



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

Monografía final de grado

**Imaginarios y Saberes sobre Violencia Obstétrica: Un Estudio Cualitativo con Mujeres
sin Experiencia de Parto en Uruguay**

Abril Lía Silvera

Tutora: Natalia Magnone Alemán

Montevideo, Uruguay

2026

Índice

Resumen	3
Introducción	4
Capítulo uno: Presentación del problema de estudio	7
1. 1 Presentación del tema	7
1.2 Justificación	13
1.3 Metodología	14
1.4 Pregunta de investigación	17
1.5 Objetivos Generales y Específicos	17
Capítulo dos: Violencia obstétrica como expresión de violencia de género en el sistema de salud	18
2.1 Conceptualización de la Violencia basada en Género	18
2.2 La violencia obstétrica constituye una manifestación específica de la violencia de género	20
2.3 Sistema de salud y sus Desigualdades	22
Capítulo tres: Perspectivas de las mujeres sin experiencia de parto en Uruguay.	25
3.1 Representaciones sobre el parto	27
3.2 Conocimiento y reconocimiento de la violencia obstétrica	32
3.3 Autonomía y rol de la mujer en el parto	37
3.4 Seguridad y temor en la atención	40
3.5 Acceso a información y fuentes de saber	44
3.6 Diferencias entre sistemas de salud (público/privado)	49
Reflexiones finales	53
Bibliografía	56

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo analizar las percepciones y representaciones que mujeres sin experiencia de parto tienen sobre la violencia obstétrica en Uruguay. Se busca visibilizar los discursos sociales que aun antes del embarazo, ya moldean el vínculo de las mujeres con el sistema de salud y con sus propios cuerpos. Se parte de la hipótesis de que la violencia obstétrica, como forma específica de violencia de género, no se limita a lo vivenciado durante el parto, sino que también opera de forma anticipada, a través de imaginarios, relatos y mandatos sociales.

Desde una perspectiva crítica y de género en Trabajo Social, se desarrolló una investigación cualitativa de tipo exploratorio. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a once mujeres mayores de 18 años, sin hijos, con diversas trayectorias educativas, laborales y distintos niveles de acceso al sistema de salud (público o privado). A través del análisis temático, se identificaron seis categorías analíticas que guiaron la sistematización: representaciones sobre el parto; conocimiento de la violencia obstétrica; autonomía en la atención; temores e inseguridad; acceso a información y diferencias entre sistemas de salud.

Los resultados evidencian que las entrevistadas tienden a representar el parto como una experiencia caótica, dolorosa y controlada por otros, donde predomina la desinformación y el temor. Aunque muchas desconocen el término “violencia obstétrica”, logran identificar prácticas abusivas o deshumanizantes desde relatos cercanos o intuiciones propias. Las entrevistadas expresan un fuerte deseo de mayor información, contención y acompañamiento.

Palabras claves: Violencia obstétrica – Género – Representaciones sociales – Parto – Trabajo Social – Sistema de salud – Derechos sexuales y reproductivos

Abstract

The present study aims to analyze the perceptions and representations that women without childbirth experience hold regarding obstetric violence in Uruguay. It seeks to make visible the social that, even before pregnancy, already shape women's relationship with the

healthcare system and with their own bodies. The underlying hypothesis is that obstetric violence, as a specific form of gender-based violence, is not limited to experiences during childbirth but also operates in anticipation through imaginaries, narratives, and social mandates.

From a critical and gender perspective within Social Work, an exploratory qualitative research was conducted. Semi-structured interviews were carried out with eleven women over 18 years old, without children, from diverse educational and professional backgrounds, and with varying levels of access to the healthcare system (public or private). Through thematic analysis, six analytical categories were identified to guide the systematization: representations of childbirth; knowledge of obstetric violence; autonomy in care; fears and insecurity; access to information; and differences between healthcare systems.

The results show that the interviewees tend to represent childbirth as a chaotic, painful, and externally controlled experience, where misinformation and fear prevail. Although many are unfamiliar with the term "obstetric violence," they manage to identify abusive or dehumanizing practices based on close narratives or their own intuitions. The interviewees express a strong desire for more information, support, and accompaniment.

Keywords: Obstetric violence – Gender – Social representations – Childbirth – Social Work – Healthcare system – Sexual and reproductive rights

Introducción

El presente trabajo es la monografía final de grado de la Licenciatura en Trabajo Social, de la Facultad de Ciencias Sociales perteneciente a la Universidad de la República. La investigación se centra en analizar las percepciones y conocimientos que tienen las mujeres sin experiencia de parto sobre la violencia obstétrica en Uruguay, con el objetivo de visibilizar los discursos y representaciones sociales que anteceden al proceso reproductivo.

En las últimas décadas, la violencia obstétrica ha sido reconocida como una manifestación específica de violencia de género, caracterizada por prácticas que vulneran los derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) ha señalado la necesidad de erradicar intervenciones como el trato deshumanizado, la medicalización excesiva y la ausencia de consentimiento informado, en favor de modelos de atención centrados en las mujeres y sus derechos.

La Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones del Instituto Nacional de Estadística (INE) indica que el 17,4% de las mujeres que cursaron un parto reciente reportaron haber vivido situaciones de violencia obstétrica. Asimismo, el 54,4% de quienes accedieron a una interrupción voluntaria del embarazo también manifestó haber atravesado situaciones de violencia en el proceso. Por su parte, la Encuesta Nacional de Nacimientos 2021, elaborada por el Observatorio de Violencia Obstétrica de Gestar Derechos, releva prácticas invasivas frecuentes, como episiotomías sin información previa (29,20%) y tactos vaginales sin consentimiento (21,55%), así como limitaciones en el acceso a métodos de alivio del dolor y en la elección de la posición durante el parto (OVO Gestar Derechos, 2023). Aunque esta última encuesta no es representativa, ofrece indicios relevantes sobre patrones reiterados de vulneración de derechos en el ámbito obstétrico.

En este contexto, si bien existe una creciente producción sobre salud materna y derechos sexuales y derechos reproductivos, la mayoría de los estudios se han centrado en las experiencias de mujeres que ya han pasado por el parto. Son escasas las investigaciones que indagan cómo las mujeres que aún no han sido madres construyen sus percepciones sobre el embarazo, el parto y el sistema de salud. Este vacío resulta significativo, ya que las representaciones sociales influyen en la forma en que se ejerce la autonomía y se enfrentan potenciales situaciones de violencia.

Desde la perspectiva del Trabajo Social, abordar estas percepciones previas permite ampliar el enfoque preventivo y promover estrategias que fortalezcan los derechos y la capacidad de agencia de las mujeres. Esta investigación se inscribe en esa línea, buscando aportar conocimiento situado sobre cómo se configuran los imaginarios en torno al parto en

mujeres sin experiencia previa, con el objetivo de contribuir a políticas públicas y prácticas institucionales más respetuosas, inclusivas y centradas en los derechos.

La elección del tema surge del interés personal de la autora por los derechos sexuales y los derechos reproductivos, así como de la inquietud generada al identificar que muchas mujeres jóvenes reproducen discursos que naturalizan formas de violencia obstétrica sin haber transitado una experiencia de parto. La posibilidad de contribuir al fortalecimiento de la autonomía y a la ampliación de la capacidad de decisión informada desde una etapa previa al embarazo orientó el enfoque adoptado en esta investigación.

Se considera que abordar estos discursos previos constituye una forma de intervención anticipatoria, en tanto supone actuar en el plano de las representaciones sociales antes de que las mujeres transiten una experiencia de embarazo y parto. Intervenir en esta etapa implica problematizar la naturalización de determinadas prácticas y discursos biomédicos, generando condiciones para el ejercicio de la autonomía y el reconocimiento de derechos en etapas posteriores del ciclo reproductivo. Desde esta perspectiva, el estudio no se limita a describir percepciones, sino que se inscribe en una apuesta preventiva y formativa en clave de derechos.

El problema de investigación se formula en los siguientes términos: ¿Qué conocimiento y percepciones tienen las mujeres sin experiencia de parto sobre la violencia obstétrica en Uruguay?

Esta tesis se estructura en tres capítulos que abordan de manera progresiva los distintos componentes del estudio.

El Capítulo I presenta la introducción general al tema, explicitando los fundamentos del problema de investigación, los objetivos que orientan el trabajo, la pregunta central y las consideraciones metodológicas que sustentan el enfoque adoptado.

El Capítulo II se centra en el abordaje conceptual de la violencia obstétrica como una manifestación específica de la violencia de género, enmarcada en las dinámicas del sistema de salud, incorporando los aportes teóricos que permiten comprender su carácter estructural.

El Capítulo III presenta los resultados del trabajo de campo, organizados en torno a categorías temáticas emergentes del análisis cualitativo, que reflejan las percepciones, saberes

y expectativas de las participantes en relación al parto, el sistema sanitario y la violencia obstétrica.

Finalmente, se presentan las conclusiones generales del estudio, así como algunas consideraciones finales orientadas a futuras investigaciones e intervenciones en el área.

Capítulo uno: Presentación del problema de estudio

1. 1 Presentación del tema

Antes de abordar los antecedentes específicos en América Latina y en Uruguay, resulta necesario situar históricamente los procesos que dieron forma al modelo médico hegemónico que aún estructura la atención del embarazo, el parto y el puerperio. Comprender este trasfondo histórico permite desnaturalizar prácticas que en la actualidad suelen presentarse como técnicas, neutrales o inevitables, y reconocerlas como el resultado de transformaciones sociales, políticas y epistemológicas que reconfiguraron las relaciones de poder en torno a los cuerpos y la reproducción de las mujeres.

Como señala Belli (2013), a partir de mediados del siglo XIX, el parto experimentó un cambio de paradigma que no puede ser entendido únicamente como un avance científico o sanitario. La progresiva medicalización de este proceso implicó una reorganización profunda de los roles y las jerarquías involucradas: la mujer, históricamente protagonista de su experiencia de parto, fue desplazada hacia una posición de subordinación frente al profesional de la salud, quien pasó a detentar la autoridad legítima sobre el proceso, respaldado por el saber científico y por las instituciones estatales. Este desplazamiento supuso una pérdida de autonomía y de reconocimiento de los saberes femeninos y comunitarios, en favor de un modelo centrado en la intervención técnica y el control médico.

Diversas autoras han señalado que esta consolidación del poder médico no fue un proceso espontáneo, sino que estuvo estrechamente vinculada a la construcción de los Estados-nación y a la necesidad de regular la salud y la reproducción de la población. Como señala Marcela Nari, citada por Belli (2013), el aparato sanitario se constituyó en un instrumento central de intervención social, otorgando a los médicos un lugar privilegiado en

la definición de los cuerpos, la salud y la maternidad. En este marco, la institucionalización del parto y la deslegitimación de los saberes tradicionales se presentaron como estrategias fundamentales para asegurar el monopolio médico sobre la atención reproductiva.

Desde una perspectiva crítica, este proceso ha sido analizado como parte de la colonialidad del poder y del saber, en tanto el modelo médico hegemónico se impuso mediante la descalificación de conocimientos considerados “no científicos” y la implementación de prácticas de control social sobre los cuerpos de las mujeres. (Belli, 2013) Estas bases históricas resultan fundamentales para comprender cómo determinadas prácticas, hoy conceptualizadas como violencia obstétrica, se inscriben en un modelo de atención que reproduce relaciones asimétricas y jerárquicas entre profesionales de la salud y mujeres.

Estas transformaciones históricas no se desplegaron de manera homogénea ni abstracta, sino que adquirieron formas específicas en distintos contextos sociales, políticos y culturales.

La violencia obstétrica en América Latina constituye un problema estructural y persistente. Este fenómeno ha sido conceptualizado como una forma específica de violencia de género que se manifiesta en el ámbito institucional de la salud, particularmente en la atención obstétrica hospitalaria. Según Quattrocchi y Magnone (2020), la violencia obstétrica se define como “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (p. 13).

Este tipo de violencia se encuentra imbricado en las relaciones de poder desiguales y en la medicalización excesiva del parto, que ha transformado un proceso fisiológico natural en un evento patológico que requiere control y manipulación. Davis-Floyd (1993, como se citó en Sadler, 2020) sostiene que, “la obstetricia logró esta manipulación del parto mediante la adopción del modelo de la cadena de montaje industrial como metáfora de base para el parto hospitalario: el hospital como fábrica, el cuerpo femenino como máquina, y el bebé como producto del proceso” (p. 9). Esta visión tecnocrática ha llevado a la normalización de intervenciones médicas innecesarias y a un trato deshumanizado hacia las mujeres, que a menudo se sienten “como en una sala de tortura” durante la atención del parto (p. 13).

La violencia obstétrica no solo se expresa en conductas individuales, sino que está sostenida por condiciones estructurales e institucionales que perpetúan la discriminación y la falta de respeto hacia las mujeres, especialmente aquellas en situación de vulnerabilidad social, étnica y/o económica. En este sentido, Quattrocchi y Magnone (2020) advierten que “la violencia obstétrica puede dar cuenta de todos estos actos, que resultan no solo de concepciones y prácticas biomédicas en expansión, sino de estereotipos y discriminación imbricada de género, étnico-racial y de clase” (p. 11). Esta problemática ha sido visibilizada y denunciada por movimientos feministas y organizaciones de mujeres en la región, que han impulsado su reconocimiento legal y político.

A nivel legislativo, varios países latinoamericanos han incorporado la violencia obstétrica en sus marcos normativos como una forma específica de violencia de género, estableciendo sanciones y mecanismos de reparación. Sin embargo, esta incorporación ha enfrentado resistencias por parte de gremios médicos y autoridades sanitarias, que en ocasiones niegan la existencia del problema o lo minimizan. Como señala Quattrocchi y Magnone (2020), “la violencia obstétrica está lejos de ser una categoría conceptual y de forma de nombrar, neutral y universalmente aceptada por todos los actores involucrados” (p. 13). Esta disputa epistémica refleja la complejidad de abordar un fenómeno que involucra dimensiones legales, políticas, sociales y culturales.

La gravedad de la violencia obstétrica en América Latina se refleja en datos epidemiológicos que muestran que más de un tercio de mujeres entrevistadas reportaron haber sufrido alguna forma de irrespeto o maltrato durante el parto (Tobasía-Hege et al., 2019, citado en Quattrocchi y Magnone, 2020, p. 18). Estas experiencias incluyen abuso físico, verbal, discriminación, incumplimiento de estándares profesionales y condiciones deficientes en los servicios de salud. La Organización Mundial de la Salud ha reconocido que “muchas mujeres alrededor del mundo sufren un trato irrespetuoso, negligente y ofensivo durante el parto” (OMS, 2014, citado en Quattrocchi y Magnone, 2020, p. 10).

Por otro lado, en Uruguay, la violencia obstétrica ha sido abordada en diversas investigaciones que han aportado perspectivas críticas sobre la atención obstétrica. Farías (2014) conceptualiza la violencia obstétrica como una manifestación del control médico sobre el cuerpo de las mujeres, inscrita en un proceso histórico de medicalización del parto. La autora destaca cómo la intervención excesiva por parte del personal de salud impacta

negativamente en la autonomía de las mujeres, y al mismo tiempo, subordina sus decisiones al criterio profesional.

La violencia obstétrica ha emergido como una preocupación significativa en el ámbito de la salud reproductiva a nivel global. Según el artículo de Magnone y Farías (2022) en Uruguay, esta problemática fue formalmente definida en 2017, integrándose en la Ley de Violencia hacia las Mujeres basada en Género (Ley N° 19580). Si bien la propuesta inicial para la definición de violencia obstétrica abarcaba conceptos estructurales como la apropiación del cuerpo, el trato deshumanizador, el abuso de medicalización y la patologización de procesos naturales, la redacción final de la Ley N° 19580 se centró en "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" (Magnone & Farías, 2022, p. 69). A pesar de este avance legislativo, el Decreto Reglamentario (DR 339/019) de dicha ley, al retomar el término "parto humanizado" de la Ley de Defensa de la Salud Sexual y Reproductiva (N° 18426), ha generado "premisas vagas y sin lineamientos claros" (Magnone & Farías, 2022, p. 69) para la prevención y sanción efectiva de la violencia obstétrica.

La implementación de esta normativa ha enfrentado considerables desafíos tanto en el ámbito sanitario como en el judicial. A pesar de haber sido definida legalmente hace más de cuatro años, la violencia obstétrica "todavía no ha sido integrada en la jurisprudencia uruguaya" (Magnone & Farías, 2022, p. 72). Esta situación a menudo obliga a las víctimas a recurrir a otras figuras legales, como la mala praxis o la violencia privada, lo que dificulta una protección específica y efectiva de los derechos reproductivos de las mujeres. En el sector de la salud, "el ámbito sanitario tiende a desconocer la existencia de la violencia obstétrica, y cuando la aborda, lo hace como un problema meramente relacional entre profesionales y usuarias" (Magnone & Farías, 2022, p. 63), lo que invisibiliza su naturaleza estructural e institucional. Aunque se han habilitado vías administrativas para las denuncias, estas suelen resultar en soluciones individuales, como el cambio de prestador de salud, sin que se deriven necesariamente en sanciones para los responsables o en cambios sistémicos en las prácticas institucionales.

El contexto de asistencia al parto en Uruguay, caracterizado por el Sistema Integrado de Salud (SNIS) implementado en 2007, ha logrado una amplia cobertura y bajos índices de

mortalidad materna e infantil. Sin embargo, el modelo de asistencia sigue siendo predominantemente "intervencionista y hospitalocéntrico" (Magnone & Farías, 2022, p. 66), con más del 95% de los nacimientos ocurriendo en hospitales de alta complejidad. La alta tasa de cesáreas, que alcanzó el 50,83% en 2024, es un indicador de la medicalización del parto.

Esta situación genera contradicciones evidentes, como la tensión entre la promoción del "parto humanizado" y el respeto a la autonomía reproductiva de las mujeres. Casos paradigmáticos incluyen la negación de una cesárea solicitada por una mujer bajo el argumento de promover el parto natural, o la imposición de cesáreas por condiciones como el COVID-19, lo que evidencia una interpretación restrictiva de la normativa y una limitada comprensión de los derechos de las mujeres por parte de los equipos de salud. El artículo señala que "el hospital, como dispositivo, es un espacio que convoca lo patológico" (Magnone & Farías, 2022, p. 76), lo que contribuye a la medicalización de un proceso fisiológico.

La cesárea es una intervención quirúrgica que, aunque inicialmente fue concebida para salvar la vida materna y/o fetal en situaciones de emergencia, se ha convertido en un método común de nacimiento a nivel mundial. Sin embargo, su uso desmedido ha generado preocupación debido a que tasas superiores al 10-15% no se asocian con una reducción en la mortalidad materna y neonatal, y pueden incluso aumentar la morbilidad y los costos para los sistemas de salud (Farías, 2024). Como señala la autora, "la cesárea no deja de ser una intervención quirúrgica mayor con los riesgos asociados a cualquier intervención de estas características, entre ellas, la mayor morbi-mortalidad" (p. 10).

En Uruguay, esta problemática se refleja en una tasa de cesáreas del 48% a nivel nacional (Farías, 2024, p. 2), cifra que evidencia la profunda medicalización del parto en el país.

La pandemia de COVID-19, según el artículo de Gallardo & Echetto (2021) ha generado desafíos sin precedentes a nivel global en múltiples esferas, incluyendo la salud pública y los derechos humanos. En este contexto de crisis sanitaria, se ha evidenciado una tensión significativa entre la protección de la salud pública y la garantía de los derechos humanos individuales, particularmente los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres gestantes. Michelle Sadler, Gonzalo Leiva e Ibone Olza, referentes internacionales

en atención humanizada del parto, afirmaron que "las restricciones e intervenciones que han sido implementadas en los nacimientos a raíz del brote por COVID-19 no son necesarios, ni basados en evidencia científica, no respetan la dignidad humana y no son proporcionales en alcanzar el objetivo de limitar la propagación del virus" (Sadler et al., 2020, p.46). Estas prácticas, que constituyen violencia obstétrica, incluyeron "intervenciones innecesarias realizadas sin indicación médica (tales como cesáreas o partos instrumentales), prohibición de acompañamiento durante el trabajo de parto, separación inmediata y aislamiento del recién nacido, y la prevención de lactancia materna" (Sadler et al., 2020, p. 46).

En el caso específico de Uruguay, el Estado no fue ajeno a esta realidad. La prohibición del acompañamiento de la gestante durante el trabajo de parto, parto/cesárea e internación posterior fue una de las medidas más gravosas, contraviniendo la Ley N° 17386 y las recomendaciones de la OMS y Organización Panamericana de la Salud (Gallardo & Echetto, 2021, p. 59-60). Organizaciones de la sociedad civil denunciaron públicamente estas violaciones, lo que llevó a la Institución Nacional de Derechos Humanos (INDDHH) a emitir una resolución inédita. La INDDHH consideró que "El hecho de prohibir el acompañamiento a las mujeres en el trabajo de parto/cesárea, así como en controles de embarazo, ecografías y/o durante la internación post-parto, aún en contexto de emergencia sanitaria, podría formar parte de acciones que han sido conceptualizadas como violencia obstétrica" (INDDHH, 2020, p.5). Además, resolvió que el incumplimiento de la Ley N° 17386 por parte de los prestadores de salud "configura una violación de derechos humanos" (INDDHH, 2020, p. 6).

A pesar del creciente desarrollo de investigaciones centradas en las experiencias de mujeres que han transitado el parto, existe una notoria ausencia de estudios que abordan las percepciones, saberes y representaciones de mujeres sin experiencia de parto. Esta omisión representa una limitación para el diseño de estrategias preventivas, ya que se deja por fuera a un grupo social que puede beneficiarse significativamente de la información y concientización temprana en relación a sus derechos sexuales y reproductivos.

Este vacío también implica una subestimación del impacto que tienen los discursos sociales, los relatos familiares y mediáticos, y las estructuras institucionales en la formación de imaginarios y expectativas en mujeres que aún no han sido madres. En este marco, la indagación de estas representaciones resulta clave para anticiparse a situaciones de violencia y fortalecer procesos de autonomía y decisión informada.

En relación a lo anteriormente planteado a continuación se expresará la justificación, la metodología empleada y los objetivos que guiaron esta Monografía.

1.2 Justificación

Esta investigación se justifica por su contribución a un campo poco explorado: el modo en que mujeres sin experiencia de parto construyen sus percepciones sobre la violencia obstétrica. Si bien existen estudios que han analizado las experiencias de quienes ya atravesaron un parto institucionalizado, son escasas las investigaciones que abordan cómo inciden los discursos sociales, médicos y culturales en quienes aún no han sido madres.

Indagar en este universo simbólico permite comprender cómo se configuran anticipadamente ciertas representaciones sobre el parto, el cuerpo y la atención médica, que pueden influir en el ejercicio de derechos y en la capacidad de agencia frente a eventuales situaciones de violencia. Como señala Belli (2013), muchas prácticas naturalizadas —como el control excesivo o la infantilización— se legitiman antes incluso del contacto con el sistema sanitario, lo que evidencia la necesidad de actuar desde la prevención.

Desde el campo del Trabajo Social, esta perspectiva resulta especialmente pertinente, dado su compromiso con la promoción de derechos, la problematización de violencias estructurales y la transformación de prácticas institucionales. Tal como plantean Castro y Farías (2022), visibilizar estas formas de violencia simbólica requiere también generar herramientas para repensarlas colectivamente y construir nuevas formas de relacionamiento entre las mujeres y los sistemas de atención.

Por último, los hallazgos de esta investigación pueden aportar insumos valiosos para el diseño de estrategias de prevención, campañas de sensibilización, prácticas profesionales y políticas públicas que promuevan un modelo de atención más respetuoso, informado y centrado en los derechos de todas las mujeres.

1.3 Metodología

El estudio se fundamenta en un diseño de investigación cualitativo, exploratorio y flexible, entendido como aquel que busca indagar los fenómenos sociales en el propio entorno natural donde se producen. Su esencia es comprender los significados y las perspectivas de los y las participantes sobre sus propias realidades. Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), en este tipo de investigación, el investigador/a constituye el principal instrumento de recolección de datos, lo que requiere un ejercicio constante de reflexividad, reconociendo que su posicionamiento y subjetividad influyen en el proceso. La producción de información se realiza mediante técnicas cualitativas como entrevistas en profundidad y otras estrategias que permiten acceder a los significados y representaciones de las participantes. Su propósito no es establecer generalizaciones ni comprobar hipótesis, sino construir una comprensión inicial del fenómeno, identificar dimensiones relevantes y formular preguntas más precisas a partir del trabajo de campo.

Asimismo, el diseño es flexible y emergente, ya que no se encuentra completamente definido desde el inicio, sino que se ajusta a medida que avanza la investigación. Las decisiones metodológicas y las categorías analíticas se reformulan en diálogo con los datos, permitiendo que el proceso investigativo se construya de manera dinámica y situada.

Desde esta lógica, se comprende que los sentidos en torno al parto y la atención obstétrica no se construyen de forma aislada, sino que están mediados por las condiciones sociales, históricas y culturales en las que viven las mujeres. Por eso se considera pertinente una metodología cualitativa, entendiendo que el mundo social se compone de significados intersubjetivos (Olabuénaga, 2012). Esta perspectiva permite acceder a los relatos desde la propia voz de las participantes, tomando en cuenta tanto sus experiencias como los marcos simbólicos y estructurales que las atraviesan.

Para la producción de datos se realizaron entrevistas semiestructuradas a mujeres sin vivencias previas de parto, con el objetivo de relevar sus saberes, percepciones y experiencias en torno al parto y al sistema de salud. Esta técnica se eligió por su flexibilidad, ya que permite un diálogo abierto que se adapta a cada participante, promoviendo un análisis más profundo y matizado. Con el fin de no inducir respuestas ni sesgar los relatos, durante las entrevistas no se introdujo de forma inmediata el término “violencia obstétrica”. En su lugar,

se comenzó indagando sobre sus expectativas, conocimientos previos y percepciones sobre el nacimiento. Solo en caso de que el tema no surgiera espontáneamente, se introdujo la noción al final del intercambio.

La selección de las participantes se realizó mediante un muestreo intencional. Los criterios de inclusión establecidos fueron: ser mujer, ser mayor de edad, residir en Uruguay, encontrarse en edad reproductiva y no haber transitado una experiencia de parto. No se exigió conocimiento previo sobre la violencia obstétrica, ya que se buscó indagar tanto en mujeres informadas como en aquellas sin contacto directo con la temática.

Asimismo, se procuró incorporar diversidad en el nivel educativo y en el tipo de acceso al sistema de salud (público o privado), considerando que estas dimensiones podrían incidir en las percepciones construidas en torno al parto y la atención obstétrica.

El proceso de acceso a las entrevistadas presentó diferencias según el nivel educativo. En particular, resultó más complejo contactar mujeres que no tuvieran el ciclo básico aprobado, lo que se refleja en la composición final de la muestra. Mientras que en las restantes categorías educativas se realizaron tres entrevistas por grupo, en el caso de las mujeres sin ciclo básico se concretaron dos. Esta situación responde a las condiciones de acceso al campo y no a un criterio de exclusión deliberado.

Para contactar a las entrevistadas se utilizó la técnica de muestreo por bola de nieve, mediante la cual se identificó inicialmente a un pequeño grupo de mujeres que cumplieran con los criterios de inclusión establecidos. A partir de estas primeras participantes, se solicitó la referencia de otras posibles entrevistadas que también reunieran las características requeridas para el estudio. Este procedimiento permitió ampliar progresivamente la muestra, facilitando el acceso a un grupo difícil de alcanzar mediante métodos de muestreo probabilístico tradicional. Esta técnica es especialmente útil en investigaciones cualitativas y exploratorias, donde los sujetos forman parte de redes sociales específicas o grupos difíciles de localizar y contactar (Estrada, 2020). Además, se complementó con la búsqueda en el entorno cercano de la investigadora para facilitar el acceso a participantes que cumplieran con los requisitos establecidos.

En total, se realizaron once entrevistas en profundidad, lo que permitió recolectar material empírico significativo para una aproximación inicial al tema. Aunque no se trata de

un estudio exhaustivo ni pretende ser representativo, la información obtenida ofrece elementos valiosos para identificar algunas recurrencias, contrastar trayectorias personales y explorar cómo se construyen ciertas representaciones sociales en torno a la atención obstétrica y la violencia institucional. La técnica empleada para el análisis fue el análisis de contenido. Según Gibbs (2007), este método cualitativo implica codificar los datos de forma sistemática, buscando patrones significativos que emergen de los discursos, siempre considerando su contexto social y discursivo. El análisis se enfocó en la identificación de categorías temáticas y discursos recurrentes que permiten comprender cómo las mujeres construyen sus saberes, expectativas y temores en relación con la atención al parto.

En términos generales, las entrevistas se desarrollaron en un clima de confianza y escucha activa, lo que permitió que las mujeres compartieran sus percepciones, dudas, temores y representaciones sobre el embarazo y el parto, aun sin haberlo transitado. Fue especialmente relevante observar cómo, a pesar de no tener experiencia directa, muchas participantes manifestaron opiniones formadas a partir de relatos de otras mujeres, experiencias familiares, medios de comunicación o redes sociales. Otras, en cambio, expresaron un conocimiento limitado sobre sus derechos en el ámbito reproductivo.

Se ha garantizado la confidencialidad de los datos y el anonimato de las entrevistadas, mediante el uso de seudónimos en lugar de sus nombres reales. A continuación, se presentará un cuadro de presentación con estos seudónimos.

Tabla 1: Descripción de algunas características de entrevistas realizadas a 11 mujeres sin experiencia de parto en Uruguay sobre sus percepciones acerca de la violencia obstétrica.

Entrevistada (Seudónimos)	Edad	Nivel educativo	Condición laboral	Sistema de salud	Conocimiento previo sobre VO
Mónica	26	Terciario en curso	Trabaja	Público	Sí
Verónica	19	Bachillerato incompleto	Trabaja	Privado	No
Patricia	28	Bachillerato incompleto	Trabaja	Público	Sí
Irina	26	Bachillerato incompleto	Trabaja	Público	Sí
Fernanda	24	Terciario en curso	Desempleada	Privado	Sí
Sofía	22	Bachillerato completo	Trabaja	Privado	No
Beatriz	25	Bachillerato completo	Trabaja	Público	No
Romina	25	Terciario en curso	Trabaja	Público	Sí
Agustina	23	Bachillerato completo	Desempleada	Público	No
Fátima	21	Ciclo básico incompleto	Desempleada	Público	Sí
Antonella	22	Ciclo básico incompleto	Trabaja	Privado	No

1.4 Pregunta de investigación

- ¿Qué conocimiento y percepciones tienen las mujeres sin experiencia de parto sobre la violencia obstétrica en Uruguay?

1.5 Objetivos Generales y Específicos

Objetivo general.

- Analizar la percepción y el nivel de conocimiento que tienen las mujeres sin vivencias previas al parto sobre la violencia obstétrica en Uruguay, explorando los discursos sociales que las atraviesan.

Objetivos específicos.

- Explorar el nivel de conocimiento sobre la violencia obstétrica en mujeres sin experiencia de parto.
- Identificar las principales fuentes de información que contribuyen a la construcción de estas percepciones en relación al parto

- Analizar las expectativas sobre la atención obstétrica.
- Indagar sobre posibles diferencias en la percepción según nivel educativo y acceso al sistema de salud (público/privado).

Capítulo dos: Violencia obstétrica como expresión de violencia de género en el sistema de salud

En el presente capítulo se abordarán los principales marcos conceptuales que permiten comprender la violencia obstétrica como una manifestación específica de la violencia de género. En primer lugar, se desarrollará una aproximación a la noción de violencia basada en género como fenómeno histórico, social y político, analizando su vinculación con los mandatos de género y la construcción social de la maternidad. A continuación, se contextualizará la violencia obstétrica como una manifestación de la violencia basada en género, considerando su dimensión preventiva en mujeres que aún no han atravesado un parto. Finalmente, se examinará el sistema de salud en Uruguay, haciendo énfasis en las desigualdades que atraviesan el acceso y la calidad de la atención obstétrica, especialmente en lo que respecta al control del cuerpo femenino.

2.1 Conceptualización de la Violencia basada en Género

Considero relevante hacer referencia al tipo de violencia basado en género, entendiéndose que la violencia obstétrica es un tipo de esta índole. En este sentido, según lo establecido en el artículo cuarto de la ley N° 19580;

"Se entiende por violencia basada en género hacia las mujeres toda conducta, acción u omisión, en el ámbito público o el privado que, sustentada en una relación desigual de poder en base al género, tenga como objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos o las libertades fundamentales de las mujeres" (Ley 19.580, 2017).

En consonancia con este marco normativo, la violencia de género se define como todo acto, acción u omisión que produce daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico, verbal o económico, ya sea en el ámbito público o privado. Este tipo de violencia se ejerce cuando una persona o institución impone su poder sobre otra, vulnerando sus derechos en función de su sexo o género, y puede afectar tanto a individuos como a grupos sociales históricamente subordinados (IMPO, 2002).

Desde una mirada crítica, Fraser (2003) señala que la violencia también se expresa en las injusticias estructurales, vinculadas a la distribución desigual de recursos y al no reconocimiento de identidades. Esta violencia estructural opera de forma silenciosa, afectando especialmente a los grupos más vulnerables y reproduciendo exclusión social y desigualdad. Desde su enfoque de la justicia social, la autora plantea que las vulneraciones de derechos no pueden entenderse como hechos aislados, sino como prácticas que se producen y reproducen en contextos sociales, institucionales y simbólicos atravesados por desigualdades. En este sentido, la violencia hacia las mujeres puede pensarse como el resultado de estructuras que limitan su autonomía y deslegitiman sus experiencias y saberes.

Uno de los aportes centrales de Fraser refiere a la noción de reconocimiento, entendida como la condición necesaria para que los sujetos sean considerados interlocutores válidos y titulares plenos de derechos. Cuando las mujeres son sistemáticamente desautorizadas o invisibilizadas, se generan formas de violencia que no siempre son explícitas, pero que operan de manera persistente en el plano institucional.

La violencia basada en género no puede ser entendida como una serie de actos aislados, patológicos o privados. Por el contrario, Segato (2016) la define como un fenómeno estructural, profundamente arraigado en relaciones de poder históricamente desiguales, que funciona como el pilar fundamental sobre el que se asientan todas las formas de dominación existentes. Es en su núcleo, el lenguaje primario del poder y la pedagogía elemental de la desigualdad.

La autora sostiene que la violencia de género es un sistema de dominación que atraviesa múltiples instituciones y se manifiesta en formas tanto explícitas como invisibilizadas. Lejos de ser un asunto marginal o de interés exclusivo para las mujeres, Segato (2016) argumenta que la cuestión de género es, en realidad, "la piedra angular y eje de gravedad del edificio de todos los poderes". Para comprender sus manifestaciones contemporáneas, desde la crueldad en las guerras informales hasta los crímenes corporativos,

es imprescindible iniciar el análisis por la raíz del problema: la estructura arcaica del patriarcado y el mandato de masculinidad que lo sostiene.

Es estratégicamente crucial entender el patriarcado no como una reliquia del pasado, sino como la “estructura política más arcaica y permanente de la humanidad” (Segato, 2016, p. 32) . Este sistema no sólo precede, sino que fundamenta todas las demás jerarquías de poder, incluidas las de clase, raza e imperio. Es el punto de partida ineludible para descifrar la lógica que subyace a la violencia, ya que moldea la relación elemental entre posiciones de prestigio y poder en toda la especie.

A nivel internacional, instrumentos como la Convención de Belém do Pará (1994) y la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (ONU, 1993) reconocen la violencia contra las mujeres como una violación de los derechos humanos que se manifiesta en múltiples dimensiones, entre ellas la física, sexual, psicológica, simbólica y económica. Asimismo, estos marcos normativos destacan su carácter interseccional, señalando que sus efectos se producen de manera diferenciada según variables como la etnia, la clase social, la edad o la discapacidad (Tuana, 2019).

Entre las múltiples manifestaciones de la violencia basada en género se encuentra la violencia obstétrica, que será desarrollada en los apartados siguientes.

2.2 La violencia obstétrica constituye una manifestación específica de la violencia de género

La violencia obstétrica constituye una expresión específica de la violencia de género que se produce en el ámbito de la atención de la salud sexual y salud reproductiva. Se manifiesta a través de acciones u omisiones por parte del personal de salud que vulneran los derechos reproductivos y los derechos humanos de las mujeres y personas gestantes, y puede generar consecuencias físicas, psicológicas y emocionales. Estas prácticas incluyen formas de mala praxis médica, así como conductas naturalizadas dentro del sistema de salud que reproducen relaciones de poder desiguales (Vallana Sala, 2019).

Asimismo, la violencia obstétrica surge de la intersección entre la violencia de género y la violencia institucional, en tanto se ejerce en espacios socialmente legitimados y

regulados por el Estado, siendo el sistema de salud uno de los principales escenarios donde se produce. Esta forma de violencia afecta a mujeres y personas gestantes durante el embarazo, el parto y el puerperio, y se expresa a través de prácticas como la medicalización excesiva, la patologización de procesos fisiológicos, el trato deshumanizante y la vulneración del consentimiento informado (Magnone y Farías, 2022).

Según Magnone y Farías (2022), abordar la violencia obstétrica desde esta perspectiva estructural resulta central para comprender sus causas profundas, ya que permite trascender los enfoques que reducen el problema a conductas individuales o a fallas en la relación entre profesionales y usuarias. Desde esta mirada, la violencia obstétrica no puede ser entendida como un conjunto de prácticas aisladas, sino como el resultado de lógicas institucionales y relaciones de poder que atraviesan al sistema de salud y que tienden a invisibilizar su propia responsabilidad en la producción de estas violencias.

Diferenciar entre un "problema relacional" y una "violencia estructural" es crucial para un diagnóstico preciso de la violencia obstétrica. El enfoque estructural propuesto por las autoras permite identificar las causas sistémicas que la originan, en lugar de centrarse únicamente en sus manifestaciones superficiales como un conflicto interpersonal. Esta distinción pone en evidencia dos concepciones antagónicas sobre la naturaleza del problema. (Magnone y Farías, 2022).

Este enfoque define la violencia obstétrica como una violación de los derechos sexuales y derechos reproductivos. Si bien se expresa en una acción relacional concreta, su origen está profundamente arraigado en las relaciones de poder de género, la formación médica jerárquica, las precarias condiciones laborales en el sector salud y los protocolos institucionales que priorizan la rutina sobre la autonomía de la mujer. (Magnone y Farías, 2022). Uruguay ha logrado un avance significativo al reconocer legalmente la Violencia Obstétrica dentro de la Ley Integral de Violencia hacia las Mujeres basada en Género (Ley N° 19580). Sin embargo, a pesar de este reconocimiento formal, el análisis de Magnone y Farías evidencia que su implementación enfrenta serias dificultades, derivadas de un debilitamiento progresivo del concepto tanto en la ley final como en su posterior reglamentación. (Magnone y Farías, 2022).

Belli (2013), sitúa este fenómeno no como un conjunto de actos aislados, sino como una violación sistemática de derechos fundamentales. La subordinación histórica de la

fecundidad y la maternidad al orden médico ha consolidado un sistema de control que despoja a las mujeres de su autonomía corporal y su capacidad de decisión.

La violencia obstétrica, según la perspectiva de Belli (2013) y las legislaciones que analiza, es una consecuencia directa del paradigma de tecnificación y medicalización que concibe a la mujer como un objeto pasivo de intervención y no como un sujeto de derechos. Esta violencia se define como aquella ejercida por el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, manifestada a través de un trato deshumanizado y un abuso de la medicalización. Esta definición se traduce en una serie de prácticas concretas que vulneran la dignidad y la autonomía de las mujeres.

Es crucial aclarar, como señala Belli (2013), que el concepto no se limita al momento del parto. La violencia obstétrica abarca todo el campo de la salud sexual y reproductiva, incluyendo las experiencias relacionadas con la anticoncepción, la planificación familiar, la interrupción del embarazo y la menopausia. Este conjunto de prácticas no son meras negligencias o fallos del sistema, sino que constituyen los mecanismos a través de los cuales se violan derechos humanos fundamentales.

La violencia obstétrica no puede entenderse como un problema aislado de la práctica médica; debe enmarcarse como una violación directa e indivisible de los derechos humanos. Las prácticas que la constituyen no son solo consecuencias del modelo médico hegemónico, sino los mecanismos a través de los cuales el desequilibrio de poder histórico se ejerce y materializa sobre los cuerpos de las mujeres. Como recuerda Belli (2013), diversas conferencias y convenciones internacionales, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) y la Convención de Belém do Pará, han alertado sobre la necesidad de respetar los derechos sexuales y reproductivos como parte inalienable de los derechos humanos universales.

2.3 Sistema de salud y sus Desigualdades

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a los Sistemas de Salud como una sumatoria de instituciones y recursos de diversa naturaleza que buscan el mejoramiento salud de la población. Las cuatro funciones principales de un sistema son la provisión de servicios, la generación de recursos, la financiación y la gestión. La forma en la

que esas funciones se construyen a lo largo de la historia se deben a determinados arreglos políticos e institucionales y niveles de participación de los actores del sector.

La creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) en Uruguay, consolidado principalmente entre 2005 y 2010, fue el resultado de una convergencia de factores políticos de cambio, una coyuntura económica favorable y una larga trayectoria histórica de protección social en el país. (Pérez, 2009)

Creado en 2007, representa una de las reformas estructurales más significativas del Uruguay contemporáneo. Su propósito fundamental fue superar un modelo históricamente fragmentado y segmentado, con el objetivo de establecer un sistema de aseguramiento universal que garantizara el acceso equitativo y la protección integral de la salud para todos los habitantes del país. La reforma modificó profundamente los mecanismos de financiamiento, gestión y provisión de servicios, redefiniendo el rol del Estado como rector y articulador de todos los actores públicos y privados. (Pérez, 2009)

Para comprender las razones y el diseño de la reforma sanitaria de 2007, es crucial analizar el contexto histórico del sistema de salud uruguayo. El SNIS no surgió en el vacío, sino como una respuesta directa a las deficiencias acumuladas durante décadas en un sistema segmentado, caracterizado por profundas inequidades y una débil articulación entre sus componentes. Este modelo, consolidado a partir de la década de 1940, mostraba claros signos de agotamiento y exclusión al inicio del siglo XXI. (Setaro, 2010)

El sistema previo a la reforma se caracterizaba por ser un modelo mixto con una marcada falta de integración entre el subsector público y el privado. El subsector público, liderado por la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), se concentraba en atender a la población sin capacidad de pago, mientras que el subsector privado, dominado por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC o "mutualistas"), atendía principalmente a trabajadores formales y a quienes podían costear una afiliación. Esta división generaba una profunda fragmentación en la cobertura, con una notoria disparidad geográfica: en 2006, la cobertura privada era hegemónica en Montevideo, mientras que en el resto del país predominaba la atención pública. La inequidad se reflejaba también en el gasto, donde el monto per cápita destinado al subsector privado llegaba a ser tres veces superior al del público. Este modelo de aseguramiento, fuertemente vinculado al empleo formal, dejaba desprotegidos a importantes sectores de la población, consolidando un "modelo biomédico hospitalo-céntrico" enfocado en la atención curativa y especializada, en detrimento de la prevención y la promoción de la salud. (Turnes, 2003)

La reforma sanitaria se enmarca en la agenda transformadora del primer gobierno del Frente Amplio, que asumió el poder en 2005. Este proyecto político se propuso redefinir el rol del Estado en la provisión de bienestar y avanzar hacia una sociedad más justa e integrada. En este contexto, la creación del SNIS fue uno de los pilares fundamentales, orientado a corregir las inequidades estructurales del sistema anterior y a consagrar la salud como un derecho universal garantizado por el Estado. La Ley N° 18.211 de 2007 establece los principios rectores que guían el funcionamiento del SNIS. Estos principios buscan orientar a todo el sistema hacia un nuevo paradigma de atención sanitaria, centrado en las personas y en un enfoque integral de la salud. (Pérez, 2009)

El sistema de salud en América Latina y el Caribe se caracteriza por ser el reflejo de la región más desigual del mundo, donde el progreso promedio en salud de las últimas décadas oculta brechas profundas y persistentes. Aunque se han logrado avances en indicadores epidemiológicos, el acceso y la calidad de la atención dependen drásticamente del nivel socioeconómico, el territorio y el género. (Marinho *et al.*, 2023)

Las desigualdades en salud no son aleatorias; se concentran en grupos vulnerables debido a la distribución dispar de los determinantes sociales de la salud (condiciones de vida, trabajo y educación). Como eje estructurante, la desigualdad se organiza según el nivel socioeconómico, el género, la condición étnico-racial, el territorio y la etapa del ciclo de vida. (Marinho *et al.*, 2023)

La "matriz de la desigualdad social", un concepto desarrollado por la CEPAL, explica cómo las desigualdades en salud se organizan y perpetúan dentro de los países. Sus ejes estructurantes condicionan la distribución de los "determinantes sociales de la salud", que son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

En Uruguay, la tasa de cesáreas ha sido motivo de creciente preocupación, ya que se mantiene en niveles excesivamente altos desde hace varios años. Según el Manual de recomendaciones para el manejo de situaciones obstétricas vinculadas con cesáreas evitables (MSP, 2023), en 2018 la prevalencia nacional de cesáreas alcanzó el 43,9 %, con una mayor concentración en instituciones privadas, particularmente en Montevideo. Estas cifras se han mantenido estables, oscilando entre el 42 % y el 44 %, lo que supera ampliamente el umbral recomendado por la Organización Mundial de la Salud, que establece que tasas superiores al 10 % no se asocian con una reducción de la mortalidad materna y neonatal.

Este exceso de intervenciones quirúrgicas ha sido asociado a un aumento en la morbilidad materno-neonatal, consecuencias sobre futuros embarazos, mayores costos para el sistema de salud y una vulneración de los derechos de las usuarias. El Ministerio de Salud Pública identifica este fenómeno como un problema multifactorial, vinculado tanto a decisiones clínicas como a factores institucionales y culturales que refuerzan un modelo de atención tecnocrático. Dicho modelo se centra en la eficiencia y la intervención sistemática, relegando el respeto por los tiempos fisiológicos y la autonomía de las mujeres.

Las deficiencias y ambigüedades del marco legal se traducen en obstáculos reales que perpetúan la violencia institucional. Según documentan Magnone y Farías (2022), estas barreras se hacen evidentes tanto en la práctica médica cotidiana como en las enormes dificultades que enfrentan las mujeres para acceder a la justicia.

El modelo de asistencia al parto en Uruguay es descrito como intervencionista y hospitalocéntrico. Un dato elocuente es que en 2020, el 45,7% de los nacimientos fueron por cesárea, una cifra muy por encima de las recomendaciones internacionales. Este modelo se sostiene sobre mecanismos de poder que limitan la autonomía de las mujeres, por ejemplo, el "riesgo obstétrico" como mecanismo de biopoder. Las autoras explican que la categoría de "riesgo" es utilizada frecuentemente para coaccionar a las mujeres a aceptar intervenciones. Dado que la definición de lo que constituye un "riesgo" recae de forma autoritaria y casi exclusiva en el poder médico, se convierte en una herramienta para anular la capacidad de decisión de la paciente. Otro mecanismo son los protocolos institucionales violentos, entre ellos se encuentra el traslado obligatorio de mujeres en trabajo de parto a maternidades de mayor nivel, incluso si esto implica un riesgo para ellas, o la separación protocolar de la madre y el bebé tras una cesárea, una práctica que responde a lógicas organizacionales y no a las necesidades de la diada.

Capítulo tres: Perspectivas de las mujeres sin experiencia de parto en Uruguay.

En el presente capítulo, se analizarán los testimonios recabados de las once mujeres entrevistadas, residentes en Uruguay, mayores de 18 años de edad y sin experiencia de parto. El análisis se centrará en sus percepciones y conocimientos sobre la violencia obstétrica, explorando las categorías y temáticas emergentes de sus relatos, lo cual permitirá profundizar en cómo comprenden este fenómeno antes de transitar una experiencia de parto. Antes de

presentar las categorías analíticas emergentes, resulta pertinente considerar algunos elementos teóricos que permiten contextualizar la forma en que la violencia obstétrica es percibida y nombrada por las mujeres.

Resulta necesario considerar las condiciones sociales, simbólicas e institucionales que inciden en la forma en que la violencia obstétrica es percibida, interpretada y nombrada. Diversos estudios señalan que las mujeres no siempre identifican determinadas prácticas abusivas o irrespetuosas como violencia obstétrica, aun cuando las experimentan como situaciones de malestar, vulneración o injusticia. Esta dificultad para reconocer la violencia se vincula tanto a la normalización de ciertas intervenciones médicas como a la asimetría de poder que caracteriza la relación entre profesionales de la salud y usuarias.

En este sentido, Gallardo (2022) sostiene que, si bien muchas mujeres pueden sentir que sus derechos han sido vulnerados durante la atención obstétrica, no siempre cuentan con los conocimientos técnicos o jurídicos necesarios para identificar dichas experiencias como violencia obstétrica. Al analizar los resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia basada en Género y Generaciones, la autora advierte que las respuestas de las mujeres pueden verse condicionadas por el desconocimiento respecto a qué se entiende por intervención obstétrica o por necesidad fundada, lo que dificulta una identificación consciente de estas prácticas como formas de violencia (INE, 2019).

Asimismo, la mera consulta o comunicación de una intervención no garantiza, por sí misma, el cumplimiento de los estándares jurídicos del consentimiento informado. En este sentido, una mujer puede haber sido objeto de una práctica obstétrica sin haber otorgado un consentimiento libre, previo e informado, sin necesariamente percibir dicha situación como una vulneración de sus derechos (Gallardo, 2022). Esta brecha entre la experiencia vivida y su reconocimiento como violencia constituye un elemento central para la comprensión de los relatos analizados.

Por otra parte, la percepción de la violencia obstétrica se encuentra atravesada por procesos de naturalización y por la internalización de estereotipos de género. Gallardo (2022) identifica la figura de la “buena madre” como aquella que coopera, acata las indicaciones del personal de salud, no cuestiona las decisiones profesionales y tolera el dolor como parte esperable del proceso. Las mujeres que se apartan de este ideal —al reclamar información o expresar deseos divergentes— suelen ser categorizadas como “no cooperadoras”, lo que refuerza prácticas de disciplinamiento y silenciamiento.

Finalmente, esta naturalización de las conductas esperadas durante el parto se inscribe en el poder simbólico que detenta el campo médico en la sociedad contemporánea. Como señala Magnone (2017), muchas mujeres llegan al momento del parto dispuestas a delegar completamente las decisiones en el personal de salud, sin reconocerse como sujetas activas del proceso. Esta disposición no puede entenderse de manera individual, sino como el resultado de una socialización de género que limita el conocimiento del propio cuerpo y restringe la participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre sus procesos reproductivos.

A partir del análisis temático realizado sobre las once entrevistas a mujeres sin experiencia de parto, se identificaron seis grandes categorías que permiten organizar y comprender las representaciones, conocimientos, expectativas y temores de las participantes respecto a la violencia obstétrica en el contexto uruguayo. A continuación, se presentan los resultados según cada eje, acompañados por citas textuales representativas y un desarrollo interpretativo que vincula las voces de las entrevistadas con los objetivos de la investigación.

3.1 Representaciones sobre el parto

En este apartado, se analizarán las representaciones, ideas y expectativas que las mujeres entrevistadas, sin experiencia previa de parto, construyen en torno a este evento. Se explorará cómo sus imaginarios sobre el nacimiento se forman a partir de diversas fuentes como relatos de terceros, información del ámbito social y sanitario, o contenidos mediáticos. Esta sección busca comprender la complejidad de sus preconcepciones y creencias sobre el parto, lo cual es fundamental para entender sus percepciones acerca de la violencia obstétrica.

Las mujeres construyen representaciones de este evento basándose en un conocimiento previo que combina sus propias historias, la tradición familiar, la información de los medios y la comunicación social. Para ellas, el parto no es solo un proceso biológico, sino un acontecimiento cultural cargado de significados afectivos y normativo

La representación dominante del parto entre las entrevistadas es la de una experiencia dolorosa, caótica y traumática. La mayoría de las mujeres lo describen con imágenes intensas, sensoriales y muchas veces incómodas.

“Para mí lo primero que se me viene a la cabeza es dolor, no sé por qué, pero eso. Gente gritando, eso. Como en la tele, tipo que ves películas y están todas gritando, desesperadas. No sé si es así, pero eso tengo yo en la cabeza.” (Antonella, entrevista realizada el 2 de junio 2025).

Las expectativas en torno al dolor resultan centrales para comprender cómo estas mujeres se posicionan frente al sistema de salud. En determinados contextos socioculturales, el dolor durante el parto adquiere un valor social, asociado a la idea de sacrificio y entrega, funcionando como una suerte de prueba que legitima a las mujeres como “buenas madres”. (García et al., 2022) Al mismo tiempo, el dolor aparece como una de las principales preocupaciones previas al parto, estrechamente vinculada al miedo y a la sensación de pérdida de control. La ausencia de información clara y fidedigna contribuye a que muchas mujeres se perciban en una situación de indefensión y vulnerabilidad, lo que puede llevarlas a aceptar intervenciones médicas sin cuestionamientos, con el objetivo de que el dolor cese o de garantizar la seguridad del bebé. A ello se suma la persistencia de mandatos ligados al supuesto instinto maternal, que sostienen la creencia errónea de que las mujeres poseen capacidades innatas para saber cómo actuar en el parto. Cuando esta expectativa no se corresponde con la experiencia real, puede generar ansiedad, inseguridad y sentimientos de insuficiencia. (García et al., 2022)

En los relatos se distingue, en minoría (3/10), mujeres que manifiestan tener una representación del parto como un evento lindo aunque señala el temor.

“Sí, elegiría tener todo ese momento de las contracciones y el empujar. Me parece que es como una experiencia que te marca, como que te hace sentir capaz, no sé. Me da miedo también, pero me gustaría poder vivirlo con conciencia.” (Mónica, entrevista realizada el 2 de junio de 2025).

El testimonio de Mónica refleja una representación social del parto que se aleja de la visión patologizante del modelo médico tradicional para posicionarse en el paradigma del

parto respetado y empoderado. Su deseo de "vivir el proceso con conciencia" y sentir su capacidad física es una respuesta directa a la construcción histórica de la maternidad y a la medicalización del cuerpo femenino.

Mónica concibe el parto como una experiencia que trasciende lo meramente biológico y adquiere un fuerte valor subjetivo, en tanto constituye un acontecimiento que “marca” y habilita un sentimiento de capacidad personal. Desde esta perspectiva, el nacimiento puede ser entendido como un rito de paso central en la construcción de la identidad materna, en sintonía con representaciones antropológicas que lo asocian al empoderamiento femenino y al reconocimiento de un saber corporal e instintivo. La expresión “te hace sentir capaz” se vincula con discursos que sostienen que parir es una fuente de poder, y su decisión de atravesar conscientemente las contracciones expresa una búsqueda de apropiación del propio cuerpo y de la experiencia (Hernández Garre et al., 2016).

En este marco, el dolor es resignificado y deja de ser concebido exclusivamente como sufrimiento para adquirir un sentido funcional y simbólico dentro del proceso. La elección de transitar las contracciones y el momento del empuje da cuenta de una visión del dolor como un “aliado”, tal como es planteado desde la atención humanizada del parto, donde las sensaciones corporales orientan a la mujer sobre los ritmos y momentos del trabajo de parto. Asimismo, en ciertos contextos sociales, parir sin anestesia se asocia al reconocimiento de una maternidad vivida como auténtica y consciente, otorgándole al dolor un valor simbólico ligado a la construcción de la figura de la “buena madre” tal como refiere Dahlke (2009). El deseo de mantener la conciencia durante el parto se relaciona también con las críticas a la analgesia epidural, entendida por algunas mujeres y profesionales como una posible interferencia en la conexión corporal y emocional con el nacimiento.

Estas construcciones se sostienen en una experiencia lejana del hecho obstétrico, mediada por el relato ajeno, la televisión y las redes sociales. La dimensión corporal del parto aparece como algo invasivo, sucio, desbordado, que escapa al control personal. Como lo resume Sofia (entrevista realizada el 5 de junio de 2025):

“Visualmente tampoco es algo muy agradable, sangre, líquido.”

Asimismo, el testimonio de Fernanda:

“Yo desde chica escuché que el parto era horrible. Tipo que te cortan, que te gritan, que no podés hacer nada. Mi madre me dijo que la dejaron sola. Eso me quedó. Entonces es como que pienso que si llego a pasar por eso, va a ser igual.” (Fernanda, entrevista realizada el 12 de junio de 2025)

El testimonio de Sofía y Fernanda refleja cómo las representaciones del parto en mujeres sin experiencia previa no surgen de una vivencia directa, sino de un conocimiento previo construido a través de la mediación cultural y tecnológica. Esta visión, a menudo cargada de matices negativos sobre la corporalidad, es fundamental para entender la vulnerabilidad de las mujeres ante el sistema médico.

El parto se configura como un acontecimiento cuyos significados no se construyen únicamente a partir de la experiencia propia, sino que se reciben y transmiten a través de la tradición y de la “comunicación social” (Jodelet, 2003, p.67).

En este proceso, las redes sociales ocupan un lugar central como espacios de circulación masiva de imágenes, relatos e interpretaciones. Diversas plataformas, funcionan como verdaderas unidades de pensamiento del sentido común, ya que condensan opiniones y valoraciones que se reproducen con rapidez y escaso cuestionamiento. Siguiendo con Jodelet (2003), muchos de estos contenidos apelan al sarcasmo para evidenciar la brecha entre el “parto ideal”, representado como limpio, controlado y emocionalmente armónico, y el “parto real”, asociado al sudor, el dolor, los fluidos y la pérdida de control. A estas narrativas digitales se suman los relatos familiares, en particular los de madres, amigas o mujeres cercanas, que moldean una interpretación del parto cargada no solo de elementos cognitivos, sino también de fuertes implicancias afectivas y normativas (Jodelet, 2003, p.52).

“Como que no es algo tranquilo. La realidad es esa. Es dolor, es miedo, y también como que una no sabe bien qué hacer, estás ahí, no sé, desnuda, abierta. Yo lo veo así.” (Romina, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

“Yo creo que es bueno pero incómodo, pero bueno, debe ser dependiendo también de la mutualista que tengas. Pero no sé, no me imagino bien. Solo escucho cosas malas. Que duele, que no te dejan elegir, que gritan.” (Verónica, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

El testimonio de Romina y Verónica refleja una representación social del parto centrada en la vulnerabilidad extrema, el miedo y la pérdida de autonomía. Esta visión no es solo una opinión individual, sino un conocimiento previo construido a través de la comunicación social, los relatos familiares y la influencia de los medios antes de tener una experiencia directa. Incorpora no solo elementos sensoriales y visuales intensos, sino también una fuerte carga emocional asociada a la desorientación y la exposición corporal. La expresión “desnuda, abierta” simboliza no solo lo físico, sino la sensación de vulnerabilidad frente al entorno médico, configurando al parto como un momento de pérdida de control y agencia.

La expresión de sentirse “desnuda y abierta” condensa de manera elocuente la situación de vulnerabilidad y exposición. Estar “abierta” simboliza la entrega del cuerpo al saber médico, en un contexto en el que la mujer asume el rol de paciente pasiva y queda sujeta a las decisiones del profesional, quien detenta el conocimiento autorizado y el control del proceso (Sadler, 2004).

Esta vivencia se profundiza en la sensación de alienación que Romina expresa al señalar que “una no sabe bien qué hacer”. La falta de agencia y de confianza en el propio cuerpo es un efecto directo de la expropiación histórica del saber de las mujeres sobre sus procesos reproductivos. Desde la lógica de García Jordá y Díaz Bernal (2010), la mujer es frecuentemente considerada técnicamente inválida para manejar su propio parto, lo que refuerza su dependencia exclusiva de la asistencia especializada. Esta situación se ve agravada por la falta de información clara y de una comunicación adecuada, dando lugar a una ausencia de ciudadanía reproductiva que limita la posibilidad de ejercer derechos, tomar decisiones informadas y defender la propia autonomía.

Fátima (*entrevista realizada el 12 de junio de 2025*), expresa una ambivalencia interesante:

“Dolor, sangre, gritos, emoción. Capaz que hay algo de lindo también, no sé. Pero lo primero que me sale es eso, lo fuerte. Me da miedo, sí, como que no sé si estaría preparada.”

Su relato muestra la tensión entre dos narrativas: una que asocia el parto con el sufrimiento inevitable (dolor, sangre, gritos) y otra incipiente que vislumbra la potencia emocional y la belleza del evento.

Cuando afirma que “lo primero que le sale” al pensar en el parto es el dolor y los gritos, pone de manifiesto la hegemonía de aquellas representaciones más intensas y extremas que circulan en la comunicación social. Los medios de comunicación, las producciones audiovisuales, las novelas e incluso los memes han contribuido a fijar la imagen del parto como un evento traumático, caótico o desbordado, reforzando una lectura centrada en el sufrimiento y la pérdida de control. (Jodelet, 2003). Al mismo tiempo, esta visión convive con la idea de que “capaz hay algo de lindo”, expresión que remite a la romantización cultural de la maternidad, asociada a la “dulce espera”, al don de dar vida y al amor incondicional, un imaginario que muchas veces entra en tensión con la materialidad corporal del proceso de parto.

Esta oscilación entre el miedo y la expectativa emocional evidencia que el dolor no puede ser comprendido únicamente como un fenómeno biológico, sino como una construcción social y emocional cargada de sentido.

No obstante, el relato de Fátima deja entrever que esta vivencia podría resignificarse en un contexto distinto. La posibilidad de “otro modo de vivirlo” se vincula directamente con los principios del parto respetado y la atención humanizada (Castro, 2001). El acceso a información clara y confiable aparece como una herramienta central para que la mujer deje de ocupar un lugar pasivo y pueda asumir un rol protagónico en su proceso.

3.2 Conocimiento y reconocimiento de la violencia obstétrica

En este apartado se exploran los conocimientos y formas de reconocimiento que las mujeres entrevistadas construyen en torno al concepto de violencia obstétrica. Si bien el término no siempre resulta familiar, se analiza cómo, una vez enunciado, logran identificar y comprender las situaciones que lo configuran, apoyándose tanto en saberes construidos a partir de experiencias indirectas y relatos ajenos como en elaboraciones conceptuales más sistematizadas. Se profundiza así en las distintas modalidades de comprensión que emergen en los discursos, destacando el papel de la información y los procesos de problematización.

Si bien varias entrevistadas no conocían previamente el término violencia obstétrica, una vez enunciado lograron construir definiciones válidas desde la intuición o el relato ajeno.

“Cuando te hacen algo sin avisarte. Como que te tocan, te cortan, te dicen que te calles. Eso es violencia obstétrica, ¿no?” (Fátima, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

Las intervenciones realizadas sin consentimiento previo, libre e informado constituyen una de las expresiones más claras de violencia obstétrica, ya que implican actuar sobre el cuerpo de la mujer “sin avisarle”, negándole información básica sobre lo que se le está haciendo. (Paiva et al., 2022) La normativa vigente reconoce el derecho de toda mujer a recibir información adecuada sobre las distintas intervenciones médicas, de modo que pueda elegir libremente entre las alternativas disponibles.

Otra manifestación recurrente de esta violencia se vincula con la realización de procedimientos físicos invasivos, sintetizados en expresiones como “te tocan, te cortan”. Por su parte, Castellanos y Terán (2012) en su investigación detallan que el “tocar” suele referir a la práctica de tactos vaginales reiterados, muchas veces realizados por diferentes profesionales e incluso con fines docentes, sin justificación clínica clara, lo que transforma una práctica médica en una experiencia vivida como innecesaria y violenta. Del mismo modo, la episiotomía realizada de forma rutinaria, sin una indicación médica real o sin informar y solicitar consentimiento a la mujer, es una de las prácticas más cuestionadas, en tanto se utiliza para acelerar artificialmente el parto.

La violencia verbal y psicológica aparece condensada en frases como “te dicen que te calles” y se expresa a través de un trato deshumanizado por parte del personal de salud, definido legalmente como cruel, deshonesto, descalificador o amenazante. Los regaños por manifestar dolor, las burlas, los comentarios despectivos o las órdenes de guardar silencio constituyen formas de censura y humillación que buscan anular la subjetividad de la mujer en un momento de extrema vulnerabilidad. Este tipo de trato refuerza una lógica de infantilización, situando a la mujer en una posición de subordinación y obediencia pasiva, donde sus emociones, necesidades y autonomía son sistemáticamente ignoradas. (Idoyaga Molina, 1999)

Para las mujeres, la violencia obstétrica no se identifica solo por una falla técnica médica, sino principalmente a través de estos elementos relacionales y conductuales (el trato recibido) percibidos durante el proceso. Que Fátima identifique estas situaciones como violencia da cuenta de una capacidad crítica frente a prácticas históricamente naturalizadas en la atención obstétrica.

Por otro lado, están las ideas de las mujeres que no tienen acceso previo al concepto formal, pero logran darle sentido al escucharlo. Su respuesta breve y directa remite a un maltrato generalizado, naturalizado en la atención obstétrica. Esta definición es coherente con el imaginario colectivo que vincula el parto con experiencias negativas.

"No, nunca lo escuché. Significa que te traten mal cuando vas a parir, algo así."
(Antonella, entrevista realizada el 2 de junio de 2025).

El testimonio de Antonella refleja el escaso reconocimiento del concepto en el lenguaje cotidiano. Si bien nunca había escuchado el término, logra inferir su significado asociándolo al "maltrato" durante el parto. Esto da cuenta, por un lado, de la limitada circulación pública de la categoría "violencia obstétrica" y, por otro, de la naturalización de determinadas prácticas que no siempre son identificadas explícitamente como violencia.

En algunas entrevistas como las de Mónica, Romía y Patricia (entrevistas realizadas el 12 de junio de 2025), se observa un mayor nivel de conceptualización, mediado por experiencias laborales o educativas que permiten vincular el fenómeno con dinámicas estructurales y simbólicas de desvalorización hacia las mujeres.

"Sí, todo eso lo considero violencia obstétrica, claro. Cuando te dicen que te calles, que no jodas, cuando no te explican nada. Es muy común, y nadie dice nada porque creen que es normal."

Se demuestra una conciencia más clara y estructurada del fenómeno. Relaciona la violencia obstétrica con una cultura del silencio y la normalización del maltrato, lo que implica una lectura crítica del contexto institucional. Su testimonio pone en evidencia la urgencia de visibilizar estas situaciones como parte de una violencia sistemática.

El maltrato verbal y la falta de información constituyen formas claras de violencia psicológica y verbal. Expresiones como "que te calles" o la omisión de explicaciones sobre los procedimientos que se están realizando vulneran directamente la dignidad de la mujer. Estas expresiones no sólo invalidan el dolor y la experiencia subjetiva de la mujer, sino que también operan como mecanismos de control que buscan silenciarla y exigir sumisión. Según Jojoa-Tobar et al. (2019), en primer lugar, la violencia verbal impide que las mujeres

gestantes puedan manifestar sus necesidades, pensamientos e ideas de forma libre, y además puede tomar la forma de burlas, humillaciones, insultos, trato deshumanizado, menoscabo de sus necesidades, invalidaciones de los temores o las inquietudes de la paciente; en segundo, la restricción o violación del derecho a la información que reciben las madres gestantes, lo que desemboca con una falta de toma de decisiones informadas, y por tanto autónomas, por parte de la paciente y su familia, que pueden influir en la vivencia del proceso de parto.

En este marco, el derecho a la información resulta central. Toda mujer tiene derecho a recibir explicaciones claras y comprensibles sobre cada intervención que se le practique. Cuando el personal de salud omite brindar esta información, no solo incumple una obligación legal, sino que vulnera la autonomía de la mujer y su capacidad de decidir sobre su propio cuerpo.

Por otro lado una entrevistada manifiesta que:

“Yo trabajo en salud y he visto cosas que me parecen violencia, pero nadie les dice así. Es como que se ve normal que no te expliquen o que te corten sin avisarte. Para mí eso es violencia, aunque no esté dicho.” (Romina, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

La percepción de Romina, como trabajadora del sector es fundamental para identificar conductas que, aunque sean rutinarias, vulneran los derechos humanos de las mujeres y su autonomía.

La trampa de la “normalización” y la invisibilidad se sostiene en el hecho de que “nadie lo diga así”, porque muchas de estas prácticas se han consolidado como rutinas hospitalarias estandarizadas a lo largo de décadas. La repetición constante de determinados actos genera un proceso de habituación mediante el cual dejan de cuestionarse y se presentan como la única forma posible de proceder, anulando la reflexión sobre alternativas de atención más respetuosas (Sadler, 2004). En este contexto, el sistema médico ha construido históricamente una relación de poder desigual, en la que se espera que la paciente adopte un rol pasivo y obediente, aceptando las decisiones del personal de salud sin posibilidad de cuestionamiento. Esta dinámica produce una forma de invisibilidad institucional de la violencia obstétrica, que se vuelve “común” y legítima al amparo de la autoridad profesional, naturalizando el ejercicio del poder sobre el cuerpo de la mujer. (Bermúdez, 2023)

Entre las entrevistadas que logran articular una definición más elaborada de la violencia obstétrica se encuentra Mónica, quien propone una visión integral del problema:

“Y lo que entiendo es un maltrato que no siempre es físico. Aunque también hay veces en donde se hace fuerza o se hacen cosas con el cuerpo. Pero principalmente psicológico y en cuanto al comportamiento de la madre, la actitud de la madre y la actitud del médico, del profesional. Es quien debería dar contención y ayuda y acompañamiento. Muchas veces no existe ese acompañamiento. Entonces una está ahí sola, vulnerable y ni se la valora ni se la respeta. Ni tampoco se le da su lugar y su valor en cuanto a sus derechos. Porque a veces sos una persona que tuvo un hijo y listo.” (Mónica, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

Lo que describe Mónica es una caracterización clara de la violencia obstétrica en su dimensión más profunda: el trato deshumanizado y la invisibilización de la mujer como sujeto de derechos. Su testimonio destaca que la violencia no es solo un acto de fuerza física, sino un vacío de contención y respeto que reduce a la madre a un simple "objeto de intervención" médica.

El maltrato psicológico y la falta de acompañamiento aparecen como ejes centrales en el relato de Mónica, quien señala que la violencia más presente es “principalmente psicológica” y que está marcada por la ausencia de contención. Las investigaciones coinciden en que la violencia psicológica se manifiesta a través de tratos despectivos, humillaciones, insultos y el silenciamiento de las inquietudes y necesidades de la madre. (Terán et al., 2013)

Según Montes (2007), la institucionalización del parto suele conllevar una pérdida de autonomía, en la medida en que el personal de salud asume el control casi absoluto del proceso, desplazando a la mujer de su rol protagónico y tratándola de manera infantil o paternalista. La despersonalización que describe Mónica es el resultado de una atención burocratizada que prioriza los tiempos, las rutinas y la comodidad profesional por encima de las necesidades humanas, emocionales y subjetivas de la madre.

En conjunto, se evidencia que el concepto de violencia obstétrica aún no circula masivamente, pero hay una disposición a comprenderlo cuando se conecta con experiencias reales. Esto señala una necesidad urgente de ampliación de instancias formativas e informativas.

3.3 Autonomía y rol de la mujer en el parto

En este apartado, se analiza la concepción de las entrevistadas sobre la autonomía de la mujer y su rol en la toma de decisiones durante el parto. Se explorará la convicción generalizada de que la mujer debe ser protagonista de este proceso, contrastando con la percepción de que, en la práctica, su capacidad de decisión suele ser limitada. Asimismo, se identificarán las barreras, tanto explícitas como simbólicas, que deslegitiman la voz femenina en el ámbito médico, revelando una tensión entre el deseo de autodeterminación y las jerarquías institucionales.

Todas las entrevistadas sostienen, en mayor o menor medida, que la mujer debería ser quien tome las decisiones durante el parto.

“Me parece mal... porque vos sos la que está sacando un bebé de adentro tuyo. Vos tenés que tener las decisiones en ese momento.” (Agustina, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

El testimonio de Agustina pone en evidencia una tensión central: la progresiva pérdida de control de los sujetos sobre sus propios cuerpos como consecuencia de los procesos de medicalización (Illich, 1975).

En este marco, procesos fisiológicos como el parto son progresivamente redefinidos como acontecimientos médicos atravesados por la noción de “riesgo”, lo que confiere al saber experto una legitimidad que tiende a volverse incuestionable en los procesos de toma de decisiones. Esta racionalidad medicalizante se inscribe en lo que diversos autores han conceptualizado como biopoder, entendido como un conjunto de estrategias y prácticas orientadas a la regulación de los cuerpos y de la vida, que produce sujetos dóciles y obedientes a los mandatos médicos, aun cuando estos entren en tensión con los deseos, expectativas o decisiones de las mujeres.

Foucault (2002) emplea el concepto de biopoder para dar cuenta de las formas históricas y crecientes de control sobre la vida, particularmente sobre la vida reproductiva, ejercidas por el Estado y por la biomedicina en tanto saberes expertos legitimados. Este tipo de poder se despliega en dos dimensiones complementarias: una dimensión individual,

denominada anatomopolítica del cuerpo humano, y una dimensión colectiva, referida a la biopolítica de la población.

En lo que respecta a la dimensión individual, el biopoder se ha concentrado de manera específica en el cuerpo femenino y en sus capacidades reproductivas. A través de distintos dispositivos médicos y discursivos, las mujeres han sido históricamente responsabilizadas por la sanidad y el bienestar social, naturalizándose su rol como cuidadoras y madres. Este proceso no solo refuerza mandatos de género, sino que también legitima formas de control y regulación sobre sus cuerpos, incidiendo directamente en las prácticas de atención y en las experiencias vinculadas al embarazo, el parto y el puerperio.

Asimismo, el modelo asistencial dominante tiende a promover una posición de pasividad institucionalizada, configurando una subjetividad femenina en la que la mujer queda situada como receptora de indicaciones, a la espera de las órdenes de quien detenta el saber sanitario (Illich, 1975).

En la misma línea:

“La mujer. O sea, está bien que el médico diga cosas si hay riesgos o eso, pero la que está pariendo es la mujer.” (Fátima, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

El testimonio de Fátima refleja una búsqueda de autonomía reproductiva, la cual se define como el grado de libertad de una mujer para actuar según su propia elección y no la de otros. (Magnone & Viera, 2014)

La postura de Fátima reconoce el valor de la medicina frente a la noción de “riesgo”, pero al mismo tiempo reivindica la soberanía sobre su propio cuerpo y sus decisiones. Tal como señalan diversas fuentes, los procesos de medicalización de la vida han llevado a que fenómenos fisiológicos como el parto sean codificados casi exclusivamente en términos de riesgo, lo que otorga al saber médico un poder amplio para intervenir, incluso en ocasiones en contra de la voluntad de la mujer (Magnone & Viera, 2014). Esta lógica refuerza una relación asimétrica en la que el profesional de la salud se posiciona como la autoridad legítima para definir lo que es adecuado o necesario, desplazando la experiencia y el criterio de la mujer sobre su propio cuerpo.

Por otra parte, una entrevistada aporta una mirada escéptica, en la que expresa una sospecha sobre la falta de aplicación práctica de ese ideal de autonomía:

“La madre. Aunque no sé si pasa eso, me parece que deciden los médicos.”
(Verónica, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

La duda introducida en “aunque no sé si pasa eso” señala una percepción generalizada de que las decisiones en la atención obstétrica no están en manos de las mujeres.

La sospecha de Verónica sobre la falta de aplicación práctica de la autonomía refleja precisamente lo que las fuentes describen como una autonomía reproductiva francamente disminuida en el ámbito institucional. Mientras que las entrevistadas anteriores (Agustina y Fátima) enfatizaban el "deber ser", Verónica identifica la brecha entre ese ideal y la realidad del sistema de salud.

El saber experto aparece en los relatos como un conocimiento incuestionable, concentrado casi exclusivamente en la figura médica. La duda expresada por Verónica (“me parece que deciden los médicos”) puede leerse, como se nombró anteriormente, a la luz del concepto de biopoder de Foucault (2002), en tanto la biomedicina se erige como la única voz legítima para definir lo que ocurre durante el parto. Al ser concebido principalmente en términos de “riesgo”, este proceso queda subsumido al dominio técnico, lo que desplaza la toma de decisiones hacia el personal de salud y vuelve dichas decisiones difíciles de cuestionar por parte de las mujeres (Magnone Alemán & Viera Cherro, 2014). De este modo, la medicalización del parto no solo organiza las prácticas asistenciales, sino que también produce una pérdida de control, en la medida en que expropia a las personas de su capacidad para afrontar sus propios procesos vitales y deposita la soberanía casi absoluta en el saber experto.

En otras entrevistas aparece una postura intermedia, donde se plantea una toma de decisiones compartida con el cuerpo médico:

“Primero la madre, pero siendo aconsejada por los médicos de cabecera... la madre la que tenga el voto final.” (Romina, entrevista realizada el 5 de junio de 2025).

Aquí se propone un modelo participativo donde la mujer no está sola, pero tampoco subordinada. La idea de “voto final” pone en primer plano el respeto por la voluntad de la mujer, sin negar la función técnica de los profesionales.

El planteo de Romina, al señalar que el médico debe “aconsejar”, se vincula con una concepción del saber médico como herramienta y no como mandato. Esta perspectiva no supone un rechazo a los aportes de la ciencia, sino una crítica al ejercicio del biopoder que transforma el conocimiento biomédico en una verdad incuestionable. En el modelo asistencial dominante, el saber médico suele presentarse como absoluto, lo que deriva en la expropiación de la capacidad de las personas para afrontar sus propios procesos vitales. Frente a ello, la propuesta de Romina apunta a una resignificación del rol médico, donde la intervención profesional se base en la orientación y el acompañamiento, y no en la imposición.

Marisa Germain (2005) construye el concepto de “biolegitimidad”, bajo esta lógica, los individuos pueden ser forzados a actuar incluso en contra de su voluntad, en nombre de la protección de la vida biológica. En este sentido, la distinción entre orientación y coacción resulta central: mientras la primera reconoce la autonomía del sujeto, la segunda la anula. El planteo de Romina busca precisamente limitar esa capacidad coercitiva del saber médico, promoviendo un vínculo asistencial en el que la información y el asesoramiento no se traduzcan en obligación.

Asimismo, la idea de que la mujer tenga un “voto final” en las decisiones que afectan su cuerpo desarticula la jerarquía institucional que caracteriza al sistema de salud. Romina identifica una relación profundamente asimétrica, en la que el ejercicio de los derechos de las mujeres queda mediado por la autorización del profesional. Un modelo participativo, en cambio, reconoce a la mujer como un sujeto moral, capaz de discernir qué prácticas representan un avance o un retroceso en relación con su propia libertad y bienestar (Magnone Alemán & Viera Cherro, 2015). Desde esta perspectiva, la equidad de derechos no se limita a su reconocimiento formal, sino que implica la restitución efectiva de la capacidad de decisión a quien vive el proceso en su propio cuerpo.

3.4 Seguridad y temor en la atención

En este apartado, se analizan los factores que generan temor e inseguridad en las mujeres entrevistadas en relación con la atención del parto, así como los elementos que, para ellas, construirían un ambiente de seguridad. Se exploran los miedos asociados a la falta de consentimiento, las imposiciones médicas y el maltrato emocional, evidenciando cómo estos se nutren de relatos y experiencias de deshumanización. Asimismo, se profundiza en la

importancia de la comunicación clara y el acompañamiento como pilares para generar confianza y resistencia frente a un sistema que, en ocasiones, es percibido como incierto y hostil.

Entre los factores que generan mayor temor en las entrevistadas destacan dos grandes ejes: por un lado, el miedo a la falta de consentimiento e imposiciones médicas; por otro, la angustia frente al maltrato emocional o verbal.

“Miedo me daría que me hagan algo sin avisar” (Antonella, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

“Temor... que me hagan algo sin decirme, o que no pueda elegir nada”. (Verónica, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

Los temores expresados por Antonella y Verónica reflejan los pilares fundamentales de lo que se define legal y académicamente como violencia obstétrica. Se evidencia un temor profundo hacia la vulneración del consentimiento, una preocupación que atraviesa los discursos de varias entrevistadas. Este miedo no solo remite a prácticas médicas invasivas, sino también a la pérdida de agencia sobre el propio cuerpo en un momento de alta vulnerabilidad.

El temor a que “hagan algo sin avisar” se vincula de manera directa con la vulneración del consentimiento informado, entendido como un derecho fundamental en la atención en salud. (Canal 5 Uruguay, 2025). Este miedo da cuenta de experiencias y expectativas en las que el cuerpo de la mujer aparece como un territorio de intervención médica sobre el cual no siempre se garantiza información previa, clara y suficiente.

La violencia obstétrica, en estas condiciones, produce una pérdida efectiva de la capacidad de decisión, afectando la autonomía para elegir libremente sobre el propio cuerpo y la sexualidad. Esta anulación de la voluntad no se limita al momento del parto, sino que puede tener consecuencias más amplias sobre la calidad de vida y la relación de las mujeres con el sistema de salud (Gallardo, 2025).

“Que te griten, que te digan que estás exagerando, que no duele tanto.” (entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

El relato de Irina describe una forma de trato deshumanizado que es central en la definición de violencia obstétrica: el abuso verbal y la invalidación del dolor.

Cuando plantea que “te griten” o que le digan que “estás exagerando”, se inscribe en un conjunto de prácticas de maltrato verbal e invalidación emocional que han sido identificadas de manera sistemática (Gallardo, 2025). Este tipo de violencia se expresa a través de gritos, insultos, burlas, regaños y amenazas, configurando un abuso verbal que no solo afecta el bienestar emocional de la mujer, sino que también cumple una función disciplinadora, orientada a anular su voluntad y a sostener una relación asimétrica de poder dentro del ámbito asistencial.

Siguiendo con Gallardo (2025), en este marco, la expresión del dolor y de las emociones durante el parto suele ser objeto de culpabilización. Resulta frecuente que el personal de salud deslegitime estas manifestaciones, clasificándolas como exageradas o innecesarias, bajo la idea de que “no es para tanto”. Esta desvalorización del sufrimiento contribuye a silenciar a las mujeres y a reforzar la expectativa de autocontrol y obediencia.

“Cualquier error que pueda tener un médico me daría un terror” Patricia (entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

El temor de Patricia refleja una crisis de confianza en el sistema obstétrico, donde el hospital deja de ser percibido como un espacio de cuidado para convertirse en un entorno de incertidumbre y riesgo. Este miedo a la “falla técnica” no es solo un temor a la impericia individual, sino una respuesta a la asimetría de poder y a las deficiencias estructurales en la formación del personal de salud.

El “terror” al error médico se intensifica a partir de la posición de vulnerabilidad en la que se encuentra la paciente frente al profesional de la salud. Esta situación se inscribe en una relación profundamente desigual, caracterizada por una marcada asimetría de poder basada en el conocimiento especializado y en el control de la información que detenta el médico. (Gallardo, 2025). Esta disparidad no sólo condiciona las decisiones clínicas, sino que también limita la posibilidad de cuestionamiento por parte de las mujeres, quienes en muchos casos temen cambiar de profesional o expresar desacuerdo frente a una indicación por miedo a que el médico “se enoje” o adopte actitudes punitivas en un momento crítico del proceso de atención (Canal 5 Uruguay, 2025). En este marco, el sistema de salud puede incluso habilitar

que profesionales poco éticos oculten negligencias o errores técnicos, lo que refuerza la percepción de impunidad y valida el temor de las usuarias frente a posibles fallas médicas.

En contraste con los elementos que generan temor, tanto la necesidad de una comunicación clara, como base de la seguridad emocional, como la importancia de un entorno agradable y limpio, aparecen de manera recurrente en los relatos como factores que generan seguridad.

“Que el lugar esté limpio, que me expliquen qué van a hacer” (Fátima, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

“Más comunicación sería ideal.” (Mónica, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

“Tranquilidad sería que el médico me escuche, que no esté sola.” (Verónica, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

“Acompañamiento... alguien que me calme.” (Beatriz, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

Los relatos de Fátima, Mónica, Verónica y Beatriz subrayan que la seguridad emocional en el parto no depende únicamente de la pericia técnica, sino de un modelo de atención basado en el parto respetado o humanizado. Este enfoque se define como aquel que coloca a la mujer como protagonista, respetando sus valores, autonomía y necesidades emocionales para reducir la medicalización innecesaria.

El pedido de Fátima y Mónica por “explicaciones” y “más comunicación” se vincula directamente con el consentimiento informado, entendido como uno de los pilares de la atención humanizada en salud (Calle-Ortiz & Alarcón-Vélez, 2025). Una comunicación clara y efectiva no solo garantiza el acceso a la información, sino que constituye la base para el ejercicio de la autonomía, en la medida en que permite que la mujer sea la verdadera protagonista del proceso de nacimiento y participe activamente en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo (Rodríguez, 2024). La explicación oportuna de los procedimientos contribuye a reducir la sensación de vulnerabilidad, deshumanización y abuso de autoridad que caracteriza a muchas situaciones de violencia obstétrica. En este sentido, el personal de

salud tiene la obligación de brindar información comprensible, basada en evidencia científica y libre de sesgos, a lo largo de todas las etapas del embarazo, el parto y el posparto.

La seguridad emocional aparece también como un aspecto central en los relatos, especialmente en la referencia de Verónica a la necesidad de “no estar sola”, de contar con “alguien que me calme” y la referencia de Beatriz sobre “acompañamiento”. Esta demanda se encuentra respaldada por marcos legales específicos, como el derecho al acompañamiento durante el embarazo, el parto, incluidas las cesáreas y el posparto, vigente en Uruguay desde el año 2001 (Canal 5 Uruguay, 2025). La presencia de una persona de confianza cumple un rol fundamental en contextos de extrema vulnerabilidad, como durante las contracciones, ofreciendo contención emocional y, en muchos casos, funcionando como intermediario para asegurar que se respeten los deseos y decisiones de la mujer.

Por último, el deseo expresado por Fátima de que “el lugar esté limpio” remite a la necesidad de un entorno agradable como condición básica para una atención digna, entendida como un derecho humano fundamental en el ámbito de la salud. Un ambiente respetuoso y adecuado no solo garantiza condiciones de higiene, sino que también resguarda la privacidad y evita exposiciones innecesarias frente a personas ajenas al proceso, factores que inciden de manera directa en la vivencia del parto (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014).

3.5 Acceso a información y fuentes de saber

En este apartado, se analiza el acceso a la información y las fuentes de saber que las mujeres entrevistadas utilizan para construir su conocimiento sobre el embarazo, el parto y los derechos asociados. Se explora cómo, a menudo, esta información es fragmentada y predominantemente informal, obtenida a través de redes sociales y relatos de terceros, con escasas referencias a canales institucionales. Se discuten las implicaciones de esta dinámica en su capacidad para identificar y nombrar la violencia obstétrica, y se resalta la existencia de un deseo activo por una mayor información y concientización colectiva.

El entorno digital aparece como una de las fuentes predominantes:

“Lo vi por Instagram, pero no sabía qué era exactamente. Después me puse a leer un poco y vi cosas que hacen los médicos que están mal. Como que no te preguntan, o te apuran.” (Verónica, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

“Lo escuché en Instagram creo. Después vi una historia que hablaba de eso y ahí entendí más o menos.” (Fátima, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

“Sí, en TikTok también. Pasa que hay cosas que se viralizan... como que no sabés si son verdad o mentira. Pero lo ves y decís, bueno, esto pasa” (Irina, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

Las experiencias compartidas por Verónica, Fátima e Irina reflejan una tendencia creciente: el uso de las redes sociales como una vía fundamental para que las mujeres identifiquen y nombren prácticas de violencia obstétrica que antes estaban naturalizadas. Plataformas como Instagram y TikTok actúan como espacios de socialización donde la viralización de contenidos permite a las usuarias reconocer que situaciones como el ser "apuradas" o que no se les consulte son fallas sistémicas en la atención médica

Irina señala que, si bien no siempre es posible discernir si aquello que se viraliza en redes sociales es “verdad o mentira”, ese contenido le permite reconocer que “esto pasa”. Este proceso puede ser comprendido a partir de la noción de regímenes de verdad, que permite explicar cómo los medios digitales no solo difunden información, sino que también producen y reproducen modelos de comportamiento, emociones y formas de subjetividad socialmente esperadas, las cuales tienden a ser aceptadas como naturales. En este sentido, Bueno (2006, como se citó en Palomar Vereá & Contreras Tinoco, 2022) sostiene que los medios transmiten regímenes de verdad acordes a cada época y contexto sociocultural, que definen qué se debe sentir frente a determinadas situaciones, cómo debe ser y actuar un sujeto particular, e incluso cómo vestir o comportarse en escenarios específicos. Estos regímenes de verdad adquieren legitimidad precisamente por su carácter naturalizado y por su difusión a través de estereotipos, roles y normativas fácilmente reconocibles para los sujetos, lo que facilita su aceptación y reproducción (Galán, 2006).

El hecho de que estas mujeres comienzan a cuestionar las prácticas y la atención recibida las acerca progresivamente al concepto de parto humanizado o parto respetado.

Siguiendo con (Funes, 2011), este modelo propone restituir la autonomía de las mujeres, garantizando su rol protagónico en el proceso de parto y su derecho a tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo. Asimismo, plantea la necesidad de respetar los tiempos fisiológicos, evitando prácticas invasivas que no estén justificadas por el estado de salud de la madre o del bebé, y destaca la importancia del acompañamiento continuo por parte de una persona de confianza, lo cual contribuye a generar mayor seguridad y a reducir los niveles de estrés durante el proceso.

Si bien las redes sociales suelen constituir el principal punto de entrada a la información para muchas mujeres jóvenes, las investigaciones muestran que la valoración de las fuentes varía considerablemente según su origen. Los profesionales de la salud continúan siendo percibidos como la fuente más respetada y confiable, aunque frecuentemente se señala de forma crítica la falta de tiempo, escucha o calidez en las consultas. Las amistades y los familiares son valorados positivamente, especialmente cuando se trata de personas consideradas “expertas” o que han transitado la maternidad recientemente. (Fàbregas et al., 2019). En contraste, los medios digitales suelen ser los peor evaluados en términos de fiabilidad debido a la contradicción y dispersión de datos, aunque siguen siendo los más utilizados para resolver dudas rápidas y atender inquietudes de carácter emocional.

Romina y Mónica, que han tenido mayor cercanía al ámbito sanitario o educativo, logran una comprensión más estructurada:

“Lo he oído en los ambientes hospitalarios... con las oportunidades de las prácticas y la charla con algunas madres” (Mónica, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

“Estuve en una charla en el liceo, una vez, sobre derechos en el embarazo. Fue medio básica, pero me quedó eso de que una tiene derecho a decidir.” (Romina, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

Los testimonios de Mónica y Romina ilustran cómo el conocimiento sobre el parto humanizado y la violencia obstétrica se construye a través de dos canales distintos: la observación directa en entornos institucionales (Mónica) y el acceso a la educación formal sobre derechos (Romina). Mientras que la primera identifica patrones de trato deshumanizado

por su cercanía al ámbito hospitalario, la segunda adquiere conciencia de su autonomía y capacidad de decisión a través de la información pedagógica

Mónica señala que ha “oído” y “charlado” en ámbitos hospitalarios, experiencias que le han permitido identificar situaciones que se corresponden con prácticas de violencia obstétrica, aun cuando no las nombre explícitamente como tales. Este proceso puede entenderse a partir de la naturalización de determinadas conductas violentas dentro de las instituciones de salud, donde prácticas deshumanizadoras, como el trato autoritario o paternalista, han permanecido históricamente invisibilizadas al ser asumidas como “normales” tanto por los profesionales como por las usuarias (Rodríguez Mira & Martínez Gandolfi, 2021).

El testimonio de Romina pone de relieve la importancia de los espacios educativos como instancia clave para cuestionar el modelo de subordinación históricamente asociado a la atención del embarazo y el parto. La noción de que “una tiene derecho a decidir” constituye un pilar fundamental del enfoque de parto respetado, que siguiendo a Funes (2011), propone reconocer a la mujer como una persona sana y protagonista de su propio proceso reproductivo, evitando intervenciones invasivas que no estén clínicamente justificadas.

Asimismo, el acceso a la información sobre derechos sexuales y derechos reproductivos, en particular en relación con el consentimiento informado, resulta central para reducir las barreras asociadas al desconocimiento y habilita a las mujeres a cuestionar protocolos institucionales que limitan su autonomía y capacidad de decisión. (Funes, 2011)

Por otro lado, la inquietud de Sofia subraya una verdad fundamental en la atención de la salud reproductiva: la información es la herramienta principal para restituir la autonomía de la mujer y garantizar que sea la protagonista de su propio proceso. Sin el conocimiento de sus derechos, las prácticas abusivas o deshumanizadas suelen naturalizarse, permitiendo que la jerarquía médica se imponga sobre los deseos y necesidades de la gestante

“Me gustaría primero que nada... informarme de todos mis derechos. Porque si no sabés, no podés reclamar. Y si no reclamás, te pasan por arriba.” Sofia (entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

Basado en marcos legales como la Ley N.º 17.386, siguiendo el análisis de Otero Gómez (2020), el sistema de salud uruguayo reconoce el derecho de toda mujer a estar acompañada por una persona de su confianza durante el trabajo de parto, el parto y el nacimiento, promoviendo el apoyo emocional y evitando situaciones de aislamiento en un momento central de la experiencia reproductiva. Este derecho busca cuestionar prácticas institucionales que históricamente han excluido al entorno afectivo, reforzando la idea del parto como un proceso que no debe vivirse en soledad.

Asimismo, la Ley N.º 18.211, que regula el Sistema Nacional Integrado de Salud, establece un enfoque de atención integral basado en la promoción y prevención, garantizando un abordaje que trasciende lo estrictamente biológico e incorpora dimensiones sociales y culturales. En este marco, los equipos de salud tienen la responsabilidad de brindar información y educación sanitaria que favorezcan el autocuidado y la preparación para la maternidad (Otero Gómez, 2020).

En línea con las Guías de Salud Sexual y Reproductiva, se reconoce el derecho a la información y a la toma de decisiones informadas, asegurando que la gestante reciba orientación clara sobre sus derechos, los cambios propios del embarazo y las posibles intervenciones médicas, así como el derecho al consentimiento informado. Finalmente, el marco normativo uruguayo promueve el parto respetado, entendiendo el parto como un proceso fisiológico natural cuyos tiempos deben ser respetados, evitando intervenciones innecesarias y prácticas deshumanizadoras, y habilitando la elaboración de un plan de parto, aunque su aplicación efectiva pueda verse limitada por protocolos institucionales (Otero Gómez, 2020).

Cuando las mujeres desconocen estos derechos, quedan en una situación de mayor vulnerabilidad frente a la violencia obstétrica, la cual suele permanecer invisibilizada debido a que tanto profesionales de la salud como usuarias tienden a asumirla como parte “normal” de la atención médica.

La reflexión de Verónica pone de manifiesto una de las barreras más críticas en la salud reproductiva: la desinformación y la naturalización de la violencia obstétrica.

“Capaz que se hable más, porque muchas no saben nada. Nadie te explica hasta que lo vivís, y ahí ya es tarde.” Verónica (entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

El sentimiento de que "ya es tarde" cuando se vive la experiencia sin preparación previa es una realidad para muchas mujeres en Uruguay, quienes a menudo solo logran identificar tratos inadecuados retrospectivamente o a través del activismo de otras usuarias

(Fàbregas et al. (2019) explica que el desconocimiento de los términos “violencia obstétrica” o “parto humanizado” no se explica por la ausencia de marcos normativos, sino por las modalidades a través de las cuales el conocimiento circula y se legitima en el sistema de salud. En este sentido, diversas prácticas que implican formas de maltrato han sido históricamente naturalizadas tanto por la sociedad como por el propio personal sanitario, lo que contribuye a que no sean identificadas como situaciones de violencia. A su vez, en las consultas de control, las mujeres suelen recibir información estandarizada y escasa, centrada en aspectos biomédicos, mientras que los profesionales refieren limitaciones de tiempo que dificultan la profundización en dudas vinculadas a dimensiones emocionales, corporales o nutricionales, reforzando así un acceso fragmentado y desigual al conocimiento.

La importancia de “que se hable más”, tal como sugiere Verónica, remite a la necesidad de romper el silencio en torno a las experiencias de embarazo, parto y atención en salud. La investigación muestra que los intercambios informales en espacios como las salas de espera cumplen un rol central, ya que allí las mujeres comparten vivencias, contrastan sus experiencias y construyen parámetros de “normalidad” que les permiten identificar falencias, maltratos o carencias en los servicios de salud (Rostagnol, Grabino y Mesa, 2010).

Este reconocimiento de la falta de información como una barrera y, a la vez, como una oportunidad para empoderarse, constituye un hallazgo central. Las entrevistadas no solo identifican sus limitaciones, sino que manifiestan interés por revertirlas, lo que habilita líneas de acción desde el Trabajo Social centradas en la prevención, la educación popular y la generación de espacios de formación colectiva y anticipatoria.

3.6 Diferencias entre sistemas de salud (público/privado)

En este apartado, se exploran las percepciones de las mujeres entrevistadas respecto a las diferencias en la calidad de la atención obstétrica entre los sistemas de salud público y privado. Se analiza la creencia generalizada de que el sector privado ofrece un trato más

personalizado y respetuoso, en contraste con la percepción de un sistema público colapsado. Sin embargo, también se discuten las perspectivas que desafían esta dicotomía, sugiriendo que la violencia obstétrica puede manifestarse en ambos contextos, y se resalta la demanda por una atención más equitativa y accesible para todas las mujeres.

En primer lugar, se observa una creencia bastante homogénea de que el sistema privado ofrece una atención más cuidadosa, personalizada y respetuosa.

“Privado te atienden mejor, como que te tienen más paciencia, me parece.”
(Antonella entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

“En lo privado te dan más bola, te hacen caso. Capaz hasta podés elegir más cosas.”
(Verónica, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

En contraposición, el sistema público es descrito como colapsado, rápido y poco contenedor:

“Todo más rápido” (Sofía, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

“Siento que está todo el tiempo como muy lleno... creo que para las madres eso debe ser complicado” (Beatriz, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

La creencia de que el sistema privado garantiza una atención superior se encuentra ampliamente extendida; sin embargo, la evidencia disponible muestra un escenario más complejo, atravesado por claroscuros. Si bien el subsector privado se caracteriza por una mayor agilidad administrativa y menores tiempos de espera, el sistema público presenta resultados competitivos en términos de satisfacción de las usuarias y seguridad clínica, aunque enfrenta mayores dificultades en el acceso oportuno a estudios diagnósticos.

En este marco, Briozzo, Tomasso y Colistro (2019) señalan que la supuesta “mayor capacidad de elección” asociada al sector privado encierra una paradoja: lejos de traducirse en mejores resultados, suele vincularse con una medicalización excesiva del nacimiento. Según sus hallazgos, una mujer asistida en el ámbito privado presenta entre un 18% y un 18,7% más de probabilidad de finalizar el parto mediante cesárea en comparación con

quienes se atienden en el sistema público, incluso tras ajustar por variables de riesgo. Asimismo, los autores destacan que estas mayores tasas de intervención quirúrgica no se asocian con mejores resultados perinatales, como el puntaje de Apgar, lo que cuestiona la idea de una atención clínicamente superior. A esto se suma la menor participación de parteras en el sector privado: mientras que en el sistema público alrededor del 40% de los partos son asistidos por estas profesionales —consideradas un factor protector del parto vaginal—, en el ámbito privado su participación desciende al 9%.

En relación con la calidad del trato y la satisfacción de las usuarias, las percepciones individuales no siempre se corresponden con los resultados de las encuestas disponibles. Estudios señalan que el trato respetuoso es valorado de manera similar en ambos subsistemas, sin diferencias estadísticamente significativas entre el sector público y el mutual. En esta línea, datos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE, 2011) muestran niveles de satisfacción que, en algunos casos, superan la media del mutualismo, y revelan que un 94% de sus usuarios recomendaría el servicio público a personas cercanas. No obstante, la evidencia también indica una mayor prevalencia de prácticas clínicas no recomendadas en el sistema público, reportadas por el 63% de las usuarias, frente al 45% en el sector mutual, lo que introduce tensiones en la evaluación global de la experiencia de atención.

Las diferencias más marcadas entre ambos sectores se observan en términos de accesibilidad y tiempos de espera. En el sistema público, los plazos para acceder a consultas con especialistas suelen ser considerablemente más prolongados que en las instituciones de asistencia médica colectiva y en los seguros privados. En el caso de la ginecología, por ejemplo, el tiempo promedio de espera en ASSE alcanza los 20 días, frente a los 3,4 días registrados en el sector mutual (ASSE, 2011). Asimismo, el acceso a estudios diagnósticos presenta mayores obstáculos en el ámbito público: un 30% de las usuarias de ASSE manifiesta dificultades para acceder a ecografías, en comparación con el 19% en el sector privado, situación que suele vincularse a la obsolescencia de equipamiento y a la escasez de personal técnico en los hospitales públicos.

Cabe señalar que se trata de información producida hace más de una década y que no se cuenta con estudios públicos recientes que actualicen comparativamente estos indicadores, lo que constituye una limitación para el análisis actual del sistema.

Finalmente, la violencia obstétrica aparece como una problemática transversal a ambos subsistemas, aunque adopta modalidades diferenciadas. Magnone (2011) plantea que en el sector público, se asocia con mayor frecuencia a la saturación de los servicios, la atención brindada por personal en formación y la escasa privacidad en salas compartidas. En el ámbito privado, en cambio, tiende a manifestarse a través del uso excesivo de técnicas invasivas y de la presión para realizar cesáreas o inducciones sin justificación clínica suficiente.

No obstante, algunas entrevistadas expresan una mirada más crítica, reconociendo que la violencia obstétrica y el maltrato pueden producirse en ambos contextos, desafiando la falsa dicotomía entre lo público como negativo y lo privado como protector.

“He escuchado malas experiencias y malos tratos en ambos lados. No es que uno sea seguro y el otro no. A veces depende más de quién te toque.” (Mónica, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

El testimonio de Mónica coincide plenamente con la evidencia recolectada en diversas investigaciones y foros de usuarias en Uruguay: la violencia obstétrica y el trato deshumanizado no son exclusivos de un solo sector, sino que se manifiestan de formas distintas tanto en el ámbito público como en el privado. “El trato fue percibido como más respetuoso sin diferencias por tipo de cobertura en el SNIS. Las respuestas en usuarias de ASSE y de mutualistas registran guarismos similares para cada afirmación, por cada situación y en cada etapa de la atención.” (Belli, 2013, p. 3). La realidad del sistema uruguayo respalda la idea de que la calidad de la experiencia a menudo depende de la institución específica, del personal de turno y del modelo de atención aplicado.

Finalmente, también emergen demandas por una atención más equitativa y accesible:

“A mí me gustaría que sea de forma pública y privada lo más similar posible” (Romina, entrevista realizada el 12 de junio de 2025).

La demanda de Romina por un sistema donde la atención pública y privada sean "lo más similar posible" refleja una tensión central en el sistema uruguayo: aunque el modelo

busca la cobertura universal, la segmentación genera brechas profundas en accesibilidad, tiempos de espera y modelos de intervención clínica.

La brecha en los tiempos de espera constituye una de las diferencias más notorias percibidas por las usuarias y usuarios, que no se relaciona necesariamente con la calidad médica, sino con la oportunidad de acceso a la atención. En el caso de ginecología, por ejemplo, mientras que una usuaria en un seguro privado puede ser atendida en apenas 0,5 días, en el sector mutual (IAMC) el tiempo de espera asciende a 3,4 días y en el sistema público (ASSE) se dispara a 20 días. Esta tendencia se repite en otras especialidades: en pediatría, la espera promedio alcanza 9,6 días en el sector público, frente a 1,2 días en el mutual (Fonasa.info, s. f.). A pesar de la existencia de un decreto —N.º 359/007— que establece plazos máximos de atención, la realidad evidencia que el sector público enfrenta dificultades estructurales para cumplirlos, debido a la distribución desigual de especialistas y a la gestión de agendas, lo que impacta directamente en la experiencia de las usuarias y usuarios. (Fonasa.info, s. f.).

Reflexiones finales

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar las percepciones y saberes de mujeres sin experiencia de parto en Uruguay respecto a la violencia obstétrica, con el fin de identificar cómo se construyen anticipadamente imaginarios, miedos y representaciones en torno al embarazo, el parto y el sistema de salud. A través de entrevistas semiestructuradas a mujeres jóvenes con distintos niveles educativos y trayectorias vitales, se buscó comprender qué conocimientos poseen sobre la violencia obstétrica, cómo acceden a la información y qué lugar imaginan para sí mismas en un futuro proceso reproductivo. Asimismo, se exploró en qué medida las estructuras de género, los discursos sociales y las barreras institucionales condicionan su capacidad de decisión y reconocimiento de derechos, incluso antes de atravesar la experiencia del parto.

El abordaje cualitativo adoptado permitió acceder a un conjunto valioso de saberes, emociones, representaciones y tensiones que estas mujeres expresan en torno a una experiencia aún no vivida, pero profundamente moldeada por discursos sociales, relatos

ajenos y lógicas institucionales. El análisis de los testimonios permitió profundizar en la manera en que la violencia obstétrica es pensada, anticipada y significada por mujeres que todavía no han atravesado un parto, aportando una mirada situada sobre los procesos previos a la experiencia reproductiva.

Uno de los aportes centrales del trabajo es haber visibilizado que la violencia obstétrica no comienza ni termina en la sala de partos. Por el contrario, su configuración simbólica y cultural se gesta mucho antes, en una trama de sentidos que estas mujeres incorporan desde temprana edad, en diálogo con mandatos de género, representaciones sobre la maternidad y experiencias compartidas. Las seis categorías analizadas dan cuenta de este proceso, confirmando que la violencia obstétrica se anticipa en forma de temores, imaginarios, silencios y una ausencia notoria de información accesible y confiable.

Las representaciones sobre el parto revelaron un imaginario colectivo predominantemente negativo, asociado al dolor, la pérdida de control, el caos y el sufrimiento. Esta construcción simbólica incide directamente en la forma en que las mujeres se posicionan frente a su futuro reproductivo y frente a los dispositivos médicos que, lejos de ser neutros, reproducen en muchos casos relaciones de subordinación. Este hallazgo refuerza la necesidad de problematizar los discursos anticipatorios como una estrategia central en la prevención de la violencia obstétrica.

En relación con el conocimiento del concepto de violencia obstétrica, si bien la mayoría de las entrevistadas no lo identificaba inicialmente como tal, fue posible observar una comprensión intuitiva de las prácticas vividas o relatadas como vulnerantes. Esta capacidad de reconocer lo violento, aun sin contar con un lenguaje técnico o jurídico específico, pone en evidencia la existencia de saberes situados que, aunque frecuentemente deslegitimados por el discurso médico o institucional, resultan fundamentales para la construcción de ciudadanía sexual y reproductiva. La autonomía aparece así como un valor deseado, pero también como un proceso en disputa dentro de un sistema que tiende a infantilizar, desinformar o minimizar la voz de las mujeres.

Por otra parte, el análisis de la categoría vinculada a la seguridad y el temor en la atención permitió identificar que los relatos de violencia o maltrato circulan socialmente y generan efectos emocionales significativos incluso en mujeres que no han atravesado la experiencia del parto. El miedo emerge como un elemento transversal, que condiciona expectativas y posicionamientos, y que se ve parcialmente contrarrestado por el deseo de

acompañamiento, escucha y contención. En este sentido, la información se presenta como un recurso clave para el empoderamiento, aunque su acceso continúa siendo limitado, fragmentado y mayoritariamente informal.

El contraste entre los sistemas de salud público y privado reafirma la existencia de desigualdades estructurales, pero también cuestiona la dicotomía que asocia automáticamente al sector privado con una atención respetuosa y al público con prácticas violentas. Si bien muchas mujeres perciben una mayor personalización en el ámbito privado, también reconocen que la violencia obstétrica atraviesa a ambos sistemas y responde a lógicas institucionales más profundas. Este reconocimiento señala la necesidad de transformaciones estructurales que incluyan no solo la atención obstétrica, sino también los modelos de formación profesional y la promoción de derechos desde una perspectiva de género.

En síntesis, esta investigación permitió no solo dar respuesta a los objetivos planteados, sino también abrir nuevos interrogantes y desafíos. Se evidenció que las mujeres jóvenes sin experiencia de parto no son “vírgenes” en términos simbólicos frente al sistema de salud, sino que llegan a él cargadas de miedos, expectativas, silencios y saberes incompletos. En este sentido, el Trabajo Social tiene un rol central en la transformación de estas representaciones, en la difusión de información clara y accesible, y en la generación de espacios de escucha, reflexión y formación que promuevan la autonomía desde etapas previas a la maternidad.

Finalmente, esta tesis reafirma que la violencia obstétrica no constituye una excepción, sino una manifestación de un entramado más amplio de desigualdades de género. Al centrar la mirada en mujeres que aún no han atravesado un parto, se pone el foco en la prevención, la anticipación crítica y la posibilidad de construir otros futuros posibles, en los que las mujeres puedan transitar la maternidad —si así lo eligen— desde la autonomía, el respeto y la dignidad.

Quiero agradecer profundamente a las mujeres que participaron en este estudio, quienes compartieron con generosidad sus percepciones, inquietudes y saberes. Muchas de ellas no habían reflexionado previamente sobre esta temática, y pensar el parto o la violencia obstétrica sin haberlos vivido puede resultar abstracto o incómodo. Aun así, aceptaron el desafío de interrogar sus propios cuerpos, derechos y futuros posibles, contribuyendo a visibilizar una forma de violencia de género que con frecuencia permanece naturalizada o

deslegitimada. Sus voces fueron fundamentales para construir una mirada crítica y comprometida con la autonomía de las mujeres desde antes de la maternidad.

Bibliografía

Administración de los Servicios de Salud del Estado. (2011, noviembre). *Resumen ejecutivo*. ASSE.

Aguirre, R. (2016). *Desigualdades, cuidados y bienestar: Miradas desde el sur*. UNFPA.

Baththyány, K. (2004). *Cuidado infantil y trabajo: ¿Un desafío exclusivamente femenino?* CEPAL.

Baththyány, K. (2015). *Desigualdades de género en el acceso a los cuidados de salud en América Latina*. CLACSO.

Belli, L. F. (2013). *La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos*. Revista Redbioética/UNESCO, 4(1), 25–34.

Bermúdez, D. A. L. (2023, diciembre 26). *Parir en casa, lejos de la violencia obstétrica en Colombia*. El Tiempo.
<https://www.eltiempo.com/justicia/investigacion/violencia-obstetrica-un-problema-estructural-institucional-y-de-genero-839027>

Bourdieu, P. (1999). *La dominación masculina*. Anagrama.

Briozzo, L., Tomasso, G., & Colistro, V. (2019). *Análisis de la vía del parto en los diferentes escenarios asistenciales en Uruguay*. Revista Médica del Uruguay, 35(2), 94–104.
<https://doi.org/10.29193/RMU.35.2.1>

Camacaro, M. (2009). *Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico: Improntas de la praxis obstétrica*. Revista Venezolana de Estudios de la Mujer, 14(32), 147–162.

Castellanos, C., & Terán, P. (2012). *Violencia obstétrica: Percepción de las usuarias* (Tesis de especialidad). Universidad Central de Venezuela.

Castro, R. (2001). *Bases para una política nacional de humanización en la atención del proceso reproductivo*. En H. Muñoz et al. (Eds.), *Nacer en el siglo XXI: De vuelta a lo humano* (pp. 211–223). MINSAL.

Castro, R. (2010). *Habitus profesional y ciudadanía: Hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México*.

Castro, R., & Erviti, J. (2014). *Violencia obstétrica en América Latina: Un enfoque desde los derechos humanos*. *Salud Pública de México*, 56(5), 472–480.

Castro, R., & Farías, M. C. (2022). *Introducción: Violencia simbólica, violencia obstétrica y ciencias sociales*. En N. Magnone & M. C. Farías (Eds.), *Violencia obstétrica y ciencias sociales: Estudios críticos en América Latina*. UNAM.

Dahlke, L. J. (2009). *Essays on childbirth: The why and how*. *Women's Studies*, 38(5), 577–596.

<https://doi.org/10.1080/00497870902952932>

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

Duden, B. (1983). *The woman beneath the skin*. Harvard University Press.

Espinoza, L. (2022). *Violencia obstétrica y subjetividad femenina en contextos institucionales*. *Revista Estudios de Género*, 32(1), 45–64.

Farías, C. (2014). *Vivencias y significados de la cesárea para las mujeres que han pasado por la experiencia* (Tesis de maestría). Universidad de la República.

Farías, C., & Magnone, N. (2021). *Parir en Uruguay en contexto de pandemia por COVID-19*. En G. G. H. Vázquez et al. (Orgs.), *Vivências de mulheres no tempo e espaço da pandemia de Covid-19*. CRV.

Fonasa.info. (s. f.). *Tiempos de espera en el sistema de salud: Derechos, normativa y cómo reclamar*.

<https://fonasa.info/blog/tiempos-espera-sistema-salud/>

Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. Siglo XXI.

Gallardo Duarte, R., & Echetto, M. P. (2021). *Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de COVID-19*. *Revista de Derecho Público*, 30(59), 48–66.

Gibbs, G. (2007). *Analyzing qualitative data*. Sage.

Hernández Garre, J. M., & Echevarría Pérez, P. (2016). *Sociología del parto*. *Revista Internacional de Sociología*, 74(1), e025. <https://doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>

Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*, Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education, Año de edición: 2018, ISBN: 978-1-4562-6096-5, 714 p.

Illich, I. (1975). *Némesis médica*. Barral.

Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales* (7.^a ed.). Presses Universitaires de France.

Kitzinger, S. (1983). *The experience of childbirth*. Penguin Books.

Lagarde, M. (1996). *Los cautiverios de las mujeres*. Siglo XXI.

Magnone, N. (2010). *Derechos y poderes en el parto* (Tesis de maestría). Universidad de la República.

Magnone, N., & Viera, M. (2014). *Aportes desde una ética feminista para el abordaje social: reproducción y autonomía en foco*. *Fronteras*, (8).

Magnone, N., & Farías, M. C. (2022). *Violencia obstétrica en Uruguay*. *Musas*, 7(2), 62–80.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Recomendaciones sobre la atención al parto*. OMS.

Quattrocchi, P., & Magnone, N. (2020). *Violencia obstétrica en América Latina*. EDUN. La Cooperativa.

Sadler, M. (2004). *Así me nacieron a mi hija*. En *Nacer, educar, sanar* (pp. 15–66). UNESCO.

Scott, J. W. (1996). *Gender and the politics of history*. Columbia University Press.

Segato, R. L. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Katz.

Tuana, A. (2019). *Violencia de género*. RUCVDS.

Vallana Sala, V. (2019). *Violencia obstétrica durante la atención del parto en Colombia*. *Revista Ciencias de la Salud*, 17(especial).
<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.8125>