las 22 hrs. entro a sala de parto sola. Pero le rogué que dejaran entrar a mi

[2] Se trata del relato N° 7950, de un total de 8696 experiencias de parto como fueron escritas por sus protagonistas en la Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile, realizada por el Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile en el año 2017. Los resultados cuantitativos de la encuesta se encuentran publicados en OVO Chile, 2018. El testimonio presentado proviene de una pregunta abierta que se incluyó en dicha encuesta (N° 71), formulada como sigue: "La invitamos a escribir comentarios, sugerencias y/o a contarnos su experiencia de parto o cesárea". En Sadler et al., 2021 se presenta el primer análisis de las respuestas a esta pregunta.

> pareja. Hasta que entró. Me hicieron pujar una vez y me cortaron la vagina dos veces porque la primera la hizo una practicante y lo hizo mal. Me dolió el alma. Comencé a pujar y sentía que me iba a morir. No veía, no escuchaba. A lo que siento una cachetada y me gritan "¡¡reacciona!!" Volví a mí. Mi hijo lleno de materia fecal. Lo limpian y me lo dejan en mi pecho. Casi sin fuerzas lo tomé y al rato se lo llevaron. Me cosieron sin anestesia. Desangrada me fui a sala de recuperación. Con un frío espantoso. Llego a puerperio sin mi hijo. Pasan las horas y me dicen que mi hijo está en neonatología por poliglobulia. No pude verlo hasta dos días después. Hasta que fui y traté de amamantarlo mientras me decían que cómo no iba a saber poner la teta, como tan tonta. Pero ya nada importaba. Estaba con mi hijo. Me fui a casa sin él. Nació un martes y lo llevé a casa un domingo. La lactancia fue un fracaso. La depresión y los ataques de pánico y de ansiedad estaban terminando conmigo. Gracias al apoyo de mi mamá y mi pareja me recuperé. Nunca más en mi vida quiero tener un bebé. Ni siquiera en clínica. Lamento que haya sido un relato tan largo y mal redactado. Gracias por su atención".

La experiencia vivida por Alma nos permite avanzar en la comprensión de que el problema de salud pública al que nos estamos refiriendo tiene particularidades que justifican que se denomine como uno de violencia de género. Alma vivió múltiples agresiones verbales que la menoscabaron, humillaron y ridiculizaron: recriminación por su aspecto físico y por el ejercicio de su sexualidad, desestimación de su dolor/sufrimiento, inhabilitación de su capacidad de cuidar a su hijo. Se advierten además una serie de prácticas obstétricas no recomendadas en casos que no presentan complicaciones: aceleración oxitócica, numerosos tactos vaginales realizados por personas diferentes, inmovilización a la camilla, negación de alimento y líquido, pujo dirigido antes de la dilatación completa, negación de acompañante significativo durante el trabajo de parto, episiotomía de rutina, sutura sin anestesia. La agredieron físicamente cuando le pegaron una cachetada. A Alma le dolió el alma. Alma se sintió morir. La depresión y ataques de pánico casi terminan con Alma. Nunca más *en la vida* quiere tener un bebé.

¿Por qué se le recriminó que estuviera "peluda", "gorda"? ¿Por qué se le dijo que era una "pendeja caliente"? ¿Por qué se desestimó su dolor? ¿Por qué se la trató de "tonta"? ¿Por qué fue amarrada de pies y manos a la camilla y dejada sola? ¿Por qué se utilizaron intervenciones que no cuentan con evidencia científica de respaldo y se le negaron las recomendadas? ¿Por qué se le pegó una cachetada?... Se trata de abusos y ejercicio de violencia que se distingue de los que ocurren en otras prestaciones de salud. Y es

que no se trata de cualquier "paciente" ni de cualquier cuerpo; se trata de mujeres y de cuerpos femeninos. Y es mediante un análisis de género que podemos comprender por qué en la atención del parto pareciera haber una particular dificultad de cambio y por qué se reproducen y perpetúan abusos de mucha crudeza. Al referirnos a la biología/fisiología femenina, además de la escisión moderna entre cuerpo y mente (Descartes, 2005; Le Breton, 2004), se suma la oposición simbólica entre lo masculino como más cercano a la mente, a lo racional, a lo objetivo; y lo femenino a la existencia corpórea/biológica, a lo emocional, a lo subjetivo (Harding, 1996; Ortner, 1979, Sheperd, 1993). Como planteara la filósofa Elizabeth Grosz (1994), las mujeres somos de alguna forma más biológicas, más corpóreas, y más naturales que los hombres. Y en ese sentido, nuestros órganos y hormonas actuarían en nosotras de forma tal de alejarnos de los atributos de racionalidad en la forma en que los hombres pueden acceder a ellos. Es desde nuestra constitución biológica y sexual de "mujeres" que somos definidas como pasivas, patológicas y defectuosas, versión desequilibrada y desviada del cuerpo-norma masculino (Martin, 1987, 1991; Sánchez, 1999; Villarmea, 2021).

Además de cuerpos femeninos, se trata de cuerpos femeninos en procesos sexuales y reproductivos, momentos del ciclo vital en que nos encontramos más cerca de aquello que justamente nos haría más "naturales". Más aún, se trata de un proceso sexual-reproductivo específico que nos "convierte" en madres. Es decir, corresponde a un momento del ciclo vital en el cual se pone en escena la vida sexo-afectiva en el lienzo del cuerpo biológico. Fue un acto de naturaleza sexual que llevó a la gestación de un nuevo ser humano y a esa mujer a buscar atención de salud. El mismo acto de dar a luz es un acto sexual. Y si bien en toda interacción médica se ponen en juego estereotipos de personas y de "buenos" y "malos" pacientes; en el campo de la salud sexual y reproductiva y, en especial, sobre el cuerpo de las mujeres, se despliegan valores culturales con especial intensidad y se ponen en juego estereotipos de "buenas" y "malas" mujeres, de "buenas" y "malas" madres. Todo lo anterior permite que en el parto se ejerza una particular forma de violencia que reduce la agencia de las mujeres y refuerza las relaciones de poder sociales y de género que las sitúan en desventaja; silenciando y reprimiendo sistemáticamente su conocimiento encarnado y privándolas del estatus de conocedoras creíbles (Chadwick, 2020; Cohen Shabot, 2016).

La violencia obstétrica se constituye así en una grave forma de violencia de género y de violación a los derechos humanos, lo cual ha sido reconocido en el *Informe de la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias*, Dubravka Šimonović (2019):

> "El maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención del parto se examinan en el informe como parte de una forma continuada de las violaciones que se producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado, y también son consecuencia de una falta de educación y formación y de la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos" (Šimonović, 2019, p. 6).

El debate sobre la atención obstétrica en Chile

En Chile, las discusiones en torno a la necesidad de revisar el modelo de atención del parto se remontan a los inicios del actual milenio. En el año 2000 se realizó el "Primer Seminario sobre Humanización del Proceso Reproductivo", en el cual especialistas se reunieron por primera vez a debatir sobre la temática, recogiendo las reflexiones e inquietudes de profesionales de la salud de distintas instituciones del país (Muñoz, Kaempffer, Castro y Valenzuela, 2001). También en el año 2000, en Brasil, tuvo lugar la "Primera Conferencia Internacional sobre Humanización del Parto y Nacimiento", que se constituyó en un hito en la región para instalar una agenda en torno a un modelo de nacimiento "humanizado" (Rattner, 2008; Wagner, 2001). En dicho encuentro se fundó la RELACAHUPAN, Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento, con representaciones nacionales de la misma en diversos países. A dicho encuentro asistieron alrededor de 60 profesionales de la salud y autoridades sanitarias chilenas, quienes en los años siguientes participaron activamente en el debate por la mejora de la calidad de atención, y sentaron las bases para la fundación de una diversidad de organizaciones profesionales y de la sociedad civil vinculadas a los derechos durante la gestación, parto, postparto y crianza. Catorce de estas agrupaciones se organizaron en 2016 en la figura de la Coordinadora Nacional por los Derechos en el Nacimiento, que ha estado activa desde entonces. Fue al alero de este movimiento, que desde el 2012 se comenzó a utilizar el concepto de violencia obstétrica en encuentros y campañas de organizaciones de la sociedad civil; concepto cuyo uso y reconocimiento se ha ido extendiendo desde entonces. Y si bien hasta la actualidad hay círculos de profesionales de la salud resistentes a su uso, el debate ha propiciado una importante reflexión sobre la calidad de la atención de salud sexual y reproductiva.

A nivel gubernamental, la necesidad de mejorar la calidad de la atención obstétrica dio lugar a la implementación, a partir del año 2007, de políticas y programas de salud tendientes a instalar un modelo de atención de

nacimiento "personalizado": el Sistema Integral de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo (Ley N° 20.379, 2009), y el *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo* (MINSAL, 2008). Estas iniciativas buscaron reducir el intervencionismo obstétrico excesivo e innecesario, relevar las dimensiones psicosociales del cuidado, y entregar herramientas a las mujeres y sus familias para ser partícipes del proceso en una relación más horizontal con el personal de salud (MINSAL, 2008). Pero estas intenciones no se han traducido en cambios significativos en el panorama de la atención obstétrica nacional, y el modelo personalizado de atención del parto no ha logrado implementarse como se esperaba en el país (Binfa et al., 2016; OVO Chile, 2018). Revisemos los resultados de algunos estudios que así lo ilustran.

En 2016, Binfa y colegas publicaron los hallazgos de un estudio descriptivo mixto realizado en 9 maternidades públicas de Chile, cuyo objetivo fue el de evaluar la implementación del modelo de parto personalizado propuesto por el Ministerio de Salud (2008). La muestra del componente cuantitativo del estudio fue de 1882 mujeres con gestaciones fisiológicas que ingresaron a las maternidades en fase activa e iniciaron su trabajo de parto de forma espontánea. En esta muestra se evaluó el bienestar materno tras el parto, que incluye la sensación de las mujeres de haber sido bien tratadas, valoradas como personas y de haber recibido un cuidado respetuoso. Solo un tercio reportó dicha sensación de bienestar tras el parto, mientras un tercio la calificó como baja (Binfa et al., 2016). El componente cualitativo del estudio, en el cual se desarrollaron 9 grupos focales con mujeres de diversas regiones, mostró un panorama más desalentador. Si bien las mujeres realizaron una buena evaluación de las capacidades técnicas del personal de salud, expresaron descontento con el trato recibido, planteando que durante la atención no se sintieron escuchadas, no recibieron información, y no fueron consideradas en la toma de decisiones respecto a los procesos e intervenciones ocurridas. Más aún, algunas sintieron que fueron tratadas como objeto. Al contrario de la opinión de las mujeres, las matronas y obstetras entrevistados declararon entregar una atención respetuosa y tratar bien a todas las mujeres. Las autoras plantean que las(os) profesionales de atención, por ende, no muestran reflexividad ni autocrítica sobre el desempeño de su rol profesional, y no cuestionan la ética de su práctica (Binfa et al., 2016).

De forma similar, la *Primera Encuesta Nacional del Nacimiento*, aplicada en 2017 por el Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile, profundizó en diversas dimensiones del trato durante la atención del parto (OVO Chile, 2018). Se trató de un estudio descriptivo observacional de corte transversal a nivel poblacional, en el cual se incluyó a mujeres que dieron

a luz entre los años 1970 y 2017. El cuestionario fue aplicado vía online, y la participación fue voluntaria y anónima. La unidad de muestreo fueron las experiencias de parto o cesárea de mujeres ocurridas en aquel periodo, y el número de encuestas respondidas en forma completa fue de 11.357. Analizando los casos entre 2014 y 2017, un 43% de mujeres en salud pública y un 20% en privada declaró que el personal de salud no respondió sus dudas, que se sintieron omitidas, desatendidas o acalladas; un 43% y 17% respectivamente reportó haber vivido críticas o represiones al expresar sus emociones o dolor durante el trabajo de parto; un 18% y 5% declaró haber vivido algún tipo de abuso físico –como manotazos, zamarreos, empujones– (OVO Chile, 2018).

Si bien estas cifras son preocupantes, es importante mencionar que han ido en constante mejora a lo largo de las últimas décadas. La misma encuesta recogió experiencias desde la década de 1970 en adelante, y muestra una mejora gradual en los tratos a lo largo del tiempo. Por ejemplo, las experiencias en las cuales el personal de salud no respondió dudas, desatendió o acalló a las mujeres disminuyeron en salud pública desde un 66% en el periodo anterior a 2009 a un 43% en el periodo 2014-2017; y en salud privada de un 27% a un 20% en los mismos periodos (OVO Chile, 2018). La misma tendencia a la baja se observa al analizar malos tratos tales como la represión de expresión de dolor o de emociones; el uso de lenguaje sarcástico, grosero, sexual; y amenazas; pero que, sin embargo, siguen siendo hasta cuatro veces más elevadas en salud pública que privada (OVO Chile, 2018).

En cuanto a las intervenciones obstétricas de rutina, el panorama es más desalentador. Tanto el *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo* (MINSAL, 2008), como *La Guía Perinatal* (MINSAL, 2015), son claros en recomendar que las intervenciones obstétricas no se deben realizar en forma rutinaria, sino solo cuando estén médicamente justificadas. A pesar de estas recomendaciones, los datos disponibles muestran la persistencia de un uso excesivo de dichas intervenciones. Los resultados de la encuesta OVO Chile (2018) muestran que, en salud pública, tanto la monitorización fetal continua como la administración de oxitocina artificial han ido en aumento progresivo desde la década del ’70, para llegar a un 85% y 52% (respectivamente) de reporte en el periodo 2014-2017; mientras en salud privada, estas dos intervenciones se mantienen sin grandes cambios a lo largo de los periodos estudiados. La maniobra de Kristeller, que se encuentra proscrita y debería haber experimentado una gran baja; no lo ha hecho y es declarada en un 27% de partos en salud pública y 32% en privada para los años 2014-2017. Y la posición litotómica tampoco ha experimentado grandes cambios y

se reporta en un 77% y 79% de los partos en salud pública y privada en el mismo periodo. Al comparar los sectores de salud privada con pública en el periodo 2014-2017 de la encuesta OVO Chile (2018), apreciamos que el acompañamiento, libertad de movimiento e ingesta de líquidos/alimentos durante el trabajo de parto, son practicados en mayor forma en el primero que en el segundo. La mayor brecha entre los subsistemas de salud se da en cuanto al acompañamiento: en hospitales públicos en 3 de cada 5 experiencias de parto las mujeres no contaron con un acompañante significativo en algún/ningún momento, mientras que en clínicas privadas esto ocurrió en 1 de cada 5 experiencias. Los resultados del estudio de Binfa et al. (2016) mostraron también una baja adherencia a las recomendaciones del Ministerio de Salud (2008) con respecto a las intervenciones obstétricas en salud pública, con la mayoría de las mujeres en trabajo de parto recibiendo hidratación intravenosa (y siendo negadas hidratación oral), con monitoreo fetal continuo, inducción y/o aceleración artificial del trabajo de parto, episiotomías, y posición litotómica de parto. Estos resultados muestran que se siguen practicando en números alarmantemente elevados aquellas intervenciones obstétricas que más enfáticamente se recomienda disminuir, y además aquellas que más se asocian con el exceso de cesáreas (monitorización fetal continua, oxitocina artificial, posición litotómica), que ronda la mitad de los nacimientos del país (INDH, 2016).

Si bien este panorama suena alarmante, hay una serie de avances recientes que presagian cambios positivos en el modelo de atención del nacimiento, que presento a continuación.

Avances recientes y desafíos pendientes

El gran desafío de la obstetricia del siglo XX fue el descenso de la mortalidad materna y neonatal, que en Chile se logró con éxito, llegando a presentar algunos de los mejores indicadores de la región. Pero los desafíos van mucho más allá, como se plantea en el *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo* (MINSAL, 2008), llamando a recuperar:

> "[L]os aspectos psicológicos y sociales de la gestación y el nacimiento, ofreciendo una atención basada en la evidencia científica, personalizada y respetuosa de los derechos, valores, creencias y actitudes de la mujer y, cuando ella lo decida, de su pareja y familia" (MINSAL, 2008, p. 7).

Los avances en esta materia han sido lentos y no han logrado cambios sustantivos en el modelo de atención del parto. Pero hay buenas noticias

que hablan de la posibilidad de cambios a niveles más estructurales. A nivel legislativo, desde el año 2015 se han presentado en el país tres proyectos de ley en torno a la atención durante el parto. En agosto de 2021, la Comisión de Mujer de la Cámara de Diputadas y Diputados, aprobó en general la idea de legislar el último de estos proyectos, conocido como Ley Adriana, tras lo cual pasó a la discusión en particular en la misma Comisión. Se trata del proyecto de Ley de parto respetado y fin a la violencia gineco-obstétrica, presentado en octubre de 2018 que "Establece derechos en el ámbito de la gestación, preparto, parto, postparto, aborto, salud ginecológica y sexual, y sanciona la violencia ginecobstétrica"[3], que fue resultado de la mesa de trabajo a la que convocó la diputada Claudia Mix. El objetivo del Proyecto de Ley se plantea como "regular, garantizar y promover los derechos de la mujer, del recién nacido y la pareja, en el ámbito de la gestación, preparto, parto, postparto y aborto en las causales establecidas por la ley, así como también en torno a su salud ginecológica y sexual".

En el mismo mes se convocó, desde el Programa Nacional de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud, a una mesa técnica para la elaboración de orientaciones técnicas para la atención integral del parto, documento ministerial que actualizará y profundizará las recomendaciones emitidas en el año 2008. Además, el 31 de agosto se publicó en el Diario Oficial la "Norma general técnica y administrativa N° 2016 para el monitoreo y vigilancia de la indicación de cesárea", cuya puesta en práctica busca aportar al descenso de dicha intervención en el país. Se suman a estas noticias la creación desde el 2020 de agrupaciones profesionales alineadas con la agenda de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y que trabajan desde un explícito enfoque de género: la Asociación Nacional de Matronas y Matrones de Chile (ASOMAT), la Asociación de Matronas independientes de Parto Respetado (AMIPAR), la Agrupación Ginecólogas de Chile, y la Sociedad Chilena de Parto y Nacimiento (SOCHIPAR).

Estas buenas noticias son el resultado de un proceso de dos décadas de visibilización de la necesidad de mejorar la calidad de la atención durante el parto y de denuncia del ejercicio de violencia obstétrica. Quedan desafíos pendientes, con miras a cambiar la estructura del cuidado obstétrico, que menciono brevemente a modo de cierre. Con respecto a los territorios de parto, la pandemia de COVID-19 está acelerando una discusión

[3] Proyecto iniciado en moción de las diputadas Claudia Mix, Maya Fernández, Karin Luck, Erika Olivera, Camila Rojas, Marisela Santibáñez y Gael Yeomans, y de los diputados Miguel Crispi, Patricio Rosas y Daniel Verdessi, Boletín N° 12148-11. Recuperado de https://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=12670&prmBoletin=12148-11

que ya venía escalando, sobre la necesidad de expandir las opciones disponibles. Si bien en nuestro país ha primado un enfoque de riesgo y una negativa a legalizar territorios de parto fuera de los hospitalarios, se cuenta con cuantiosa evidencia para respaldar la seguridad del parto en casa y centros de parto de baja complejidad para mujeres de bajo riesgo, con atención profesional (Dahlen, 2019). Durante la pandemia, el parto en casa ha experimentado un notorio aumento, tanto en el mundo como en Chile, impulsado por el temor al contagio y a la vulneración de los derechos en el parto dentro de las instituciones (Barata, Morgado y Santos, 2020; Davis-Floyd, Gutschow y Schwartz, 2020; De la Maza, 2020; Semaan et al., 2020). Maternas Chile, asociación de matronas que acompañan partos en casa, había registrado hasta noviembre de 2020 un aumento del 23% de los partos en domicilio durante dicho año (Freixas, 2020). Este escenario está llevando a considerar la importancia de contar con sistemas extrahospitalarios financiados y regulados que permitan ampliar el rango de opciones disponibles para la población y alivianar la carga asistencial de las instituciones.

Por otra parte, si planteamos que la violencia obstétrica es una violencia estructural y de género, es de gran relevancia apuntar a una educación con enfoque de género y de derechos tanto para la población en general, como para los y las profesionales de salud. Ello, fortaleciendo estos contenidos en la educación escolar, en los talleres prenatales que ofrece el Estado para familias gestantes, y en las carreras universitarias que se vinculan con la atención de salud sexual y reproductiva. En estas últimas, se hace urgente avanzar en revisar y actualizar los currículos educativos explícitos y ocultos, con mallas curriculares que den mayor énfasis a los aspectos psico-sociales del cuidado, a los derechos sexuales y reproductivos, y que problematicen el modelo intervencionista de atención. Con respecto a la participación de mujeres y familias usuarias del sistema de salud, se requiere avanzar en generar espacios para su participación en los procesos de auditoría de la calidad de la atención, y crear mecanismos de denuncia efectivos y a su alcance, como lo proponen las organizaciones internacionales de atención de nacimiento en la reciente *Iniciativa Internacional del Parto* (Lalonde et al., 2019).

Todo lo anterior nos permitirá acercarnos a cumplir con la responsabilidad colectiva de entregar un ambiente de cuidado y respeto a las mujeres que dan a luz, sus bebés, y sus familias. Se trata de la responsabilidad de que nunca más a una mujer le duela el alma por la forma en que fue tratada durante el parto.

Referencias bibliográficas

Arguedas, G. (2020). Poder obstétrico, aborto terapéutico, derechos humanos y femicidio de Estado: una reflexión situada en América Latina. En P. Quattrocchi y N. Magnine (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 77-99). Instituto de Salud Colectiva, Colección Cuadernos del ISCo, EDUNLa. doi: 10.18294/9789874937506.

Barata, C., Morgado Neves, D. y Santos, M. (2020). COVID-19 Containment Measures, Perinatal Experiences, and the Fight for Childbirth Rights in Portugal. *Medical Anthropology Quarterly Rapid Response Blog Series*.

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 services in Chile. *Midwifery, 35*, 53-61. doi:10.1016/j.midw.2016.01.018

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P.,... Gülmezoglu, A. M. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine, 12*(6), 1–32. doi:10.1371/journal.pmed.1001847

Bowser, D., y Hill, K. (2010). Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth. Report of a Landscape Analysis. *Harvard: Harvard School of Public Health University Research Co*.

Castro, R. y Erviti, J. (2003). La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio. En Rico, López y Espinoza (Eds.), *Hacia una política de salud con enfoque de género* (pp. 245-263). México: SSA-UNIFEM.

Chadwick, R. (2020). Practices of silencing: Birth, marginality and epistemic violence. En C. Pickles, y J. Herring (Eds.), *Childbirth, vulnerability and law: exploring issues of violence and control* (pp. 30-48). Routledge.

CLADEM y CRLP, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, y Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (1998). *Silencio y complicidad: Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*. Lima, Perú: CLADEM/CRLP.

Cohen Shabot, S. (2016). Making Loud Bodies ‘‘Feminine’’: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies, 39*, 231-47. doi: 10.1007/s10746-015-9369-x

Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior, 46*(1), 3-14. doi: 10.1177/002214650504600102

Dahlen, H. G. (2019). Is it time to ask whether facility based birth is safer for low risk women and their babies? *EClinical Medicine, 14*, 9-10. doi: 10.1016/j.eclinm.2019.08.003

Davis-Floyd, R. (1992). *Birth as an American Rite of Passage*. University of California Press.

Davis-Floyd, R., Gutschow, K. y Schwartz, D.A. (2020). Pregnancy, birth and the COVID-19 pandemic in the United States. *Med Anthropol, 39*(5), 413-427. doi: 10.1080/01459740.2020.1761804.

De la Maza, F. I. (24 de julio, 2020). ¿Parto respetado en medio de la pandemia?: Jaque a la autonomía de las mujeres. Radio JGM, Escuela de Periodismo de la Universidad de Chile. Recuperado de https://radiojgm.uchile.cl/la-autonomia-en-jaque-a-la-hora-de-acceder-a-un-parto-respetado-en-medio-de-la-pandemia/

Descartes, R. (2005). *Meditaciones metafísicas*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Diniz, S. G. y d'Oliveira, A. F. (1998). Gender violence and reproductive health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 63*(1), S33-S42. doi: 10.1016/S0020-7292(98)00182-9

Diniz, S. G., Rattner, D., Lucas d'Oliveira, A. F. P., de Aguiar, J. M. y Niy, D. Y. (2018). Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reproductive Health Matters, 26*(53), 19-35. doi: 10.1080/09688080.2018.1502019

D'Oliveira, A. F., Diniz, S. G. y Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet, 359*(9318), 1681-1685. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08592-6.

Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique; une archéologie du regard médical*. Paris: Presses Universitaires de France.

Freixas, M. (25 de noviembre, 2020). Parir en casa: Reparando las heridas de la violencia obstétrica. *El Desconcierto*. Recuperado de https://www.eldesconcierto.cl/nacional/2020/11/25/25n-parir-en-casa-para-reparar-las-heridas-de-la-violencia-obstetrica.html#:~:text=La%20organizaci%C3%B3n%20Maternas%20Chile%2C%20formada,de%20los%20partos%20en%20domicilio.

Grosz, E. (1994). *Volatile Bodies: Towards a corporeal feminism*. London: Routledge.

Harding, S. (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.

Illich, I. (1975). *Némesis médica. La expropiación de la salud.* Barcelona: Barral Editores.

INDH (Instituto Nacional de Derechos Humanos Chile) (2016). *Situación de los derechos humanos en Chile: Informe Anual 2016*. Santiago, Chile: INDH.

Lalonde, A., Herschderfer, K., Pascali-Bonaro, D., Hanson, C., Fuchtner, C. y Visser, G. H. (2019). The International Childbirth Initiative: 12 steps to safe and respectful MotherBaby–Family maternity care. *Int J Gynecol Obstet, 146*, 65-73. doi:10.1002/ijgo.12844

Le Breton, D. (2004). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

Ley N° 20.379 (2009). *Crea el Sistema Intersectorial de Protección Social e institucionaliza el Subsistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo".* Diario Oficial de la República de Chile, 12 de septiembre de 2009.

Lock, M. y Nguyen V. K. (2010). *An anthropology of biomedicine*. Wiley-Blackwell.

Martin, E. (1987). *The Woman in the Body*. Boston: Beacon Press.

Martin, E. (1991). The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles. *Signs, Journal of Women in Culture and Society, 16*(31), 485-501. doi: 10.4324/9781315094106-22

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciencia & Saúde Coectiva, 8(1), 185-207.

Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D.,… Althabe, F. (2016). Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet, 388*(10056), 2176-2192. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31472-6

MINSAL (Ministerio de Salud), Gobierno de Chile (2008). *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo*. Departamento Ciclo Vital, División Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL.

_____ (2015). *Guía perinatal*. Programa Nacional Salud de la Mujer, Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL.

Muñoz, H., Kaempffer, A., Castro, R. y Valenzuela, S. (Eds.). (2001). *Nacer en Chile en el s. XXI, de vuelta a lo humano*. Santiago, Chile: MINSAL-Universidad de Chile.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (1985). Recomendaciones para la apropiada tecnología del nacimiento. *Lancet, 2,* 436-437.

_____ (2014). *Declaración para la prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra: OMS. Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/

_____ (2018). *Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Resumen de orientación (español). Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/

Ortner, S. (1979). ¿Es la Mujer con respecto al Hombre lo que la Naturaleza con respecto a la Cultura? En O. Harris y K. Young (Comps), *Antropología y Feminismo*. Barcelona: Anagrama.

OVO Chile (Observatorio de Violencia Obstétrica Chile) (2018). *Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile*. Santiago de Chile.

Rattner, D. (2008). Humanizing childbirth care: brief theoretical framework. *Interface, 13*(1), 385-392.

República Bolivariana de Venezuela (2007). *Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. GORBV, Sept. 1738.668. Recuperada de http://virtual.urbe.edu/gacetas/38770.pdf

Rothman, B. K. (1982). *In Labour: Women and Power in the Birthplace*. New York: W. W. Norton.

Sadler M., Santos M., Ruiz-Berdún D., Leiva Rojas G., Skoko E., Gillen P. y Clausen J. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters, 24*(47), 47-55. doi: 10.1016/j.rhm.2016.04.002.

Sadler, M., Vezzani, F., Watkins, L., Navarrete, J. y López, A. (2021). El cuidado en la atención del nacimiento: de la responsabilidad individual a la colectiva. *Revista Chilena de Antropología, 43*, 233-246. doi: 10.5354/0719-1472.2021.64442

Sánchez, D. (1999). Androcentrismo en la ciencia. Una perspectiva desde el análisis crítico del discurso. En M. J. Barral, C. Magallón, C. Miqueo y M. D. Sánchez (Eds.), *Interacciones ciencia y género. Discursos y prácticas científicas de mujeres* (pp. 161-184). Barcelona: Icaria, Colección Antrazyt.

Semaan, A., Audet, C., Huysmans, E., Afolabi, B., Assarag, B., Banke-Thomas, A.,…Benova, L. (2020). Voices from the frontline: findings from a thematic analysis of a rapid online global survey of maternal and newborn health professionals facing the COVID-19 pandemic. *BMJ Global Health, 5*(6), e002967. doi:10.1136/bmjgh-2020-002967

Sesia, P. (2020). Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En N. Quattrocchi y N. Magnone (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (pp. 3-29). Instituto de Salud Colectiva. Colección Cuadernos del ISCo, EDUNLa. doi: 10.18294/9789874937506.

View publication stats

Sheperd, L. J. (1993). *Lifting the Veil: The Feminine Face of Science*. Boston: Shambala Publications.

Šimonović, D. (2019). *Informe de la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. 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* (Doc. N° A/74/137). Recuperado de https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en

Villarmea, S. (2021). Reasoning from the uterus: Casanova, women's agency, and the philosophy of birth. *Hypatia, 36*(1), 22-41. doi:10.1017/hyp.2020.45

Wagner, M. (2001). Fish can´t see the water. The need to humanize birth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics,* 75, s25-37. doi: 10.1016/S0020-7292(01)00519-7