



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE PARTERAS**

**Revisión bibliográfica sobre Violencia Obstétrica**

Trabajo Final de Grado presentado para obtener el título de **Obstetra Partera/o**

AUTORA: Br. Valentina Tesoro Graciano

TUTORA: Prof. Adj. Lic. Mercedes Viera

CO TUTORA: Asist. Obst. Part. Fernanda Rodríguez

Montevideo, Octubre 2021

# Agradecimientos

---

Siendo este mi último trabajo como estudiante de la carrera Obstetra Partera , no puede faltar mi agradecimiento a las personas que me acompañaron durante todo el camino.

En primer lugar a mis padres Silvia y Daniel: quienes hicieron hasta lo imposible por brindarme las oportunidades que ellos no tuvieron y que me motivan a aprovecharlas intentando superarme día a día a mi misma. Por ser mi mayor ejemplo de lucha y resiliencia.

A Andrés, por acompañarme siempre desde el amor y el respeto, ser testigo de todas las veces que no confié en mí y mostrarme que si tenía que hacerlo.

A mi hermano Rodrigo, por ser ejemplo de que todo es posible si es nuestra voluntad , por alegrarse más que yo de mis logros y ser mi compañero más fiel.

A mis ahijadas Candelaria y Julieta: por darme tanto amor y llenarme de orgullo con su crecimiento.

A mis abuelas y bisabuela que aunque hoy no estén físicamente fueron guías imprescindibles en el recorrido y estoy segura de que están muy orgullosas de mí.

A mis tías, tíos, primas, primos y a todas las personas que confiaron en mí, y me ayudaron para que nunca falten los recursos para seguir avanzando.

A la Escuela de Parteras como institución por ser mi segunda casa por estos años, y a cada Docente y Obstetras Parteras, por brindar una formación desde una perspectiva de humanización de la atención, que me permitió tener una visión crítica al momento de ejercer mi práctica pre profesional, que logró que se despierte en mí el interés por esta temática.



A cada compañera con la que compartimos el amor y pasión por esta hermosa profesión, especialmente a Alejandra, Melisa, Maria Noel, Eugenia, Victoria y Daphne.

En cuanto a la realización de este trabajo: a Candelaria por prestarme su computadora para que pueda trabajar, a Andrés y a Tina por acompañarme en el día a día y escuchar mis cuestionamientos sobre violencia obstétrica.

A Fernanda y a Mercedes, por su ayuda desinteresada sin la cual no hubiera sido posible. Por su dedicación, apoyo y motivación en este proceso.

A Alejandra y Melisa por estar siempre ahí cerquita, en la carrera y en la vida.

# Índice

---

|                                                                                                    |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Agradecimientos</b>                                                                             | <b>2</b>  |
| <b>Índice</b>                                                                                      | <b>4</b>  |
| <b>Resumen</b>                                                                                     | <b>6</b>  |
| <b>Abstract</b>                                                                                    | <b>8</b>  |
| <b>Introducción</b>                                                                                | <b>9</b>  |
| <b>Objetivos</b>                                                                                   | <b>13</b> |
| <b>Metodología</b>                                                                                 | <b>14</b> |
| <b>CAPÍTULO 1</b>                                                                                  | <b>15</b> |
| <b>¿De qué hablamos, cuándo hablamos de violencia obstétrica?</b>                                  |           |
| 1.1 Conceptualizaciones                                                                            | 16        |
| 1.2 Violencia obstétrica como violencia hacia la mujer basada en género                            | 23        |
| 1.3 Violencia obstétrica como violencia institucional                                              | 26        |
| 1.4 Procesos que llevaron a la medicalización e institucionalización de la atención obstétrica.    | 29        |
| 1.5 Modelos de ver y atender los procesos obstétricos                                              | 34        |
| Modelo tecnocrático:                                                                               | 34        |
| Modelo humanista:                                                                                  | 36        |
| El modelo holístico:                                                                               | 37        |
| <b>CAPÍTULO 2</b>                                                                                  | <b>40</b> |
| <b>¿De qué forma se presenta la violencia obstétrica?</b>                                          |           |
| 2.1 Formas de violencia obstétrica                                                                 | 41        |
| 1- Prácticas de rutina, que no tienen justificación en todos los casos y exceso de medicalización: | 46        |
| Vías venosas, monitoreo fetal continuo, posición de litotomía:                                     |           |
| ¿obstáculos para el movimiento?:                                                                   | 46        |
| Maniobra de Kristeller, práctica desaconsejada en todos los casos:                                 | 49        |

|                                                                                                                          |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Episiotomía innecesaria:                                                                                                 | 50         |
| Cesárea innecesaria:                                                                                                     | 51         |
| No respeto de los tiempos del parto biológico:                                                                           | 52         |
| 2- Trato deshumanizado, tratos crueles y degradantes:                                                                    | 53         |
| 3- Omisión de consentimiento informado:                                                                                  | 55         |
| 2.2 Causas de la violencia obstétrica                                                                                    | 58         |
| 2.3 Víctimas de violencia obstétrica                                                                                     | 62         |
| 2.4. ¿Existe evidencia de las repercusiones o secuelas que podrían aparecer en mujeres víctimas de Violencia Obstétrica? | 63         |
| <b>CAPÍTULO 3</b>                                                                                                        | <b>71</b>  |
| <b>Marco normativo Uruguayo y evidencia científica en cuanto a la atención obstétrica.</b>                               |            |
| 3.1 Legislación                                                                                                          | 73         |
| Ley de acompañamiento a la mujer en el parto, parto y nacimiento:                                                        | 73         |
| Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva:                                                                                   | 74         |
| Ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo:                                                                          | 76         |
| Ley de Violencia hacia las mujeres basada en género:                                                                     | 77         |
| Artículo 14: Parto humanizado:                                                                                           | 80         |
| Artículo 15: Plan de parto y nacimiento                                                                                  | 82         |
| Artículo 16: Prevención de la Violencia Obstétrica                                                                       | 82         |
| 3.2 Recomendaciones del Ministerio de Salud Pública                                                                      | 84         |
| 3.3 ¿Qué dice la evidencia científica?                                                                                   | 88         |
| Prácticas o intervenciones recomendadas:                                                                                 | 91         |
| Prácticas o intervenciones no recomendadas:                                                                              | 94         |
| Prácticas o intervenciones recomendadas en contextos específicos:                                                        | 97         |
| Prácticas o intervenciones recomendadas sólo en el contexto de investigaciones rigurosas:                                | 98         |
| <b>CAPÍTULO 4</b>                                                                                                        |            |
| <b>Consideraciones finales:</b>                                                                                          | <b>100</b> |
| <b>Referencias bibliográficas</b>                                                                                        | <b>109</b> |

# Resumen

---

La violencia obstétrica (VO) es una forma de violencia hacia las personas gestantes, que se da en el contexto de la atención institucional, del embarazo, parto y puerperio. Vulnera derechos humanos básicos, y dentro de ellos derechos sexuales y reproductivos. Las desigualdades de género naturalizadas en la sociedad patriarcal y el poder socialmente legitimado, atribuido al profesional de la salud, dan lugar a relaciones asimétricas de poder y de género, que pueden desembocar en violencia de género o institucional; esto junto con un desequilibrio en el modelo de atención vigente en la mayoría de los países Latinoamericanos, explican las causas de la VO. En la bibliografía revisada se describen acciones u omisiones constitutivas de VO como: colocación de vías intravenosas de rutina, limitación de la movilidad durante el trabajo de parto, realización de monitoreo fetal continuo sin indicación, obligación o imposición de la posición de litotomía para el parto, realización de episiotomía injustificada, realización de maniobra de Kristeller, cesáreas innecesarias, esterilización forzada, aborto forzado, trato deshumanizado, humillante o degradante, infantilización, amenazas, burlas, discriminación, no respeto de la privacidad, omisión de información sobre el estado de salud propio o el de su hijo/a, omisión de consentimiento informado, exposición a situaciones de miedo o abandono, prohibición de la permanencia de acompañante que brinde apoyo emocional, represión de manifestaciones de dolor o emociones, impedimento o retraso del contacto con su hijo/a o la lactancia inmediatamente después del nacimiento sin que haya justificación. La VO tiene como posibles desenlaces daños físicos, psicológicos y sexuales. Existe evidencia de que podría aparecer trastorno de estrés postraumático, depresión posparto, estrés agudo y tocofobia, que a su vez pueden generar dificultades en el vínculo con su hijo y familia, y en el inicio o mantenimiento de la lactancia. Con respecto a las consecuencias físicas cada práctica innecesaria tiene sus propias consecuencias, además de en algunos casos llevan a que sea necesario realizar otras intervenciones. En Uruguay existe el reconocimiento de los derechos por medio de leyes, que a su vez, se encuentran reglamentadas, y la evidencia científica nos muestra que muchas de las prácticas consideradas violentas no tienen justificación en todos los casos, pero basta con escuchar relatos de mujeres para darnos cuenta de que la VO es una realidad que se sigue dando y que si bien todas estas herramientas parecieran ser un gran avance, al parecer no alcanzan para erradicarla.

**>> Palabras clave:**

Violencia Obstétrica. Derechos humanos. Derechos sexuales y reproductivos.  
Violencia de género. Violencia institucional. Secuelas.

# Abstract

---

Obstetric violence (OV) is a form of violence towards pregnant people, which occurs in the context of institutional care, pregnancy, childbirth and the puerperium. It violates basic human rights, and within them sexual and reproductive rights. The naturalized gender inequalities in this patriarchal society and the socially legitimized power, attributed to the health professional, give rise to asymmetric relations of power and gender, which can lead to gender or institutional violence; All this, together with an imbalance in the current care model in most Latin American countries, explains the causes of OV. In the reviewed literature, actions or omissions constitutive of VO are described, such as: routine intravenous placement, limitation of mobility during labor, continuous fetal monitoring when without indication, obligation or imposition of the lithotomy position for the childbirth, unjustified episiotomy. performance of the Kristeller maneuver, unnecessary caesarean sections, forced sterilization, forced abortion, dehumanized, humiliating or degrading treatment, infantilization, threats, ridicule, discrimination, lack of respect for privacy, omission of information about your own health status or that of your child, omission of informed consent, exposure to situations of fear or abandonment, prohibition of the permanence of a companion who provides emotional support, repression of manifestations of pain or emotions, impediment or delay of contact with your child or breastfeeding immediately after birth without justification. OV has physical, psychological and sexual damage as possible outcomes. There is evidence that post-traumatic stress disorder, postpartum depression, acute stress and tocophobia could appear, which in turn can lead to difficulties in bonding with your child and family, and in the development of breastfeeding. With regard to the physical consequences, each unnecessary practice has its own consequences, in addition to in some cases leading to the need to carry out other interventions. In Uruguay there is recognition of rights through laws, which in turn are regulated, and scientific evidence shows that many of the practices considered violent are not justified in every case, but it is enough to listen to women's stories to realize that OV is a reality that continues to occur and that although all these tools seem to be a great advance, apparently they are not enough to eradicate it.

**>> Keywords:** Obstetric Violence. Human rights Sexual and reproductive rights. Gender violence. Institutional violence. Aftermath.



# Introducción

---

El siguiente trabajo final de grado pretende ser un aporte a la reflexión sobre violencia obstétrica.

Como mujer, usuaria del Sistema Nacional Integrado de Salud y futura profesional, me interesa tomar un rol activo en la defensa de nuestros derechos sexuales y reproductivos.

Considero a la violencia obstétrica como una forma de violación y vulneración de dichos derechos, por lo que es de mi interés reflexionar mediante este trabajo, en base a la bibliografía disponible, sobre las diferentes formas en las que se presenta este tipo de violencia, las secuelas o consecuencias en la salud, a nivel físico, psicológico y emocional, de quienes la padecen, y los derechos y leyes que respaldan a la mujeres en cuanto a este tema, en nuestro país.

A lo largo de mi práctica clínica en esta carrera he adquirido y reafirmado el conocimiento de que el embarazo, el parto y el puerperio son momentos que exponen a la mujer a mucha vulnerabilidad, lo que puede colocarla en una posición de inferioridad respecto al profesional de la salud que la atiende, quien en todo momento debería respetar su derecho básico de autonomía, procurando que tome las decisiones sobre su cuerpo, de manera libre e informada.

Vengo de una familia muy numerosa, donde hubo muchos nacimientos, y por ende muchas historias sobre ellos. Escuchar relatos de abuelas, de mi mamá, tías, primas y amigas, en donde se hace evidente la falta de información, la falta de protagonismo en sus procesos, la manera en que sus palabras demuestran que los vivieron como espectadoras, y como normalizan estos puntos, sin siquiera cuestionarlos; cesáreas “porque no dilataba”, “porque el bebé tenía el cordón en el cuello”, episiotomías de las que se enteraban al momento de la sutura, bebés de las que los separaban sin explicación, esterilizaciones forzadas, etc. Saber que algunas de ellas recuerdan los nacimientos de sus hijos/as como experiencias que no quisieran volver a vivir, y en algunos casos siquiera recordar, me hace movilizar hasta en lo más

profundo, y cuestionar por qué estas cosas pasaron y siguen pasando. No haber sido víctima de violencia obstétrica no me quita del grupo de posibles víctimas, ni como futura profesional de posible ejecutora de este tipo de violencia, además me considero una persona empática, por lo que cada relato me llevó a cuestionar ¿hasta cuándo? ¿hasta cuándo recordar procesos de embarazo, parto y posparto como experiencias negativas? ¿hasta cuándo no ser protagonistas? ¿hasta cuándo no poder decidir libre y conscientemente sobre nuestros propios cuerpos?.

La violencia obstétrica es una forma de violencia de género y de violación de derechos humanos, que como otras formas de violencia hacia las mujeres permaneció por mucho tiempo invisibilizada.

Lograr entender y problematizar este tema me resulta fundamental, estando en los inicios de mi carrera profesional, para lograr adquirir herramientas que contribuyan a promover el empoderamiento de las mujeres a las que vaya a acompañar.

Este trabajo se divide en cuatro capítulos.

El primero se titula: “¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica?” , y consta de cinco secciones.

En la primera, se exponen las conceptualizaciones sobre el término violencia obstétrica que se realizan en tres ámbitos diferentes: legal, académico y de sujetos de la sociedad civil u organizaciones no gubernamentales.

En la segunda, se ubica a la VO dentro de la violencia hacia la mujer basada en género, explicando la influencia de las desigualdades estructurales de género originadas en el contexto de una sociedad patriarcal.

La tercera enmarca a la VO, como violencia institucional, dada por relaciones de poder asimétricas entre gestantes y personal de la salud.

En la cuarta sección se hace un recorrido histórico sobre los procesos que llevaron a la medicalización e institucionalización de la atención obstétrica: el paso de la atención de los procesos reproductivos de manos de parteras y comadronas a profesionales de salud, y el traslado del parto del hogar al hospital, además del surgimiento de la biomedicina como modelo hegemónico en la atención de estos procesos.



En la quinta sección, siguiendo las ideas de la antropóloga Floyd, realizo una descripción de los tres modelos o paradigmas de atención del embarazo y parto: el tecnocrático, el humanista y el holístico.

El segundo capítulo se titula “¿De qué formas se presenta la violencia obstétrica?” Está subdividido en 4 secciones.

En la primera sección de este capítulo, se exponen las prácticas que constituyen violencia obstétrica, según las fuentes bibliográficas consultadas, y para su análisis se agrupan en tres grupos categóricos: 1-Prácticas de rutina, que no tienen justificación en todos los casos y exceso de medicalización. 2-Trato deshumanizado, tratos crueles y degradantes. 3-Omisión de consentimiento informado

La segunda sección trata de explicar las causas de la violencia obstétrica según las diferentes teorías encontradas: las relaciones de poder y de género asimétricas entre personal de salud y gestantes, el desequilibrio en el modelo tecnocrático y, por otra parte, las condiciones y limitaciones de los sistemas de salud.

En la tercera sección aparecen las posibles víctimas de este tipo de violencia, dentro de los que algunos autores incluyen además de a personas gestantes y acompañantes afectivos, a profesionales que abogan por una práctica basada en la humanización de la atención.

La cuarta sección incluye la evidencia encontrada en cuanto a las posibles secuelas de la violencia obstétrica a nivel físico ,psicológico y emocional.

El capítulo 3 se titula “Marco normativo Uruguayo y evidencia científica en cuanto a la atención obstétrica”, se subdivide en tres secciones.

En la primera sección se intenta plasmar y sintetizar la normativa actual de nuestro país, referente a la temática, incluyendo los derechos que consagran a las personas gestantes, mediante leyes y sus decretos reglamentarios.

En la segunda sección se enuncian las recomendaciones más actuales del Ministerio de Salud de nuestro país en consonancia con la normativa y compromisos asumidos en las leyes mencionadas.

En la sección número 3 se resumen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, como evidencia científica que respalda a las gestantes en la atención institucional, que hacen énfasis en la necesidad de una atención humanizada de los procesos de embarazo parto y puerperio que garantice el respeto de los derechos humanos de las usuarias de los servicios.

Por último en el capítulo 4 se redactan las consideraciones y reflexiones finales del trabajo.

# Objetivos

---

## General:

- Realizar una revisión bibliográfica sobre violencia obstétrica, que pueda aportar a la reflexión sobre el tema.

## Específicos:

- Reflexionar en base a la bibliografía disponible sobre las diferentes formas en que se presenta este tipo de violencia y sus causas.
- Buscar evidencias de si existen repercusiones o secuelas, que podrían aparecer en las mujeres víctimas de este tipo de violencia, a nivel físico psicológico y emocional.
- Conocer las leyes y derechos de nuestro país, que respaldan a las mujeres en cuanto a este tema.

# Metodología

---

El trabajo será de tipo monográfico. Realizaré una búsqueda y selección de la bibliografía disponible, con el fin de revisarla y cumplir los objetivos planteados. Generando una instancia de reflexión, empoderamiento y crecimiento, personal y profesional.

---

# CAPÍTULO 1

---

¿De qué hablamos, cuándo hablamos de violencia obstétrica?

## 1.1 Conceptualizaciones

---

En las últimas décadas el concepto violencia obstétrica (VO) ha ido ganando un lugar en la agenda pública y social. Se ha incluido en marcos normativos de varios países, se han realizado investigaciones académicas con el fin de aportar a la visualización de este tipo de violencia y se han creado protocolos con el fin de humanizar la atención obstétrica.

Considero oportuno comenzar por la definición de violencia, para una mejor comprensión del tema. La Organización Mundial de la Salud define violencia como el uso intencional del poder o la fuerza física, tanto sea de hecho o como amenaza; contra sí mismo, contra un grupo o comunidad, o contra otra persona; cuando esto provoque o tenga muchas probabilidades de provocar: lesiones, daños psicológicos, privaciones, trastornos del desarrollo o incluso la muerte. Según quien sea el agresor, la violencia puede ser autoinfligida, interpersonal o colectiva (OMS,2002).

Como plantea Castrillo no hay una definición estática; la violencia es un concepto social e históricamente cambiante en relación a las posiciones de poder de los sujetos involucrados (quien ejerce el acto violento, la víctima, los testigos; y la relación de tensión entre ellos), sus posiciones estructurales y las definiciones de lo legítimo. Existe un campo de disputa por la legitimidad de la definición de VO, entre las establecidas por la ley, las definiciones políticas o académicas; y las de asociaciones o sujetos de la sociedad civil. La definición de la VO se asienta sobre cambios en las sensibilidades sociales, que han tenido como consecuencia cambios en el régimen de legitimidades (Castrillo 2016).

Legalmente el primer país a nivel mundial en incluir una definición de este tipo de violencia fue Venezuela, en su Ley Orgánica sobre el derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en donde se la define como:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por el 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 (Venezuela,2007, p.11).

En América Latina siguieron luego otras normas, que la incluyeron entre las modalidades de violencia de género<sup>1</sup>, descritas en leyes de protección integral. Es el caso de Argentina donde en 2009 fue sancionada la “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales” (Ley 26485. 2009 ), que en el inciso E de su artículo N°6 define a la violencia obstétrica como: “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de la medicalización y patologización de los procesos naturales” (p.1). También es el caso de Panamá que en su Ley integral, (Ley N°82, 2013), la describe como: “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, humillante o grosero” (p.4).

En Uruguay la ley de violencia hacia las mujeres basada en género (Ley 19580), incluye a la Violencia Obstétrica dentro de las formas de violencia de género y la define como: “toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos” (Ley 19580,2017, p.4).

Es importante aclarar su alcance, en el artículo 1 de la misma Ley , establece que:

Comprende a mujeres de todas las edades, mujeres trans, de las diversas orientaciones sexuales, condición socioeconómica, pertenencia territorial, creencia, origen cultural y étnico-racial o situación de

---

<sup>1</sup> Cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado. Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica: a) que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; b) que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar; c) que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.

Fuente: Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

discapacidad, sin distinción ni discriminación alguna. Se establecen mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención, protección, sanción y reparación (Ley 19580, p. 1).

Estas definiciones incluidas en las leyes consideran a la VO como una de las modalidades de violencia hacia la mujer basada en su género. Dado que quienes pueden ejercerla son los integrantes del personal de salud, en el marco de la atención institucional de los procesos reproductivos, es también violencia institucional. En cuanto a las posibles víctimas en las definiciones legales no se incluye a recién nacidos ni varones padres.

Según Medina una lectura simple de las normas podría hacer pensar que como posibles efectores de VO, se incluye sólo a quienes se desempeñan en servicio ginecológico u obstétrico de un Hospital o Clínica, sin embargo el ámbito de los legitimados activos es más amplio y deben considerarse: todo el personal que trabaja en un servicio de asistencia sanitaria, tanto profesionales (médicos/as, obstetras, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, etc) como colaboradores: personal de servicio, camilleros/as, personal administrativo, etc y todos los trabajadores de los servicios públicos o privados, que operen en los centros de salud (Medina,2008).

Vallana agrega la idea de que este tipo de violencia es ejercida tanto por el personal como por el sistema de salud y que involucra violencia verbal, psicológica, estructural y simbólica (Vallana, 2016).

En el caso de la definición legal de VO de nuestro país y comparándola con la primera definición, que fue la de Venezuela, vemos que se omiten términos como, abuso de la medicalización, trato deshumanizado y patologización de los procesos naturales, aspectos fundamentales que como quedará expuesto más adelante, las definiciones académicas establecen como sus principales causas.

Orozco y Rocha afirman que si bien no hay duda de que, la inclusión del término “violencia obstétrica” dentro de algunas de las legislaciones del mundo, constituyó un gran logro para los grupos feministas que abogan por la defensa del parto respetado, este hecho es solo un pequeño, aunque

importante, paso para la eliminación del fenómeno de VO, que no ha resultado tan útil para el logro de los objetivos de estos grupos, pues las definiciones que emiten, en sí, encierran algunos problemas. En primer lugar los autores consideran la ambigüedad de algunos de los conceptos que aparecen en las definiciones, tal es el ejemplo de “trato deshumanizador”, que al no dejar explícito, qué acciones caen dentro de esta categoría, es un tanto subjetivo, y puede darse que cada parte involucrada lo entienda a su conveniencia. Un segundo problema, en relación a una de las pocas leyes que establecen acciones punibles (que es la de Venezuela ) dado que éstas son una ínfima fracción de todos los tratos violentos que reciben algunas mujeres durante su embarazo, parto y puerperio (Orozco y Rocha,2018).

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS ,2014) difundió una declaración para la “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, en la que reconoce que:

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. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos (OMS, 20014. p.1).

En esta declaración, la organización enfatiza en la necesidad de llevar a cabo una investigación con el fin de medir y definir el maltrato y la falta de salud en los centros de salud de todo el mundo, buscando comprender su impacto en las elecciones y experiencias de salud de las mujeres.

También a nivel mundial la VO es reconocida por la ONU (Organización de Naciones Unidas) en Julio de 2019, a través de un informe realizado por la relatora especial sobre violencia contra la mujer, Dubravka Šimonović, al que tituló “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”, en el que retoma el pronunciamiento de la OMS, reconociendo que el maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y durante la atención



del parto, es una violación y vulneración de derechos humanos. Admite que la VO parte de una forma continuada de las violaciones que se producen en el contexto de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado, que son consecuencia de una falta de educación y formación, y de la falta de respeto a la igualdad de género y a la condición de la mujer como sujeta de derechos humanos. Reconoce que esta forma de violencia es un fenómeno generalizado a nivel mundial y sistemático (Šimonović, 2019).

Por parte de las ciencias sociales varios autores han producido algunas definiciones académicas:

Medina la define como toda conducta, acción u omisión, por parte del personal de la salud tanto en el ámbito público como el privado, que directa o indirectamente, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de la medicalización y patologización de los procesos naturales (Medina, 2008).

Magnone explica la concepción de VO como la forma de violencia hacia las mujeres, producto de la intersección de la violencia institucional en salud y la violencia estructural de género. La concibe como una forma de violación de los derechos sexuales y reproductivos, naturalizada e invisibilizada por la sociedad. Afirma que tanto la violencia institucional en salud como la violencia de género son posibles porque las sostienen sistemas de poder jerárquicos de salud y de género respectivamente, que se encuentran interconectados.(Magnone,2011)

Belli agrega que la VO es una de las consecuencias de la aplicación del paradigma médico vigente en casi todos los países de la región latinoamericana, en el que se revela una relación asimétrica entre mujeres y profesionales de la salud, que conlleva a una desigualdad simbólica y real que es una barrera para el ejercicio pleno de los derechos básicos de las mujeres. Plantea que ese paradigma predominante, de medicalización, en la atención institucional del parto, coloca a la mujer en un lugar de objeto de intervención y no de sujeto de derecho, desplazando el saber y las propias experiencias de las mujeres por el saber científico. Reflexiona sobre el carácter negativo de las prácticas realizadas de forma rutinaria, sistemática mecanicista y medicalizada en la atención hacia las mujeres, por parte del

personal de salud; que muchas veces deriva en situaciones de violencia hacia ellas (Belli,2013).

Arguedas (2014) plantea que si bien el concepto es reciente y se ha teorizado poco sobre él, hace referencia al conjunto de prácticas dadas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y más intensamente en el embarazo, parto y puerperio<sup>2</sup>, que oprimen, degradan e intimidan a mujeres y niñas. Para explicar qué es, propone adoptar el término poder obstétrico, como forma de poder disciplinario, estableciendo que la VO sería un mecanismo de control y opresión como efecto del ejercicio de este poder.

La organización feminista GIRE (grupo de información de reproducción elegida), de Mexico, define a la VO como una forma de violencia contra las mujeres que viola sus derechos humanos y es generada en el ámbito de la atención del embarazo, parto y posparto, en servicios de salud públicos y privados, consistiendo en cualquier acción u omisión que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer, que es expresado en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización. Teniendo como consecuencia la disminución de la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre los procesos reproductivos (GIRE, 2015).

En las definiciones académicas se explica que la VO es un suceso determinado por múltiples factores, que es producto de una intersección entre la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud (en la atención de la salud reproductiva), que se centra en relaciones de poder asimétricas y jerárquicas, entre profesionales de salud y mujeres, ubicándose éstas en un rol de inferioridad, perdiendo así la autonomía sobre sus cuerpos.

En cuanto al pronunciamiento de la OMS, si bien no utiliza el termino Violencia Obstétrica, resulta importante que como organismo mundial de la salud, reconozca la existencia de faltas de respeto y maltratos en la atención del parto en centros de salud, que amenaza derechos humanos como: derecho a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a la salud, a la

---

<sup>2</sup> Se denomina puerperio al período que comienza luego de la salida de la placenta, e incluye clásicamente las siguientes 6 semanas. Fuente Schwartz et. al., 2005

autonomía, a recibir información, a la integridad y a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes.

Sumamos entonces a la concepción de Violencia Obstétrica como forma de vulneración de derechos humanos, ya sea por una manifestación de violencia hacia la mujer, como por la amenaza a los derechos nombrados por la OMS, y dentro de ellos los derechos sexuales y reproductivos.



## 1.2 Violencia obstétrica como violencia hacia la mujer basada en género

---

En la Convención interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención De Belém Do Pará) se definió a la violencia contra la mujer como:

Cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:

a) que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual;

b) que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar, y

c) que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra (Convención De Belém Do Pará, 1994. p.12)

En el artículo 9 de esta convención se establece que los Estados partes, deben considerar especialmente en la situación de vulnerabilidad a la violencia en la que se puedan encontrar las mujeres embarazadas (*Convención De Belém Do Pará, 1994*).

A raíz de esto en la mayoría de los países latinoamericanos, las normas sancionadas sobre VO fueron contenidas en las leyes de protección integral, lo que permite ubicar su dimensión estructural: se trata de una de las manifestaciones de violencia que se da en el marco de la subordinación de las mujeres, basadas en relaciones desiguales de poder entre los géneros. La violencia contra la mujer se funda como una forma de violación sistemática de los derechos humanos. Es producto de un proceso sociocultural histórico,

denominado patriarcado, que naturaliza dichas desigualdades entre varones y mujeres. El patriarcado, como estructura social jerárquica, se impone con un conjunto de símbolos, prejuicios, ideas, leyes y costumbres referente a las mujeres, en donde el género masculino oprime y domina al femenino, logrando su discriminación y subordinación (Gherardi,2016).

Este desequilibrio de poder queda en evidencia en la sala de partos, pues el profesional posee un poder de conocimiento legitimado socialmente, mientras la mujer tiene adjudicada por la sociedad la obligación de ser madre, por eso sus decisiones no cuentan y debe acatar sin reclamos las decisiones del profesional. Los autores aclaran que si bien reconocen la existencia de profesionales hombres y mujeres, aquí se refieren al rol del profesional no teniendo en cuenta si es hombre o mujer, ya que lo reconocen por un rol masculino, que ejerce poder sobre su paciente ;la mujer (Orozco y Rocha,2018).

Osorio y Saraceno explican que al momento del parto y nacimiento no estamos exentas del entorno, lo hacemos dentro de un contexto, tanto sea nivel micro (historia de vida y creencias familiares) y macro (paradigmas sociales). El patriarcado se asienta sobre la ley del privilegio del varón y la ley del padre y las mujeres y niñas/os están sujetas a sus conveniencias y necesidades. Exponen que la aparente igualdad legal no opera sobre las raíces del patriarcado y las prácticas que lo sostienen, hecho que consideran determinante a la hora del parto y nacimiento, momentos en que las protagonista son justamente las oprimidas, lo que hace que pueda manifestarse con todo el peso del sistema de pensamiento que lo sustenta.

Sostienen que los profesionales de salud, dentro de la sociedad patriarcal tienen en común con los varones, los privilegios (los de los varones por portación de genitales, y los profesionales por ambos) y que estos privilegios les otorgan una total impunidad para apropiarse de los cuerpos de las mujeres y disciplinarlas, con el fin de mantenerlas siempre dentro de los límites de lo que la sociedad espera de ellas. Los privilegios de los profesionales, independientemente de su género; como los de cualquier varón significan violencia y opresión (Osorio y Saraceno,2020).

La atención hospitalaria del parto se asienta sobre un supuesto control del saber por parte de los profesionales, en el que se invalida el conocimiento, la información y las percepciones de la gestante sobre su propio proceso, lo que

se estructura como una forma de poder simbólico que anula sus decisiones. Promoviendo su conformidad y docilidad, haciendo que pierdan el protagonismo y se conviertan en espectadoras de su parto (Lafaurie et. al.,2019).

Ese poder, es al que como mencioné antes, denomina (Arguedas,2014), poder obstétrico, como poder disciplinario vinculado con la estructura social de género, que se ejerce en un territorio específico: los cuerpos que pueden embarazarse y parir.

## 1.3 Violencia obstétrica como violencia institucional

---

Dentro de las modalidades de violencia hacia la mujer basadas en género incluidas en la Ley Uruguaya 19.580 se define a la violencia institucional como:

Toda acción u omisión de cualquier autoridad , funcionario o personal del ámbito público o de Instituciones privadas, que discrimine a las mujeres o tenga como fin menoscabar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos y libertades fundamentales de las mismas, así como la que obstaculice el acceso de las mujeres a las políticas y servicios destinados a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar las manifestaciones, tipos y modalidades de violencia contra las mujeres previstas en la presente ley (Ley 19580, 2017, art.6).

Tradicionalmente el control de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se ha establecido como un medio para mantener su subordinación y la dominación masculina; constituyendo una forma de discriminación que, cuando se lleva a cabo por la intervención de operadores de salud, tanto en ámbitos públicos o privados, puede implicar el ejercicio de violencia institucional contra las mujeres (Gherardi, 2016).

En general, este tipo de violencia en el ámbito de la atención de la salud reproductiva de las mujeres, se reproduce de manera automática y naturalizada en las rutinas de trabajo, lo que hace que en algunos casos el personal de salud admita dificultad para identificar ciertas conductas como lesivas a las usuarias: como abuso verbal y burlas, indiferencia, no proporcionar información completa, abandono en el cuidado, deficiente atención y otras conductas que aumentan en gravedad (GIRE,2015).

Castro y Everti resaltan la importancia de tener en cuenta que la VO no se trata de un problema de calidad de atención, como se lo suele



conceptualizar en el campo médico, si no de violaciones de derechos básicos de mujeres, y dentro de ellos los derechos sexuales y reproductivos, en los servicios de salud, consecuencia de la estructura de poder del campo médico y del papel que juegan sus actores en el mantenimiento de las estructuras sociales de género vigentes.

El campo médico está formado por el conjunto de las instituciones de salud y el personal que allí se desempeña, así como las instituciones que forman a los nuevos profesionales y las especialidades e industrias relacionadas. Dentro del campo médico las instituciones públicas son un espacio de ejercicio de la ciudadanía (capacidad de ejercer los derechos que el marco normativo vigente garantiza a cada individuo), por lo que el acceso a ellas es un derecho social, pero como mencionan los autores, está constituida como una estructura disciplinaria diseñada para mejorar la eficiencia de la atención brindada, por lo tanto la participación de las mujeres resulta problemática, entonces se naturaliza e invisibiliza una posición subordinada de las mismas. En general el funcionamiento de los servicios de salud está pensado desde una lógica médico-administrativa, por lo que desde el ingreso a la institución de una mujer que por ejemplo busca asesoramiento en métodos anticonceptivos o está a punto de parir se realiza un procedimiento protocolar de prácticas con el fin de garantizar dicho funcionamiento. Así mismo los derechos laborales son parte central del ejercicio de la práctica de profesionales que forman parte del equipo de salud. En su formación van incorporado en forma de hábitos las estructuras objetivas del campo médico y una serie de subjetividades que surgen de las relaciones de poder y de género en ese entorno; producto de la existencia de un sistema de jerarquías y, con frecuencia, de abusos y maltratos sufridos durante los años de formación que a su vez son reproducidos puntualmente sobre las nuevas generaciones de estudiantes que luego estarán a su cargo; además van enfrentando múltiples presiones laborales para atender, con pocos recursos, a una numerosa consulta (Castro y Everti, 2014).

Según esa idea, se van construyendo entonces, relaciones de poder jerárquicas y asimétricas entre profesionales y usuarias, donde en lugar de ello, deberían establecerse relaciones, basadas en la igualdad, el conocimiento y el reconocimiento de los derechos tanto humanos como de salud sexual y reproductivos, de ambas partes.

Me surge la interrogante ¿cómo surge un campo médico en el que se da lugar a la vulneración de derechos? En la próxima sección intentaré exponer lo encontrado en la bibliografía en base a esta interrogante.



## 1.4 Procesos que llevaron a la medicalización e institucionalización de la atención obstétrica.

---

En la investigación y análisis sobre la atención obstétrica, varios autores parten del proceso de institucionalización de la misma, y del aumento del uso de la tecnología, en el contexto de su medicalización.

Para ello es preciso, tal como plantea Camacaro hacer referencia a dos hechos históricos que ocurrieron de forma concomitante y tuvieron un impacto incalculable en la vida reproductiva de las mujeres; en primer lugar el paso de la atención obstétrica que se llevaba a cabo por parteras o comadronas, a profesionales de la salud, y en segundo lugar, junto a ello, el traslado de los partos desde el hogar hacia los hospitales (Camacaro,2009).

La atención de los partos en hospitales, tiene menos de 100 años. En la historia de los nacimientos, el papel de la obstetricia es reciente, sin embargo hoy en día pensar en partos se asocia a estos establecimientos y rara vez se concibe una manera diferente de atención. Este fenómeno, que hoy se ha vuelto hegemónico, tuvo lugar por un violento proceso por el cual se descalificó el saber milenario sobre el cuerpo de mujeres, de las parteras y curanderas, quitándoles su autoridad para atender partos (Orozco y Rocha,2018).

Se originó una poderosa campaña de desprestigio social hacia esas sabias mujeres, que como todas necesitan la tutela del varón. El nacimiento que había sido un territorio de mujeres: en el que ellas se abrían a la vida, mientras otras las acompañaban, sostenían, brindando cuidados y generando entornos de salud y bienestar, representaba un grito de rebeldía para la cultura patriarcal. Esto no podía seguir así por lo que fue inevitable la irrupción del varón en en dicho territorio, trayendo como consecuencia la pérdida de poder y protagonismo de las mujeres.

Los hombres conquistaron y colonizaron el territorio. Los nacimientos pasaron de manos de las parteras, que entendían no sólo el proceso fisiológico del parto si no también su fuerte componente vincular y emocional a manos de varones que se encontraban con un proceso tan alejado de sus vivencias, que quizá movidos por el miedo, los prejuicios, el desconocimiento etiquetaron de a la mujer de “maquinaria fallada”, sobre la que había que intervenir (Osorio y Saraceno 2020).

En la época de transición del feudalismo al capitalismo (período de crisis entre los siglos XIV al XVIII) se llevó a cabo lo que se denomina “Caza de Brujas”, que da origen al control social sobre el cuerpo de las mujeres. En el siglo XVI las brujas fueron acusadas de conspiración para la destrucción del potencial reproductivo de humanos y animales, a través de lo que se llamaron crímenes reproductivos, entre los que se incluía al aborto, infanticidio (se creía que se alimentaban de carne de niños, los utilizaban para hacer sus posiones mágicas o los ofrecían al demonio) y la sodomía (toda práctica sexual no reproductiva). Las altas tasas de mortalidad infantil debido al crecimiento de la pobreza y la desnutrición, avalan la prominencia de los crímenes reproductivos en los juicios por brujería. Las brujas eran acusadas por la muerte repentina de tantos niños y por su vulnerabilidad a enfermedades. En este contexto aumentar el trabajo se volvió urgente, en el siglo XVII cuando la población en Europa comenzó a declinar, haciendo surgir una crisis demográfica. Parece posible entonces que la caza de brujas pueda concebirse como un intento de criminalizar el control de la natalidad ejercido por las comadronas, de poner el útero y por tanto el cuerpo femenino al servicio del incremento de la población y la acumulación de fuerza de trabajo; que fue promovido por una clase política preocupada por el descenso poblacional, convencida de que una población grande es igual a la riqueza de una nación. Muchas de las brujas perseguidas eran comadronas, mujeres sabias, depositarias tradicionales del saber y control reproductivo de las mujeres, a través del saber adquirido y transmitido de generación a generación. El *Malleus Maleficarum* (libro en el que se justificaban las persecuciones) sostenía que las parteras eran los peores tipos de mujeres, ya que ayudaban a la madre a destruir el fruto de su vientre, y excluían a los hombres de las habitaciones donde las mujeres parían. Los autores recomendaron que no se le permitiera practicar este arte a ninguna mujer, sin demostrar antes ser una “buena católica”, o sea que estuvieran dentro de las parteras buenas. Éstas eran contratadas para controlar que las mujeres no ocultaran sus embarazos, o tuvieran hijos fuera del matrimonio, de lo contrario se las marginaba. A

partir de finales del siglo XVI, se les permitió practicar la obstetricia a unas pocas mujeres, si bien hasta entonces esta práctica había sido un misterio femenino. A principios del siglo XVII, aparecieron los primeros hombres interesados en la obstetricia y en cuestión de un siglo esta era una práctica controlada por el Estado (Federici,2010).

Como exponen Eherenreich y English, en el siglo XIII la medicina había comenzado a afianzarse en Europa como ciencia y profesión laica. Esta profesión había iniciado antes de la caza de brujas una campaña de desprestigio hacia las mujeres sanadoras, no permitiéndoles el ingreso a las universidades, salvo en pocas excepciones. Se fueron creando nuevas escuelas de Medicina a la que accedían jóvenes de clase acomodada. Para ejercer la profesión médica se exigía la formación universitaria, lo que permitió la exclusión legal de las sanadoras a su práctica. La caza de brujas adoptó diversas formas según el tiempo (ya que como veíamos abarcó más 4 siglos) y lugar, pero no perdió en ningún momento su eje de campana de terror desencadenada por la clase dominante y dirigida contra la población campesina (en su mayoría de sexo femenino). Las brujas representaban una amenaza política, religiosa y sexual para la Iglesia, y también para el Estado. Durante este período se desacreditó a las brujas sanadoras y se las marcó con el estigma de la perversidad, por lo que en los siglos XVII y XVIII los médicos pudieron empezar a invadir su último bastión: la obstetricia. Con la calificación legal del fórceps como instrumento quirúrgico y la práctica de la cirugía prohibida para las mujeres, su implementación queda en manos de los barberos-cirujanos. La práctica de la obstetricia se convierte en actividad lucrativa, de la que luego en el siglo XVIII se apropiaron los médicos propiamente dichos (Eherenreich y English, 1981).

Según Camacaro, los varones encargados ahora de la práctica obstétrica, escribieron libros, basados en enseñanzas antiguas de Hipócrates y Galeno, quienes no habían presenciado un parto, pero poseían autoridad suficiente para que sus dictados fueran tomados como ciertos, aunque no estuvieran basados en evidencia. La sistematización de conocimientos en esos libros tenían mayor legitimidad que los saberes transmitidos por tradición oral de las parteras. La usurpación de la atención del parto marca un hito en la disciplina, ya que, la práctica médica vinculada con la salud de las mujeres tuvo sus cimientos en la



idea de que las funciones orgánicas de las mujeres eran patológicas, así el embarazo era considerado una enfermedad. Esta representación simbólica sostiene, legitima y justifica el desplazamiento de las parteras por parte de los médicos, dado que al ser una enfermedad debe ser atendida por el saber médico (Camacaro, 2010).

Según Sadler, se da una hegemonización del control del conocimiento sobre el cuerpo humano, por parte del sistema médico oficial, en este caso del cuerpo femenino, y también de sus procesos fisiológicos. Por lo tanto las etapas del ciclo vital de las mujeres (menstruación, embarazo, parto y menopausia) son patologizadas y concebidas como enfermedades que deben ser tratadas y controladas (Sadler, 2004).

Surge, tanto en América como en Europa, una corporación médica que va afianzando de manera progresiva su poder, volviéndolo hegemónico, y va a su vez legitimando sus saberes. Esta legitimación se da con el rechazo sistemático de todos aquellos saberes que no pueden ser acomodados dentro del paradigma científico vigente. El profesional va encargándose de la tarea de modificar comportamientos y hábitos de las mujeres embarazadas que considera ofensivos o incorrectos en relación con la higiene y la salud. Esas políticas higienistas, que fueron impulsadas por los Estados a mediados del siglo diecinueve, logran a comienzos del siglo veinte la hegemonía en torno de las prácticas consideradas correctas durante el proceso del parto. El parto intervenido, medicalizado, es sólo un aspecto de una nueva concepción mayoritariamente biologista de la reproducción humana, siendo las instituciones de la salud espacios en los cuales estos procesos encuentran su lugar. Es ahí cuando la obstetricia surge como especialidad, desarrollando un conjunto de prácticas y saberes con el fin de regular y controlar la experiencia de la maternidad, siendo el campo en el cual resulta más evidente la subordinación de las mujeres al saber médico (Belli, 2013).

Con el traspaso de la experiencia de maternidad a un proceso regulado por profesionales de la salud, en su mayoría hombres, se da también el traslado territorial de la experiencia: el hogar, ámbito histórico destinado a la parturienta quien atravesaba el parto rodeada de mujeres que ya habían pasado por lo mismo, y de su familia, deja paso al centro de

salud, con asistentes extraños y un ideal de asepsia que se enfrenta a la idea de acompañamiento de la parturienta por su comunidad (Eherenreich y English 1981, Sadler,2004; Camacaro,2010; Belli.2013).

Para Martínez y Orobich, la creciente expansión del saber y con ello el poder médico en cuanto a procesos de la vida que estaban fuera de sus competencias, implica la categorización de esos fenómenos en términos de salud o enfermedad, y normal o patológico. Los autores entienden que la medicalización y la patologización son categorías que se complementan de manera recíproca, formando un circuito que describe a las intervenciones médicas en los procesos de embarazo parto y puerperio (Martínez y Orobich, 2018).



## 1.5 Modelos de ver y atender los procesos obstétricos

---

La biomedicina es considerada el sistema de conocimiento médico hegemónico para la atención del embarazo parto y puerperio. Ha sido la definición de estos procesos como acontecimientos médicos lo que ha orientado la investigación hacia sus aspectos fisiológicos y patológicos, brindando poca atención a su configuración socio-cultural. Se entiende por sistema médico al conjunto organizado de conocimientos científicos, creencias y acciones, de un grupo con una cultura determinada; en referencia a la salud, la enfermedad y sus problemas asociados (Sadler,2004).

Para exponer los modelos de atención de estos procesos, voy a tomar las ideas de la antropóloga (Floyd.1993,2001) que plantea que en la sociedad post-industrial en la que vivimos, a la que denomina tecnocracia (por organizarse a través de una ideología del progreso, que se da por el desarrollo de la tecnología, dirigiendo sus valores claves hacia ese desarrollo), existen tres paradigmas de salud, (si bien reconoce la existencia de otros, sostiene que estos 3 se encuentran en la mayoría de las sociedades occidentales). Utiliza el concepto de paradigma como sistema de creencias, modelo o imagen mental de la realidad. Estos tres modelos son el tecnocrático (que es el dominante o hegemónico), el humanista y el holístico.

### Modelo tecnocrático:

En la atención del parto, el modelo médico hegemónico, descrito por la autora como “modelo tecnocrático del nacimiento”, parte de la metáfora del cuerpo humano como máquina y de la separación o no conexión del cuerpo con la mente.

Utilizando esa metáfora cuerpo- máquina, médico-mecánico o técnico, el cuerpo se descompone y necesita reparación. Los hombres fueron quienes establecieron la idea de cuerpo como máquina, y el cuerpo masculino como prototipo de máquina, en la medida en que se desviaba de ese prototipo, el cuerpo femenino se consideraba anormal, defectuoso y bajo la influencia de la naturaleza, por lo que necesitaba la constante manipulación por parte del hombre.

La ciencia de la obstetricia fue adoptando la metáfora de producción en cadena o línea de ensamblaje, cuyo objetivo es la producción de bebés sanos, utilizando alta tecnología con ese propósito. El miedo frente a lo incontrolable de un proceso natural liderado por los cuerpos de las mujeres, genera la creencia de que se puede controlar su inminente incertidumbre, y es el médico quien asume el poder de ese control (Floyd,1993).

En el modelo tecnocrático del parto, el cuerpo se metaforiza como una máquina, el hospital es la fábrica donde se elabora el producto, ( el bebe) y la tecnología la herramienta para la producción adecuada. El cuerpo de la madre es una máquina defectuosa de por sí y el experto técnico es el que rescata y produce el bebe. Cuando comienza el trabajo de parto, se inician una variedad de procedimientos estándar, para moldear el proceso a los estándares tecnológicos, procedimientos que pueden ser realizados en diferentes intervalos, en un periodo que varía de acuerdo al tiempo en que transcurre el trabajo de parto de la mujer y en la medida en que se ajusta a las normas hospitalarias.

Según plantea Floyd, la biomedicina, como modelo hegemónico, no es el único sistema o ideología, ya que la sociedad, con sus propios argumentos cuestiona el poder absoluto que se le atribuye, generando nuevas alternativas (Floyd, 2001).

## Modelo humanista:

Como resultado de un fuerte rechazo al modelo tecnocrático en la atención del parto, surge una corriente humanística, encabezada por enfermeras, activistas del parto respetado, parteras, madres, etc, como protesta por el trato inhumano que recibían las mujeres en el trabajo de parto.

Surge entonces el modelo humanista, que por el contrario del tecnocrático, utiliza la metáfora del cuerpo como organismo, y no como máquina; y entiende que hay conexión entre mente y cuerpo, la paciente es vista como sujeto y no como objeto. Si bien se utiliza la tecnología y la información que ésta puede aportar, se valoran los sentimientos, pensamientos y deseos de la mujer, teniendo en cuenta la individualidad de cada una. En este modelo la información, toma de decisiones y responsabilidad son compartidas por paciente y cuidador (Floyd, 2001).

Campiglia plantea que una atención humanizada de la salud, surge de la premisa de que lo esencial es que el centro sea la responsabilidad y el protagonismo de los sujetos para alcanzar una vida más saludable.

En cuanto a la atención de mujeres embarazadas debe reconocerse su derecho a ser atendida en base a evidencia científica. Desde esta postura sostiene que la atención humanizada, no tiene que ver con una infraestructura específica ni con altos costos ya que por el contrario, resulta más accesible debido a que requiere un menor uso de equipo y medicamentos, y se asocia con protocolos de atención basados en evidencia científica.

Según la autora, este tipo de atención no se reduce a ofrecer un trato amable a las mujeres, plantea que la práctica de procedimientos innecesarios, que forman parte de la rutina de instituciones, resulta incompatible con la atención humanizada, aun cuando el profesional se

comunique de manera gentil con la paciente mientras las lleva a cabo (Campiglia,2017).

## El modelo holístico:

El tercer paradigma que describe Floyd es el holístico, cuyo principio es la unidad entre mente cuerpo y espíritu. El cuerpo es visto como un sistema de energía, que se vincula con otros sistemas de energía, este es el fundamento de este modelo. Se cura a la persona en el contexto de toda su vida, y se plantea la esencialidad de la unidad entre paciente y cuidador. Se pretende intervenir a nivel de energía para no tener que intervenir con tecnología, se tienen en cuenta sentimientos, deseos y pensamientos de la madre, ante las circunstancias que se vivencian, actuando a nivel emocional y espiritual, con el fin de reducir intervenciones físicas. También pueden mezclarse ciencia y tecnología para servir a la paciente, con el fin de facilitar su habilidad. En este modelo, existe autoridad y responsabilidad en cada individuo, se individualizan los cuidados, tratando de que lo normal sea lo único y especial para ese individuo, lo que necesita esa mujer para ese parto, en ese momento de su vida (Floyd,2001).

Floyd plantea que hoy en día tenemos la ventaja de poder ejercer una práctica obstétrica que combine lo mejor de la medicina tecnológica, de la partería profesional y tradicional, podría crearse el mejor modelo obstétrico que el mundo haya conocido. Propone que es posible crear espacios humanos y holistas, dentro de instituciones tecnocráticas, y que el principal factor determinante del resultado del parto es el paradigma del cuidador, ya que del mismo, depende que los deseos de la madre sean importantes y tomados en cuenta o no.

La humanización de la atención en los procesos reproductivos de las mujeres, pone el centro de atención en ellas mismas y no en el personal de la salud (parteras, médicos, enfermeros y asistentes) pero a su vez reivindica el papel fundamental de estos equipos en el restablecimiento de los lazos de la mujer embarazada con su propia vivencia y fuerza interna. Sostiene que para que ello sea posible es necesario brindar información y alternativas prácticas, para que ellas puedan vivenciar el



parto como un hecho transformador, con confianza, fuerza y alegría. Desde este enfoque se respetan las opciones de las mujeres en cuanto a dónde y con quién parir, pues el humanismo es compatible con el parto en hospitales, en casas de parto y en los domicilios (Magnone,2010).

Para Campiglia resulta clave para desarticular el mecanismo de industrialización del nacimiento comprender el proceso por el que los profesionales que hoy ofrecen una atención humanizada pasaron para cambiar la práctica convencional, a esa que comprende respetar los ritmos naturales del cuerpo de la mujer que ha de parir y del bebé que nacerá. Expone que los relatos de quienes han transitado este camino muestran una primera instancia en la que cuestionaron sus propias prácticas y aceptaron que aunque sin intención habían causado daño.

La autora plantea que hacen falta más profesionales que conozcan y respeten la fisiología del nacimiento, los estudios sobre la producción hormonal, la anatomía pélvica; que manejen la estimulación de quimio, termo y mecanorreceptores como medida alternativa para el manejo del dolor; que tengan en cuenta que para su producción las hormonas del parto necesitan de un ambiente íntimo, oscuro y silencioso, que sepan que un bebé que no desciende puede hacerlo trabajando asimetrías pélvicas con su madre o buscando posiciones que favorezcan el descenso. A su vez, sostiene que para lograrlo, necesitamos desarrollar sensibilidad ante las necesidades de los profesionales, ya que resulta complejo exigir que atiendan con la calidez a que requieren las pacientes cuando llevan noches enteras sin dormir por hacer doble guardia, cuando no han comido bien y cuando son expuestos al autoritarismo arbitrario de sus superiores; por tanto sugiere pensar en partos humanizados no sólo para la mujer. Propone pensar en esquemas de salud que consideren a las distintas partes en su cualidad de sujetos. Por último agrega que la medicina institucional opera bajo una lógica productiva en la cual madre y los profesionales son sólo piezas de una maquinaria que dará como resultado un “producto” saludable, y no debería ser de la producción de lo que se trata el nacimiento, sino de un acto de amor al que se le debe restituir la dignidad (Campiglia, 2015).



Teniendo en cuenta lo expuesto por las autoras y siguiendo esta línea, podríamos pensar en un modelo de atención que reúna características de los tres planteados.

Es imprescindible para el respeto de los derechos de las mujeres, tenerlas en cuenta como sujeto con voz y voto en sus propios procesos, teniendo en cuenta sus individualidades y subjetividades.

---

## CAPÍTULO 2

---

¿De qué forma se presenta la violencia  
obstétrica?

## 2.1 Formas de violencia obstétrica

---

Si bien el término violencia obstétrica en los últimos años ha ido ganando lugar en el ámbito constitucional de varios países de Latinoamérica, la situación normativa referente al conjunto de prácticas que lo constituyen es frágil y deficiente (Aceves 2020).

En cuanto a lo establecido legalmente solo Venezuela y algunos estados de México, han incluido prácticas como delitos, en tanto son constituyentes de VO.

La ley orgánica de Venezuela incluye en su artículo 51 los siguientes delitos efectuados por el personal de salud que incurren en VO:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer 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 o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al 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. (Ley Orgánica de la mujer, 2007, p. 22)

Únicamente cinco acciones específicas constituyen actos de violencia obstétrica de acuerdo con esa ley, sin embargo, como veremos a continuación, en realidad, la VO abarca mucho más.

Como plantean Orozco y Rocha, la VO es un fenómeno mucho más amplio de lo que consta en los escritos legales, que se limitan a conductas que son fácilmente perceptibles o evaluables, ya que constan en la historia clínica, como la realización de un alto número de episiotomías, cesáreas o inducciones farmacológicas del parto, dejando por fuera y ocultas prácticas referidas al trato hacia las mujeres, las formas de dirigirse, hablar o incluso pensar sobre ellas (Orozco y Rocha, 2018).

Si bien en las definiciones encontradas, se sitúa a la VO, en el contexto de la atención del embarazo, parto y puerperio, cuando se intentan plasmar las formas en que se presenta, en la mayoría de la bibliografía consultada, la información se centra en el momento del parto.

Varios autores intentan explicar las formas en que se presenta este tipo de violencia; plantean como idea principal y común la imposibilidad de la enumeración exhaustiva de todas las conductas que pueden producir violencia obstétrica. (Medina, 2008; Villanueva, 2010 ; Šimonović, 2019 )

Medina plantea que pueden haber tanto acciones como omisiones configurativas de VO, que pueden ser causa de violencia física o psíquica.

Dentro de las que pueden causar violencia física incluye: la realización de prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la embarazada, o de la persona por nacer, y el no respetar los tiempos y/o las posibilidades del parto biológico.

Dentro de las que pueden causar violencia psíquica incluye el trato deshumanizado, la discriminación, humillación; cuando la mujer requiere atención, o en el transcurso de una práctica obstétrica. Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y que no se la haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales .

A este tipo de VO psicológica se agregan exponer a la mujer a situaciones de miedo, abandono inferioridad o inseguridad, la prohibición de permanencia del acompañante, recriminarle por sus comportamientos o por cualquier característica o acto físico (tales como: altura, peso, opción sexual, raza, por la evacuación, estrías, etc.), reprimir la expresión de dolor y emociones , impedir o retardar el contacto del bebé con la mujer inmediatamente después del parto, el alojamiento conjunto madre e hijo/a, e impedir o dificultar la lactancia materna.(De Mesquita, et al., 2018)

Volviendo a Medina, plantea que las omisiones configurativas de VO incluyen: omisión de anestesia cuando se realiza un legrado ante la sospecha de un aborto auto provocado, omisión de información sobre las distintas intervenciones médicas de manera que pueda optar libremente cuando existiesen distintas alternativas, omisión de intimidad y no consideración de las pautas culturales (Medina,2008).

Según expresa Villanueva durante la atención institucional del parto, la violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres va desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos, no consultarlas o informarlas sobre las decisiones que se van tomando en el curso del trabajo de parto, utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana, el manejo del dolor durante el trabajo de parto como castigo y la coacción para obtener su consentimiento, hasta formas en las que es posible constatar que se ha causado daño deliberado a la salud de la afectada, o bien que se ha incurrido en una violación aún más grave de sus derechos (Villanueva 2010).

Castrillo propone utilizar el ejemplo de un iceberg de la VO debido a la existencia de formas evidentes y sutiles de violencia. En las primeras coloca los actos que cualquier testigo podría pensar cómo violentos o agresivos que se relacionan con maltrato o destrato y aquellos casos que tienen como desenlace muertes perinatales o graves daños a la salud de



la madre o los/as recién nacidos/as. Considera que la mayor dificultad política y simbólica se relaciona a nombrar como violentas las formas más sutiles, donde se enmarcan las prácticas médicas, con aparente justificación científica y clínica lo que parece volverlas inevitables, pero como constituyen excesos de medicalización y patologización del proceso (tanto de su comprensión como de su forma de abordarlo) son dignas de ser consideradas como violencias. Aquí incluye: las cesáreas innecesarias, las episiotomías didácticas o “por prevención”, los tactos repetidos, la obligación de no comer, beber ni moverse durante el trabajo de parto, la colocación de vía con suero de forma rutinaria, la obligatoriedad de parir acostadas y el monitoreo fetal constante (Castrillo 2019).

Es importante aclarar que gran parte de las conductas nombradas no incurren en violencia como práctica en sí mismas, sino que su uso rutinario, no debidamente informado, sin individualizar a cada gestante, y a veces injustificado es lo que resulta violento.

Para Camacaro, los procedimientos que forman parte de una rutina médico-hospitalaria y son seguidos como patrón, constituyen decisiones terapéuticas que son repetidas siglo a siglo, de manera tradicional, siendo prácticas aceptadas por consenso en un determinado período por la mayoría de los profesionales y no siempre verificadas por evidencias científicas. Tienen como norma que las embarazadas sean sometidas a unos procedimientos y/o tratamientos de rutina, que en la mayoría de los casos, no discriminan ni individualizan sus necesidades, ya que, se aplican a la mayoría de las mujeres que buscan atención en los hospitales o maternidades, quedando incluidas embarazadas de bajo riesgo<sup>3</sup>, quienes desde lo epidemiológico, no poseen una probabilidad grave o muy trascendente de morbilidad o de mortalidad propia ni del feto o neonato. Incluso algunos de estos procedimientos producen

---

<sup>3</sup> Según la OMS, el embarazo de bajo riesgo es “aquel que transcurre sin que factores desfavorables (biológicos, psicológicos, sociodemográficos, etc.) y/o patologías maternas previas o adquiridas en el transcurso del embarazo evidentes o no, interfieran en su normal evolución llegando a término con feto sano, en presentación cefálica y proporción céfalo-pélvica adecuada, posibilitando un parto de bajo riesgo y un puerperio normal”. Según el mismo organismo, el parto de bajo riesgo es “aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 42 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones”.

enfermedades iatrogénicas clínicas ya que, pueden causar una serie de efectos terapéuticos secundarios (Camacaro, 2009; 2015).

Es imposible negar los aportes de la ciencia en la atención del nacimiento; las intervenciones médicas, ayudan a salvar vidas de mujeres y niños cuando su uso está indicado y justificado, esta realidad no se debe dejar de reconocer al abordar el tema. Lo que se cuestiona es la medicalización indiscriminada, las prácticas realizadas de manera sistemática, mecanicista y rutinaria, que pareciera no respetar el principio de procurar la salud de las mujeres, si no a una especie de industrialización de la atención del parto. (Belli. 2013; Campiglia.2015).

Campiglia sugiere que detrás de algunas prácticas de la biomedicina se ocultan modalidades de sometimiento hacia las mujeres, que resulta imprescindible visibilizar, para poder abordarlas, ya que sostiene que las mismas a fuerza de repetirse han logrado permanecer invisibilizadas.

Opina que el aislamiento, el confinamiento a la cama, la restricción de bebidas y alimentos, el sometimiento a posturas que entorpecen la fisiología del parto, el uso de hormonas con el fin de intensificar la actividad uterina, la episiotomía de rutina, son prácticas que al no estar basadas en criterios de salud parecen responder a concepciones sociales y requerimientos institucionales (Campiglia,2017).

Volviendo a Aceves, aporta que, en Latinoamérica se han dado mecanismos de dominio, control y regulación del cuerpo femenino, por parte de la institución médico obstétrica de carácter capitalista y patriarcal, que se expresan por: prácticas de patologización<sup>4</sup>, medicalización<sup>5</sup> e instrumentalización<sup>6</sup>, junto con la atribución al cuerpo femeninos de conceptos como imprevisibilidad y riesgo. Plantea que estas prácticas se traducen en ejercicios como las prácticas que fueron nombradas anteriormente en esta sección (Aceves, 2020).

---

<sup>4</sup> Imposición de un dominio absoluto de los procesos de embarazo parto y puerperio por parte del aparato médico.

<sup>5</sup> Percepción del cuerpo gestante y que pare como cuerpo enfermo.

<sup>6</sup> Intervencionismo rutinario y estandarización extrema durante el trabajo de parto.

A partir del análisis de lo expuesto por los autores y teniendo en cuenta la idea de que no es posible realizar una lista que abarque todas las acciones configurativas de este tipo de violencia, voy a utilizar tres grupos categóricos, con el fin de contribuir a la mejor comprensión de cada práctica en particular.

1-Prácticas de rutina, que no tienen justificación en todos los casos y exceso de medicalización.

2-Trato deshumanizado, tratos crueles y degradantes.

3-Omisión de consentimiento informado.

## 1- Prácticas de rutina, que no tienen justificación en todos los casos y exceso de medicalización:

En este grupo pueden incluirse: la colocación de vías intravenosas a todas las mujeres, la limitación de la movilidad durante el trabajo de parto, la realización de monitoreo fetal continuo cuando no está indicado, la obligación o imposición de la posición de litotomía<sup>7</sup> para el parto, la realización de episiotomía de forma rutinaria, la maniobra de Kristeller, la realización de cesáreas innecesarias.

### Vías venosas, monitoreo fetal continuo, posición de litotomía: ¿obstáculos para el movimiento?:

Como plantea Camacaro las normas institucionales obligan a que se les coloque una vía venosa periférica a las parturientas, aun sin ser embarazadas de alto riesgo, para garantizar una forma rápida de actuar

---

<sup>7</sup> Posición de litotomía: la mujer se halla en posición de decúbito dorsal, con las rodillas y caderas flexionadas, y con los pies situados en los estribos de la mesa de exploraciones. Una variedad de la misma consiste en que coloque sus muslos y piernas de forma separada, en unas perneras destinadas a tal fin,

en caso de emergencia, lo que dificulta su movilidad, trayendo como consecuencia que las contracciones y la dilatación sean más lentas (Camacaro 2015).

El grupo de elaboración de directrices de la OMS, informó que es frecuente en muchos entornos la práctica tradicional de indicar reposo en cama para todas las mujeres en trabajo de parto, lo que se contrapone a los beneficios aportados por la movilidad y posición vertical.

En cuanto a la evaluación de la salud fetal por cardiotocografía, el grupo plantea que existe evidencia que indica que la misma, aplicada de forma continua, aumenta los índices de cesárea y otras intervenciones médicas, además puede dificultar la aplicación de otras prácticas beneficiosas en el trabajo de parto, como la posibilidad de elegir las posturas deseadas por la mujer y el deambular libremente, resultando estresante para ellas (OMS,2018).

En el siglo XVII en Francia, Amboise Paré y sus seguidores comenzaron procedimientos que condujeron al inicio del parto en decúbito<sup>8</sup>; práctica que, cincuenta años después se generalizó por la influencia de Francois Mauriceau en la corte del Rey Luis XIV, quien además al parecer, prefería esta posición para poder observar el nacimiento de sus hijos (Arguedas,2014).

Cuentan los que cuentan cuentos que una vez existió un rey al que se le antojó ver nacer a su real descendencia. Como estaba en su divino derecho a nadie se le ocurrió objetarlo; nada es más importante que un deseo real y nadie le preguntó a la reina cuál era su parecer, no era su deber desear sino obedecer. Sin demora, dispusieron de lo necesario para complacer al rey y así fue como apareció la primera camilla de parto y el primer registro que se tiene del parto en posición de litotomía. Luego fue puro marketing, si la reina parió ahí debe ser un bello lujo, propio de la realeza; de ahí pasamos a sentir que es mucho más seguro porque el médico está

---

<sup>8</sup> Posición de un individuo que reposa sobre una superficie horizontal. Se designa según la parte que descansa sobre la superficie: *decúbito dorsal o supino* (sujeto recostado sobre el dorso), *decúbito lateral izquierdo* (sujeto recostado sobre el lado izquierdo), *decúbito lateral derecho* (sujeto recostado sobre el lado derecho) o *decúbito ventral o prono* (sujeto descansando boca abajo, sobre el abdomen).



cómodo y puede trabajar mejor y así llegamos a este preciso minuto en el que la mayoría de las mujeres que están pariendo están acostadas. Han pasado siglos y seguimos priorizando el deseo de ese rey y la comodidad de las obstetras. Ese rey era Luis XIV y esa obstetra, Moriceau, quien además popularizó el uso de fórceps (Osorio y Saraceno, 2020. pág. 132-133)”.

En su trabajo Camacaro expone un fragmento de las entrevistas a dos Obstetras que plantean lo siguiente:

1. En ningún momento de mi formación me explicaron por qué debía atender el parto con la mujer acostada, cuando nos tocaba cursar obstetricia, entrábamos a las pasantías y hacíamos lo que veíamos, creo que el argumento que nos daban, era que de esa manera uno trabaja con mayor comodidad, y podíamos resolver cualquier urgencia. Ahora si hacemos un análisis científico, es lo más ilógico y sin ningún argumento científico, el que pongas a la mujer acostada para parir ... Si tú buscas estudios de latido fetal, de monitoreo, todo lo que estudia la hemodinámica del feto, esta posición es la peor para el niño, porque la posición tumbada de espaldas, por la compresión de los grandes vasos, disminuye la circulación del útero, de la placenta, del cordón umbilical y del bebé (Camacaro, 2010, p. 143).

2. Dentro de los beneficios que puede tener el cambio de posición de horizontal a vertical, cuando la mujer está en forma horizontal lo que hace es que contrarresta la fuerza de gravedad que va en el eje materno cefálico hacia la parte podálica, entonces son dos fuerzas que se contrarrestan, en posición vertical se suman estas 2 fuerzas, la gravedad y la fuerza de pujar que pueda hacer la Sra., las contracciones uterinas son fuerzas paralelas que van a tener una misma acción que sería dilatar el cuello uterino, favorecer el descenso de la presentación fetal y permitir la expulsión del recién nacido, así se respeta la fisiología del trabajo de parto, disminuye el esfuerzo de la Sra., menos agotamiento porque se hace más corto el tiempo en el parto, las contracciones uterinas son más efectivas y permiten una mejor oxigenación del feto. En cambio cuando la Sra. está en posición horizontal, imagínate una persona en posición horizontal evacuando, por ejemplo, le costaría más sobretodo si está



estreñida, en posición vertical por supuesto que es diferente, o sea, que el esfuerzo es mayor en la horizontal además que en la vertical permite el cambio de posiciones hacia posiciones que van a disminuir el dolor y aumenta los espacios de los diámetros de la pelvis y facilita el descenso del feto porque se adapta mejor al canal del parto y hay menos riesgo de sufrimiento fetal menos complicaciones, con el parto horizontal/acostada negamos la fisiología del trabajo de parto y el parto (Camacaro,2010 pp. 142-143).

Analizando los fragmentos citados, queda en clara evidencia de que el uso rutinario de la posición de litotomía para el parto es una de las prácticas que se repite por tradición, ya que no existe evidencia científica que compruebe sus beneficios por sobre otras posiciones, es otra práctica que resulta naturalizada y quita el protagonismo de la mujer en su proceso, priorizando la comodidad para el trabajo del personal de salud.

Teniendo en cuenta lo expuesto, la colocación de vías venosas, los monitores cuando son innecesarios y la imposición de la posición de litotomía simbólicamente contribuyen a colocar a la embarazada en papel de paciente, pudiendo ser vivenciados por ella como obstáculos para su libre movimiento.

## Maniobra de Kristeller, práctica desaconsejada en todos los casos:

En el informe presentado ante la asamblea general de la ONU, Simonovic, da cuenta de que la maniobra de Kristeller, que consiste en la ejecución de presión manual en el fondo del útero (a veces con el codo, a veces con el antebrazo o con todo el cuerpo) durante la expulsión del bebé, es una práctica que si bien no tiene recomendación por la OMS, continúa siendo una práctica frecuente.

Es una práctica desaconsejada por los múltiples riesgos que conlleva; siendo totalmente desaconsejada por la OMS y no porque duela o porque no sirva, sino porque sus riesgos pueden incluso desembocar en la muerte (Osorio y Saraceno,2020).

## Episiotomía innecesaria:

La episiotomía es un corte profundo del periné de la mujer, que llega hasta los músculos del suelo pélvico, es realizada con el fin de ayudar de manera quirúrgica a la mujer en el parto vaginal. Es un procedimiento que puede resultar beneficioso tanto para la madre como para el bebé cuando tenga indicaciones médicas. Cuando no tiene indicación o se hace sin el debido consentimiento informado de la mujer, puede provocar efectos secundarios, tanto físicos como psíquicos, además de convertirse en violencia de género, un acto de tratamiento inhumano y de tortura.

Cuando este corte y su sutura se realizan sin consentimiento informado y sin anestesia, pueden tener grandes repercusiones en la salud mental y física de la mujer, ya que sus cicatrices perduran por toda la vida, influyendo en su vida sexual y reproductiva.

Como consecuencia de los nocivos estereotipos patriarcales, muchas mujeres declararon haber sido víctimas de un procedimiento de sutura de la episiotomía en el que les realizaron mayor cantidad de puntos de los necesarios, técnica que se lleva a cabo con el fin de buscar un beneficio a la satisfacción sexual de su pareja(Simonovic, 2019).

Siguiendo a Osorio y Saraceno, aseguran que existe la episiotomía necesaria, que tiene su justificación, es correctamente informada a la mujer gestante y se obtiene su consentimiento; y existe también la mutilación genital. Los autores plantean que según la OMS, la primera es requerida en menos de un 10% de los nacimientos, en el resto de los casos la práctica corresponde a la segunda categoría y afirman que en América Latina se estima que aproximadamente el 90% de las mujeres que tienen su primer parto salen del hospital con una mutilación genital (Osorio y Saraceno,2020).

Para Magnone dadas las condiciones de investigación actuales y la evidencia empírica publicada por la OMS, la realización de episiotomías a casi todas las mujeres primigestas representa una forma actualizada y solapada de la represión y violencia sexual (Magnone 2011) .

## Cesárea innecesaria:

La cesárea es una cirugía, utilizada para alumbrar a los niños cuando es médicamente necesario, en casos en los que un parto vaginal pondría al binomio madre-hijo en situación de riesgo o a uno de ellos. Cuando tiene justificación es un procedimiento que salva vidas. Sin embargo está ocurriendo un uso excesivo de este procedimiento en todo el mundo, en América Latina y en Europa, se está prefiriendo esta forma de alumbramiento por sobre el parto vaginal.

Sumado a esto, en determinadas situaciones en que el interés del feto prevalece sobre los derechos de la mujer (esto ocurre en muchos ordenamientos jurídicos), se realiza la cesárea sin consultar a la mujer sobre su preferencia de parir o no a su bebé por esta vía.

También en muchos casos las mujeres se convierten en víctimas de sistemas de salud que planifican y gestionan sus servicios priorizando la eficacia basada en costos y el tiempo. Pudiendo llegar al caso de programar cesáreas para días laborables, en lugar de fines de semanas o en horarios convenientes para el personal de salud, que además cobra honorarios más altos por esta práctica (Simonovic, 2019).

La Organización Mundial de la Salud indica que una tasa óptima de cesáreas debería estar entre un 10-15 % de los nacimientos, y que no se

justifica que ningún país tenga tasas superiores a dichos porcentajes (OMS, 1985).

En nuestro país según datos de estadísticas vitales del Ministerio de Salud Pública, en 2019 de un total de 37.472 nacimientos, 16.772 fueron por cesárea, lo que representa un 44.7% (MSP,2019).

Otra vez, aparece una práctica en la que por lo expuesto, pareciera priorizarse la “comodidad” del personal de salud.

## No respeto de los tiempos del parto biológico:

Osorio y Saraceno plantean que el tiempo es un parámetro de mucha importancia para la atención obstétrica dominante. Se tiene en cuenta el tiempo de embarazo, el tiempo para dilatar, para que inicie el trabajo de parto, el tiempo de las contracciones, el del periodo expulsivo, el tiempo para cortar el cordón umbilical, el del equipo obstétrico y el tiempo de la institución.

Con el fin de acortar los tiempos, acelerarlos y hacer que los procesos se den dentro de determinados márgenes, se realizan ciertas intervenciones y rutinas, teniendo en cuenta esos márgenes o límites, pasado determinado tiempo, sí o sí hay que pasar al siguiente nivel de intervención.

Los autores opinan que en un proceso tan particular como el parto, el bienestar, no debería medirse en tiempo, y que este parámetro es tenido en cuenta por y para beneficio de las instituciones, para las que el tiempo es dinero (Osorio y Saraceno,2020).

En el proceso del parto se involucran un conglomerado de hormonas: prostaglandinas, oxitocina, endorfinas, adrenalina. Ese conjunto, contribuye a espaciar y regular las contracciones uterinas. Con la finalidad de acelerar el proceso de parto, mediante el aumento en

frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas, se administra oxitocina sintética (Aceves,2020).

En determinadas circunstancias, esta indicación resulta necesaria y tiene su justificación, siempre y cuando sea debidamente informada y consentida por la gestante. La OMS recomienda que los casos de inducción del parto no deberían superar el 10% en ninguna región, y que esta práctica debe utilizarse sólo en situaciones específicas (OMS,1985).

Simonovic relata que el uso excesivo de oxitocina sintética, como agente farmacológico para la inducción de contracciones uterinas, representa un daño para la salud de la mujer, y que ésta aplicada indebidamente puede causar muerte fetal y ruptura uterina, además de provocar grandes dolores en la mujer (Simonovic,2019).

## 2- Trato deshumanizado, tratos crueles y degradantes:

Según la Declaración para la eliminación de la violencia contra la mujer y de acuerdo con la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; la mujer tiene derecho a: “no ser sometida a tortura, ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”(OHCHR,1993; pág.1).

Se denominan tratos crueles, inhumanos y degradantes todo tipo de abusos, sean físicos o mentales, cualquier tipo de inducción a la degradación, o la obligación de cometer actos contrarios a las propias convicciones, moral, o valores culturales (OHCHR,1993).

INSGENAR (Instituto de género derecho y desarrollo) y CLADEM (Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer) han realizado investigaciones y han publicado informes sobre la vulneración de los derechos humanos y atención en salud reproductiva en los hospitales públicos en Argentina, donde dan cuenta



de varios derechos que son frecuentemente vulnerados en dicha atención.

En el primer informe planean que en el momento del parto es una de las situaciones en las que se hacen frecuentes las prácticas de maltrato y agresión, tanto física como psíquica hacia la mujer.

Se citan fragmentos de entrevistas que realizaron a mujeres víctimas de estos hechos: “-Aguanten, aguanten, si les gusta coger, se tienen que aguantar esto porque es menos doloroso.

-Bien que cuando cogiste no gritabas. Te gustó lo dulce, ahora aguántate lo amargo.

-Si te gustó, aguántatela “(Chiarottii et al., 2003. p.27).

Los autores del informe plantean que en estos fragmentos queda en evidencia la existencia de prejuicios fuertemente arraigados y naturalizados sobre la sexualidad de la mujer , en nuestra sociedad, de los que no escapa el personal de salud. Dentro del imaginario social, se transmiten y dan por ciertas, frases tales como "el sexo es para procrear", "la mujer es madre ante todo", o "parirás con dolor" (Chiarotti et. al., 2003).

Las ideas de que al parecer soportar y aguantar el dolor, es el costo que debe pagar la mujer por el placer, y de que por ser madre (a lo que está designada en la sociedad patriarcal) debería cargar, con todo su cuerpo, el dolor físico del parto sin quejarse; son compartidas por varios de los autores consultados (Chiarotti y col., 2003; Castrillo,2016; Orozco y Rocha 2018, Osorio y Saraceno, 2020).

-Cuando estaba en pre parto me dejaron sola y no me atendían, decían que eran mañas de primeriza, y yo estaba que no daba más...se reían y decían que ellos no podían hacer nada.

-No te hagas la nenita de mamá. La doctora me retaba, me decía que me hacía la estúpida.

-No sé para qué te quejás si es chiquito. Cuando estaba pariendo le dijeron que no gritara que eso no era una cancha y que no habla ningún gol .

-Si te gustó lo dulce ahora aguántá, aguántá nena.

-No grites, ponete una almohada (Chiarottii et. al. ; 2003. p.27).

Aquí aparece la subestimación y descreimiento del sufrimiento que manifiestan las mujeres, además de la infantilización de las mismas, como concepción cultural del rol de inferioridad en el que se ubican. Los autores consideran que estas actitudes por parte del personal de salud como actos de violencia psicológica y emocional hacia las mujeres (Chiarotti et. al. 2003).

Simonovic en su informe para la ONU, relata que muchas mujeres, de distintas partes del mundo han denunciado haber sido víctimas de humillaciones, agresiones verbales y apreciaciones sexistas durante la atención del parto, transcribe frases de algunos testimonios como la siguiente: “No lloraste cuando tenías dentro el pene, ¿por qué gritas ahora? (Simonovic,2019 pág. 12)”.

También agrega que muchas mujeres reciben amenazas o comentarios culpabilizantes por los malos resultados sanitarios de ella misma o de su bebé, y que otras han informado que en varios centros de salud se ha actuado sin respeto a su intimidad y confidencialidad al momento de realizar exámenes vaginales, práctica que se realiza delante de terceros, por ejemplo de estudiantes y se comparte información sobre su salud por ejemplo su situación de seropositivas sin su aprobación (Simonovic,2019).

### 3- Omisión de consentimiento informado:

El consentimiento informado es el que se obtiene con libre albedrío, sin amenazas ni incitaciones, tras revelar debidamente a la paciente una información adecuada y comprensible y con un lenguaje que ella entienda acerca de:

- a) La estimación del diagnóstico.
- b) El objeto, método, duración probable y ventajas que puedan esperarse del tratamiento que se propone.
- c) Otras formas de tratamiento, incluidas las que sean menos intrusivas.

d) Los posibles dolores o incomodidades, riesgos y efectos secundarios del tratamiento propuesto ... Es importante tener presente el hecho de que el consentimiento bien informado no es una firma, sino un proceso de comunicación e interrelación (FIGO, 2006;pp 203-204).

En el tratamiento médico de la salud reproductiva el consentimiento informado, es un derecho humano fundamental. Consta de que las mujeres reciban toda la información sobre tratamientos, recomendaciones, riesgos con el fin de pensar y tomar decisiones bien informadas.

En todo el mundo, se ha dado cuenta de técnicas como la esterilización y el aborto forzado, sin consentimiento informado, que son realizados por profesionales alegando motivos como que redundan en beneficio del denominado interés superior de la mujer o basándose en la creencia de que ciertos grupos de mujeres pertenecientes a grupos minoritarios, no son dignas de procrearse, son incapaces de tomar decisiones responsables sobre la anticoncepción o no es aconsejable que tengan descendencia. Tal es el caso de mujeres romaníes, indígenas, mujeres con discapacidad o con VIH.

La esterilización forzada y el aborto forzado constituyen delito y constituyen formas de violencia de género contra la mujer.

En otros casos, para el uso de procedimientos como la anestesia epidural o la cesárea, suelen otorgarse los consentimientos a las mujeres durante el propio alumbramiento o durante las contracciones, donde se encuentran en situaciones de mucho dolor, lo que hace que se les dificulte comprender la información recibida. (Šimonović.2019).

A pesar de todo esto: cesáreas y episiotomías innecesarias, litotomía obligatoria, oxitocina sintética para acelerar el proceso, restricción de movimiento, monitoreo fetal continuo, trato deshumanizado, como plantean Osorio y Saraceno: existe la práctica obstétrica que respeta y garantiza derechos, basandose en la ética y en la evidencia científica mas actualizada, y existe otra práctica que es una simple violación a los

derechos humanos, conformada por actos que atentan contra la dignidad, integridad y bienestar de la persona gestante, su bebé y su familia (Osorio y Saraceno,2020).

## 2.2 Causas de la violencia obstétrica

---

Muchos de los autores citados, toman una perspectiva de género para analizar, comprender e intentar explicar la VO (Camacaro,2009; Medina,2010; Villanueva, 2010; Magnone 2011 y 2013; Castrillo, 2016,Orozco y Rocha, 2018; Osorio y Saraceno, 2020). Desde esta perspectiva, hacen énfasis en que las prácticas, actitudes, tradiciones, que están presentes en la atención de las mujeres en servicios de salud; están atravesadas por prejuicios sexistas, machistas, misóginos, clasistas, etc, que hacen que la mujer sea vulnerable.

Como veíamos en la sección 1.2, en la sociedad patriarcal se establece una asignación de roles en base a los géneros (femenino/masculino); la perspectiva nombrada, parte de la desigualdad entre ambos y plantea que además, en la práctica médica se dan relaciones médico-paciente, de poder y subordinación.

Según (Camacaro,2009) esta perspectiva, permite entender el sentido de muchas de las conductas y prácticas aplicadas tanto por profesionales de salud,como por las instituciones, ya que estas últimas legitiman que los profesionales despojen a las mujeres de su rol activo en sus procesos de embarazo, parto y puerperio ya que son ellos quienes saben, entienden y controlan estos procesos. Así el papel de la mujer queda reducido al de paciente. La teoría permite acercarnos a la realidad de esa vivencia, desde una postura que parte de la base de cuestionar por qué la mujer no es una sujeta activa de esos procesos y por qué su autonomía ha sido secuestrada por la práctica médica. El género nos lleva a cuestionar el valor, supuestamente “natural”, de estas prácticas.

Castrillo plantea pensar que la subordinación que se da en la relación médico-paciente en el ámbito de la atención médica del parto, no solo responde a parámetros de género, si no a otros como la clase, edad, pertenencia étnica, cultural, etc. Incluyéndose así la subordinación que sufren los varones padres, o varones en otros ámbitos de la atención médica.



Siguiendo esta idea de la autora, tenemos que se da una relación (médico-paciente) de dominación, asentada en la subordinación del paciente por la figura del médico como portador de un poder simbólico, otorgado por el saber, excluyéndose la posibilidad de otras voces (la de los pacientes, en este caso: mujeres-parturientas, varones-padres y recién nacidos). La práctica médica es analizada como práctica social, no inofensiva, en tanto que se expresan posiciones de clase, jerarquías, sujeción y formas de violencia (Castrillo 2016).

Otra explicación que se da en la bibliografía consultada para entender las causas de la VO, es cuestionar el paradigma médico tecnocrático, algunos autores plantean un desequilibrio en este modelo de atención.

Belli argumenta que este tipo de violencia es un inevitable resultado de la aplicación del paradigma médico vigente, en la mayoría de los países latinoamericanos (Belli, 2013).

Los elementos que caracterizan al modelo tecnocrático<sup>9</sup> provocan escenarios donde la prioridad consiste en atender el mayor número de partos, sin importar su calidad. La visión de este modelo, hace que se estandarice el proceso y se homogenice todos los partos y las parturientas bajo los mismos conceptos, utilizando los mismos cuidados, prácticas, etc para todos. En este desequilibrio planteado la búsqueda de beneficios económicos y reducción de costos institucionales, resulta de suma importancia. Por ejemplo, la aceleración del parto, por medio de procedimientos protocolarios, tiene como fin la reducción del tiempo de hospitalización y, por lo tanto, la reducción de los costos por paciente. Dándose también una sobrevaloración y aumento de la credibilidad hacia la de la ciencia y la tecnología y los datos que ellas arrojan, reemplazando la clínica del embarazo, y dificultando la interacción y la relación entre paciente y personal de salud (Camacaro,2009).

---

<sup>9</sup> Para ver características del modelo tecnocrático referirse a la sección 1.5.1.

Por su parte la relatora especial del consejo de Derechos Humanos sobre violencia contra la mujer, en su informe presentado ante la ONU, que fue citado anteriormente, realiza un listado con lo que denomina “Causas profundas del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva”, donde en primer lugar argumenta que las limitaciones y condiciones de los sistemas de salud, son causas subyacentes de la violencia y el maltrato hacia la mujer, durante la atención del parto. Estos son las causas que aparecen en su lista:

- Malas condiciones de trabajo de muchos profesionales de la salud...los trabajadores sanitarios han explicado que los problemas del sistema de salud, como la insuficiencia de personal, el gran número de pacientes, los bajos salarios, las largas jornadas de trabajo y la falta de infraestructuras son factores importantes que crean un tenso entorno laboral que a su vez propicia una conducta poco profesional ... Las condiciones de trabajo en los sistemas de salud pueden desempeñar un papel importante como factor impulsor del maltrato y la violencia contra la mujer durante la atención del parto (Simonovic,2019 pp.15-16).
- La escasez de recursos destinados a la atención de la salud reproductiva de las mujeres. Sostiene que “el hecho de que los Estados no destinen suficientes recursos a las necesidades específicas de salud de las mujeres es una violación del derecho de la mujer a no ser objeto de discriminación (Simonovic,2019 p15)”.

Además agrega como causa la:

- “Histórica sobrerrepresentación de los hombres en la atención ginecológica y obstétrica” (Simonovic,2019 p15).

Tratar de explicar las causas con la perspectiva de la escasez de recursos o las condiciones laborales en los sistemas de salud, resta responsabilidad a quienes ejecutan las acciones, y contribuye invisibilizar las dinámicas de género y las relaciones de poder asimétricas entre el

personal médico, y las mujeres víctimas de este tipo de violencias (Castrillo 2016; Orozco y Rocha,2018).

Campiglia plantea que socialmente se han diseñado dispositivos para atender el nacimiento destinados a interferir en su fisiología, y es ahí que radica gran parte del problema. Sostiene que mientras la pelvis necesita movilidad para ensanchar sus diámetros, se confina a las mujeres a la cama, mientras la oxitocina que es la encargada de estimular las contracciones uterinas, necesita oscuridad y silencio, se iluminan las salas de parto y se aborda a las mujeres con un sin fin de preguntas para elaborar historias clínicas; se las obliga a permanecer en ayuno cuando van a realizar unos de los esfuerzos más grandes de sus vidas, además cortando los lazos con su red de apoyo en el momento en que se encuentran más vulnerables. A esto agrega que la institucionalización y sus prácticas ritualizadas habilitan al personal de salud a intervenir y ver a la mujer como un cuerpo a ser manipulado (Campiglia,2017).

## 2.3 Víctimas de violencia obstétrica

---

Magnone plantea que además de las mujeres, sus acompañantes y los recién nacidos; son víctimas de la VO los integrantes del equipo de salud que buscan poner en práctica el modelo de humanización, quienes resultan atacadas por el sistema (Magnone 2011).

Campiglia evidenció en su trabajo de campo con profesionales de la salud, una gran cantidad de historias acerca de la experiencia de quienes optan por promover una atención humanizada del nacimiento, en el ámbito hospitalario. Estos profesionales plantean que nadan en contra de la corriente del modelo médico hegemónico. En este marco, los juegos de poder son algo vivo y cambiante, si bien se puede identificar el protagonismo del modelo médico hegemónico, a la par aparece un desorden de hombres y mujeres que, aún inmersos en sus filas, lo cuestionan, desarticulan, desdibujan sus fronteras y en fin, lo desobedecen. Ahí puede visualizarse como profesionales que forman parte de este dispositivo del que intentan desmarcarse son castigados, por ejemplo, por ofrecer un vaso de agua a sus pacientes, o por decidir atender un parto sin realizar una episiotomía innecesaria. Son catalogados como “locos” aquellos que se inclinan por llamar a una mujer por su nombre, bajarla de la cama en trabajo de parto o darle la mano durante el nacimiento de su hijo (Campiglia, 2015).

A su vez sugiere que no resulta fácil, para los profesionales que han asistido los nacimientos aplicando los procedimientos que han incorporado en su formación, escuchar que esas prácticas que realizan en la cotidianeidad pueden ser nocivas para sus pacientes; por lo que se sienten directamente atacados, cuando se les advierte que esas prácticas mecánicas podrían estar vinculadas con un mayor índice de

mortalidad materna o depresión posparto, por ejemplo. Sin embargo, resulta difícil desautorizar a los estudios que hacen referencia al efecto iatrogénico del uso indiscriminado de intervenciones en la atención del parto ya que son avalados por instituciones del más alto nivel como la Organización Mundial de la Salud. Es por eso que ante la impotencia que genera el cuestionamiento a su práctica profesional, lo que surge es la desautorización y la burla; para intentar desarticular cualquier saber que les resulte cuestionador. Así pues, quienes practican una medicina alineada con los criterios de la oms se ven interpelados por críticas y desautorizaciones.

Respecto a lo que exponen las autoras, en mi opinión personal los integrantes del sistema de salud que intentan realizar una práctica en consonancia con el modelo humanizado, y chocan con limitantes ya sea institucionales, o en el resto del equipo, serían víctimas de violencia estructural y no de la violencia obstétrica en sí, de la que son víctimas las mujeres y sus familias.



## 2.4. ¿Existe evidencia de las repercusiones o secuelas que podrían aparecer en mujeres víctimas de Violencia Obstétrica?

---

En primer lugar, y como quedó en evidencia en lo plantado por los diferentes autores, la violencia obstétrica vulnera derechos humanos básicos de las gestantes afectando su autonomía, integridad, bienestar y quitándole protagonismo en los procesos de embarazo parto y puerperio.

La VO tiene como desenlace daños físicos, psicológicos y sexuales, y hace su aporte al mantenimiento de altos índices de morbilidad neonatal. La del tipo psicológica, es una de las formas más invisibilizadas y crueles de agresión contra la mujer en este contexto, y una de las más recurrentes. A pesar de no dejar marcas visibles, perjudica y perturba el equilibrio emocional, ocasionando problemas comportamentales y cognitivos serios en las víctimas. Además, las mujeres víctimas de agresiones psicológicas son más propensas a desarrollar enfermedades psicosomáticas (De Mesquita, et. al. 2018).

Algunos estudios encontrados relacionan las situaciones de violencia obstétrica con la posibilidad de padecer trastorno de estrés

postraumático<sup>10</sup> (Simpson y Catling 2016; Olza 2017; Ayers et al. 2018; Martinez,2021).

Como exponen Simpson y Catling, haber tenido una mala experiencia durante el parto, puede conducir al desarrollo de un trauma en el postparto y acompañarse por síntomas de ansiedad (hiperventilación, taquicardia, mareos), dificultades en el vínculo madre-hijo, afrontamiento ineficaz, problemas en la lactancia materna y en las relaciones familiares.

Para que un parto sea vivido como traumático, encuentran que uno de los factores con más influencia es el trato recibido por parte de los profesionales en la atención. La violencia obstétrica puede dejar importantes secuelas psicológicas, luego del desarrollo de estrés postraumático o depresión posparto (Simpson y Catling, 2016).

La incertidumbre acerca de la progresión y el resultado final del parto, lo convierte en una situación que algunas mujeres perciben como amenazadora para sí misma y sus bebés (Ayers, 2004).

---

<sup>10</sup> El DSM-5 identifica al trauma desencadenante del estrés como exposición a amenaza de muerte, lesiones graves o violación sexual.

La exposición puede ser a través de la experimentación directa del evento traumático por el individuo, a través de la presencia del evento traumático, al enterarse de que el evento traumático le ocurrió a un familiar o amigo cercano, o la exposición extrema o repetida de primera mano a detalles aversivos del evento traumático.

La alteración, independientemente de su desencadenante, causa malestar clínicamente significativo o deterioro en las interacciones sociales del individuo, su capacidad para trabajar u otras áreas importantes de funcionamiento. El manual propone cuatro grupos de diagnóstico: re-experimentación (recuerdos espontáneos del evento traumático, sueños recurrentes relacionados con él, flashbacks u otra angustia psicológica intensa o prolongada.), evitación (se refiere a recuerdos, pensamientos, sentimientos o recordatorios externos angustiantes del evento), cogniciones y estado de ánimo negativas (innumerables sentimientos, a partir de un sentido persistente y distorsionado de culpa de sí mismo o de los demás, al alejamiento de los demás o al interés notablemente disminuido en las actividades, a una incapacidad para recordar aspectos clave del evento) y excitación (se caracteriza por un comportamiento agresivo, imprudente o autodestructivo, alteraciones del sueño, hipervigilancia o problemas relacionados).Fuente: American Psychiatric association trastorno de estrés postraumático <https://www.psychiatry.org/>

Martínez realizó un estudio con el fin de conocer los factores asociados a la aparición de TEPT en la etapa perinatal, en donde evidenció que determinadas prácticas clínicas realizadas durante un parto normal, se asocian a mayor riesgo de aparición de este trastorno.

Estas prácticas son: realización de enema, indicación de permanecer acostada todo el tiempo, rotura artificial de membranas sin consentimiento, administración de oxitocina sin consentimiento, realización de maniobra de Kristeller, tactos vaginales reiterados realizados por distintas personas y extracción manual de la placenta sin anestesia. Además pueden estar relacionadas con la aparición de este trastorno complicaciones durante el parto como desgarros perineales severos o alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal. Sumado a esto, las mujeres que tenían un plan de parto que no fue respetado, las que al alta hospitalaria alimentaban a su bebé artificialmente, las que tuvieron que ser nuevamente intervenidas luego del parto o volver a ingresar al hospital y las que experimentaron situaciones de violencia obstétrica, tenían más riesgo de desarrollar el trastorno y de mantenerlo por al menos 12 a 36 meses (Martínez, 2021).

.

A las mujeres que durante sus partos, experimentan y sienten un peligro real o amenaza de vida, tanto para ellas o para su bebé les acompañan emociones de miedo, indefensión y terror que pueden ser seguidas de toda una serie de pensamientos que incluyen síntomas como: reexperimentación del evento (recuerdo constante del parto), ausencia de la realidad, rechazo a la nueva maternidad, desconexión con el bebé, irritabilidad, pesadillas, además desarrollan miedo a un futuro embarazo y parto (tocofobia). La tocofobia puede presentar cierta intensidad, que hace que en algunos casos las mujeres eviten procedimientos y controles ginecológicos o incluso lleguen a solicitar cesárea electiva en futuros embarazos.

Este trastorno tiene efecto sobre la morbilidad materna. Además puede afectar a la pareja, al entorno, la familia y sobre todo al bebé. En un estudio longitudinal que se llevó a cabo con 1480 mujeres, se ha asociado a una menor tasa de inicio de la lactancia materna, y se relaciona en menor proporción con iniciarla y no mantenerla durante al menos 12 meses (Ayers, et. al. 2018).

En estudio cuantitativo de tipo relacional, llevado a cabo en un hospital público de Perú, por Lam y otros, encontraron que existe correlación muy significativa entre la violencia obstétrica y el desarrollo de estrés agudo<sup>11</sup>.

Dentro de las 102 puérperas hospitalizadas, que participaron del estudio 81,4% manifestaron haber sido víctimas de violencia obstétrica en general, y 67.7% reacciones elevadas de estrés agudo, con una correlación de ambos factores, altamente significativa. También encontraron correlación significativa entre trato deshumanizado y estrés agudo; así como entre éste con la medicalización y patologización del parto.

Se expresaron sentimientos de falta de control durante el proceso de parto y en la toma de decisiones, muchas mujeres manifestaron haber recibido un trato autoritario, sentirse ignoradas, humilladas, no respetadas como personas y que no se respeta su derecho al consentimiento informado, todos estos, identificados como factores comunes a una gran parte de mujeres que sufrían de estrés agudo.

Las mujeres entrevistadas manifestaron síntomas y conductas como: ansiedad, adormecimiento, dolores de cabeza, tensión muscular, dificultades respiratorias, mareo, irritabilidad etc.

Los autores plantean que la violencia obstétrica, como experiencia estresante, tiene muchas formas de manifestación, la mayoría no tan visibles o identificables, lo que hace que muchas mujeres se sientan mal después del parto sin saber por qué. Estos sentimientos suelen aparecer cuando deciden tener otro hijo, junto con sensaciones de no querer pasar por lo mismo. La violencia obstétrica queda como registro en el cuerpo y en las emociones (Lam et al., 2017).

Osorio y Saraceno, aportan que las secuelas psíquicas, acompañan a las mujeres para siempre, quienes al ser violentadas pierden su integridad, adquieren heridas en el vínculo con sus hijos, son perseguidas por la rabia de mirarse al espejo y ver las cicatrices que les recuerdan su propia

---

<sup>11</sup> Conjunto de relaciones particulares y significativas entre una persona y su ambiente (interno y externo), que es evaluado como excedente de sus recursos para hacerle frente y que pone en peligro su bienestar personal, durante el primer mes tras el trauma. (extraído de la tesis de Lam, et. al.)



ineptitud, que hizo que tengan que intervenir en su proceso (Osorio y Saraceno, 2020).

A todo esto, Olza agrega que existen estudios que abordan la etiología de los trastornos psiquiátricos en el posparto, que señalan la influencia del tipo de parto y la vivencia que la mujer tenga de éste, en el desencadenamiento de estos trastornos.

Señala que la mayoría de los trabajos que estudian las complicaciones posibles de la cesárea en la salud materna e infantil no tienen en cuenta las repercusiones que el nacimiento por esta vía, tiene sobre la salud psíquica de la mujer, el vínculo madre-hijo, el establecimiento de la lactancia, en la relación con su pareja y en la relación con el equipo de salud. Plantea que es suficiente con observar con detalle las implicaciones inmediatas de este tipo de nacimiento.

El efecto más próximo en la mayoría de los casos es el retraso en el primer contacto madre -hijo, como obstáculo de gran importancia para el establecimiento del vínculo entre ellos, además al producirse el encuentro en muchas situaciones la madre puede encontrarse cansada, dolorida, somnolienta e incluso encontrarse en situación de shock psicológico al intentar procesar los sucesos vividos en las últimas horas. El siguiente efecto que plantea es el duelo por la pérdida de esas primeras horas de vida del recién nacido (esto dependiendo el caso).

Aclara que estas situaciones o reacciones ante un mismo suceso (cesárea) pueden ser variables de una mujer a otra, para algunas no supone ningún trauma aparente, otras van a experimentar reacciones psicológicas, con sentimientos de culpa, fracaso, dificultades en la posterior adaptación y vínculo con su hijo/a, o van a sufrir de síndrome de estrés postraumático. En estas variaciones pueden influir factores como: motivos que decidieron la cesárea, cómo se desarrolló la intervención, si se sintió o no partícipe de la decisión, la calidad de atención recibida, la posibilidad de estar acompañada emocionalmente y si percibe o no la cesárea como imprescindible. En los casos en que la mujer no pudo ser acompañada, se la maltrató verbalmente, le quedaron dudas sobre la indicación de la cesárea, o le resulta claramente innecesaria, el malestar psicológico puede ser más significativo, además de ir aumentando con el paso del tiempo.



Propone como medida de prevención primaria del sufrimiento psicológico en estos casos, evitar las cesáreas innecesarias; práctica que de acuerdo a lo expuesto en secciones anteriores es considerada violencia obstétrica (Olza, 2017).

Con respecto a a las consecuencias físicas cada práctica innecesaria tiene sus propias consecuencias, además de en algunos casos desencadenar lo que algunos autores consultados, referencian como “cascada de intervenciones”, ya que una intervención lleva a la otra (Camacaro 2009,2015; Osorio y Saraceno 2020).

Exponer a la gestante a una práctica que no es realmente necesaria o no está justificada, implica la exposición a sus riesgos o efectos secundarios.

Para las consecuencias o secuelas físicas de la VO, no se encontró bibliografía, por lo que pasaré a detallar evidencia encontrada en referencia a las consecuencias de las prácticas que dan cuenta del elevado intervencionismo y patologización de los procesos obstétricos, como lo son por ejemplo: las cesáreas innecesarias, las episiotomía de rutina o innecesaria, la maniobra de kristeller<sup>12</sup> y el uso de fórceps cuando no hay indicación.

Un estudio retrospectivo de casos y controles evidenció que el parto con fórceps está asociado con un riesgo diez veces mayor de lesión perianal en comparación con el parto sin instrumentos. A su vez estas lesiones se asocian con incontinencia anal y mayor dolor posparto (Christianson et al.2003).

Existe evidencia de que la episiotomía rutinaria, se relaciona con mayor frecuencia de dolor perineal moderado y más intenso, comparado con mujeres en las que no se realizó esta técnica. Además con mayor

---

<sup>12</sup> Esta maniobra consiste en la presión del fondo uterino de la gestante durante la segunda fase del trabajo de parto con el objetivo de potenciar las contracciones uterinas y por ende, acortar el periodo expulsivo.

frecuencia de desgarros de tercer y cuarto grado, mientras que en el parto sin episiotomía son más frecuente los de primer y segundo grado (Sanchez, 2009; OMS,2018).

La práctica se relaciona con una mayor prevalencia de hematomas perineales, que a su vez evidencia mayor prevalencia de edemas vulvoperineales, aumentando el riesgo de infecciones perineales y de la episiorrafia<sup>13</sup> provocando un mayor número de dehiscencias<sup>14</sup> (Sánchez,2009).

En lo que respecta a la cesárea, es una cirugía, y como tal acarrea riesgos quirúrgicos y anestésicos, junto con un aumento de la morbilidad y mortalidad materna, ya que incrementa el riesgo de complicaciones como: placenta previa, acretismo placentario, lo que aumenta a su vez la probabilidad de muerte materna (GIRE, 2015).

La maniobra de Kristeller, también denominada presión en el fondo uterino puede ocasionar complicaciones maternas y fetales como son: dolor, desgarros perineales y del esfínter anal, rotura uterina, inversión uterina dificultad respiratoria, moretones abdominales, fracturas de costillas y en el recién nacido traumatismos y lesiones en el plexo braquial. (Redondo et. al.2014, Becerra 2015).

---

<sup>13</sup> La episiorrafia es la intervención que consiste en la sutura de la episiotomía.

<sup>14</sup> Abertura espontánea de una parte o de un órgano que se había suturado durante una intervención quirúrgica.

---

## CAPÍTULO 3

---

Marco normativo Uruguayo y evidencia científica en cuanto a la atención obstétrica.

Uruguay ha firmado compromisos internacionales<sup>15</sup> que responsabilizan a los estados a promover y proteger los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como erradicar cualquier tipo de violencia hacia ellas.

Para cumplir con dichos compromisos se han implementado leyes. Intentaré plasmar y sintetizar la normativa actual de nuestro país, referente a la temática, incluyendo los derechos que consagran a las personas gestantes y la evidencia científica disponible en cuanto a la atención institucional. Habiéndose entendido la violencia obstétrica como una forma de violencia hacia la mujer, basada en su género, que vulnera derechos humanos y dentro de ellos, derechos sexuales y reproductivos.

---

<sup>15</sup> Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.

Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación hacia la Mujer, de 1976.

Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer: “Convención de Belém do Pará” en 1994.

## 3.1 Legislación

---

### Ley de acompañamiento a la mujer en el parto, parto y nacimiento:

En el año 2001 se promulga la ley 17.386, que establece el derecho de toda mujer a estar acompañada, por una persona elegida libremente por ella, ya sea de su ámbito de confianza o una especialmente entrenada para brindarle apoyo emocional, durante el tiempo que dure el trabajo de parto y el nacimiento.

Esto deberá ser estimulado por el centro asistencial, donde la embarazada se atiende, tanto sea público o privado, y será este centro el responsable de informarle sobre la existencia de este derecho (Ley 17.386,2001).

La ley fue reglamentada en el año 2006 por el decreto N° 67/006, donde se dispone que todas las instituciones, deben informar a las embarazadas de este derecho con suficiente antelación, además deberán publicar las disposiciones de la ley y su reglamentación, en lugares visibles a los usuarios.

También se establece que las instituciones deben de tomar las medidas necesarias para brindarle al acompañante la vestimenta adecuada, y adaptar los espacios para su permanencia. Todo esto sin discriminación por de sexo, raza, estado civil, condiciones socioeconómicas y culturales. Y estableció sanciones en caso de incumplimiento.

Se considera que el Ministerio de Salud Pública es quien debe garantizar este derecho a las mujeres, y velar por la plena aplicación de la ley. Será la Dirección General de Salud de este Ministerio, quien reciba las denuncias por incumplimiento, a través del Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género (Decreto 67/006, 2006).



# Ley sobre Salud Sexual y Reproductiva:

En el año 2008 se promulga la Ley 18.426 21 “Sobre Salud Sexual y Reproductiva”, en la que en primer lugar se reconoce el papel del estado como garante de las condiciones para el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. Para lograr tal fin promoverá políticas nacionales de salud sexual y reproductiva, creará programas y organizará los servicios de atención.

Como objetivos generales de la ley se plantean: universalizar la cobertura de salud sexual y reproductiva en el primer nivel de atención, garantizar la confidencialidad y privacidad de las prestaciones, incorporar la perspectiva de género en todas las acciones y las condiciones para la adopción de decisiones libres por parte de los usuarios y usuarias.

En lo que respecta al tema de estudio, dentro de los objetivos específicos de la ley se establece:

- Prevenir la morbilidad materna y sus causas.
- La promoción del parto humanizado
- Promover la maternidad y paternidad responsables, y el acceso a su planificación.
- Garantizar el derecho al acceso a métodos anticonceptivos para toda la población, confiables y seguros.

Como acciones que corresponden al Ministerio de Salud Pública, para el cumplimiento de los objetivos (en este caso también se citan las referentes al tema de estudio) se establece:

- Promover la captación y control precoz<sup>16</sup> del embarazo.

---

<sup>16</sup> Se considera embarazo de captación precoz, aquel que tiene su primer contacto con el equipo de salud antes de las 12 semanas. Fuente: OMS, 2018

- Implementar normativa vigente en casos de embarazo no deseado- no aceptado, acerca de la atención integral de los mismos<sup>17</sup>.
- Para el seguimiento de embarazo, parto, puerperio y etapa neonatal, dictar normas con enfoque de derechos sexuales y reproductivos.
- Brindar información suficiente de modo que la mujer pueda elegir las intervenciones médicas, dentro de las posibles alternativas que puedan existir en la atención del trabajo de parto, parto y pos parto (Ley 18.426,2008).

Esta ley fue reglamentada en el año 2010 por el decreto N°293/010, donde se establece que los distintos prestadores que forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud, deberán contar con servicios de salud sexual y reproductiva, como parte de sus programas integrales de salud, que deberán tener un abordaje universal, amigable, inclusivo, igualitario, integral, multidisciplinario, ético, calificado y confidencial.

Establece además, que las prestaciones que se brinden deberán basarse en la evidencia científica disponible, con perspectiva de género, y sin imposición de convicciones filosóficas, confesionales o ideológicas por parte del profesional actuante. Teniendo en cuenta que las decisiones e intervenciones en salud sexual y reproductiva deberán contar con el consentimiento informado de los usuarios del servicio.

El equipo de referencia que deberá tener cada prestador, deberá estar integrado como mínimo por ginecólogo/a, obstetra partera y psicólogo/a, que podrá ser del propio prestador o brindado por convenio con otros prestadores (Decreto 293/010, 2010).

---

<sup>17</sup> En cuanto a esto, al momento de promulgada la ley, la normativa vigente era la ordenanza 369/04, que establecía el “asesoramiento para la maternidad segura, medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo”. Luego en 2012 se promulgó la ley 18.987.

# Ley sobre Interrupción Voluntaria del Embarazo:

En el año 2012 se promulga la ley 18.987, que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo para el caso de mujeres que cumplan con determinados requisitos:

- La mujer acude a una de las instituciones prestadoras del Sistema Nacional Integrado de Salud, durante las primeras doce semanas de gestación, manifestando las circunstancias que a su criterio le impiden continuar con el embarazo en curso.
- El profesional dispondrá para el mismo día o para el siguiente, la consulta con un equipo interdisciplinario, que deberá estar integrado al menos por tres profesionales (un médico ginecólogo, uno especializado en área de salud psíquica y uno especializado en área social), que deberá informar a la mujer sobre las características de la interrupción del embarazo y los riesgos de la práctica, además sobre alternativas al aborto, sobre programas de apoyo económico y social que estén disponibles, sobre la posibilidad de entregar a su hijo en adopción, garantizando que la mujer disponga de la información para la toma de una decisión responsable y conciente.
- Cumplir con un período de reflexión de al menos 5 días a partir de la consulta con el equipo, luego del cual deberá ratificar su voluntad ante el médico ginecólogo tratante, quien coordinará de inmediato el procedimiento.
- La ratificación de la voluntad de la mujer será expresada por consentimiento informado, e incorporada a su historia clínica.
- Ser ciudadanas uruguayas, naturales o legales, o siendo extranjeras acreditar su residencia en el país por un período no menor a 1 año.

Es obligación de todas las instituciones que integran el SNIS, cumplir con las disposiciones de esta ley, para lo que deberán garantizar las condiciones profesionales y administrativas necesarias para facilitar el

acceso de las usuarias a los procedimientos dentro de los plazos establecidos (Ley 18,987. 2012).

En el decreto que reglamenta a esta ley, se establecen entre otros puntos, principios o normas de actuación a los que deben ajustarse tanto los profesionales actuantes como las instituciones:

- El deber de confidencialidad que alcanza a todo el personal médico y no médico de las instituciones.
- La obtención de un correcto consentimiento informado en el que se detalle: el asesoramiento y la información brindada, los derechos y obligaciones que otorga la ley, y los riesgos y beneficios de los procedimientos que se llevarán a cabo.
- Se deberá promover el respeto y ejercicio de la autonomía de la mujer velando porque pueda tomar decisiones libres, conscientes e informadas.
- El personal de la salud deberá evitar imponer sus valores, creencias, visiones filosóficas y emitir juicios de valor sobre la decisión, debiendo actuar e informar a la mujer de acuerdo a la evidencia científica disponible (Uruguay, Decreto 375/012. 2012).

## Ley de Violencia hacia las mujeres basada en género:

En 2017 se promulga la Ley 19580, tiene como objetivo garantizar el ejercicio de las mujeres de su derecho a una vida libre de violencia basada en género, como forma de discriminación que afecta su vida, libertad, integridad, dignidad, así como su seguridad personal.

Comprendiéndose por conductas efectuadas tanto por particulares, como por el Estado, sus agentes o instituciones privadas.

En su artículo N°6: define las formas o modalidades de este tipo de violencia, citaré las que hacen referencia al tema de estudio:

**A) Violencia física:** Toda acción, omisión o patrón de conducta que dañe la integridad corporal de una mujer.

**B) Violencia psicológica o emocional:** Toda acción, omisión o patrón de conducta dirigido a perturbar, degradar o controlar la conducta, el comportamiento, las creencias o las decisiones de una mujer, mediante la humillación, intimidación, aislamiento o cualquier otro medio que afecte su estabilidad psicológica o emocional.

**C) Violencia sexual:** Toda acción que implique la vulneración de derecho de una mujer a decidir voluntariamente sobre su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio y de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, la transmisión intencional de infecciones de transmisión sexual (ITS), así como la prostitución forzada y la trata sexual.

**D) Violencia por prejuicio hacia la orientación sexual, identidad de género o expresión de género:** Es aquella que tiene como objetivo reprimir y sancionar a quienes no cumplen las normas tradicionales de género, sea por su orientación sexual, identidad de género o expresión de género.

**G) Violencia simbólica:** Es la ejercida a través de mensajes, valores, símbolos, íconos, imágenes, signos e imposiciones sociales, económicas, políticas, culturales y de creencias religiosas que transmiten, reproducen y consolidan relaciones de dominación, exclusión, desigualdad y discriminación, que contribuyen a naturalizar la subordinación de las mujeres.

**H) Violencia obstétrica:** Toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos.



**Q) Violencia institucional:** Es toda acción u omisión de cualquier autoridad, funcionario o personal del ámbito público o de instituciones privadas, que discrimine a las mujeres o tenga como fin menoscabar, obstaculizar o impedir el goce y ejercicio de los derechos y libertades fundamentales de las mismas, así como la que obstaculice el acceso de las mujeres a las políticas y servicios destinados a prevenir, atender, investigar, sancionar y erradicar las manifestaciones, tipos y modalidades de violencia contra las mujeres previstas en la presente ley.

**R) Violencia étnica racial:** Constituye este tipo de violencia, toda agresión física, moral, verbal o psicológica, tratamiento humillante u ofensivo, ejercido contra una mujer en virtud de su pertenencia étnica o en alusión a la misma; provocando en la víctima sentimientos de intimidación, de vergüenza, menosprecio, de denigración. Sea que este tipo de violencia sea ejercida en público, en privado, o con independencia del ámbito en el que ocurra (Ley 19580. Art.6)

En su artículo N° 22 establece que, El Ministerio de Salud Pública, los organismos vinculados a las políticas de salud y las instituciones prestadoras de servicios sanitarios deben:

- Promover el derecho de la mujer a una vida libre de violencia.
- Hacer frente a la violencia de género como un problema de Salud Pública, desarrollando políticas que se orienten a este fin.
- Erradicar prácticas que se basen en estereotipos discriminatorios, garantizar el respeto de la autonomía y la dignidad humana de las mujeres, sin ningún tipo de distinción ni discriminación hacia ellas.
- Determinar las condiciones que deben cumplir las instituciones prestadoras de salud, tanto sean públicas o privadas.
- Garantizar la libre expresión de voluntad y respeto de la autonomía, integridad y bienestar de las mujeres en todas las intervenciones en salud.

- Garantizar el respeto de la vida privada y la confidencialidad de todas las mujeres usuarias (Ley 19.580, 2017).

Esta ley se encuentra reglamentada por el decreto 339/019, promulgado el 11/11/2019, del cual se citan artículos relevantes al tema:

## Artículo 14: Parto humanizado:

En este artículo se decreta la obligación de los servicios de salud, de adoptar medidas que garanticen una atención basada en el modelo asistencial humanizado en las consultas preconcepcionales, en el embarazo, el nacimiento y el puerperio, tanto para mujeres como recién nacidos. Adaptándose a las recomendaciones vigentes del Ministerio de Salud Pública.

Durante todo el proceso asistencial, el personal de salud deberá respetar los derechos de la mujer a:

- Ser tratada con respeto.
- Que se la trate de manera individualizada.
- Se asegure su intimidad y confidencialidad.
- Ser considerada protagonista y una persona sana durante el trabajo de parto y nacimiento.
- Recibir información sobre las distintas intervenciones sanitarias a realizar y las distintas alternativas, de manera que pueda optar libremente.
- Que se promuevan las ventajas del parto natural de no impedimentos.
- Presentar un Plan de Parto y Nacimiento.

- Participar en forma gratuita en los cursos de preparación para el nacimiento.
- Estar acompañada de acuerdo con la Ley N° 17.386 y su decreto reglamentario.
- Que se respeten los tiempos biológicos y psicológicos durante el trabajo de parto y parto.
- La libre elección de la posición a adoptar para parir y a la libre movilidad durante el trabajo de parto.
- A que sean evitadas las prácticas invasivas y la medicación que no tengan justificación para su estado de salud de su hija o hijo.
- Ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija.
- Ser tomada en cuenta en las actuaciones de los profesionales y en la toma de decisiones, garantizando que sea de forma segura e informada.
- Siempre que ella o el recién nacido no requieran cuidados especiales, se respete el derecho de permanecer juntos inmediatamente ocurra al parto o cesárea y durante toda su permanencia en la institución.
- Que se respeten sus principios, valores y prácticas culturales. Su decisión sobre aspectos como vestimenta, alimentación, destino de la placenta y otras.
- La fomentación del inicio de la lactancia lo más temprana posible, sea el nacimiento por parto vaginal o cesárea, excepto cuando haya alguna contraindicación de salud.

## Artículo 15: Plan de parto y nacimiento

Se entiende como tal al instrumento en el que la usuaria manifiesta sus necesidades preferencias y restricciones en lo que respecta a la atención durante el trabajo de parto, el parto y nacimiento de su hijo o hija, que queda supeditado a las condiciones de salud de ambos durante los procesos.

Este instrumento debe ser el eje que regula la relación entre la mujer y el equipo que la asiste.

Deberán generarse las instancias a lo largo del embarazo, para establecer un diálogo continuo y debatir opciones más seguras de acuerdo a las preferencias, un momento que puede resultar adecuado para la elaboración de este plan puede ser el curso de preparación para el nacimiento en caso de que la mujer participe.

## Artículo 16: Prevención de la Violencia Obstétrica

Se establece la obligación de los prestadores de salud de aplicar las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública sobre las prácticas en la asistencia del embarazo y nacimiento.

Constituyen violencia obstétrica la no aplicación de estas recomendaciones, sin que haya justificación, y toda forma de trato humillante o discriminatorio. Estas situaciones serán sancionadas de forma administrativa, según corresponda, y la mujer víctima tendrá derecho al cambio de prestador de salud (Decreto 339/019. 2019).

Del análisis de los fragmentos de las leyes expuestos, que hacen referencia a la atención de procesos reproductivos, y respaldan los derechos de mujeres en casos de VO, lo que en primer lugar me resulta relevante es que, en la definición que tipifica a la VO como una de las modalidades de violencia hacia la mujer basada en género se da la

ausencia de términos como trato deshumanizador, maltrato, trato humillante, trato grosero, que como vimos anteriormente son utilizados en la mayoría de las definiciones citadas y resulta uno de los componentes fundamentales de la violencia obstétrica.

En esta categoría los diferentes autores citados en este trabajo y otras definiciones legales, incluyen la infantilización de la mujer, la discriminación, las referencias despectivas por aspectos físicos de su cuerpo, por su sexualidad, paridad, la culpabilización, las amenazas, etc. Si bien en el decreto reglamentario de la Ley de Defensa a la Salud Sexual y Reproductiva, se detalla el derecho a recibir un trato humanizado, no está incluido, en la definición legal, por lo que podría pensarse que todas estas acciones quedarían por fuera de la misma,

Tampoco aparecen términos como patologización y medicalización. El segundo podría estar reemplazado por aviso de técnicas y procedimientos invasivos. Según lo analizado en otras secciones la percepción del cuerpo gestante como cuerpo enfermo, lleva a su patologización y es responsable del elevado intervencionismo, que resulta injustificado, y deriva en VO. De todas maneras los derechos están consagrados, y por ende deberían respetarse.

En lo que respecta a la humanización de la atención obstétrica, creo que un aspecto muy importante de la Ley de Defensa de Derechos sexuales y Reproductivos, es que es la primera que explícitamente menciona la humanización de la atención del parto y además que incluye la perspectiva de género, toma a la mujer como un sujeto de derecho y resalta la importancia de su capacidad de decidir sobre su cuerpo.

Existe el reconocimiento de los derechos por medio de leyes, que a su vez, se encuentran reglamentadas, lo que sugiero es reflexionar sobre si ¿ésto es suficiente para que se dé el reconocimiento y ejercicio de los mismos por parte de las gestantes y el respeto de los mismos por quienes deberíamos respetarlos?



## 3.2 Recomendaciones del Ministerio de Salud Pública

---

En consonancia con la normativa y compromisos asumidos el MSP elabora en 2014 un “Manual para la atención de la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio”. En la actualidad las recomendaciones allí publicadas continúan vigentes, pero en 2018 el Ministerio elabora una guía de “Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la atención del embarazo y nacimiento institucional”, agregando recomendaciones sobre actitudes del personal de salud y las instituciones en el momento del nacimiento, que según menciona no se incluyen en el manual anterior.

En este caso se reconoce que en la atención del nacimiento es donde se pueden ver con mayor claridad las dificultades para establecer un modelo asistencial con enfoque humanizado, que centre su atención en la mujer y su familia y esté basado en el respeto.

Se recomienda el nacimiento institucional, planteado como una estrategia para la obtención de buenos resultados materno-neonatales. Si bien reconoce el derecho de cada mujer a elegir el lugar donde parir, considera a el nacimiento institucional humanizado-respetado, la forma más segura.

Las recomendaciones, pretenden incorporar prácticas que apliquen la mejor evidencia científica disponible, que garantice el respeto de los derechos de las usuarias y familias, y la calidad de atención, contribuyendo al cambio emergente del paradigma de atención embarazo y nacimiento.

Se plantean recomendaciones para los equipos clínicos y para las instituciones.

En el primer caso para mejorar las prácticas y actitudes con el fin del cambio de modelo asistencial, y en cuanto a las instituciones se les propone un plan de acción para la implementación de dicho modelo.

## Recomendaciones a los equipos de gestión clínica:

### ➤ Referentes al control prenatal:

- Los referentes dentro del equipo de salud para realizar control prenatal en nuestro país son: Obstetras parteras/os, ginecotocólogos/as, médicos/as de familia.
- Se recomienda para la atención de la usuaria que se centre en sus necesidades, la atención interdisciplinaria con una mirada integral y holística, considerando integrar las interconsultas adicionales según sus necesidades.
- Promover acciones orientadas a conocer el contexto socioeconómico y cultural de la usuaria para lograr situarla en el centro de la asistencia.
- Contemplar en los tiempos de la consulta tanto aspectos técnicos como la promoción del diálogo contemplando necesidades de la usuaria y su familia.
- Promover interconsultas oportunas si el profesional actuante no cuenta con herramientas para responder a las necesidades planteadas, para lo cual es de suma importancia una buena comunicación entre los integrantes del equipo de salud.
- Brindar información para la toma de decisiones de la usuaria, que considere la mejor evidencia disponible, que sea expresada mediante lenguaje claro y accesible para cada caso particular, que se generen espacios de discusión y se acepte la toma de decisiones conjuntas entre las partes.
- Se recomienda el uso racional apropiado y oportuno de la tecnología disponible, como parte esencial del modelo de atención humanizado, que permite evitar la medicalización excesiva del proceso y sus consecuencias negativas.

- Se recomienda estimular la preparación para el embarazo, parto/cesárea, siendo la educación para el nacimiento uno de los componentes más importantes hacia el logro de un nacimiento humanizado y respetado. Los equipos de preparación para el nacimiento deben estar coordinados por una obstetra-partera, profesional de salud con capacitación inherente al respecto, además de la participación interdisciplinaria de psicología, ginecología, pediatría y/o neonatología, nutrición, enfermería, odontología y trabajo social. Los contenidos del curso deben delimitarse partiendo en condiciones ideales, de un abordaje que incluya las necesidades de las usuarias y familias, que guiarán el orden y la profundidad de las temáticas a desarrollar, sin dejar de tener en cuenta como base a la guía establecida por el MSP.

### ➤ Referentes al ingreso a las maternidades:

Consulta en puerta de emergencia:

- En la consulta en puerta de emergencia se recomienda la valoración de parámetros generales de salud materna y fetal, disponiendo de un tiempo suficiente que permita una mirada integral de la usuaria. Además de un espacio físico confortable que permita la consulta con un trato personalizado y respetando la intimidad y privacidad.
- Identificación del personal de salud ante a la usuaria y acompañante de forma clara y sencilla.
- Brindar espacio al diálogo, y al planteo de dudas sobre el motivo de consulta valorando su historia clínica y paraclínica mientras continúa la conversación.
- Se desaconseja el ingreso al área de parto en etapas previas al inicio del trabajo de parto, en caso de ausencia de situaciones clínicas que aumenten el riesgo materno y fetal.

Luego de estas recomendaciones, la guía divide prácticas recomendadas y no recomendadas, de acuerdo a la evidencia científica disponible, (en el segundo grupo incluye las que no tienen recomendación tanto por ser ineficaces, perjudiciales o por no existir clara evidencia al respecto).

En ambos casos se aclara que refieren a situaciones de asistencia de bajo riesgo materno y fetal, y que de detectarse algún tipo de riesgo, la conducta puede variar en virtud del cuadro clínico específico. Pudiendo volver a ajustarse a estas recomendaciones luego de resuelta la sospecha de riesgo materno o fetal que derivó en la intervención.

Las prácticas recomendadas y no recomendadas son divididas en cuatro grupos correspondientes a primera, segunda y tercera etapa del parto, y a la etapa puerperal (MSP,2018).

Todas las prácticas recomendadas o no recomendadas se basan en evidencia científica internacional al respecto. Ya que coinciden con las efectuadas por la Organización Mundial de la Salud serán expuestas en la siguiente sección.

### 3.3 ¿Qué dice la evidencia científica?

---

Varias de las prácticas que se realizan de forma rutinaria, durante la atención del embarazo parto y puerperio, han sido consideradas innecesarias por la evidencia científica.

Hace más de treinta años, la Organización Mundial de la Salud publicó las primeras recomendaciones realizadas en una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto, que tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, en 1985.

A la conferencia asistieron más de 50 participantes: comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres; que aprobaron unánimemente dichas recomendaciones, argumentando que eran aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo.

En primer lugar se hacía énfasis en el derecho que tiene toda mujer a recibir una atención prenatal adecuada y ocupar un papel central y protagónico en todos los aspectos de dicha atención. Luego la importancia de tener en cuenta los factores sociales, emocionales y psicológicos, como factores fundamentales para lograr una atención perinatal adecuada, y tener presente además que si bien el nacimiento es un proceso normal y natural, incluso los embarazos de bajo riesgo pueden sufrir complicaciones, por lo que a veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado. Dentro de las recomendaciones se incluye:

- El derecho de la embarazada a estar acompañada durante el parto y el periodo postnatal por una persona de su entorno, elegida por ella.



- Derecho a decidir sobre vestimenta, tanto suya como del bebé, su comida, destino de la placenta y otras prácticas culturales importantes.
- El deber de que el recién nacido sano permanezca con la madre siempre que sea posible, aclarando que no se justifica su separación para la observación del mismo. Debe promoverse y respetarse la lactancia inmediata, incluso antes de que abandonen la sala de partos.
- No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15 % de cesáreas.
- Debe recomendarse en casos embarazadas con una cesárea previa, un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia, ya que no existen pruebas de que luego de una cesárea previa sea necesaria esta intervención.
- Debe efectuarse monitorización fetal electrónica sólo en casos cuidadosamente seleccionados dado su alto riesgo de mortalidad perinatal, ya que se necesita más evidencia sobre la selección de las mujeres que podrían beneficiarse con esta técnica. Se recomienda mientras tanto controlar la frecuencia cardíaca fetal por auscultación intermitente durante la primera fase del parto, con mayor frecuencia durante el expulsivo.
- No se recomiendan prácticas como rasurar el vello púbico o administrar un enema antes del parto.
- Cada mujer debe decidir de manera libre qué posición prefiere adoptar durante el período expulsivo, y no se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante este periodo ni durante el periodo de dilatación.

- En el período expulsivo debe protegerse el perineo siempre que sea posible y tener en presente que no está justificado el uso rutinario de episiotomía.
- Ninguna región debería tener más de un 10% de inducciones del parto, en tanto estas prácticas deben reservarse solo para indicaciones médicas específicas.
- No se justifica la práctica rutinaria de rotura precoz artificial de membranas (OMS,1985).

En marzo de 2018, la OMS ha publicado un documento titulado: “Cuidados intraparto para una experiencia de parto positiva”, que ratifica el contenido de la anterior declaración y de las guías que derivaron de ésta, en el cual se añade toda la evidencia científica que ha ido apareciendo en los últimos treinta años, con el compromiso de actualizar el documento según vayan surgiendo nuevas evidencias. Incluye 56 recomendaciones sobre atención al parto, orientadas mayoritariamente a reducir al mínimo la intervención médica en partos de bajo riesgo y en los que no se presenten complicaciones, y con el propósito de que las madres puedan tomar decisiones sobre sus propios partos y conseguir así una experiencia más positiva.

En esta guía se clasifica a las recomendaciones en 4 categorías de prácticas o intervenciones en la atención del parto:

- ☐ Recomendado: esta categoría indica que la intervención u opción se deberían implementar.
- ☐ No recomendado: esta categoría indica que la intervención u opción no se debería implementar.
- ☐ Recomendado sólo en contextos específicos: esta categoría indica que la intervención u opción se aplica sólo a la condición, entorno o población que se especifican en la recomendación, y se deberían implementar en estos contextos únicamente.

- Recomendado sólo en el contexto de investigaciones rigurosas: esta categoría indica que existen dudas importantes con respecto a la intervención u opción. En estos casos, la implementación se puede llevar a cabo a gran escala, siempre y cuando adopte en forma de investigación capaz de abordar las preguntas y dudas sin respuesta relacionadas tanto con la efectividad de la intervención u opción como con su aceptabilidad y viabilidad (OMS.2018, pág.2).

## Prácticas o intervenciones recomendadas:

- Atención respetuosa de la maternidad, entendiéndose como atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera tal que se respete su dignidad, privacidad y confidencialidad, se asegure la integridad física y el trato adecuado. Además de permitir tomar decisiones informadas y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.
- Establecer una comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables.
- Asegurar el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto y el parto por la persona de su elección.
- Para evaluar el bienestar fetal en el ingreso para el parto se recomienda la auscultación mediante un dispositivo de ecografía Doppler o estetoscopio de Pinard para evaluar el bienestar del feto en el ingreso para el parto.
- En cuanto al tacto vaginal, se recomienda realizarlo a intervalos de cuatro horas, para valoración de rutina e identificación de la prolongación del trabajo de parto activo.

- Para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor en el trabajo de parto se recomienda la anestesia peridural, dependiendo de sus preferencias.
- Dependiendo también de las preferencias de la mujer se recomiendan técnicas no farmacológicas de alivio del dolor como: técnicas de relajación, incluso la relajación muscular progresiva, respiración, música, meditación atención plena (mindfulness) y otras técnicas. Así como técnicas manuales, como masajes o aplicación de compresas tibias.
- Ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto, para mujeres con bajo riesgo obstétrico.
- Estimular y alentar la movilidad y adoptar una posición erguida durante el trabajo de parto en mujeres de bajo riesgo.
- En cuanto a la duración período expulsivo<sup>18</sup>, se debe tener en cuenta e informar a la mujer que ésta, varía de una mujer a otra y que por lo general en los primeros partos, el nacimiento se completa normalmente en 3 horas, y en los partos subsecuentes, por lo general en 2 horas.
- Independientemente del uso de anestesia peridural, se recomienda alentar la adopción de una posición para dar a luz que sea de la elección de la mujer, inclusive las posiciones erguidas.
- Alentar y asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar.

---

<sup>18</sup> El período expulsivo es el período comprendido entre la dilatación total del cuello uterino y el nacimiento del bebé durante el cual la mujer tiene un deseo involuntario de pujar como resultado de las contracciones uterinas expulsivas. Fuente:OMS

- En función de las preferencias de la mujer y opciones disponibles, durante el período expulsivo, se recomiendan técnicas para reducir el traumatismo perineal y facilitar el nacimiento espontáneo, como los masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo.
- Para obtener mejores resultados de nutrición tanto para la madre como para el bebé, se recomienda el pinzamiento no menor a 1 minuto después del nacimiento (tardío) del cordón umbilical.
- Tracción controlada del cordón (TCC) para los partos vaginales si el prestador de atención de salud y la parturienta consideran importante una pequeña reducción en la pérdida de sangre y en la duración del alumbramiento, en entornos en los que se encuentren disponibles asistentes obstétricos especializados.
- Para todos los nacimientos se recomienda durante el alumbramiento el uso de uterotónicos para prevenir la hemorragia posparto (HPP) .
- Durante la primera hora luego del nacimiento y con el fin de promover la lactancia y prevenir la hipotermia se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel con su madre.
- Se deben colocar al pecho tan pronto como sea posible después del nacimiento tras corroborar la estabilidad clínica, a todos los recién nacidos, incluso a los que tengan un bajo peso al nacer.
- Para prevención de enfermedad hemorrágica perinatal se debe administrar a todos los recién nacidos 1 mg de vitamina K



intramuscular luego de la primera hora de nacido, en la cual debe respetarse el contacto piel a piel.

- El baño del recién nacido debe realizarse luego de las 24 horas después del nacimiento, en caso de que por motivos culturales no fuera posible esperar ese lapso de tiempo, deben haber transcurrido al menos seis horas.

Atención de la mujer tras el nacimiento:

- Para identificar la atonía uterina se recomienda a todas las mujeres la evaluación abdominal del tono muscular del útero postparto.
- Durante el puerperio, se debe hacer un examen de rutina en el que se constate la correcta hemorragia vaginal, contracción uterina, altura del fondo uterino, temperatura y frecuencia cardíaca, durante las primeras 24 horas a partir de la primera hora posterior al parto. La presión arterial debe medirse poco después del nacimiento y si es normal, deberá medirse nuevamente a las seis horas.
- Se recomienda luego de un parto vaginal sin complicaciones, en un centro de atención de salud, que las madres y los recién nacidos sanos reciban atención en el centro durante al menos 24 horas después del nacimiento.

**Prácticas o intervenciones no recomendadas:**

- No se recomienda el umbral de velocidad de dilatación del cuello uterino de 1 centímetro por hora, establecido en la línea de alerta del partograma, en mujeres que iniciaron espontáneamente el trabajo de parto; para identificar a mujeres que tienen riesgo de

sufrir resultados adversos en el parto, por no ser un indicador preciso.

- Para algunas mujeres esta velocidad de dilatación (de 1cm por hora mínimo) durante la fase activa del periodo de dilatación, resulta demasiado rápida e irreal, por lo que no se recomienda para identificar una progresión normal del trabajo de parto y una velocidad de dilatación del cuello uterino menor a esa no debe ser considerado un indicador de rutina para la intervención obstétrica.
- Uso de intervenciones médicas para acelerar el trabajo de parto y el nacimiento (como la estimulación con oxitocina o la cesárea) antes alcanzar un umbral de 5 centímetros de dilatación del cuello uterino, siempre y cuando se aseguren las buenas condiciones del feto y de la madre, ya que se ha demostrado que es posible que el trabajo de parto no se acelere naturalmente hasta alcanzar dicho umbral.
- Pelvimetría clínica de rutina en el ingreso para el parto en embarazadas sanas.
- Para embarazadas sanas que vayan a ingresar por inicio de trabajo de parto espontáneo, cardiotocografía de rutina para la evaluación del bienestar del feto, así como tampoco se recomienda la cardiotocografía continua en estos casos (se recomienda auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal ya sea mediante un dispositivo de ecografía Doppler o un estetoscopio de Pinard).
- Rasurado púbico o perineal de rutina antes del parto vaginal.
- Realización de enemas para reducir el uso de la conducción del trabajo de parto.

- Alivio del dolor para evitar y reducir el uso de conducción en el trabajo de parto.
- Irrigación vaginal de rutina con clorhexidina .
- Aplicar un conjunto de cuidados para el manejo activo del trabajo de parto para la prevención del retraso del trabajo de parto.
- Uso aislado de amniotomía, o en conjunto con conducción temprana con oxitocina para prevenir el retraso en el trabajo de parto.
- Uso de oxitocina para la prevención del retraso del trabajo de parto en mujeres sometidas a analgesia peridural.
- Fluidos por vía intravenosa para prevenir el retraso del trabajo de parto ni para abreviar la duración del trabajo de parto.
- Uso ampliado o rutinario de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo.
- Aplicación de presión del fondo uterino para facilitar el parto durante el período expulsivo.
- Masaje uterino sostenido como medida profiláctica ante la hemorragia posparto, en mujeres a las que se les ha administrado oxitocina con el mismo fin.

Atención del recién nacido:

- No se debe realizar aspiración nasal ni bucal en neonatos nacidos con líquido amniótico claro que comienzan a respirar por su propia cuenta.

Evaluación materna de rutina después del parto:

- No se debe realizar profilaxis antibiótica de rutina para mujeres que tuvieron un parto vaginal sin complicaciones ni en mujeres a las que se realizó episiotomía.

## Prácticas o intervenciones recomendadas en contextos específicos:

- En entornos en los que existen programas de partería eficaces se recomiendan modelos de continuidad asistencial impulsada por parteras, en los que una partera o un pequeño grupo de parteras conocidas brinda apoyo a la mujer en el periodo prenatal, durante el parto y posnatal.
- En entornos que cuenten con recursos disponibles para prolongar el periodo expulsivo, evaluando y controlando adecuadamente la hipoxia fetal, en casos de mujeres con anestesia peridural se recomienda retrasar el pujo durante una o dos horas hasta que la mujer recupere la necesidad sensorial de pujar, luego de la dilatación cervical completa.

## Prácticas o intervenciones recomendadas sólo en el contexto de investigaciones rigurosas:

- Se recomienda la demora del ingreso a la sala de parto, hasta el periodo de dilatación activa, embarazadas sanas con inicio del trabajo de parto espontáneo, en el contexto de una investigación rigurosa (OM,2018).

Como vemos las prácticas que constituyen VO no tienen justificación en la evidencia científica y las que sí la tienen, están indicadas en ciertas circunstancias, por lo que incluirlas en las rutinas de atención del parto no tiene tampoco justificación. Entonces ¿por qué se siguen realizando?



---

## CAPÍTULO 4

---

Consideraciones finales.

## Consideraciones finales:

---

El término violencia obstétrica es utilizado para enmarcar un tipo de violencia hacia la mujer basada en su género, que se da en el contexto de la atención institucional del embarazo, parto y puerperio, constituida por acciones u omisiones que pueden dañar su salud física o psicológica. Como posibles efectores se reconoce tanto al personal de salud que participa en la atención de esos procesos o personal que se desempeña en instituciones de salud, como a las propias instituciones, ya sea en el ámbito público o privado.

Se manifiesta por tratos crueles, inhumanos o degradantes, abuso de la medicalización o patologización de los procesos mencionados, que provoca una disminución de la capacidad de las personas gestantes de decidir de manera libre e informada sobre su propio cuerpo.

Varios países han incluido el término en sus leyes y actualmente es reconocida por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), como una violación y vulneración de derechos humanos y dentro de ellos, derechos sexuales y reproductivos.

La violencia hacia la mujer basada en género se enmarca en un proceso sociocultural denominado patriarcado, en el que se han construido desigualdades entre los géneros femenino y masculino, ubicándose el femenino en un lugar de inferioridad y subordinación respecto al masculino, el cual resulta dominante. En este contexto se naturaliza esa desigualdad y se imponen a través de símbolos, prejuicios y costumbres, roles esperados para cada género. Por lo tanto la maternidad es algo que se espera del género femenino.

Esta perspectiva es utilizada por varios autores citados para explicar las causas de la violencia obstétrica, ya que argumentan que las prácticas, actitudes y tradiciones presentes en la atención de las mujeres en servicios de salud, están atravesadas por prejuicios sexistas, machistas, misóginos, clasistas, etc. que colocan a la mujer en situación de vulnerabilidad e inferioridad.

A su vez en la sociedad se atribuye al personal de salud cierto poder, otorgado por su conocimiento y valorado como superior, ante el propio

conocimiento de gestantes sobre sus procesos reproductivos, el cual es socialmente legitimado, y contribuye a establecer una relación médico-paciente de poder y subordinación.

Por ende en estas relaciones de poder asimétricas entre gestantes y personal de salud, se originan situaciones de violencia institucional y de género.

La relación médico paciente además de por parámetros de género, está influenciada por otros como ser la edad, clase, pertenencia étnica, cultural, etc incluyendo en esta subordinación en caso de la atención obstétrica a acompañantes afectivos.

También se plantea como causa de la VO un desequilibrio en el paradigma médico vigente de atención del parto (el modelo tecnocrático), que prioriza la búsqueda de beneficios económicos y la reducción de costos institucionales, tratando de atender el mayor número de partos sin tener en cuenta su calidad, mediante la estandarización de las gestantes dentro de parámetros a los que deben ajustarse, en el que son expuestas todas a los mismos cuidados, a las mismas intervenciones, sin ser individualizadas.

La institucionalización, el aumento del uso de tecnología y la medicalización de la atención de los procesos reproductivos, tuvieron un gran impacto en la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

A lo largo de la historia ocurrieron hechos que fueron considerados puntos de partida para la atención institucionalizada y la medicalización de los procesos reproductivos. Mediante una fuerte y violenta campaña de desprestigio social, se desvalorizó el saber de parteras y comadronas, quienes por mucho tiempo acompañaron a mujeres durante sus partos, que se daban en el hogar, en un ambiente íntimo y familiar; lo que ocasionó que la atención pasara a manos de profesionales de la salud y se trasladara el parto al hospital. Luego de estos hechos se fue afianzando tanto en América como en Europa un sistema médico que aumentó de forma progresiva su poder y se volvió hegemónico.

Con esta expansión de saber y poder en procesos que antes estaban fuera de las competencias del sistema médico, se da su categorización

en términos de salud y enfermedad, que origina la patologización de los procesos reproductivos.

Las intervenciones médicas, ayudan a salvar vidas de mujeres y niños cuando tienen justificación, no se pretende cuestionar ese punto. Lo que se cuestiona y se invita a reflexionar es el exceso de medicalización, las prácticas realizadas de manera rutinaria, sin individualizar las necesidades de cada persona gestante, que parecieran responder a una especie de industrialización de la atención del embarazo y parto.

En cuanto al conjunto de prácticas que constituyen violencia obstétrica, la situación normativa de la mayoría de los países es aún deficiente, en nuestro país, no se incluyen prácticas específicas y en los países que sí se incluyen, se limitan a prácticas fácilmente perceptibles, dejando por fuera por ejemplo, prácticas referidas al trato hacia las gestantes.

En la bibliografía revisada se plantea la importancia de que no es posible realizar una lista que abarque todas las acciones u omisiones que pueden causar VO.

Se describen prácticas que pueden tener consecuencias físicas y/o psíquicas. Dentro del primer grupo se incluyen:

- Realización de prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados para el caso clínico.
- El no respeto de los tiempos o posibilidades del parto biológico.

En estos grupos pueden incluirse conductas que no incurren en violencia como práctica en sí mismas, sino que su uso rutinario, no debidamente informado, sin individualizar a cada gestante, y a veces injustificado es lo que resulta violento. Es sumamente importante reflexionar sobre este punto. Ciertos procedimientos forman parte de la rutina hospitalaria y son repetidos de generación a generación de forma tradicional, no estando siempre justificados por evidencia científica, siendo utilizadas en algunos casos a beneficio de la comodidad del trabajo del personal de salud.

Pueden incluirse entonces:

- Colocación de vías intravenosas a todas las mujeres.

- Limitación de la movilidad durante el trabajo de parto.
- Realización de monitoreo fetal continuo cuando no está indicado.
- Obligación o imposición de la posición de litotomía para el parto.
- Realización de episiotomía de forma rutinaria o injustificada.
- Realización de la maniobra de Kristeller.
- Realización de cesáreas innecesarias.
- Esterilización forzada.
- Aborto forzado.

Dentro de las que pueden tener consecuencias psíquicas se incluye:

- Trato deshumanizado, humillante o degradante.
- Infantilización, amenazas, burlas, discriminación.
- No respeto de la privacidad o intimidad.
- Omisión de información sobre el estado de salud propio o el de su hijo/a.
- La no consideración de su opinión para la toma de decisiones.
- Omisión de consentimiento informado.
- Exposición a situaciones de miedo, abandono o inseguridad.
- Prohibición de la permanencia de acompañante que brinde apoyo emocional.
- Reprimir manifestaciones de dolor o de emociones.
- Impedir o retrasar el contacto con su hijo/a inmediatamente después del nacimiento sin que haya justificación.
- Impedir o retrasar la lactancia sin justificación.
- Esterilización forzada.
- Aborto forzado.

La VO tiene como posibles desenlaces daños físicos, psicológicos y sexuales.

La violencia obstétrica psicológica, perjudica y perturba el equilibrio emocional, ocasionando problemas comportamentales y cognitivos en las víctimas, pudiendo dejar importantes secuelas.

Sumado a eso, existe evidencia de que haber tenido una mala experiencia durante el parto, puede conducir al desarrollo de un trauma en el postparto y, acompañarse por síntomas de ansiedad (hiperventilación, taquicardia, mareos), depresión postparto y provocar trastorno de estrés postraumático (TEPT)



El TEPT puede ocasionar dificultades en el vínculo madre-hijo, afrontamiento ineficaz, problemas en la lactancia materna y en las relaciones familiares, apareciendo síntomas como reexperimentación del evento (recuerdo constante del parto), ausencia de la realidad, rechazo a la nueva maternidad, desconexión con el bebé, irritabilidad, pesadillas, además desarrollan miedo a un futuro embarazo y parto (tocofobia).

Además de la violencia obstétrica, determinadas prácticas clínicas se asocian a mayor riesgo de aparición TEPT como son: realización de enema, limitación de la movilidad, rotura artificial de membranas sin consentimiento, administración de oxitocina sin consentimiento, realización de maniobra de kristeller, tactos vaginales reiterados realizados por distintas personas y extracción manual de la placenta sin anestesia.

Existe evidencia de que la VO se relaciona con la aparición de estrés agudo con síntomas como: ansiedad, adormecimiento, dolores de cabeza, tensión muscular, dificultades respiratorias, mareo, irritabilidad etc.

Por su parte, prácticas como las cesáreas innecesarias exponen a las gestantes a riesgos propios de la intervención, existiendo la posibilidad de complicaciones como: placenta previa y acretismo placentario, lo que aumenta a su vez la probabilidad de muerte materna. Además hay evidencia de que influye en el vínculo madre-hijo, en el establecimiento de la lactancia, pueden darse reacciones psicológicas, sentimientos de culpa, fracaso, y desarrollarse síndrome de estrés postraumático.

Con respecto a las consecuencias físicas cada práctica innecesaria tiene sus propias consecuencias, además de en algunos casos llevan a que sea necesario realizar otras intervenciones.

Por ejemplo: el parto con fórceps está asociado con un riesgo diez veces mayor de lesión perianal en comparación con el parto sin instrumentos y a su vez estas lesiones se asocian con incontinencia anal y mayor dolor posparto. La episiotomía rutinaria, se relaciona con mayor frecuencia de dolor perineal moderado y más intenso, comparado con mujeres en las que no se realizó esta técnica, con mayor frecuencia de desgarros de tercer y cuarto grado, mayor prevalencia de hematomas perineales, que a su vez, aumentan el riesgo de infecciones perineales y de la episiorrafia provocando un mayor número de dehiscencias. Por su parte

la maniobra de Kristeller, puede ocasionar complicaciones maternas y fetales como son: dolor, desgarros perineales y del esfínter anal, rotura uterina, inversión uterina, dificultad respiratoria, hematomas abdominales, fracturas de costillas y en el recién nacido traumatismos y lesiones en el plexo braquial.

A partir de las primeras recomendaciones de la OMS en 1985, para la atención del parto, se busca un cambio de paradigma, procurando una atención humanizada, donde la gestante retome su lugar de protagonista de sus procesos y sea considerada sujeto de derecho.

Nuestro país ha firmado compromisos internacionales que responsabilizan a los estados a promover y proteger los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como erradicar cualquier tipo de violencia hacia ellas. Para cumplir con dichos compromisos se han implementado leyes como: Ley de acompañamiento a la mujer en el parto, parto y nacimiento (Ley 17.386 ), Ley de Defensa a la Salud Sexual y Reproductiva (Ley 18426), Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ley 18.987), Ley de Violencia a las mujeres basada en Género (Ley 19.580); y sus respectivos decretos reglamentarios.

La ley 17.386, otorga el derecho de toda gestante a estar acompañada, por una persona elegida libremente por ella, ya sea de su ámbito de confianza o una especialmente entrenada para brindarle apoyo emocional, durante el tiempo que dure el trabajo de parto y el nacimiento.

En la ley 18.426 se consagra el derecho al ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población, el cual es protegido y garantizado por el Estado. En ella se habla por primera vez de la humanización del parto, y se establece su promoción dentro de los objetivos, que incluyen también la prevención de la morbilidad materna y sus causas, la promoción de la maternidad y paternidad responsables, el acceso a su planificación y la garantía del acceso a métodos anticonceptivos seguros y confiables..

La Ley 18.987 despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo para el caso de mujeres que cumplan con determinados requisitos, como ser

ciudadana natural o legal de nuestro país, o extranjera con más de un año de residencia, deberán manifestar su deseo antes de las 12 semanas de gestación, cumplir con ciertas etapas de consultas programadas con el equipo de salud, y con un periodo de reflexión de al menos 5 días, luego del cual deberá ratificar su decisión. Establece además algunas excepciones a estos requisitos.

La Ley 19.580 ,en lo que respecta al tema de estudio tipifica dentro de las modalidades de violencia hacia la mujer basada en género, a la Violencia Obstétrica. En su decreto reglamentario establece la obligación del personal de salud a respetar el derecho de la gestante a: ser tratada con respeto, de manera individualizada, a que se asegure su intimidad y confidencialidad. Ser considerada protagonista y una persona sana durante el trabajo de parto y nacimiento. A recibir información sobre las distintas intervenciones a realizar y las distintas alternativas, de manera que pueda optar libremente. A presentar un Plan de Parto y Nacimiento, y participar en forma gratuita en los cursos de preparación para el nacimiento. A que se respeten los tiempos biológicos y psicológicos durante el trabajo de parto y parto. A la libre elección de la posición a adoptar para parir y a la libre movilidad durante el trabajo de parto. A que sean evitadas las prácticas invasivas y la medicación que no tengan justificación para su estado de salud o el de su hija o hijo. A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de salud de su hijo o hija. A que se respete el derecho de permanecer juntos inmediatamente ocurra al parto o cesárea y durante toda su permanencia en la institución, cuando no requieran cuidados especiales. A que se respeten sus principios, valores y prácticas culturales, su decisión sobre aspectos como vestimenta, alimentación, destino de la placenta y otras. A que se fomente el inicio de la lactancia lo más temprana posible, sea el nacimiento por parto vaginal o cesárea, excepto cuando haya alguna contraindicación de salud.

También se establece la obligación de los prestadores de salud de aplicar las recomendaciones del Ministerio de Salud Pública sobre las prácticas en la asistencia del embarazo y nacimiento.

En Uruguay existe el reconocimiento de los derechos por medio de leyes, que a su vez, se encuentran reglamentadas, y la evidencia científica muestra que muchas de las prácticas consideradas violentas no tienen justificación en todos los casos, pero basta con escuchar relatos de mujeres para darnos cuenta de que la violencia obstétrica es una



realidad que se sigue dando y que si bien todas estas herramientas parecieran ser un gran avance, al parecer no alcanzan para erradicarla.

Lo que sugiero es reflexionar sobre si esto es suficiente para que se dé el reconocimiento y ejercicio de esos derechos por parte de las gestantes, y el respeto de los mismos por quienes deberíamos respetarlos. ¿Es necesario y a la vez suficiente que las leyes y las recomendaciones, digan que las personas gestantes deben ser tratadas como sujetos de derecho? ¿Hace falta que se reconozca en la normativa vigente o que organismos internacionales tengan que decir que tienen derecho a vivir una experiencia positiva en la atención obstétrica institucional? Estas interrogantes podrían ser punto de partida de futuras investigaciones.

A su vez a modo de reflexión y desde mi opinión me gustaría sembrar la duda en los argumentos que plantean algunos autores en cuanto a incluir a integrantes del sistema de salud que intentan realizar una práctica en consonancia con el modelo humanizado, y chocan con limitantes ya sea institucionales, o en el resto del equipo, dentro de las víctimas de violencia obstétrica, de las que por todo lo expuesto considero debe incluirse sólo a las personas gestantes y sus familias.

En cuanto a los profesionales que procuramos brindar una atención humanizada del embarazo, parto y puerperio (y me incluyo por la etapa de formación en la que me encuentro) creo que podríamos ser víctimas de las relaciones de poder asimétricas planteadas como causas y de la industrialización de la atención, en donde los tiempos institucionales, muchas veces no coinciden con los de las personas gestantes.

Este trabajo pretende aportar a la reflexión sobre Violencia Obstétrica, en lo personal, significó un cuestionamiento desde lo más profundo, en mi accionar como futura Obstetra Partera, como usuaria del sistema de salud de nuestro país y, como mujer en proceso de empoderamiento y deconstrucción de los estereotipos y roles de género aprendidos a través de la imposición social.

Desde el rol de Obstetra Partera, que pretendo ocupar dentro del equipo de atención obstétrica, este trabajo resultó fundamental para permitirme ver y cuestionar una realidad que a pesar de los avances en derechos y

evidencia, continúa sucediendo. Hace que asuma con más fuerza el compromiso con cada persona gestante y familia a la que vaya a acompañar, de actualizarme continuamente en cuanto a las evidencias científicas disponibles, de contribuir a su acceso a información y apropiación de los derechos adquiridos. Creo que cada persona desde su lugar puede aportar a disminuir las desigualdades de las que se expuso en este trabajo, tanto de género como en la relación profesional-usuario, para que cada vez más podamos brindar una atención segura y basada en el respeto de los derechos.



# Referencias bibliográficas

---

1. Aceves, M. (2020). "El parto hospitalario en América Latina: prácticas de patologización, medicalización e instrumentalización" *Revista Vínculos*. Guadalajara. Núm 2. , pp. 105-121 Jilisco, México Recuperado el 01/06/21 en <http://www.vinculossociologiaanalisisyopinion.cucsh.udg.mx/index.php/VS-AO/article/view/7559>
2. Arguedas, Gabriela. (2014). "La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense". *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe* Vol. 11, núm. 1, pp. 155-180 -ISSN: 1659-4940. Recuperado el 10/03/21 en <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/intercambio/article/view/14238/13530>
3. Ayers, S.; Wright, D. & Thornton, A. (2018). Desarrollo de una medida del trastorno de estrés postraumático posparto: la escala City Birth Trauma. Recuperado el 26/06/21 en : <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00409/full>
4. Becerra-Chauca, N. (2015). Maniobra Kristeller: una revisión de su práctica. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, Vol. 11 Núm. 2. Universidad de San Martín de Porres. Perú. ISSN 1816-7713 Recuperado el 2/07/21 en <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/revisionkristeller.pdf>
5. Belli, Laura (2013), "La violencia obstétrica: otra forma de violación de los derechos humanos", *Revista Redbioética/UNESCO*, núm. 7, pp 25-34 Red Latino-Americana y del Caribe de Bioética de la UNESCO, ISSN 2077-944 Recuperado el 10/11/20 en <https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/12868/Art2-BelliR7.pdf?sequence=2&isAllowed=y> .
6. Camacaro, M. (2009) "Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico, improntas de la praxis obstétrica" *Revista Venezolana de estudios de la mujer* , vol.14 núm. 32 pp. 147-162. Caracas. ISSN

1316-3701 Recuperado el 06/04/2021 en  
[http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1316-37012009000100011&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://ve.scielo.org/scielo.php?pid=S1316-37012009000100011&script=sci_arttext&lng=pt)

7. Camacaro, M. (2010). La obstetricia develada: Otra mirada desde el género. Universidad de Carabobo. Recuperado el 16/04/20 de <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/2117/lf55320106101834.pdf?sequence=1>

8. Camacaro, M.; Ramirez, M.; Lanza, L. y Herrera, M. (2015). Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, vol. 20 núm. 68, pp.113-120. ISSN: 1315-5216. Recuperado el 22/06/21 en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27937090009>

9. Campiglia, M (2015). "Violentar el nacimiento". *El Cotidiano*. Universidad autónoma Metropolitana. núm. 191, pp. 79-86. México ISSN: 0186-1840. Recuperado el 19/04/21 en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32538023009>

10. Campiglia, M. (2017). "Erosionar la institución". *Nueva antropología*, vol. 30 núm. 86, pp.54-77. México. Recuperado el 25/04/21 en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/na/v30n86/0185-0636-na-30-86-00054.pdf>

11. Castrillo, B. (2016). "Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica". *Sexualidad, Salud y Sociedad, Revista Latinoamericana*. núm. 24, pp. 43-68 Rio de Janeiro, Brasil E-ISSN: 1984-6487. Recuperado el 15/3/21 en <https://www.redalyc.org/pdf/2933/293349445003.pdf>

12. Castrillo, M. B. (2019). "Hacer partos y parir: hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos" (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de la Plata). Recuperado el 20/03/21 en: [http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/78629/Documento\\_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/78629/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

13. Castro, R. y Erviti, J. (2014). "25 Años de investigación sobre violencia obstétrica en México". *Revista CONAMED*, vol. 19, núm 1,, pp.

37-42. ISSN 1405-6704 Recuperado el 27-04.2021 en:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4730781>

14. Chiarotti, S.; García, M.; Aucía, A. & Amihiardi, S. (2003). *Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Rosario: INSGENAR, CLADEM. Recuperado el 29/06/21 en  
<https://insgenar.files.wordpress.com/2012/04/con-todo-al-aire.pdf>

15. Christianson, L.; Bovbjerg, V.; McDavitt, E. & Hullfish, K.. (2003). Factores de riesgo de lesión perineal durante el parto . *American journal of obstetrics and gynecology*, 189(1), 255–260. Recuperado el 05/07/21 en  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12861171/>

16. Decreto número 67/006. Reglamentación a la Ley de acompañamiento de la mujer en el parto, parto y nacimiento. Registro Nacional de Leyes y Decretos. Montevideo, Uruguay. 10 de Marzo de 2006. Recuperado el 29/06/21 en:  
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/67-2006>

17. Decreto número 293/010. Reglamentación de la Ley N°18.426 Sobre Salud Sexual y Reproductiva. Registro Nacional de Leyes y Decretos. Montevideo, Uruguay. 7 de Octubre de 2010. Recuperado el 29/06/21 en : <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/293-2010>

18. Decreto número 375/012. Reglamentación de la Ley sobre interrupción voluntaria del embarazo. Ley de aborto. Registro Nacional de Leyes y Decretos. Montevideo, Uruguay. 22 de Noviembre de 2012. Recuperado el 30/06/21 en:  
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/375-2012>

19. De Mesquita, S.; Silva, Amândaa; Silva, Arteniara. (2018), “ Marcas (in) visibles: un análisis de la violencia obstétrica psicológica”. *Convención Internacional de Salud*, Cuba Salud 2018 Recuperado el 04/07/21 en  
<http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/view/1226/1265>

20. Do Pará, C. D. B. (1994). Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará”*. Recuperado el 09/03/2021]. en [https://www.nl.gob.mx/sites/default/files/interioresbelemytrata2015\\_0.pdf](https://www.nl.gob.mx/sites/default/files/interioresbelemytrata2015_0.pdf)
21. Ehrenreich, B. & English, D. (1981). *Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras*. Barcelona: Editorial La Sal. Recuperado el 05-05-21 en <https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2016/09/Brujas-parteras-y-enfermeras.pdf>
22. FIGO (2006). *Recomendaciones sobre temas de ética en Obstetricia y Ginecología*. Hechas Por El Comité Para El Estudio de los Aspectos Éticos de la Reproducción Humana y Salud de la Mujer de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. Recuperado el 30/06/2021 en [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/6289BABF568DC1E805257D160072C179/\\$FILE/7\\_Guias\\_de\\_FIGO.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/6289BABF568DC1E805257D160072C179/$FILE/7_Guias_de_FIGO.pdf)
23. Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. 1ra ed. Buenos Aires: Tinta Limón. Recuperado el 15/04/21 en <http://niunamenos.org.ar/wp-content/uploads/2018/03/Federici-Silvia-CALIBAN-Y-LA-BRUJA-.pdf>
24. Floyd, D. (1993). *El modelo tecnocrático de nacimiento*. En: Teoría feminista en el estudio del folclore, eds. Susan Tower Hollis, Linda Pershing y M. Jane Young, Universidad de Illinois Press, pp. 297-326, Recuperado el 16/05/2021 de [https://www.researchgate.net/publication/265100185\\_The\\_technocratic\\_model\\_of\\_birth](https://www.researchgate.net/publication/265100185_The_technocratic_model_of_birth)  
1993
25. Floyd, D (2001). *Los tres paradigmas de salud y nacimiento desde una perspectiva femenina*. Buenos Aires. Editorial Creavida. Recuperado el 17/05/21 en [https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/05\\_TRES\\_PARADIGMAS.pdf](https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/05_TRES_PARADIGMAS.pdf) .



26. Gherardi, N. (2016) "Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar" *Publicación de las Naciones Unidas*, Santiago Serie Asuntos de Género. n.º 141 pp. 18-27. ISSN 1564-4170 Recuperado el 20/04/21 en [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/40754/S1601170\\_es.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/40754/S1601170_es.pdf)
27. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE) (2015), *Violencia obstétrica. Un enfoque de derechos humanos*, México, Recuperado el 24/04/21 en <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenciaobstetrica2015.pdf>
28. Lafaurie, M.; Rubio, D.; Perdomo, A.; Cañón, A. (2019). "La violencia obstétrica en la literatura de las ciencias sociales en América Latina". *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, vol.18 n.º 36. Recuperado el 20/04/21 en [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-36%20\(2019-I\)/54559086009/#54559086009\\_ref10](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-36%20(2019-I)/54559086009/#54559086009_ref10)
29. Lam, S.; Sanchez, V.; Alva, M.; Castillo, J. y Cabellos, P. (2018). *Violencia obstétrica y estrés en puérperas atendidas en un hospital de Chimbote, 2017*. Perú Recuperado el 05/07/21 en <http://repositorio.usanpedro.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/314/PI1720141.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. Ley N.º 82. Que adopta medidas de prevención contra la violencia en las mujeres y reforma el Código Penal para tipificar el femicidio y sancionar los hechos de violencia contra la mujer. Gaceta Oficial digital. República de Panamá, 25 de Octubre de 2013. p-4. Recuperado el 20/03/20 en <http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/95689/112753/F-2046343888/PAN95689.pdf>.
31. Ley 17.386. Ley de acompañamiento de la mujer en el parto y nacimiento. Registro Nacional de Leyes y Decretos. Montevideo, Uruguay. 3 de Agosto de 2001. Recuperado el 28/06/21 en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17386-2001>



32. Ley 18.426. Ley sobre salud sexual y reproductiva. Registro Nacional de Leyes y Decretos. Montevideo, Uruguay. 10 de Diciembre de 2008. Recuperado el 28/06/21 en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>
33. Ley N°19.580 de Violencia hacia las mujeres basada en género. Registro Nacional de Leyes y Decretos, Montevideo, Uruguay. 9 de enero de 2018. Recuperado el 20/11/2020 en <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>
34. Ley 18.987. Ley sobre interrupción voluntaria del embarazo. Ley de aborto . Registro Nacional de Leyes y Decretos. Montevideo, Uruguay. 30 de Octubre de 2012. Recuperado el 30/06/21 en: <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18987-2012>
35. Ley 26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Boletín Oficial de la Nación. Buenos Aires, Argentina, 11 de Marzo de 2009. p-1. Recuperado el 20/11/2020 en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
36. Magnone, N (2010). *Derechos y poderes en el parto : una mirada desde la perspectiva de Humanización*. Tesis de maestría. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Sociología. Recuperado el 10/03/21 en: [https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8256/1/TMS\\_MagnoneAlemanNatalia.pdf](https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/8256/1/TMS_MagnoneAlemanNatalia.pdf)
37. Magnone, N. (2011). “Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica”. Trabajo presentado en las X Jornadas de Investigación de la Facultad de Cs. Sociales, UdelAR, Montevideo, Uruguay. Recuperado el 05/12/20 de <https://afar.info/biblio/public/2691.pdf>.
38. Martinez, B y Orobich, L. (2018). “De la casa al hospital : Una breve historización de la atención del embarazo y parto”. *En X Jornadas*

de Sociología. Universidad de La Plata, Ensenada, Argentina. EN: Actas. Ensenada: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología. Recuperado el 15/05/2021 en:

[http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.11615/ev.11615.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.11615/ev.11615.pdf)

39. Martínez Vázquez, S.(2021). *Trastorno de estrés postraumático perinatal: magnitud del problema, factores asociados y validación de un cuestionario en la población española*. Universidad de Jaén, España. Recuperado el 01/07/20 en [http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/1071/1/TESIS\\_MARTINEZ\\_VAZQUEZ.pdf](http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/1071/1/TESIS_MARTINEZ_VAZQUEZ.pdf)

40. Medina, G. (2009). "Violencia obstétrica". *Revista de Derecho y Familia de las Personas*, vol.4 n°1 pp.1-4,Buenos Aires. Recuperado el 10/03/21 en:

[https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/48122589/tipos\\_de\\_violencia\\_obstetrica.pdf?1471451427=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DVIOLENCIA\\_OBSTETRICA.pdf&Expires=1620276789&Signature=UVMgmRorL1GCnJf0J59MIbbdJAAtoc1C6qysCDGOi36l8T2V-tfjZfXWBN0GloCADLrziQuUrOYbqpumiZDw139GatAj1e9j~nneu6J2Y6phA1edzHIWFzBElaNTCvvlzU5YoL2GEL4-BE52pZOVV4YTcEHgo0GULCbTlflbFVVjWb0jh88z3EVXYupyphkEXQEwWx0FIg1VB-wIJbRbKuP7GPmD9GPzCgT6JDPVUmWV6l8ZhGeMfwLqY1uVjtJ0Yku4M-BNVnR0Mskf-nS909~20B9KNWQjWH7NjuUNv3TgQMHsqGIEwVzvO4PzkzGYrKwyfV45CS5VRWvfQWc3A\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/48122589/tipos_de_violencia_obstetrica.pdf?1471451427=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DVIOLENCIA_OBSTETRICA.pdf&Expires=1620276789&Signature=UVMgmRorL1GCnJf0J59MIbbdJAAtoc1C6qysCDGOi36l8T2V-tfjZfXWBN0GloCADLrziQuUrOYbqpumiZDw139GatAj1e9j~nneu6J2Y6phA1edzHIWFzBElaNTCvvlzU5YoL2GEL4-BE52pZOVV4YTcEHgo0GULCbTlflbFVVjWb0jh88z3EVXYupyphkEXQEwWx0FIg1VB-wIJbRbKuP7GPmD9GPzCgT6JDPVUmWV6l8ZhGeMfwLqY1uVjtJ0Yku4M-BNVnR0Mskf-nS909~20B9KNWQjWH7NjuUNv3TgQMHsqGIEwVzvO4PzkzGYrKwyfV45CS5VRWvfQWc3A_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)

41. MSP (2019) *Estadísticas vitales 1996-2019*, Montevideo,Ministerio de Salud Pública. Recuperado el 28/06/2021 en <https://uins.msp.gub.uy/>

42. MSP (2018). *Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional*. Dirección General de la Salud, Ministerio de Salud pública, Montevideo.. Recuperado el 29/06/2021 en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/recomendaciones-para-la-asistencia-del-nacimiento-institucional>

43. OGCHR, (1993)(1993) *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Naciones Unidas Derechos Humanos, Oficina del alto Comisionado. Recuperado el 30/6/21 en:

<https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>

44. Olza, I. (2017) *Secuelas psicopatológicas de las cesáreas*. Asociación Española de Matronas. España. Recuperado el 5/07/21 en [https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/26\\_SECUELAS.pdf](https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/26_SECUELAS.pdf)

45. OMS (1985) *Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento*. Declaración De Fortaleza 1985. Recuperado el 20/05/2021 en <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/OMS.-Recomendaciones-de-la-OMS-sobre-el-nacimiento.-Declaraci%C3%B3n-de-Fortaleza-1985.-Recomendaciones-de-la-OMS-para-la-Atenci%C3%B3n-intraparto-1999.pdf>

46. OMS (2002) *Informe Mundial sobre Violencia y la Salud*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 9-03-2021 en [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/chapters/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/chapters/en/)

47. OMS (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Declaración de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 20/03/21 en [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf;jsessionid=A814DCFBCD0A24252E4638D5739B8577?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=A814DCFBCD0A24252E4638D5739B8577?sequence=1)

48. OMS (2018) *Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Recuperado el 20/03/21 en [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

49. Orozco, A. y Rocha, T. (2018). *Violencia Obstétrica. Una revisión crítica y feminista en torno al tema*. Consultado el 19/04/21 en [https://www.uaeh.edu.mx/xiii\\_congreso\\_empoderamiento\\_fem/documentos/pdf/C004.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/xiii_congreso_empoderamiento_fem/documentos/pdf/C004.pdf)

50. Osorio V. y Saraceno F.(2020) *Mujeres invisibles partos y patriarcado*. Buenos Aires: Editora intersectorial.
51. Redondo, R.; Manrique F, G. ; Mauro, L. ; González, V.; Delgado, L. y Aceituno, L. (2014). "Rotura uterina en gestante con cesárea anterior tras maniobra de Kristeller: Reporte de caso". *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, vol. 79 núm. 2, pp. 111-114. Recuperado el 1/07/21 en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v79n2/art08.pdf>
52. Sadler, Michelle, "Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto". En Sadler, Acuña y Obach, acer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género. Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Catalonia, 2004, Santiago de Chile, pp. 15-66 .Recuperado el 24/05/21 en [http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122662/Asi\\_me\\_naciero\\_n\\_a\\_mi\\_%20hija.pdf](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122662/Asi_me_naciero_n_a_mi_%20hija.pdf) .
53. Sánchez, F.(2009). "Uso rutinario de la episiotomía y complicaciones asociadas, en mujeres nulíparas atendidas de parto vaginal en el Hospital de Apoyo de Sullana". *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad* Universidad Cesar Vallejo de Trujillo vol.1 núm. 4. Recuperado el 03/07/21 en <https://inppares.org/magazine/Revista%20IV%202009/7-%20Uso%20Episiotomia.pdf>
54. Simonovic,D. (2019). "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". *Informe presentado en la Asamblea General ONU, Septuagésimo cuarto período de sesiones*. Recuperado el 04/04/21 en [https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2019/09/A\\_74\\_137-E\\_S.pdf](https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2019/09/A_74_137-E_S.pdf)
55. Simpson, M. y Catling, C. (2016). "Comprender las experiencias psicológicas traumáticas del parto: revisión de la literatura". *La mujer y el nacimiento: revista del Colegio Australiano de Parteras*. vol. 29 núm. 3, pp. 203–207. Australia Recuperado el 04/07/21 en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26563636/>



56. Vallana, V. (2016) *Parirás con dolor, lo embarazoso de la práctica obstétrica. Discursos y prácticas que naturalizan la violencia obstétrica en Bogotá*. Tesis Doctoral. Universidad Javeriana de Bogotá. Recuperado el 24/04/21 en: <http://ram-wan.net/tesis/97.viviana-vallana.pdf>
57. Venezuela, R. B. D. (2007). *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Instituto Nacional de la Mujer. Recuperado el 05/02/2020 en <https://consejoderechoshumanos.gob.ve/wp-content/uploads/2020/09/libroleyorganicamujer.pdf>.
58. Villanueva, L.(2010) “El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra” *Revista CONAMED*, vol. 15, núm. 3, pp. 148-150. ISSN; 1405-6704 Recuperado el 05/04/20 en [http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA\\_JUL-SEP\\_2010.pdf](http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/REVISTA_JUL-SEP_2010.pdf).