

**Trabajo final de grado
Artículo científico**

**Violencia obstétrica:
percepciones de mujeres sobre sus experiencias de parto y
nacimiento de sus hijos en Maternidades de Montevideo**

Estudiante: María Sofía Juanicotena Mela
C.I. 3.153.273-9
Tutora: Prof. Dra. Alejandra López Gómez
Revisora: Asist. Mag. Carolina Farías

Montevideo, octubre del 2019

Resumen

La investigación cuyos resultados se presentan en este artículo fue realizada entre los años 2015 - 2016, en el marco de la convocatoria 2015 del Programa de Apoyo a la Investigación Estudiantil de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República en Uruguay. Se lo denominó "Estudio exploratorio sobre la experiencia de mujeres que tuvieron a sus hijos en Maternidades de Montevideo". Se partió del supuesto de que la medicalización de eventos obstétricos como el parto y el nacimiento, conllevan a prácticas de violencia obstétrica que son naturalizadas por las propias mujeres. Este proyecto fue pensado y ejecutado con la mirada investigativa en un tipo de violencia de género: la Violencia Obstétrica, centrando la atención en el discurso de las mujeres. Se realizó un estudio en base a un enfoque cualitativo, con muestreo teórico de mujeres mayores de 18 años que madres primerizas, que hayan transcurrido al menos seis meses y a hasta tres años del nacimiento de su hijo en centros asistenciales públicos y privados de la ciudad de Montevideo. Se buscó conocer sus experiencias de parto y nacimiento de sus hijos y explorar si percibieron situaciones de violencia obstétrica en la atención. A su vez explorar si las mujeres son conscientes del riesgo a la vulneración de sus derechos. Podemos concluir que las situaciones de violencia en las salas de maternidad sigue existiendo, pese a las normas existentes sigue primando el intervencionismo médico, presente tanto en instituciones públicas como privadas, siendo las usuarias de éstas últimas quienes se perciben más violentadas durante el embarazo, parto y puerperio.

Palabras claves: prácticas médicas, medicalización, parto, violencia obstétrica.

Summary

The research whose results are presented in this article was carried out between 2015 - 2016, within the framework of the 2015 call for the Student Research Support Program of the Sectorial Commission for Scientific Research of the University of the Republic in Uruguay. It was called "Exploratory study on the experience of women who had their children in Maternities of Montevideo". It was assumed that the medicalization of obstetric events such as childbirth and birth, lead to obstetric violence practices that are naturalized by women themselves. This project was thought and executed with the investigative gaze on a type of gender violence: Obstetric Violence, focusing attention on women's discourse. A study was conducted based on a qualitative approach, with theoretical sampling of women over 18 years old mothers, who have

spent at least six months and up to three years after the birth of their child in public and private care centers in the city of Montevideo . It was sought to know their experiences of childbirth and birth of their children and explore if they perceived situations of obstetric violence in care. In turn, explore whether women are aware of the risk of violation of their rights. We can conclude that abuse in maternity wards continues to exist, despite existing regulations, medical intervention continues to prevail, present in both public and private institutions, being the users of the latter who perceive more violent during pregnancy, childbirth and the puerperium.

Keywords: medical practices, medicalization, childbirth, obstetric violence.

1. Introducción

El propósito de este artículo es presentar los resultados de un estudio sobre las prácticas en la atención en salud a mujeres en situación de parto y nacimiento de sus hijos/as, desde la perspectiva de las mujeres que han vivido estas experiencias. La investigación fue realizada entre los años 2015 - 2016, en el marco de la convocatoria 2015 del Programa de Apoyo a la Investigación Estudiantil de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República en Uruguay. Se lo denominó “Estudio exploratorio sobre la experiencia de mujeres que tuvieron a sus hijos en Maternidades de Montevideo”¹. La investigación partió del supuesto de que la medicalización de eventos obstétricos como el parto y el nacimiento, conllevan a prácticas de violencia obstétrica (VO) que son naturalizadas por las propias mujeres. La violencia obstétrica es una expresión más de la violencia de género. Para Farías (2014) y Fernández del Castillo (2006) el proceso de desarrollo de las niñas está marcado por rutinas de medicalización y adiestramiento de sus cuerpos, a través de las cuales se naturaliza cualquier intervención en ellos. Para Lutz (2017) “las mujeres no hemos sido educadas para manejar nuestro cuerpo con seguridad, para apropiarnos de nuestros cuerpos (...). Todavía estamos atadas a prejuicios, a normas sexuales de recato y pasividad.” (p.123) Medina (2008) y D’Gregorio (2010) por su parte destacan el rol las prestadoras de servicios de salud como generadores de distintas formas de violencia como la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer por parte del personal de salud, ya sea por conductas de acción u omisión, lo cual es expresado a través del trato deshumanizado, abuso de la medicación y

¹ Autoras: Mercedes Laureiro (Escuela de Parteras), María Virginia Sosa (Facultad de Psicología), María Sofía Juanicotena (Facultad de Psicología). Tutora: María Carolina Farías (Facultad de Psicología)

transformación de los procesos naturales en patológicos, llevando a la pérdida de autonomía y la habilidad de las mujeres para decidir libremente sobre sus cuerpos. La jerarquía del personal médico da lugar a que las acciones y comentarios violentos sean aceptados por la usuaria y naturalizado por el personal de salud.

Las ciencias sociales han producido y producen definiciones académicas de la VO, que tienen como punto de partida pensar que la práctica médica, en tanto práctica social (y no técnico-inocua), expresa relaciones de poder, posiciones de clase, jerarquías, incluso sujeción y formas de violencia, y supone, entre otras cosas, a los pacientes como sujetos subalternizados y pasivos. (Castrillo, 2016, p.47)

Para Levy (2019) la VO es un reflejo de un modelo social, las acciones del equipo de salud reproducen imaginarios del patriarcado acerca de la mujer y la maternidad que determinan su accionar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la violencia obstétrica “como perteneciente a la cultura institucional enraizada, marcada por la banalización, invisibilización y naturalización del fenómeno.” (Jardim, 2018, p.26)

Un estudio realizado en Brasil por Leal (2018) acerca de la percepción que tienen las enfermeras sobre la VO mostró que estas prácticas no son reconocidas como violencia obstétrica y son justificadas como una *ayuda a la mujer*, considerando además que las parturientas no saben reconocer dichas situaciones como tal.

1.1 La violencia obstétrica como problema de investigación

A partir del siglo XX el acto de parir comienza a darse bajo responsabilidad médica y en el ámbito hospitalario, hasta entonces los partos en su mayoría se daban en el ambiente domiciliario. Desde entonces ha tenido lugar un debate acerca de la humanización / deshumanización del parto y el nacimiento. Se reconoce que hubo avances que contribuyeron a la reducción de la mortalidad materna y fetal como por ejemplo el control de hemorragia, el descubrimiento de antibióticos y las técnicas quirúrgicas. Sin embargo, la problemática de la insatisfacción femenina en lo que se refiere a una asistencia humanizada y la promoción de la autonomía sobre su propio cuerpo. Francisco José Pérez responsable del Programa de humanización de la atención perinatal de Andalucía, España, explica que el parto es un

proceso fisiológico normal y que al introducir una persona sana en un proceso de medicalización se le da todos los problemas asociados a los procesos médicos. (Sahuquillo, 2012)

Magnone (2017) entiende que existe una forma de ejercer la medicina de manera defensiva, basada en el enfoque de riesgo transformando la forma de atención, donde un *factor de riesgo* motiva el despliegue de una serie de intervenciones que alteran el proceso del parto. El discurso sobre el riesgo es para Mitjavila (2008) confuso y complejo, aparece bajo la forma de una amenaza constante:

De esta forma, los discursos organizados en torno a la idea de riesgo pueden ser ampliamente utilizados para legitimar políticas o para desacreditarlas; para proteger a los individuos de las instituciones o para proteger a las instituciones de los agentes individuales. (s/p)

Se entiende la VO como una forma más en la que se expresa la violencia de género. La OMS divide la VO en cinco tipos, que sirven para operacionalizar aquella definición legal: 1. Intervenciones y medicalización innecesarias y de rutina (sobre la madre o el bebé); 2. Maltrato, humillaciones y agresión verbal o física; 3. Falta de insumos, instalaciones inadecuadas; 4. Ejercicios de residentes y practicantes sin la autorización de la madre con información completa, verdadera y suficiente; 5. Discriminación por razones culturales, económicas, religiosas, étnicas.(OMS citada por Castrillo, 2016, p.47)

La lucha por las reivindicaciones de los derechos de las mujeres ha ido creciendo desde el siglo pasado. En este sentido, los organismos internacionales se han hecho eco de estas reivindicaciones, especialmente en las conferencias mundiales sobre la Mujer en Beijing (1995) y sobre Población y Desarrollo en El Cairo (1994), Convención Belém do Pará (1994) y el CEDAW (1979). Se reconoció el derecho de las mujeres a controlar su propia fecundidad y el compromiso por generar la equidad e igualdad entre los sexos y los derechos de las mujeres, con el objetivo de eliminar toda clase de violencia contra la mujer. Así como también, promover el respeto a la integridad del cuerpo de las mujeres y propiciar el empoderamiento femenino para resistir la imposición de la violencia masculina patriarcal.

1.2 La violencia obstétrica en Uruguay

De acuerdo a la ley sobre salud sexual y reproductiva (Uruguay. (2008, diciembre 10)), en el país el derecho a elegir las circunstancias del nacimiento está reconocido en la legislación vigente: Ley N° 18.426. Esta ley reconoce los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y establece como uno de sus objetivos “ (...) promover el parto humanizado garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados (...)”. Sin embargo, la misma no asegura su pleno goce y ejercicio. Por otra parte de acuerdo a la ley sobre Violencia hacia las mujeres basada en género N° 19.580 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.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) no hay razón médica o epidemiológica que justifique un índice de cesárea superior al 15%. Conforme a cifras del Ministerio de Salud Pública en Uruguay hubo un incremento del índice de cesárea a nivel nacional del 33% en 2007 a 44% en 2018. De acuerdo al Informe de Gestión y Sistema del Centro Hospitalario Pereira Rossell y el Hospital de la Mujer Dra. Paulina Luisi en el año 2018 de un total de 6249 nacimientos el 29% fueron por cesáreas.

En entrevista realizada para un diario local el presidente de la Sociedad Ginecológica del Uruguay, Gerardo Vitoreira, expresó que no niega "que pueda haber violencia en el ejercicio de la profesión o que alguna usuaria pueda percibir una práctica como un hecho de violencia". Señaló también que se está trabajando en la formación de médicos y parteras, poniendo énfasis en el respeto los tiempos y deseos de la mujer, considerarla en la toma de decisiones, y no emprender acciones sin el consentimiento de los padres del niño por nacer. (De Armas, 2019)

1.3 La violencia obstétrica en la literatura científica a nivel internacional

A nivel internacional, existe importante literatura científica publicada en este campo. Belli (2013), a partir de una revisión bibliográfica analiza la violencia obstétrica como una forma de violencia de género y de violación de los derechos humanos; Camacaro Cuevas (2009), analiza

la medicalización y patologización del proceso del parto de bajo riesgo, concibiendo a la violencia obstétrica desde la perspectiva de violencia de género; Villegas (2009), confronta la denuncia de la violencia obstétrica contra la respuesta de los equipos de Salud; y por último, Al Adib (2016) señala que la violencia obstétrica:

“se expresa en el trato contrario a las normas éticas y legales que se deben cuidar hacia la mujer gestante, en la tendencia a considerar como patológicos los procesos reproductivos naturales en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto” (p.3)

y afirma que cuando surge se constituye como una violación a los Derechos Humanos como manifestaciones de violencia de género y a la atención en salud.

Durante el trabajo del parto y el parto se produce un dolor natural que posibilita la desconexión de la madre con el mundo externo, generando mayor conexión con su bebé. Distinto es el sufrimiento el cual conlleva un desgaste innecesario a nivel tanto físico como emocional, generado al ser sometido a condiciones innecesarias y violentas. Magnone (2010) pone como ejemplo no poder moverse libremente; no ser respetada en la intimidad y las constantes intervenciones a las que las mujeres son sometidas.

Villanueva Egan (2010) la atención médica de partos se asienta sobre un control simbólico del saber: esto es, por un lado, la descalificación de la información y el conocimiento que poseen las mujeres sobre su proceso de parto; y, por el otro, un control riguroso de la información que posee el personal sanitario sobre su estado de salud (estructurándose ésta como una forma de poder simbólico en el marco de un orden jerárquico). (Castrillo, 2016, p.57)

Las prácticas y medicamentos que suelen llevarse a cabo son: goteo (suministro de oxitocina sintética), ruptura artificial de bolsa (Amniotomía), tactos, fórceps, presión en fondo de útero (maniobra de kristeller), cesárea, episiotomía, enema, rasurado, imposición de la postura para parir (Farías, 2014; Magnone, 2010). Dichas prácticas no son recomendadas como rutina por la OMS (WHO, 2018) y por el MSP a través de las Guías de Salud Sexual y Reproductiva: normas de atención a la mujer en proceso de parto y puerperio (2014).

Dubravka Šimonović, Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, en su informe presentado en abril del 2019 ante la Asamblea General de Naciones Unidas destaca:

La episiotomía y la sutura posterior al parto, cuando se practican sin consentimiento informado y sin anestesia, pueden tener repercusiones importantes en la vida sexual y reproductiva y en la salud mental de una mujer, y las cicatrices resultantes de esta práctica acompañan a la mujer durante el resto de su vida. Cuando esta práctica no está justificada por la necesidad médica, debe considerarse que constituye una violación de los derechos de la mujer y una forma de violencia de género contra la mujer” (p.11/26)

Los efectos psicológicos que se destacan son: síndrome de estrés postraumático; depresión postparto y déficit en el vínculo afectivo con su hijo (Lock, 2014). Estos son algunos ejemplos de consecuencia de situaciones de vulnerabilidad y violentación de los derechos de las mujeres.

En cuanto a las secuelas físicas, se destaca la dificultad a la hora de tener relaciones sexuales producto de la recuperación de la episiotomía. Algunas de las prácticas que pueden ocasionar efectos físicos son la episiotomía, la posición de cúbito supino, los pujos dirigidos, y la dilatación forzada químicamente. Fernández del Castillo (2006) menciona la utilización de la oxitocina sintética para acelerar el parto como una rutina que produce contracciones más dolorosas, generando sufrimiento innecesario.

Por estos antecedentes entendemos que la violencia obstétrica constituye un tipo de violencia de género silenciada y naturalizada, que muchas mujeres sufren tanto a nivel físico como psicológico provocados por consecuencia del modelo de atención predominante en los servicios de salud.

El estudio realizado tuvo por objetivo general, explorar los efectos físicos y emocionales de la violencia obstétrica a partir de las experiencias de mujeres que tuvieron su primer hijo en centros de atención de salud de Montevideo, Uruguay. Se definieron tres objetivos específicos:

- 1) Indagar sobre el conocimiento que las mujeres tienen sobre sus derechos reproductivos en tanto usuarias del sistema de salud.
- 2) Identificar las prácticas que pueden catalogarse como Violencia Obstétrica en el sistema de salud.
- 3) Conocer si las mujeres se reconocen como víctimas de la violencia obstétrica.

2. Materiales y método

En base a los objetivos definidos se elaboró una propuesta metodológica de enfoque cualitativo a partir de un estudio transversal de tipo exploratorio. Taylor y Bogdan (1994) definen al estudio cualitativo como una pieza de investigación sistemática conducida con procedimientos rigurosos, no necesariamente estandarizados. Y es por esto que las herramientas a utilizar pretenden esclarecer la experiencia humana subjetiva.

Se realizó una revisión de bibliografía en profundidad sobre las temáticas de medicalización y violencia obstétrica seleccionados a través de distintas revistas arbitradas tales como: EBSCO, REDALYC, TIMBO, así como también noticias, revisiones de tesis doctorales y de maestrías, y libros publicados relacionados a esta problemática.

Se definió una muestra no probabilística que cuenta con las siguientes características: mujeres de 18 años y más, primerizas, que hayan transcurrido al menos seis meses y a hasta tres años del nacimiento de su hijo en centros asistenciales públicos y privados en la ciudad de Montevideo. Se subdividió la muestra en cuatro grupos de acuerdo a la franja etaria y al tipo de centro de salud (público y privado).

En lo que refiere a la técnica para recolectar la información se utilizó la entrevista semidirigida en profundidad, con el fin de explorar acerca de las experiencias, opiniones y percepciones sobre el tema. Según Valles (1999), Álvarez- Gayou (2003); la “entrevista en profundidad”, como recurso no estructurado es especial para el estudio de representaciones sociales personalizadas, además posee el beneficio de propiciar un contexto de interacción personalizado y flexible que permitirá obtener respuestas comprometidas por parte de los entrevistados. La pauta de entrevista incluyó preguntas orientadoras en distintas dimensiones

relevantes a explorar. A saber: experiencia del embarazo, información sobre el parto y nacimiento hijo/a, experiencia del posparto y lactancia.

Inicialmente se realizó una convocatoria en redes sociales (facebook y whatsapp), en segunda instancia se repartió folletería en Centros de Salud públicos y privados y en Instituciones educativas con el fin de poder ampliar el rango de edad. Se realizaron 25 entrevistas a mujeres entre 18 y 38 años, usuarias de servicios públicos y privados. La media de edad fue de 24 años, con nivel educativo alcanzado secundaria completa para las usuarias de salud pública, y de 30 años con formación terciaria para los centros privados.

Una vez culminada la transcripción del material obtenido, se realizó una reducción de datos, categorización y codificación del material de acuerdo a los temas centrales comunes en las entrevistas: 1. Conocimiento de las mujeres sobre DDSSYR / 2. Prácticas / 3. Secuelas / 4. Reconocimiento de VO (vivencia) por parte de la mujer / 5. Mujeres que no reconocen la VO (naturalización del maltrato) / 6. Violencia Institucional / 7. Lactancia / 8. Sensación de la mujer de invalidez, falta de confianza, ansiedad. Cada entrevista fue codificada por cada una de las investigadoras con el fin de que exista una contrastación mínima previo al análisis de los datos.

Para la ejecución de la investigación se cumplieron los criterios según lo dispuesto por el decreto N° 379/008 del MSP sobre aspectos éticos en investigación con seres humanos, adoptados por el Consejo de la Facultad de Psicología a través de su Comité de Ética en Investigación. El proyecto de investigación tuvo el aval de este Comité para su realización. Se consideró la protección de la identidad de las mujeres participantes, cuidando los datos identificatorios durante la investigación y al comunicar los resultados obtenidos. Del mismo modo, el manejo digital de la información fue cifrado con el objetivo de que la información no pueda ser decodificada por nadie ajeno a la investigación.

Se elaboró un consentimiento informado, el cual fue aceptado y firmado previo al comienzo de la entrevista. En el mismo se deja constancia de las características y objetivos de la investigación, el carácter confidencial de los datos brindados, así como la no obligatoriedad de participar o continuar con la entrevista. Durante el transcurso de la entrevista se prestó especial atención a la reacción o repercusiones que la investigación pudiera ocasionar a las

participantes, en el entendido de que no se generaría ningún tipo de malestar emocional al recordar sucesos que pudieran haber sido estresantes.

3. Resultados

3.1 Sobre conocimiento y apropiación de derechos

De las participantes de este estudio solo el 44% de las mujeres que se atienden en centros de salud privada y un 33% de las que son usuarias de ASSE saben de la existencia del derecho a elegir las circunstancias del nacimiento, reconocido en la legislación vigente: Ley N° 18.426 “Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva” del año 2008. Según datos publicados por Mujer y Salud Uruguay (MYSU), el 43 % de las adolescentes encuestadas (encuesta de hogares 2011-2013) habían escuchado hablar alguna vez de los derechos sexuales y reproductivos, lo que explica la falta de información con que las mujeres (y sus acompañantes) llegan al momento del parto y la aceptación/naturalización de prácticas desaconsejadas por la OMS como prácticas de rutina, ej.: administración de oxitocina sintética y la episiotomía (MYSU, 2013).

En relación a los objetivos propuestos, acerca del conocimiento que las mujeres tienen sobre sus derechos reproductivos y en tanto usuarias del sistema de salud, de los relatos se desprende que existe diferencia entre lo que es “conocer” y “apropiarse” del conocimiento e información. El “conocer” queda limitado a la preparación del parto, siendo este evento el principal motivador para la búsqueda de información. Los DD.SS. y RR. quedan al margen de esta búsqueda así como cuáles son las posibles intervenciones institucionales. Se distinguen dos perfiles de mujeres: uno en el que ubicamos a aquellas que desconocen sus derechos como usuarias del sistema de salud y no muestran interés en conocerlos confiando en la opinión y actuación médica.

“Solo sabía que podía entrar en pareja, después nada” (F, 22 años atención pública)

En el otro extremo, aquellas que se reconocen informadas y capaces de hacer valer sus derechos como forma de oposición al procedimiento y/o maniobra pero sin justificación o conocimiento de porque no lo quieren, solo saben que no es correcto.

“Yo soy muy búsqueda de información entonces leía mucho, capaz que hasta en exceso. Además tengo una amiga Doula, entonces fui con un médico que me dio esa especie de garantía intermedia: hacemos todo eso que vos querés siempre y cuando...” (M, 38 años, asistencia privada).

Pese a que el 68 % de las mujeres estuvieron acompañadas por sus parejas al momento de registrar el ingreso a la institución, éste es un derecho que se desdibuja a la hora del parto, ya que queda la figura del acompañante relegado a cumplir con los aspectos formales de ingreso a la institución (llenado de papeles, cargador del ajuar). Son pocos los casos en que los acompañantes participaron activamente en el parto, y casi todas las madres manifiestan haber quedado solas luego del nacimiento del bebé reconociendo el sentimiento de soledad y en ocasiones angustia.

“Se fueron todos, y mi pareja también, terminó con el papeleo y fue a vestirse (...) Mi pareja llegó cuando recién había nacido” (N, 29 años, asistencia privada)

3.2 Identificación de prácticas de VO

En cuanto a las prácticas en el embarazo y puerperio son pocas las mujeres que expresan disconformidad. Se destaca el maltrato verbal por parte del personal de salud en las emergencias, al momento de internación, y durante el posparto.

“Vieron que vino otra de esas que trae el no me hagas esto, no me hagas lo otro” (E, 32 años, atención privada).

Sobre las clases de parto brindadas por los centros de salud la opiniones son variadas, si bien para casi el 50 % de los casos son descritas como insuficientes en número y en información, para otras aportó técnicas de respiración que sirvieron al momento del parto. En aquellas que eligieron no participar de dichas clases, algunas por no saber y otras por desinterés, es donde aparecen naturalizadas prácticas como la episiotomía y la utilización de la oxitocina sintética.

Refiriéndose a la episiotomía “es algo lógico que te lo tengan que hacer, sería ilógico que no te lo hicieran, porque es una cabeza que va asomar” (K, 21 años, privado)

“Él ya estaba casi con la mitad de la cabeza para afuera, me dice “madre empuje” me tuvieron que poner suero y a mi las contracciones me venían una tras otra! No se para que me pusieron suero? Me pusieron suero y no aguantaba más” (N, 20 años, atención pública)

Dentro de las prácticas y maniobras, la realización de episiotomía y el uso de oxitocina sintética son las que más se repiten. La maniobra de Kristeller genera mayor impresión pero no se reconoce como práctica desaconsejada.

“Realmente pensé que me iba a morir, aparte ahora te lo puedo contar bien, pero los primeros meses no podía hablar de eso porque era tan horrible lo que tenía dentro, de ese parto espantoso que tuve, de ese dolor horrible, que sé que fue porque no se manejaron Bien” (C, 28 años, centro de salud privado)

La imposición de postura resulta incómoda sin embargo no aparece como motivo de discusión cediendo a parir acostada.

“Es un momento re importante, te ponés nervioso, aunque vayas re preparada y no te da para enfrentarte a una doctora y decirle: “no, no me subas más a eso”, o “no, a la camilla no me subo”. Pero ahí llegado el momento, te hacen subir a la camilla, es como que no razonas, no razonas” (J, 29 años, asistencia privada)

El maltrato verbal en el momento del parto aparece como forma de control, casi de amenaza para que las mujeres acaten las “órdenes médicas”.

“La ginecóloga se empieza a enojar de que yo no me quedo callada” (A, 26 privado)

La decolación de membranas, es una de las prácticas que provoca más dolor y es realizada sin previa información y autorización de las mujeres.

“Llegue y no había dilatado todavía, entonces ta, me enchufaron el suero de una, vino una muchacha y me hicieron el tacto, me revisaron y no había dilatado, entonces vino otra muchacha y me dijo “me voy a fijar algo que a mi compañera no le quedó muy claro”, hizo traaa y me despego toda la membrana.” (C, 25 años, público)

Los tactos reiterados y el número de personas que lo realizan en cortos periodos de tiempo sin explicación resultan una constante en el relato de la mujeres.

“... en un momento dado me enojé y le digo: no, disculpame ¿todos van a venir a meter dedo? ¿es necesario que todos tengan que venir a tactar?” (B, 35 años asistencia pública)

En relación a las secuelas de las intervenciones físicas, las mujeres mencionan sobre todo las dificultades ocasionadas por la episiotomía a la hora de retomar las relaciones sexuales, así como las dificultades para caminar o sentarse por varias semanas.

Por otro lado, las mujeres plantean su disconformidad con algunas prácticas, como el uso de oxitocina, parte de “la rutina” en el momento de internación que, no solo, no respeta el tiempo biológico del proceso del trabajo de parto sino que provocan mayor dolor y molestias durante el parto.

3.3 Reconocimiento de la experiencia de VO

De todas las mujeres que respondieron a la convocatoria, las más ávidas por contar su experiencia eran mujeres mayores de 25 años, que tuvieron sus partos en centros de salud privados, y es en esta franja que se aprecia una tendencia a percibir el trato deshumanizante con mayor frecuencia, en las mujeres de mayor nivel educativo. De las 25 entrevistas realizadas solo una de las madres se animó a realizar la denuncia, las restantes optaron por tomarlo como una experiencia superada, pensando en estrategias para que su siguiente parto no sea tan doloroso.

En todos los casos las entrevistadas describen haber tenido en algún momento durante el proceso la sensación de impotencia, expresaron sentirse desvalorizadas por el equipo de salud, sobre todo a nivel de maltrato verbal. Predomina el discurso unilateral, en ocasiones amenazantes, por parte del equipo de salud sobre la usuaria generando sentimiento de culpa si no atiende a sus “recomendaciones”. Un ejemplo de ello es, a la hora de los pujos, la referencia a que no lo hace bien o que debería hacerlo mejor, sin explicar ni ayudar en cómo.

“Agarrate de aca - baranda de la cama - le doy la mano a mi acompañante, siento: no, de aca! Saca la mano y me la pone en el fierro” (G, 32 años, privado)

El servicio que brindan los prestadores de salud como salas de nacer cuyo fin es el de generar un ambiente de intimidad, procurando respetar el proceso de parto y nacimiento, evitando traslados de una habitación a otra, se ve afectado por interrupciones o el quiebre abrupto de la armonía al ingresar el personal de salud repentinamente, encendiendo luces, elevando la voz, entre otras cosas, de acuerdo al relato de las usuarias.

“ Aparte una de las cosas a mejorar, el aspecto de las salas de parto son espantosas, porque aquello no sabías si era una carnicería, un... no sé, desde la lugubridad, todo, la ginecóloga en el momento que estaba trabajando conmigo se quedó sola y era sangre por todos lados, nadie la ayudo, “ay, esto cómo está, que nadie venga a ayudarme”, pero era literal, toda llena de sangre fue tal la bestialidad de sangrado que tuve, y pisaba y chapoteaba entre la sangre y nadie la ayudaba, tiene que haber una persona que esté ahí... ella misma decía “esto no puede ser”, yo no me puedo parar para ayudarte le decía yo.” (N, 29 años, privado)

Por último, si bien la mayoría de las mujeres pudieron notar que algunos elementos de la intervención no eran adecuados o correctos (maltrato verbal, desinformación sobre las prácticas, etc), no pueden visualizarse a sí mismas como víctimas de violencia obstétrica lo que nos sugiere la hipótesis sobre la naturalización de las prácticas y de la medicalización del parto en la cotidianidad de la vida de las mujeres.

“Empezaron los pujos, lo más feo, no, pero lo tome bien, sin gritos, me quejaba si, y pedía que me lo sacaran. Me pusieron unas cucharas y ta, salió él.

- Conocías lo del fórceps? Conocías la maniobra?

- no, no tenía idea.” (Y, 18 años público)

“(...) pero si fuéramos a tener otro hijo, yo consideraría la posibilidad de tenerlo en casa” (G, 30 años, privado)

“Después del nacimiento de mi hija, yo empecé a buscar información de lo que me había pasado (...) pero en ese momento estás tan vulnerable, y ahí fue que entendí ” (G, 30 años, privado)

3.4 La lactancia como emergente

El inicio de la lactancia es uno de los puntos emergentes que aparece en los relatos. Sobre todo se resalta la dificultad para el establecimiento de la misma debido a los múltiples e incluso contradictorios consejos brindados por el equipo de salud. Las usuarias manifiestan malestar durante la internación posparto ya que es vivida incómodamente ante las distintas intervenciones sobre ellas y sus hijos.

“Lo que no me gusto realmente después de haberlo tenido es que te llevan enseguida para la cama y todo el mundo viene para el cuarto, y todo el mundo viene y te agarran la teta, y te agarran la cabeza del gurí, y hace así, todo el mundo viene, te manosea, y no hay una intimidad de... tiene tiempo el niño, para que no le va a venir algo porque no encuentre todavía la teta.” (C, 28 años, centro de salud privado)

4. Discusión

Esta investigación partió del supuesto de que la medicalización de eventos obstétricos como el parto y el nacimiento, conllevan a prácticas de violencia obstétrica que son naturalizados, invisibilizados, y por tanto, al decir de Castrillo (2016) imposibilita constatar la agresión; normaliza la violencia como emergente de relaciones asimétricas de poder; y, el nivel de la violencia simbólica coincidente con los dos anteriores.

A partir de la información recabada y el análisis de los datos de acuerdo a los objetivos planteados, se buscó determinar la vivencia singular y subjetiva de las mujeres que pasaron por estas experiencias en el momento del nacimiento de sus hijos. A su vez precisar si las mujeres son conscientes de la vulneración de sus derechos.

Los resultados obtenidos (análisis de contenido) concuerdan con lo ya investigado en nuestro país por Cópola (2006), Magnone (2011) y Farías (2016) en lo que refiere a el exceso de intervenciones durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, datos que fueron considerados para la elaboración del proyecto cuyos resultados estamos presentando.

Desde el análisis del discurso es posible formular teorías con base en las dimensiones que lo componen, como: el uso del lenguaje, la comunicación de creencias y la interacción en situaciones de índole social. (Van Dijk, 2001)

4.1 Acerca de los Derechos Sexuales y Reproductivos

Desde el 2008 año en que se aprobó la Ley N° 18.426 se han implementado políticas públicas y el Ministerio de Salud ha elaborado Guías de Atención, sin embargo han tenido un impacto limitado, lo que evidencia cierta contradicción entre lo que se recomienda y lo que efectivamente se implementa o se realiza en las prácticas profesionales. De los resultados obtenidos por este estudio no es posible determinar cuales son los factores asociados a la falta de información que manejan las mujeres y sus acompañantes acerca de sus DD.SS. y RR.

4.2 Identificación de las prácticas

Marcote (2017) “es común que las madres logren ver la violencia que han sufrido una vez pasado el nacimiento”. (p.50) Esta frase se vio reflejada en la rápida respuesta a participar del proyecto que hubo por parte de las mujeres a la convocatoria realizada en las redes sociales.

Las mujeres entrevistadas pudieron notar que la forma de proceder del personal de salud al momento de intervenir no eran del todo adecuados o correctos, sobre todo al no informar acerca de las prácticas, o informar a medias utilizando diminutivos como “poner suerito”.

Para Camacaro (2008):

La institucionalización del parto nos lleva a una encrucijada dramática, porque es un grito a viva voz, el maltrato que reciben las mujeres en los espacios destinados para la atención obstétrica en los centros públicos. Las gestantes/parturientas una vez que traspasan el umbral hospitalario, son iniciadas con un peregrinaje mórbido de sensaciones, sin ninguna distinción de los/as enfermos/ as que reposan allí por razones muy diferentes a dichas parturientas, quienes no son enfermas. (p.295).

La reflexión acerca del alcance de esta definición desde una perspectiva de derechos, donde se conceptualiza a la mujer embarazada centralmente como un problema de carácter orgánico, invisibilizando la construcción social existente en torno al concepto.

Al respecto Šimonović (2019) afirma:

A menudo se niega a las mujeres su derecho a tomar decisiones informadas sobre la atención de la salud que reciben durante el parto y otros servicios de salud reproductiva;

esta falta de consentimiento informado constituye una violación de los derechos humanos que puede ser imputada a los Estados y a sus sistemas nacionales de salud (p.7/26)

“Estoy ayudando a que tu hijo nazca” como un intento por justificar prácticas que tiene el personal de salud y que no son reconocidas por ellos como tal. *“Asumen que no sabés nada”* una de las frases que se repite en el relato de las mujeres confirmando la banalización y naturalización la violencia obstétrica como perteneciente a la cultura institucional enraizada y legitimada por las relaciones simbólicas de poder descrita por Jardim (2018).

De acuerdo al los indicadores presentados por el Centro Hospitalario Pereira Rossell de ASSE, de los 6249 nacimientos en el 2018 el 57 % de los casos asistidos por un profesional médico, el 43 % restante por parteras. Otros datos importantes que aporta el informe son la captación de embarazo en el primer trimestre (71,5 %) y el número de controles durante el embarazo (79 % se controlaron 6 veces o más). Si bien el estudio no indagó acerca de la cantidad de controles durante el embarazo resulta un dato a considerar para próximas intervenciones, ya que pudiera responder a la falta de información mencionada en el punto 4.1.

Por otra parte la Encuesta Nacional de Comportamientos Reproductivos (ECoR) indica que entre los 20 y los 29 años tiene lugar la mayor concentración de nacimientos en el país (INE, 2017). Considerando que la edad promedio de las mujeres que tienen sus partos en CHPR y dependencias de ASSE es de 24 años ¿por qué motivo las mujeres una vez que ingresan, son evaluadas a través de signos y síntomas estrictamente orgánicos, y en base a éstos, son clasificadas como pacientes obstétricas de alto o de bajo riesgo? Si bien este estudio no puede responder a esta pregunta podría pensarse que existen dos posibles razones: una es lo que Magnone (2017) llama mercantilización de la asistencia al parto.

El lenguaje racional, la falta de intimidad, el monitoreo constante, la luz, el dolor son algunos de los estímulos que inhiben el proceso neurohormonal ya que estimula el neocortex y despierta la alerta. Marcote (2017) en su libro *Nosotras Parimos* describe la llamada “cadena de intervenciones” como el conjunto de acciones que interfieren el trabajo de parto. Inicia en la salida de la casa (lugar cómodo y conocido) hacia la institución (pérdida de intimidad). Una vez ingresadas, la pérdida de movilidad que genera estar acostada y con un cinturón (monitor del

bebè), a lo que se suman largas horas de ayuno al no poder comer ni beber hasta después del nacimiento. Por último la colocación de vía con oxitocina sintética lo que causa efectos colaterales como la necesidad de analgesia por el aumento del dolor, aceleración en la frecuencia de las contracciones, aumento del tono muscular, mayor riesgo de rotura de útero, mayor riesgo de sufrimiento fetal, mayor tasa de partos instrumentales (uso de fórceps) o cesáreas.

Para Camacaro (2009) “Esa concatenación de eventos medicalizados y patologizados asegura la eficacia del trabajo profesional y un “guardarse las espaldas” frente a cualquier emergencia ocasional, todo ello, por encima de la salud reproductiva y psicológica de las mujeres (s/p)”.

Šimonović (2019), en su informe presentado ante la Asamblea General de Naciones Unidas destaca:

Las malas condiciones de trabajo de muchos profesionales de la salud y la histórica sobrerrepresentación de los hombres en la atención ginecológica y obstétrica contrasta con las obligaciones de los Estados de garantizar la disponibilidad y la calidad de los servicios de atención de la salud materna, los bienes y servicios, la adecuada capacitación del personal sanitario y el equilibrio de género entre los profesionales de la salud. Para cumplir esta obligación, los Estados “debe(n) dedicar el máximo de los recursos de que dispone(n) a la salud sexual y reproductiva” y adoptar un enfoque basado en los derechos humanos para determinar las necesidades y las asignaciones presupuestarias” (15/26)

En el mismo informe Šimonović explica (y en cierta forma responde a la pregunta antes planteada) que el maltrato y la violencia contra las mujeres son resultado de la falta de educación y formación y de la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos, que se da no solo en la atención del parto sino cuando solicitan otras formas de atención de la salud sexual y reproductiva como exámenes ginecológicos, el aborto, tratamientos de fecundidad y anticonceptivos y en otros contextos de salud sexual y reproductiva.

4.3 La experiencia

De acuerdo a lo expuesto hasta ahora los derechos sociales se contraponen con el escenario donde se desarrolla la asistencia al parto. En el Manual de atención al embarazo, parto y puerperio (MSP, 2014) se especifica que “En aquellas mujeres embarazadas que no tengan factores de riesgo se minimizará el intervencionismo a aquellas situaciones imprescindibles y de comprobada efectividad”. (p.13) Más adelante, en el mismo manual “Siempre debe ser contemplada la individualidad de cada mujer y en caso de emplear acciones diferentes a las sugeridas, se deberá explicar los motivos de dicha decisión a la mujer y registrar en la historia clínica.” (p.13)

Prácticas como el monitoreo y la colocación de vía con oxitocina, son parte del protocolo de intervención que rigen en los centros de salud tanto públicos como privados, es así que se inicia la cadena de intervenciones, que al no ser comunicado, desplazan a la mujer del rol protagónico durante la vivencia del embarazo, el parto o el puerperio. La autoridad del saber médico, es quien adopta este rol mediante el control, enajenando el cuerpo de la mujer, y como consecuencia la pérdida de su autonomía y la dependencia.

En el punto 46 del informe presentado por Šimonović ante las Naciones Unidas:

Los nocivos estereotipos de género en el ámbito de la salud reproductiva en lo concerniente a la competencia de las mujeres para adoptar decisiones, el papel natural de la mujer en la sociedad y la maternidad limitan la autonomía y la acción individual de la mujer. Estos estereotipos surgen de sólidas convicciones religiosas, sociales y culturales y de las ideas sobre la sexualidad, el embarazo y la maternidad. Estos estereotipos nocivos se justifican además con la creencia de que el parto es un acontecimiento que exige el sufrimiento de la mujer. A las mujeres se les dice que esten felices por tener un niño sano, sin valorar en ningún momento su salud física ni su equilibrio emocional. (17/26)

Michel Odent, médico pionero en la investigación sobre nacimiento respetado explica que el parto es un proceso involuntario. El útero es quien empuja, aprieta y presiona indicando el camino y determinando el momento de nacer. Requiere además un cóctel de hormonas que son inhibidas por la zona más racional del cerebro. Odent logró disminuir las intervenciones médicas solo con dejar que las mujeres parieran en un lugar más agradable, menos invadido

por la tecnología, acompañadas y sostenidas física y emocionalmente. (Odent, citado por Marcote, 2017)

En Uruguay la Ley N° 17.386 establece que se debe:

- Proveer cuidado permanente durante el trabajo de parto y no dejar a la mujer sola.
- Estimular la presencia de una persona que la mujer elija para que la acompañe durante el trabajo de parto y el parto. Proveer acompañantes entrenados y estimular su presencia además de la presencia de la familia, si la mujer lo requiriera.

De acuerdo a los datos obtenidos, si bien las mujeres (68 %) manifiestan haber estado acompañadas al momento del nacimiento de sus hijos, reconocen haber quedado solas en algún momento durante el proceso, ya sea antes de ingresar a la sala de parto (porque quien la acompaña se encontraba llenando papeles o vistiéndose), o posteriormente, al momento de control del recién nacido, en que acompañante y bebé son llevados a otra sala.

5. Conclusiones

Este proyecto fue pensado y ejecutado con la mirada investigativa en un tipo de violencia de género: la Violencia Obstétrica, centrando la atención en el discurso de las mujeres. Asumimos los derechos humanos y la perspectiva de género como categoría de análisis. La violencia obstétrica es solo una de las formas en que se ejerce la violencia de género. Es en el marco de la asistencia al parto, en la relación médico-paciente y compete no solo al profesional sino que también a la institución y sus normas.

Cada nacimiento es distinto y todas las mujeres somos distintas, por lo tanto los protocolos de rutina a los que son sometidas las mujeres al momento de parir no solo incumplen con las normativas nacionales e internacionales para la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, sino que podrían evitarse con buena información y comunicación entre médico y paciente. La falta de información con que llegan las mujeres a los centros asistenciales hacen que estos se transformen en escenarios donde prima el saber médico provocando la desconexión de la mujer con su cuerpo, perdiendo así autonomía.

Desde hace años la violencia obstétrica se encuentra en la agenda socio-política nacional, el MSP ha elaborado Guías para atención de parto respetado, las mujeres nos hemos organizado

en grupos para visibilizar la violencia con que se vive un proceso tan fisiológico como la alimentación o la muerte. El proceso del parto ha adquirido una forma y un sentido cultural impuesto por discursos y mandatos sociales que hemos interiorizado y aún cuando somos capaces de cuestionarlos al momento de decidir se transforman en fantasmas de culpa.

A modo de cierre y parafraseando a Castrillo, la violencia obstétrica toma la forma de un conglomerado de definiciones, disputas de poder y negociaciones (simbólicas y reales), que atravesadas por múltiples factores, como la clase, la edad, el género; abre puertas para ser interrogadas desde distintas aristas, como tantos otros significantes sociales.

En base a los resultados del estudio, de acuerdo a los temas centrales comunes en las entrevistas, podemos concluir que las situaciones de violencia en las salas de maternidad sigue existiendo, pese a las normativas vigentes que buscan proteger a las mujeres como sujeto de derechos, sigue primando el intervencionismo médico. El trato deshumanizado, la falta de información, la no consideración de la mujer (ni de su acompañante) a la hora de la toma de decisiones y las prácticas rutinarias son el denominador común entre las participantes de esta investigación.

Si bien este estudio no indaga específicamente acerca del nivel socioeducativo, de los resultados obtenidos se desprende que si bien el intervencionismo está presente tanto en instituciones públicas como privadas, son las usuarias de éstas últimas quienes se perciben más violentadas durante el embarazo, parto y puerperio.

Algunas limitaciones metodológicas: *el tamaño de la muestra*, si bien la respuesta a la convocatoria realizada en las redes sociales fue muy positiva (aproximadamente 60 mujeres en 1 semana), aquellas que cumplían con los requisitos, se encontraban en el mismo grupo, siendo mayores de 30 años con atención en centros de salud privados. Para asegurar una distribución representativa de la población y ser considerados representativos de los grupos de personas fue necesario realizar una nueva convocatoria con el fin de llegar a mujeres menores de 30 años y que hubieran tenido a sus hijos en hospitales públicos.

La *falta de estudios previos sobre el tema*, como ya se mencionó en la introducción en nuestro país Cópola (2006), Magnone (2011) y Farías (2016) han realizado trabajos en lo que refiere a el exceso de intervenciones durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, pero no existen

investigaciones basadas en el discurso de las mujeres que hayan tenido partos vaginales, lo que hubiese sido importante a la hora de seleccionar la medida utilizada para la recolección de datos.

Por último, el *sesgo cultural*, considerando que el estudio aborda un tema que actualmente es muy discutido por grupos defensores de derechos humanos, y feministas, entre otros, es de suponer que quienes respondieron a la convocatoria realizada estuvieran al tanto de estos movimientos.

Este proyecto inicialmente pretendió incluir a todas las mujeres que vivieron su experiencia de parto en centros asistenciales de Montevideo, sin discriminar edad, raza, condición física, o situación socioeconómica, sin embargo no se lograron captar madres adolescentes, extranjeras, ni en situación de discapacidad, lo que supone una nueva interrogante para analizar.

Agradecimientos

Al Semillero de Investigación de Facultad de Psicología, Universidad de la República

A Virginia, Mercedes y Carolina

A todas las mujeres que se animaron a contar su historia

Referencias

Al Adib Mendiri, Miriam, Ibáñez Bernáldez, María, Casado Blanco, Mariano, & Santos Redondo, Pedro. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 104-111. Retrieved December 13, 2019, from http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en&tlng=es.

Alvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: Fundamentos y Metodología*. México: Paidós.

ASSE (2019) *Informe de Gestión y Sistema Informático Perinatal 2018*. Disponible en www.asse.com.uy

Belli, L. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos.

Revista Redbioética/UNESCO, 4, 1(7), 25-34. Recuperado de <https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/12868/Art2-BelliR7.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Camacaro Cuevas, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 147-162. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4137419>

Castrillo, B. (2016). Dime quien lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*, 24, 43-68. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>

Coppola, F. (2015). Cesáreas en Uruguay. *Revista Médica Uruguaya* 2015; 31(1):65-72

De Armas, R. (2019) Dar a luz en el interior: cuando el sueño de la vida se cruza con la falta de Médicos. Recuperado de: <https://www.elobservador.com.uy/nota/dar-a-luz-en-el-interior-cuando-el-sueno-de-la-vida-se-cruza-con-la-falta-de-medicos-2019620151532>

Declaración de las Naciones Unidas sobre Erradicación de la Violencia Contra las Mujeres, adoptada por la Asamblea General de la ONU. (1993), (1995), Beijing y el Cairo (1994), Convención Belém do Pará (1979).

Naciones Unidas (1993). *Declaración de las Naciones Unidas sobre Erradicación de la Violencia Contra las Mujeres*. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>

Fernández Del Castillo, I. (2006). *La medicalización del nacimiento. Partos Tecno Intervenidos*. Barcelona: Granica.

Farías, C. (2014). Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia. Montevideo: UdelaR-FP

INE (2017) *Informe Encuesta Nacional de Comportamiento Reproductivo (ENCoR) 2015* Disponible en www.ine.gub.uy

Jardim, D. y Modena, C. (2018). Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26 (e 3069), 1-12. Doi: 10.1590/1518-8345.2450.306

Leal, S., Lima, V., da Silva, A., Soares, P., Santana, L., & Pereira, Á. (2018). PERCEPÇÃO DA

ENFERMEIRA OBSTETRA ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. *Cogitare Enfermagem*, 23(1). doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.52473>

- Levy, G. (2019). Tenemos que hablar de violencia obstétrica. Recuperado de <https://cerosetenta.uniandes.edu.co/tenemos-que-hablar-de-violencia-obstetrica/>
- Lock, K. (2011). We need to talk about obstetric violence. Recuperado de: <http://www.dailylife.com.au/news-and-views/dl-opinion/we-need-to-talk-about-obstetric-violence-20140930-3gydt.html>
- Lock, K. (2014). *We need to talk about obstetric violence. The Sydney Morning Herald, Daily Life*. Recuperado de <http://www.dailylife.com.au/news-and-views/dl-opinion/we-need-to-talk-about-obstetric-violence-20140930-3gydt.html>
- Lutz, E. (2017). *Provocaciones de una partera*. Montevideo: Ed. Pimesol S.A.
- López Carrillo, M. (2010). La medicalización de la vida y la salud de las mujeres. *M y S : Mujeres y Salud : revista de comunicación interactiva*. Recuperado de http://www.caps.cat/images/stories/Medicalizacion_de_la_vida_y_la_salud_Xarxa_de_salut_Margarita_Lopez_Carrillo.pdf
- 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 Ciencias Sociales*, UdelaR, Montevideo.
- Magnone, N. (2017). Entre lo formal y lo sustantivo: La calidad de la asistencia al parto en el Uruguay. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*, 27, 97-117. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2017.27.06.a>
- Marcote, V. (2017). *Nosotras parimos: guía para un parto respetado*. Buenos Aires: Paidós.
- Medina, G (2008). Violencia Obstétrica. Disponible en: coebioteica.salud-oaxaca.gob.mx./biblioteca/libros/ceboax-0670.pdf.
- Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. (2014). *Guías en Salud Sexual y Reproductiva*. Capítulo: Normas de Atención a la Mujer en el Proceso de Parto y Puerperio. Recuperado de <https://www.sguruguay.org/documentos/msp-gssr-capitulo-normas-atencion-mujer-proceso-parto-puerperio.pdf>
- Mitjavila, M. (2008). La problemática del riesgo en la sociedad contemporánea. *Material*

elaborado para actividad de formación. Montevideo:Clacso. Recuperado de:
(p<http://biblioteca.clacso.edu.ar/gsdll/cgi-bin/library.cgi?c=uy/uy-004&a=d&d=HASH0640b86b8ad6b7f795d04a.3>)

MYSU-Observatorio Nacional en Género y Salud Sexual y Reproductiva en Uruguay (2014) *Indicadores de Salud Sexual y Reproductiva*. Disponible en www.mysu.org.uy

OMS - Departamento de investigación y Salud Reproductiva (1996). *Cuidados en el parto normal. Una guía práctica*. Ginebra: Grupo técnico de trabajo de la OMS/Departamento de Investigación y Salud reproductiva.

Pereira W. R. (2004). Poder, violência e dominação simbólica nos serviços de saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 13(3), 391-400. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a08v13n03.pdf>

Sauquillo, M. (2012). Que el parto natural no sea excepción. Recuperado de: https://elpais.com/sociedad/2012/05/22/actualidad/1337716285_497698.html

Schwarz, P. (2010). Construcción de la maternidad en el encuentro de la institución médico ginecológica con mujeres de clase media de la ciudad de Buenos Aires. *Sexualidad, Salud y Sociedad: Revista Latinoamericana*, 6, 83-104. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293322071005>

Šimonović, 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]. *Relatoría Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias*. Distribuido de Asamblea General De Naciones Unidas. Recuperado de https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2019/09/A_74_137-ES.pdf

Taylor,S. y Bogdan, R.(1992) *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. España: Paidós

Uruguay. (2008). *Ley n.o 18426 : Ley sobre salud sexual y reproductiva*.
Recuperado de <http://www.impo.com.uy/bases/leyes/18426-2008>

Uruguay. (2018). *Ley n.o 19.580 : Ley de violencia hacia las mujeres basada en género*.
Recuperado de <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19580-2017>

Van Dijk, TA. (2001). *El estudio del discurso*. Barcelona: Gedisa; p.21-65.

Valles, M. (1999). *Diseños y estrategias metodológicas en los estudios cualitativos*.

En *Técnicas Cualitativas de Investigación Social* (pp 68-107). Madrid: Síntesis.

Villegas, A. (2009). La violencia obstétrica y la esterilización forzada contra el discurso médico.

Revista venezolana de estudios de la mujer, 14(32), 125-146. Recuperado de

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100010

Villanueva, L. (2010). El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un ginecoobstetra.

Revista CONAMED, vol. 15, n 3, julio-septiembre, pp. 147-151. México: ISSN

1405-6704.

WHO (2018) Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience.

Recuperado de www.who.int/reproductivehealth ISBN 978-92-4-155021-5