

Máster en Estudios de Género y Políticas de Igualdad
Trabajo de Fin de Máster

Vulneración de los derechos sexuales y
reproductivos de las mujeres:
la violencia obstétrica

Alumna: Marta Losa Hervera
Tutora: M^a Pilar Matud Aznar
01/07/2019

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción	2
2. Antecedentes y estado actual	3
2.1. Derechos sexuales y reproductivos	3
2.2. Género y salud	7
2.3. La construcción androcéntrica de la ciencia	9
2.4. El control patriarcal sobre el cuerpo de las mujeres	11
2.5. La violencia obstétrica como otra forma de violencia contra las mujeres.....	13
3. Metodología	15
4. Resultados	16
5. Discusión y posicionamiento	59
6. Conclusiones	64
7. Bibliografía	67

VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES: LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

1. INTRODUCCIÓN

En el 2014 la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la publicación *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud* declara que todas las mujeres “tienen derecho a recibir el más alto nivel de cuidados en salud, que incluye el derecho a una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación” (p. 1). Ante esta problemática, reclama una acción más enérgica, diálogo, investigación y apoyo en este importante problema de salud pública y de derechos humanos. La evidencia empírica recogida en dicha publicación sugiere que el trato irrespetuoso y ofensivo a las mujeres durante el parto es bastante frecuente. Se exponen algunas formas de violencia como el maltrato físico y verbal, los procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos, la falta de confidencialidad, el incumplimiento con la obtención del consentimiento informado completo, la negativa a administrar analgésicos, las violaciones de la privacidad, el rechazo a la admisión, la negligencia hacia las mujeres durante el parto y la retención de las mujeres y recién nacidas/os por incapacidad de pago.

Aunque han pasado varios años de dicha publicación de la OMS, en la actualidad no existe un consenso internacional sobre cómo definir y medir científicamente el maltrato y la falta de respeto que reciben las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Algunas investigaciones, organizaciones no gubernamentales e instituciones utilizan el concepto de *violencia obstétrica (obstetric violence)* para definir y denunciar esta vulneración de los derechos humanos, aunque también se emplean otros términos tales como falta de respeto y abuso durante el parto, maltrato durante el nacimiento, o trato deshumanizado. Al respecto destaca que el concepto *violencia obstétrica* no está recogido en la legislación de la mayoría de países, a excepción de algunos de Latinoamérica como Venezuela, Argentina, Panamá y México donde está presente en sus leyes. La Ley Orgánica del 23 de abril de 2007 sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de

violencia de la República Bolivariana de Venezuela considera la violencia obstétrica como una forma de violencia de género y la 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. 9)

La violencia obstétrica es una vulneración de los derechos humanos (White Ribbon Alliance, 2011). Para promover el Cuidado Materno Respetuoso (CMR) y luchar contra la falta de respeto y abuso antes, durante y después del parto, la Alianza de la Cinta Blanca o White Ribbon Alliance (2011) desarrolló los *Siete Derechos de las Mujeres en Edad Reproductiva* basados en instrumentos internacionales reconocidos de derechos humanos, según los cuales toda mujer tiene derecho a estar libre de violencia y maltratos; a obtener información, al consentimiento o rechazo informado y al respeto de sus decisiones y preferencias, incluida la selección de acompañamiento durante el periodo de cuidado materno; a la privacidad y confidencialidad; a ser tratada con dignidad y respeto; a la igualdad, a la no discriminación, a cuidados equitativos; a recibir cuidados médicos oportunos y el nivel de salud más alto posible; y a la libertad, autonomía, a decidir por sí misma y estar libre de toda coacción.

2. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL

2.1. Derechos sexuales y reproductivos

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD), celebrada en El Cairo en 1994, se hizo una llamada para que todos los Estados garantizaran el acceso a los servicios de salud reproductiva. El capítulo 7 del informe de la ICPD (1994, p. 37) recoge que la salud reproductiva es “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”. Así, la salud reproductiva “entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”.

Para que esto sea posible, se incluye el derecho a acceder a servicios y métodos de planificación familiar y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos. También se define la atención de la salud reproductiva como “el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva”. Incluye también la salud sexual, “cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”. Por lo tanto, la atención a la salud reproductiva debe incluir la atención a la salud sexual, ya que ambas están relacionadas, aunque no son lo mismo.

En la misma conferencia (ICPD, 1994, p. 37) se reconocen los derechos reproductivos basados en el reconocimiento del “derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva”. A lo que añaden el “derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos”. Tal como plantea Sánchez-López (2014), no fue posible introducir el concepto de *derechos sexuales* ante las reticencias de los Estados más conservadores que los interpretaban como incitadores a la homosexualidad y a la promiscuidad sexual. La Santa Sede expresó sus reservas sobre los términos *salud sexual y reproductiva* y *derechos reproductivos* ya que considera que el aborto o el acceso a él, la anticoncepción y la planificación familiar no son dimensiones de los términos anteriores. Tampoco están de acuerdo en referirse a parejas o individuos puesto que la sexualidad, para la Santa Sede, se limita a parejas casadas de un varón y una mujer (ICPD, 1994).

De las definiciones acordadas en la ICPD se desprende que la sexualidad es un aspecto transversal de la vida de las mujeres y no debe referirse exclusivamente a la reproducción. Como apunta Lagarde y de los Ríos (2011) la sexualidad sobrepasa al cuerpo y a la persona y es “un complejo de fenómenos bio-socio-culturales que incluye a los individuos, a los grupos y a las relaciones sociales, a las instituciones y a las concepciones del mundo -sistemas de representaciones, simbolismo, subjetividad, ética

diversa, lenguaje- y desde luego al poder” (p. 208). Las vulneraciones de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son fácilmente detectables en algunos casos, aunque en otros pueden ser difíciles de reconocer ya que se tratan de comportamientos normalizados e interiorizados por la sociedad. La vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres puede suceder a lo largo de todo el ciclo vital y algunos ejemplos son la violencia sexual; el embarazo y/o matrimonio infantil; la mutilación genital femenina; las esterilizaciones forzosas; la falta de acceso a métodos anticonceptivos y a protección frente a enfermedades de transmisión sexual; la carencia de educación afectivo-sexual; la falta de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo de forma segura; la criminalización del aborto o de las relaciones sexuales fuera del matrimonio; la discriminación por motivos de orientación sexual, clase social u origen; o la falta de acceso a servicios integrados de salud sexual y reproductiva. El abuso de patologización y medicalización del cuerpo de las mujeres sucede en diferentes dimensiones de la salud sexual y reproductiva, tanto física como psicológica, y también representa una vulneración de sus derechos.

El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva sigue siendo insuficiente para muchas mujeres. Según los datos referidos a planificación familiar de la OMS (2018), en los países en desarrollo unos 214 millones de mujeres en edad fecunda desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo moderno. Dicha organización afirma que la planificación familiar y el acceso a anticonceptivos resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres. También desde la OMS (2018), se advierte que casi 830 mujeres se mueren cada día por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, siendo las jóvenes menores de 15 años las que corren mayor riesgo de complicaciones y muerte a consecuencia del embarazo. Además, se declara que el 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo y las principales causas de las muertes maternas son las hemorragias graves, las infecciones, la hipertensión gestacional, las complicaciones en el parto y los abortos inseguros. Sin embargo, los servicios de salud sexual y reproductiva no pueden limitarse a la integridad física. Como se defiende desde White Ribbon Alliance (2011), el concepto de *maternidad segura* debe ampliarse más allá de únicamente prevenir la mortalidad o morbilidad, “debe abarcar el respeto por los derechos humanos fundamentales de las mujeres, incluido el respeto por la autonomía de la mujer, su dignidad, sentimientos, decisiones y preferencias, incluso el acompañamiento durante el cuidado materno” (p. 1).

En España, la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, en su artículo 7 de atención a la salud sexual y reproductiva expone que la calidad de los servicios de atención a la salud sexual integral debe ser garantizada por los servicios públicos, al igual que “la promoción de estándares de atención basados en el mejor conocimiento científico disponible y la provisión de servicios de calidad para atender a las mujeres y a las parejas durante el embarazo, el parto y el puerperio” (p.8). En el 2011, como parte del desarrollo de la ley, se elabora la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Ninguno de estos dos documentos recoge el concepto de *violencia obstétrica* como tal, aunque se aconseja no medicalizar el embarazo en mujeres sanas, evitar prácticas invasivas o molestias que sean innecesarias, crear un entorno favorable para el parto y cuidar el bienestar de las mujeres. Además, en la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2011) se destaca que una de las mayores dificultades para cambiar las rutinas de las prácticas clínicas se encuentra en la formación recibida por el personal sanitario: “resulta necesario actualizar los conocimientos y habilidades, profundizando en la comprensión de la fisiología del parto desde un enfoque de género y teniendo presente que se trata de una atención hospitalaria a un proceso de salud, no de enfermedad” (p. 138).

Otra dificultad añadida para acabar con la violencia obstétrica tiene que ver con la falta de estadísticas públicas en materia obstétrica, como expone García (2017) al referirse al caso español, “a pesar de que cada vez más voces demanden unos datos fiables de esta índole [...] la gran mayoría de centros hospitalarios no miden sus prácticas, ni las evalúan ni hacen autocrítica alguna” (p. 97). Desde muchos campos del saber no se presta la suficiente atención o directamente se niega la existencia de violencia obstétrica. Brigidi y Ferreiro-Mediate (2018) afirman que no existe una ley específica sobre violencia obstétrica en el marco jurídico español como sucede en Venezuela, Argentina y México, “no obstante, las prácticas que la constituyen se encuentran prohibidas, en el Código Penal y en la Constitución: derecho a la integridad física y moral (artículo 15), a la libertad personal (artículo 17) y a la intimidad (artículo 18)” (p. 42). Más allá de las diferentes posiciones legales y morales, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres son derechos humanos que están vinculados a los derechos fundamentales de dignidad, integridad e intimidad personal, como se recoge en diversos textos internacionales. La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, afirma que los gobiernos “están obligados a no interferir en ese

tipo de decisiones, pero, también, deben establecer las condiciones para que se adopten de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo precisen servicios de atención sanitaria, asesoramiento o información” (p. 3).

2.2. Género y salud

Se puede decir, de forma concisa, que la categoría *género* supone que socialmente se presuman expectativas y comportamientos diferenciales entre mujeres y hombres. El género constituye relaciones de poder entre los sexos en las cuales los hombres pertenecen al grupo dominante, aunque las desigualdades también tienen impactos negativos para ellos. Estas relaciones de poder condicionan la forma de relacionarse entre sexos y tienen un impacto más negativo para las mujeres como grupo oprimido. El sexo, entendido como una categoría binaria hombre-mujer otorgada en función de ciertos rasgos biológicos, interactúa con el género, entendido como imposición social de la categoría binaria femenino-masculino. Aunque el sexo no determina la identidad de género, la norma social impone el género masculino a los hombres y el femenino a las mujeres. Tanto el sexo como el género repercuten de diversas maneras en la salud de las personas.

Como apunta Sánchez-López (2014) las diferencias debidas al sexo biológico y las relacionadas con la imposición del género (psicosocioculturales) son parte de este contexto y deben ser consideradas en el estudio de la salud para alcanzar la equidad en la atención a la salud. Las diferencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales entre mujeres y hombres afectan, entre otras cosas, a la etiología, los factores de riesgo, la presentación y el curso de la enfermedad, y la respuesta a la intervención y tratamiento. Estas diferencias entre mujeres y hombres conducen a distintas necesidades e interacciones en los sistemas de salud. Algunos determinantes de la salud son fácilmente identificados tales como el nivel de ingresos, la edad, el estatus social, las condiciones de trabajo, el nivel educativo, los hábitos de salud, la situación geográfica, el acceso a los servicios de salud, la red de apoyo social, las condiciones de vida, etc. No se puede obviar que todos estos factores se ven influenciados también por el sexo y el género. La intersección de los determinantes de salud influye a lo largo de la vida de una persona sobre los riesgos, posibilidades, comportamientos y manifestaciones de su salud. Por este

motivo, es primordial tener en cuenta el sexo y el género a la hora de implementar y evaluar intervenciones sobre la salud.

No sería hasta los años 90 cuando surge la disciplina científica de *Salud de las Mujeres* al ponerse de manifiesto la falta de comprensión sobre el tema. Para Sánchez-López (2014) estas lagunas de conocimiento se deben a cuatro factores principales. El primero, la identificación de la salud de las mujeres exclusivamente con su salud sexual y reproductiva ignorando otros aspectos de su cuerpo así como las diferencias existentes entre las mismas mujeres. El segundo, la falta de representación histórica de las mujeres en la investigación, la poca financiación para investigar sobre su salud y el predominio de publicaciones sobre aspectos reproductivos frente a otros aspectos. El tercero, la asunción predominante de la mayoría de los ensayos clínicos de que no hay diferencias entre sexos en la experiencia y manifestación de los trastornos. Y el cuarto, la falta de reconocimiento a los determinantes sociales de la salud de las mujeres, es decir, la falta de sensibilidad al género en temas de salud. Valls-Llobet (2010) añade que el sesgo de género en lo referente al tratamiento de las enfermedades se manifiesta en la ausencia de mujeres en los ensayos clínicos, de forma que los resultados obtenidos de los ensayos clínicos en población masculina se han extrapolado de forma inadecuada para el uso clínico en mujeres; la medicalización excesiva de procesos naturales de las mujeres como la menstruación, la menopausia, la salud mental, el embarazo o el parto; y la no asistencia de los procesos biológicos o sociales de las mujeres (interacciones entre condiciones biológicas, psicológicas, sociales y medioambientales) que pueden causar malestar y la fatiga.

La igualdad de género en salud significa, según la Organización Panamericana de la Salud (2010, p. 28-29), “que las mujeres y los hombres, las niñas y los niños se encuentren en igualdad de condiciones para realizar plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo de la salud y beneficiarse de los resultados”. Desde dicha organización se destaca que poder llevar una vida sana es un derecho humano al igual que tener las mayores posibilidades y apoyo para llevar una vida sana. En este sentido, se resalta que existe evidencia de que el contexto personal, social, económico y político influye en la salud de las personas.

2.3. La construcción androcéntrica de la ciencia

Para comprender el fenómeno de la violencia obstétrica es necesario revisar el contexto histórico-cultural patriarcal. Desde el inicio de la sociedad patriarcal, las mujeres han sido propiedad de los hombres a las que se les impuso el rol social del cuidado del hogar y de la familia. La religión y la ciencia médica han sido las fuentes más poderosas de ideología sexista a lo largo de la historia. En el pensamiento tradicional bíblico las mujeres han sido definidas como versiones “defectuosas” de los hombres y durante mucho tiempo las teorías científicas de la superioridad masculina describirían la biología femenina como frágil, débil e imperfecta por naturaleza, es lo que Lagarde (2011) define como la “incompletud de la mujer que se funda en la realidad social y concepciones dominantes sobre las mujeres en la sociedad y cultura patriarcales” (p. 778). La idea de la inferioridad de la mujer se seguiría reproduciendo y reforzando durante siglos. Como explican Bosh, Ferrer y Gili (1999), cuando la psicología aparece como ciencia independiente no se incluiría una revisión crítica sobre la concepción de la mujer, sino que desde diferentes escenarios “se exacerbó la defensa de la mujer entendida como hembra mantenedora de la especie, poseedora de una psicología pasiva y masoquista [...] antiguos argumentos antes sustentados desde la biología y anatomía ahora reciben nuevos impulsos de la psicología y sociología” (p. 56). Las mujeres fueron definidas por su condición de madres y, con ello, la idea de que son seres emocionales e intelectualmente inferiores por naturaleza sería aceptada culturalmente y avalada por la ciencia durante siglos.

En base a este orden patriarcal, las mujeres serían apartadas del mundo del conocimiento y durante siglos se les negará el derecho a la educación y a la participación en actividades realizadas en el espacio público, reservado exclusivamente para los hombres. Muchas se enfrentarán a enormes dificultades, incluso a la muerte, por realizar actividades fuera del ámbito del cuidado del hogar y la familia. En consecuencia, las contribuciones de las mujeres al mundo del conocimiento se verían muy limitadas, incluyendo las relacionadas con el desarrollo de la ciencia. A pesar de los impedimentos, en la actualidad se siguen recuperando y visibilizando importantes aportaciones de las mujeres a la ciencia, muchas veces atribuidas a hombres cercanos a ellas. El papel de las mujeres en la sociedad, aunque infravalorado, ha sido imprescindible para la supervivencia de la humanidad, puesto que eran ellas las encargadas del ámbito de los

cuidados. Esta asociación de la esfera privada a las mujeres va a permitir que los hombres se adueñen del discurso hegemónico del conocimiento, y por lo tanto, tendrán el poder de construir y definir las estructuras de la vida social, política y económica, incluyendo la institución científica. La construcción androcéntrica de la sociedad sería reforzada por la insistencia de la autoridad científica en definir y representar a las mujeres como seres intelectualmente inferiores. La ciencia ha estado sesgada por valores, prejuicios y preconcepciones sexistas, racistas, clasistas y otras razones ideológicas externas. El momento histórico, la cultura, las concepciones del mundo y el contexto político y social influyen en la forma de hacer ciencia, al igual que las concepciones culturales de lo que significa ser mujer u hombre.

Antes de que la ciencia se institucionalizara, las mujeres habían sido las primeras sanadoras de la historia occidental que realizaban labores de médicas, anatomistas, farmacólogas y comadronas, y muchas de ellas serían castigadas y asesinadas por brujas. La represión durante más de cuatro siglos de estas mujeres, bajo el avance de la medicina institucional, fue una lucha política que reforzaría la posición social inferior de las mujeres. Además, las sanadoras ejercían principalmente entre las clases más pobres que quedarían apartadas de la autoridad científica institucional. La historia convencional de la medicina defiende que la ciencia (masculina) sustituyó a la superstición (femenina), sin embargo, muchos estudios constatan que los científicos ejercían inventivas no contrastadas con la práctica mientras que las sanadoras realizaban métodos mucho más humanos y empíricos. Los hombres tomaron el poder de la ciencia médica activamente excluyendo el conocimiento de muchas mujeres de los libros y de la ciencia oficial (Ehrenreich, 1984).

Históricamente, la cultura patriarcal ha excluido a las mujeres del espacio público y las ha relegado al rol de madres y esposas. Como consecuencia, la definición y la descripción de su biología se centraría en la capacidad reproductiva y en las cualidades deseables para el cuidado. Esto se manifiesta en las teorías avaladas por la ciencia en el pasado, como la de que la matriz absorbe la energía de las mujeres dejándolas en estado continuo de debilidad o la de que las mujeres son seres emocionales incapaces de pensar de forma racional debido a las hormonas femeninas. Como apunta Posada-Kubissa (2015) “la asociación de la mujer con la corporalidad, su conceptualización como esencialmente

cuerpo, permitió concebirla siempre, con diferentes expresiones históricas, como ese lado oscuro e irracional de lo humano, al que la razón debía controlar” (p. 110).

2.4. El control patriarcal sobre el cuerpo de las mujeres

La construcción androcéntrica de la sociedad conlleva una sobrevaloración de la racionalidad y una infravaloración de la corporalidad. Lo masculino representa la razón y, por lo tanto, la autoridad. Por el contrario, lo femenino representa lo corporal, lo irracional que el hombre tiene que controlar. De esta manera, la producción del conocimiento incluye un imaginario colectivo que representa el cuerpo de las mujeres desde la mirada masculina, es decir, cuerpos que necesitan ser controlados por los hombres y al servicio de ellos. Esta producción simbólica de lo que significa la *feminidad* es reforzada a través de los roles y estereotipos de género, que se reproducen y que son reforzados a través de numerosos productos culturales como por ejemplo el arte o la publicidad. En este sentido, para el orden patriarcal la maternidad carece de valor social y simplemente es definida y representada como natural, instintiva o biológica para las mujeres, justificando así que se tenga que intervenir sobre sus cuerpos, incluyendo el control de la gestación y el nacimiento. La ausencia de corresponsabilidad en los cuidados de los hombres, la falta de servicios sociales y de políticas públicas para la conciliación de la vida personal y profesional, son algunos ejemplos que ponen de manifiesto el poco valor social atribuido a la maternidad. Como afirma Sau (1995) “La maternidad biológica (concepción, embarazo y parto) así como por extensión la crianza, no puede ser considerada maternidad desde una perspectiva de rango humano si no va seguida de su correspondiente trascendencia en lo económico, político y social” (p. 21).

A lo largo de la historia, las instituciones representantes de la autoridad, entre ellas la ciencia médica, han regulado, controlado y manipulado los cuerpos de las mujeres. Para Rich (1976) en ningún lugar se tiene en cuenta a la mujer embarazada, “si acaso, puede que su estado se considere como prueba de la capacidad sexual del marido; como peligroso para las cosechas y para los hombres; como especialmente vulnerable a los designios del demonio o a otras influencias maléficas” (p. 225-226). Los procesos biológicos específicos de las mujeres han sido ignorados o meramente definidos y tratados como enfermedades que necesitan ser intervenidas. Rich (1976) explica cómo durante siglos se considera patológico cualquier respuesta sexual femenina y afirma que

todas estas actitudes negativas hacia las mujeres culminan en el parto. La autora lo ilustra a través de un ejemplo del tratamiento del parto durante el periodo victoriano, en el cual la mujer era anestesiada con cloroformo y tumbada boca arriba, “a fin de que el obstetra pudiera trabajar sobre ella como si se tratara de un maniquí. La sala de partos se convirtió en un teatro de operaciones, el parto era un «drama médico», y el tocólogo su héroe” (p. 234). La ciencia ha representado el embarazo y el parto como acontecimientos misteriosos, peligrosos y dolorosos. Como apunta Rich (1976) “El dolor ha sido una etiqueta aplicada indiscriminadamente a todas las sensaciones que se producen durante el parto; una etiqueta que se apodera de la complejidad de la experiencia física de la mujer en tanto que individuo, y la niega” (p. 222). Debido al desconocimiento sobre la conducta durante los partos fisiológicos y a los relatos acerca del sufrimiento, las mujeres son educadas para sentir miedo, tensión y dolor.

Además del desconocimiento y de la medicalización de los cuerpos de las mujeres, la cultura patriarcal ha generado multitud de tabúes, estigmas y falsos mitos alrededor de los procesos biológicos de las mujeres que demuestran una repulsión hacia los fluidos corporales femeninos. En algunas comunidades, las mujeres que tienen la menstruación son estigmatizadas y obligadas a permanecer aisladas, apartadas de los espacios públicos como escuelas, templos, etc. También los partos se han representado como procesos sucios o infecciosos, justificando prácticas innecesarias, más propias de intervenciones quirúrgicas, como el rasurado del pubis o los enemas. Para Millet (1970) “La impureza atribuida a las funciones sexuales femeninas nace de una aversión universal y profundamente enraizada, que se manifiesta en la literatura, la mitología y la vida primitiva y civilizada” (p. 107). La autora apunta que la representación simbólica patriarcal de la mujer, que se manifiesta en diversos estudios antropológicos, mitos religiosos y literatura, ejercen un efecto acumulativo sobre la psicología de ambos sexos. Para las mujeres la interiorización de la ideología patriarcal significa la pérdida de conocimiento y de confianza sobre el propio cuerpo, el miedo, la dependencia, la pasividad, la debilidad y la falta de autonomía. Como afirma García (2017) debido a la medicalización y patologización continua de la biología de las mujeres, “el empoderamiento y la recuperación de sus propios cuerpos puede resultar una tarea ardua, porque se encontrarán aterrorizadas, indefensas y eternamente infantilizadas” (p. 92). El cuerpo de las mujeres ha sido definido desde la mirada masculina y en función de esta visión patriarcal se han estructurado nuestras sociedades. Por lo tanto, no es de extrañar

que intervenciones médicas innecesarias de los procesos naturales de las mujeres sean normalizadas y aceptadas socialmente, y que por el contrario, los enfoques alternativos y menos invasivos se critiquen duramente y se definan como retrógrados o arcaicos.

2.5. La violencia obstétrica como otra forma de violencia contra las mujeres

Como afirma Cobo (2011, p. 148) las diferentes manifestaciones de violencia hacia las mujeres, a pesar de tener motivaciones contextuales y culturales específicas, brotan de la misma fuente, “y la fuente está en el centro mismo de esa macroestructura de dominio masculino que denominamos patriarcado”; esta violencia “está ligada a la construcción jerarquizada de los géneros y al sistema social en que se inscribe esa relación social asimétrica y basada en la dominación”. Por lo tanto, la violencia obstétrica es una forma de violencia patriarcal y debe ser analizada desde una perspectiva de género. Cobo (2011) afirma que la aceptación de la misoginia y el arraigo del discurso de la inferioridad femenina interiorizado en el imaginario colectivo “es lo que hace posible que se acepten formas extremas de violencia de género utilizando una gran variedad de excusas que acaban invariablemente estigmatizando a las propias mujeres víctimas de la violencia” (p. 143). En este sentido, cuando las mujeres relatan abusos durante el embarazo, parto o puerperio son frecuentes las reacciones de la sociedad que las estigmatizan negando que haya motivos para quejarse. Además, se tiende a culpar a las mujeres. En pocas ocasiones se cuestiona la práctica médica aunque sea irrespetuosa, vaya en contra de las decisiones individuales de cada mujer o no tenga en cuenta sus necesidades físicas, psicológicas y/o sociales. De la misma manera, cuando las mujeres toman el control de sus cuerpos y reclaman un parto sin intervenciones innecesarias se califican de irresponsables, afirmando que sólo el médico sabe lo que es mejor para ellas.

Para Cobo (2011) estamos frente a la crisis del contrato social debido al desmantelamiento de los Estados del Bienestar y a la erosión del Estado-Nación por la globalización económica capitalista. Además, nos encontramos frente a la crisis del contrato sexual que se caracteriza por la erosión de la familia patriarcal y por el mayor protagonismo social de las mujeres. Todo esto ha exigido cambios en el entramado social, institucional y simbólico que han provocado un “rearme patriarcal” en el que “las élites económicas, políticas e intelectuales patriarcales parecen haberse puesto en pie frente a los procesos de emancipación de las mujeres” (Cobo, 2011, p. 152). Este periodo de

“desorden social” ha creado como respuesta nuevas formas de violencia contra las mujeres aunque también ofrece oportunidades para cambiar las normas sociales a través de la lucha por los derechos de las mujeres y la reivindicación de la igualdad y libertad. Por otro lado, es importante tener en cuenta que la reproducción se encuentra en el centro de nuevos mercados que el capitalismo intenta controlar. Para el mercado capitalista es más rentable medicalizar y patologizar el cuerpo de las mujeres para poder vender soluciones en forma de tratamientos e intervenciones médicas aunque sean innecesarias y por lo tanto, sería lógico pensar que hay interés en que la maternidad sea un proceso controlado por la ciencia. Como afirma Morini (2010, p. 149), “se prueba a separar la función reproductiva de los cuerpos de las mujeres a través del recurso a las biotecnologías, o por medio de la normativización y el control de su funcionamiento en cada una de las fases”. En este sentido, la autora afirma que estamos frente a “la cancelación del poder garantizado por la maternidad a las mujeres y, al mismo tiempo, ante la expresión de la esencia más pura del espíritu del capitalismo contemporáneo”.

Muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto (OMS, 2014). Sin embargo, frente a esta problemática nos encontramos con la normalización, invisibilización e incluso negación por una parte de la población. La OMS (2014) propone como una de las acciones para prevenir y erradicar la falta de respeto y abuso en el parto un mayor respaldo a investigaciones para comprender este fenómeno y más iniciativas para respaldar los cambios en el comportamiento de los sistemas de salud. Recientemente, vienen surgiendo movimientos activistas con la intención de presionar a nivel social para que las mujeres sean las protagonistas de sus partos, “porque el derecho a decidir es un derecho sexual, y por ello, los partos empoderados resultan una reivindicación profundamente feminista” (García, 2017, p. 87). Por este motivo, se ha considerado pertinente investigar sobre este fenómeno con el fin de obtener una visión integradora y actualizada de los resultados de las investigaciones realizadas, incorporando una perspectiva de género en el análisis de las mismas. El objetivo general de este trabajo de fin de máster es revisar la evidencia científica de una forma sistemática con el fin de conocer la violencia obstétrica. Para ello, se plantean como objetivos específicos saber de qué formas se manifiesta este tipo de violencia, con qué frecuencia se da y cuáles son las propuestas para combatirla.

3. METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión sistemática, siguiendo las directrices PRISMA (Moher, Liberati, Tetzlaff y Altman, 2009). La revisión de artículos se efectuó entre abril y junio del 2019. Se consultaron las bases de datos Medline y Pubmed. Para el procedimiento de búsqueda electrónica se utilizó como descriptores o palabras clave: “obstetric violence” o “violencia obstétrica”. Se limitaron los resultados a aquellos artículos científicos con enlace al texto completo y sin restricción de fechas o idiomas. En Medline se obtuvo un resultado inicial de 39 artículos, de los cuales se descartaron 23 por no hablar de violencia obstétrica sino de otros tipos de violencia o de otras cuestiones relativas a la obstetricia. De los 16 cribados, se seleccionan 7 artículos relevantes para el objetivo de la investigación. En Pubmed se obtuvo un resultado inicial de 179 resultados, de los cuales se descartaron 126 por no estar relacionados con el tema de estudio y 10 por estar repetidos. De los 43 cribados, se seleccionan 17 artículos relevantes para el objetivo de la investigación. Así, el número total de artículos incluidos en la revisión fue de 24. La **Figura 1** representa el flujo de información total a través de las diferentes fases de la revisión sistemática.

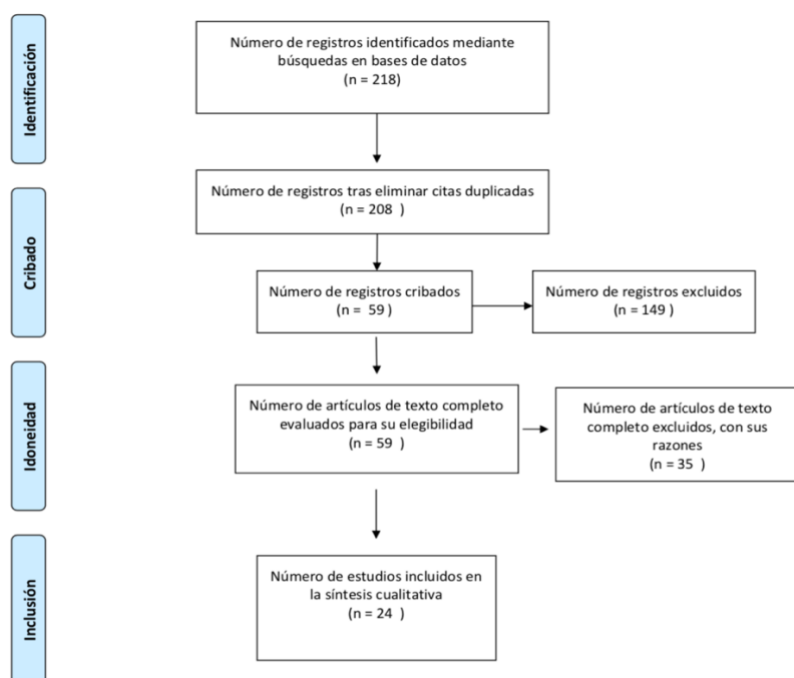


Figura 1: Diagrama de flujo de búsqueda y selección de estudios. Fuente: de elaboración propia utilizando las directrices PRISMA (Moher *et al.*, 2009).

4. RESULTADOS

Los 24 estudios analizados se realizaron entre 2012 y 2019. Como puede observarse en las tablas 1 y 2 expuestas a continuación, los estudios se llevaron a cabo en varios países del mundo, 14 en países africanos, 5 en países latinoamericanos, 4 en países asiáticos y 1 en un país europeo. Del análisis de los títulos de las investigaciones se desprende que el término más utilizado es el de “falta de respeto y abuso”, seguido del término “maltrato” y sólo dos estudios emplean el concepto de “violencia obstétrica”. Los tipos de estudios y las metodologías utilizadas son variadas, así como las técnicas de recogida de datos, que van desde la observación, hasta diferentes tipos de entrevistas, cuestionarios, encuestas y grupos de discusión. Las entrevistas se realizaron mayoritariamente al personal de los servicios de maternidad, usuarias y acompañantes de las mismas, aunque un estudio incluye entrevistas a responsables de políticas de salud, gerentes y personas que viven alrededor de las instalaciones.

La conceptualización de la violencia obstétrica en los distintos estudios es diversa, no existe una definición común que describa el problema. Se habla de maltrato del proveedor/a de salud a las mujeres en los servicios de maternidad, de falta de respeto y abuso en el nacimiento, del mal uso o uso excesivo de intervenciones en la atención al parto, de parto medicalizado, de cuidado irrespetuoso, de cuidados no basados en la evidencia científica y de trato deshumanizador, entre otros. En la mayoría de los estudios mixtos incluidos no se menciona la dimensión de género en el análisis de la violencia obstétrica. Por el contrario, muchos de los estudios cualitativos señalan el género como aspecto elemental a tener en cuenta en el abordaje de este problema. Sólo tres de los estudios mencionan explícitamente que la violencia obstétrica es una forma de violencia de género.

La mayoría de los estudios utilizan categorías similares para medir la violencia obstétrica aunque no existe un modelo estándar. Muchos utilizan algunas o todas las categorías desarrolladas por Bowser and Hill (2010) que también están recogidas en la Declaración para el Cuidado Materno Respetuoso, elaborado por la Alianza de la Cinta Blanca (2011). Otros se basan en el modelo descrito por Bohren et al (2015) que incluye las categorías descritas por Bowser and Hill (2010) de forma reestructurada y añadiendo algunos ítems nuevos. Algunos estudios consideran importante incluir la percepción de

las mujeres sobre la experiencia vivida y ponen de manifiesto que lo observado por el personal y lo sentido por las mujeres no siempre coincide, posiblemente debido a los niveles de aceptabilidad de ciertas prácticas.

A continuación se exponen los resultados agrupados en dos categorías. La primera, estudios mixtos que incluyen metodología cuantitativa y de los que se pueden extraer la prevalencia de prácticas a través de las cuales se ejerce violencia obstétrica (**Tabla 1**). La segunda, estudios exclusivamente cualitativos que recogen testimonios de usuarias y personal sanitario principalmente y observaciones del personal investigador (**Tabla 2**).

Tabla 1. Descripción de los estudios mixtos que incluyen metodología cuantitativa

ESTUDIOS MIXTOS
<p>Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: an online survey Begley, C., Sedlicka, N., & Daly, D. República Checa, 2018</p> <p><u>Tipo de estudio:</u> Estudio mixto. Encuesta online a 52 profesionales.</p> <p><u>Conceptualización:</u> Intervenciones no basadas en la evidencia científica, abuso físico, prácticas que causan dolor o daños, cuidado irrespetuoso, intervenciones sin consentimiento informado.</p> <p><u>Categorías:</u> Tipos de intervenciones, información y consentimiento, respuestas de profesionales ante el rechazo de la mujer a tratamiento o intervención, y acceso a apoyo profesional para parir en casa.</p> <p><u>Resultados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Se pregunta a las y los profesionales sobre las siguiente tasas en sus centros (se presenta los resultados como media): Episiotomías 40%, Conducciones 56%, Inducciones 25,8% • Intervenciones descritas como usadas “siempre o frecuentemente”: pujo dirigido 94%, empujar cérvix sin dilación completa 11,33%, ofrecer analgésicos 22,6%, atar las piernas de las mujeres 2,6%, rasurado del perineo 10,29%, preguntar durante las contracciones 17,52%, canalización venosa rutinaria 16,49%

- Cuando una mujer rechaza tratamiento o intervención: 37% reaccionan de manera negativa o amenazadora, 29% argumentan e intentan convencer, 26% explican beneficios y aceptan decisión, 8% depende de la situación
- Las mujeres tienen fácil acceso a ayuda profesional para partos en casa: 6% contestaron “sí” frente al 33,94% que contestaron “no”

Prácticas en parto hospitalario:

- Tirar de la cabeza del bebé: “frecuente” 16,47%, “a veces” 12,35%
- Tacto vaginal: “sin explicación” 46%, “explicación siempre” 21%, “nunca con permiso” 51%
- Monitorización continua en parto normal: “frecuente” 91%
- Episiotomía: “nunca o casi nunca” explicación 34%, permiso 54%, analgesia local 51%
- Explicación en amniotomías: “siempre” 32%, “a veces” 59%
- Permiso en amniotomías: “siempre” 25%, “a veces” 48%
- Se permite comer y beber: 95%
- Posiciones: Semi-sentada 31,65%, tumbada 15,31%
- Kristeller: “pasa en un cuarto de todos los nacimientos” 45%, “en la mitad” 31%, “con explicación” 63%, “con permiso” 18%
- Piel con piel: “frecuente” 17,50%, “solo de 5-20 minutos” 67%, “por una hora” 15%
- Bebés con sus madres: “frecuente” 39%, “a veces” 49%

Prácticas en parto en casa:

- Tirar de la cabeza del bebé 5%
- Tacto vaginal: “con explicación” 89%, “siempre con permiso” 81%
- Practicar episiotomías 0%
- Episiotomía: “siempre explicación” 100%, “nunca o casi nunca analgesia local” 53%
- Explicación en amniotomías: “siempre” 88%, “a veces” 6%
- Permiso en amniotomías: “siempre” 82%, “a veces” 12%
- Permitir comer y beber: 100%
- Posiciones: Vertical 100%
- Kristeller: “nunca” 96%

Observaciones/ Recomendaciones:

Independientemente de si es intencionado o no, las experiencias y sentimientos de las mujeres deben ser revisadas. Las prácticas abusivas pueden resultar en traumas físicos y psicológicos de por vida para las mujeres. Como mínimo, las mujeres deben ser informadas y consentir a las intervenciones. Los resultados indican una falta de estándares nacionales generales y protocolos que aseguren cuidados en los servicios de maternidad basados en la evidencia científica.

Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador

Brandão, T., Cañadas, S., Galvis, A., de, I. R., Meijer, M., & Falcon, K.
Ecuador, 2018

Tipo de estudio: Estudio transversal mixto. Encuesta a 388 mujeres.

Conceptualización: Se menciona la definición legal de violencia obstétrica de la República Bolivariana de Venezuela.

Categorías:

1. Violencia física: episiotomía rutinaria, oxitocina rutinaria, tactos repetidos (1-4 horas recomendado), tactos hechos por muchas personas fuera de la frecuencia recomendada, rasurado y maniobra de Kristeller
2. Cuidado no consentido: incluye opción de parto vaginal después de cesárea, libertad para escoger posición durante el trabajo de parto y expulsivo, contacto temprano piel con piel entre bebé y madre, y ayuda con el inicio de la lactancia
3. Falta de información: intervenciones sin explicación y/o consentimiento
4. Violencia psicológica: lenguaje intimidante, comentarios inapropiados, falta de respeto por seguir ciertas costumbres culturales
5. Cuidado negligente: falta de ayuda con la lactancia, ausencia de profesionales durante el parto
6. Confidencialidad y discriminación (incluye privacidad)
7. Percepción de la paciente sobre su experiencia en relación con la violencia obstétrica

Resultados:

- 51,7% tasa de episiotomía en primigrávidas frente al 21,7% en multíparas
- 32,6% no recibió información sobre la episiotomía recibida

- 19,4% recibió la maniobra de Kristeller
- 38,8% de las mujeres que reportaron Kristeller no se les explicó el procedimiento
- 23,9% no escogieron posición durante trabajo de parto
- 35,9% no escogieron posición durante expulsivo y 13,5% no sabían que podían escoger
- 50,5% no tuvo contacto temprano
- 34,8% no recibió ayuda con el inicio de la lactancia

Observaciones/ Recomendaciones:

Se requiere con urgencia programas diseñados para prevenir y disminuir la violencia obstétrica que sean incluidos en la educación de los profesionales de la salud. Es importante seguir informando a las mujeres que tienen un papel central para cambiar el cuidado perinatal. Tanto pacientes como profesionales tienen derecho de proponer acciones para erradicar este tipo de violencia de género.

Silent voices: institutional disrespect and abuse during delivery among women of Varanasi district, northern India

Bhattacharya, S., & Sundari Ravindran, T. K.

India, 2018

Tipo de estudio: Transversal de método mixto. Cuestionario a 410 mujeres que dieron a luz entre junio 2014 y agosto 2015.

Conceptualización: Abuso durante el parto por parte de proveedores de servicios de salud y falta de respeto institucional.

Categorías:

1. Abuso físico: abofetear, pellizcar, golpear o atar a la mujer, procedimientos sin analgesia, tactos vaginales excesivos
2. Trato no digno: gritar, regañar, amenazar con retrasar tratamiento, comentarios amenazadores o negativos
3. Negligencia o abandono: ignorar o abandonar a la mujer cuando lo necesita o dejarla parir sola
4. Trato no confidencial: falta de privacidad, revelar información privada sobre su salud a otras personas sin consentimiento
5. Intervenciones sin consentimiento: ligadura de trompas, cesáreas, histerectomías
6. Pedir dinero o sobornar por un cuidado mejor, retener a madre o bebé si no pagan

7. Otros tipos de abuso o faltas de respeto: categoría abierta

Resultados:

- Pedir dinero o sobornar por un cuidado mejor, retener a madre o bebé si no pagan: 90,5%
- Cualquier comportamiento abusivo excluyendo soborno: 28,8%
- Abuso físico: 13,4%
- Trato que no respeta la dignidad: 19,3%
- Negligencia o abandono: 8,5%
- Trato que no respeta la confidencialidad: 5,6%

Observaciones/ Recomendaciones:

Promover la participación activa de las mujeres en todos los aspectos de su propio cuidado, donde las mujeres no sean consideradas como subordinadas sino como iguales. Medidas de rendición de cuentas apropiadas para abordar directamente las inequidades de poder entre proveedores de salud y mujeres: sistema nacional de vigilancia del derecho a la salud maternal basado en pautas culturalmente competentes y amigables para las mujeres. Más estudios con muestras más numerosas para explorar las limitaciones del sistema de salud, el comportamiento de proveedores de salud y las necesidades de las mujeres usando herramientas conocidas o desarrollar nuevas herramientas o modificarlas para llegar a una única y unificada definición de abuso.

"If we're here, it's only because we have no money..." discrimination and violence in Mexican maternity wards

Santiago, R. V., Monreal, L. A., Rojas Carmona, A., & Domínguez, M. S.

México, 2018

Tipo de estudio: Estudio transversal de método mixto. Muestra inicial de 512 mujeres. Entrevistas semi-estructuradas a 20 mujeres de las que reportaron abuso inicialmente y a 31 profesionales de la salud.

Conceptualización: Discriminación en las plantas de maternidad, violencia obstétrica como forma de violencia de género y cualquier acción u omisión que resulte en abuso (físico o emocional) o falta de respeto a la mujer por parte de profesionales de la salud durante el cuidado de parto.

Categorías:

La categoría central es abuso. Subcategorías: 1) cuidado no consentido, 2) cuidado no confidencial, 3) cuidado médico no digno, 4) abandono del cuidado y 5) discriminación en la salud.

Resultados:

- Prevalencia de abuso: 29%
- Testimonios que muestran evidencia de abusos físicos y psicológicos
- Evidencia de violaciones de los derechos sexuales y reproductivos
- Evidencia de discriminación por estatus social: narrativas de profesionales que muestran discriminación por apariencia física, por ser pobre y tener Seguro Popular, se les atribuye a las mujeres pobres ignorancia porque no entienden las instrucciones o procesos y no se plantean que pueda ser por los servicios ineficaces de atención primaria
- Testimonios que muestran cómo los/las profesionales no son conscientes de que ejercen violencia o discriminación y reportan que sus acciones son necesarias para salvar vidas

Recomendaciones:

Necesidad de dismantelar la práctica médica que ha sido históricamente aprendida e interiorizada en México. Reevaluar el currículo académico de la profesión médica y de la enfermería. Establecer programas que abarquen los aspectos éticos del cuidado de la salud, la interculturalidad y el concepto de ciudadanía de las personas usuarias. Un currículo que proporcione sensibilización y formación en los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres. Diseñar políticas públicas y estrategias basadas en intervenciones dirigidas a dismantelar las múltiples formas de violencia estructural y de género reproducida diariamente por diferentes actores en el sistema de salud. Se ha de tener en cuenta el contexto social a nivel macro, en vez de limitarse al análisis individual (profesionales de la salud frente a mujeres) en un tiempo y espacio específico (periodo de parto en hospitales). La naturalización de la violencia contra las mujeres sostiene su reproducción en diferentes contextos, incluyendo los servicios de salud.

Lifting the veil on disrespect and abuse in facility-based childbirth care: findings from South West Nigeria

Ijadunola, M. Y., Olotu, E. A., Oyedun, O. O., Eferakeya, S. O., Ilesanmi, F. I., Fagbemi, A. T., & Fasae, O. C.

Nigeria, 2019

Tipo de estudio: Método mixto. Encuesta a 384 mujeres que visitaron la clínica postparto.

Conceptualización: Marco de la OMS para mejorar la calidad de la atención sanitaria materno infantil: 1) La provisión de cuidado, 2) La experiencia del paciente. Existen estándares de calidad del cuidado que dicen que las mujeres y recién nacidas/os serán cuidados con respeto y preservando su dignidad. Esto significa abordar todas las formas de abuso, discriminación, negligencia, detención y negación de servicios.

Categorías:

1. Abuso físico: abofetear, pellizcar, pegar, abusar sexualmente
2. Cuidado no consentido: procedimientos/intervenciones, falta de información
3. Cuidado no confidencial: examinar sin biombo o pantalla de separación, exposición indebida durante exámenes, hacer preguntas privadas delante de otras personas, parir a la vista del público
4. Abandono y detención: dejar desatendida, no animar o alentar a la mujer durante el parto, denegar los cuidados necesarios, detener por falta de pago
5. Cuidado no digno: gritar, insultar, amenazar, usar palabras inapropiadas o tono de voz fuerte, humillar intencionadamente
6. Discriminación: por edad, estado civil, nivel de educación, nivel económico, etnicidad, condición de VIH/SIDA

Resultados:

- 96,6% creen que no es aceptable culturalmente la falta de respeto y el abuso durante parto y nacimiento.
- 98,4% de acuerdo con que están en su derecho de ser tratadas con respeto y dignidad
- 11,1% conocen a alguien que haya sufrido faltas de respeto y abusos durante el parto
- 19% han experimentado alguna forma de falta de respeto y abuso

- Formas: abuso físico 1,6%, cuidado no consentido 4,7%, cuidado no confidencial 5,2%, cuidado no digno 12,8%, discriminación 8,1% (siendo edad y nivel económico las más frecuentes), detención y abandono 6%
- Para la mejora en los servicios de atención al parto: 81% “no dan sugerencias”, 9,6% “sugieren mejorar el cuidado”, 4,4% “sugieren más personal”, 4,9% “sugieren responder rápido”
- Para mejorar la actitud del personal: 2,3% “sugieren responder rápido”, 20,1% “sugieren ser amable”, 77,5% “no dan sugerencias”

Observaciones/ Recomendaciones:

La falta de acceso a los servicios de salud puede ser resultado del tipo de trato que reciben las mujeres en estos servicios. Necesidad de intervenciones que aborden los factores del sistema que dificultan la utilización de los servicios de salud. Eliminar la falta de respeto y el abuso en la atención durante el parto y nacimiento puede contribuir a mejorar los resultados del embarazo y evitar enfermedades y muertes prevenibles.

Disrespect and abuse during childbirth in district Gujrat, Pakistan: A quest for respectful maternity care.

Azhar, Z., Oyebode, O., & Masud, H.

Pakistán, 2018

Tipo de estudio: Estudio transversal entre Agosto 2015 a Marzo 2016. Datos recogidos a través de un cuestionario basado en entrevistas a 360 mujeres que habían dado a luz en los últimos dos meses.

Categorías:

1. Cuidado no consentido

- 1.1 Proveedor/a de salud no se presenta
- 1.2 No anima a hacer preguntas
- 1.3 No responde educadamente, honestamente y con prontitud
- 1.4 No explica el procedimiento ni las expectativas
- 1.5 No da actualizaciones periódicas sobre el estado y progreso
- 1.6 No permite que la mujer se mueva durante el parto
- 1.7 No le permite usar la posición que elija la mujer
- 1.8 No obtuvo el consentimiento previo al procedimiento

2. Cuidado no confidencial

2.1 No utiliza cortinas y barreras físicas

2.3 El número de miembros del personal en la atención no era lógico

3. Cuidado no digno

3.1 Proveedor/a de salud no habla educadamente

3.2 Uso de insultos, amenazas, etc.

3.3 Uso de lenguaje abusivo

4. Cuidado discriminatorio

4.1 Proveedor/a utiliza un lenguaje difícil de entender

4.2 Muestra falta de respeto en base a un atributo específico

5. Abandono dentro de las instalaciones

5.1 Proveedor/a no la animó a llamar en caso de necesitar ayuda

5.2 La hizo sentir sola o desatendida

5.3 No respondió rápido cuando fue necesario

6. Abuso físico

6.1 Proveedor/a utilizó la fuerza física, abofeteó o golpeó a la mujer

6.2 La mujer bajo restricción física

6.3 La madre y el bebé eran separados sin indicación médica

6.4 No recibió consuelo y/o analgesia si se necesitaba

6.5 No se expresaba de una forma culturalmente adecuada

7. Detención dentro de las instalaciones

Resultados:

- 99,7% experimentaron al menos una forma de falta de respeto y abusos según el personal investigador
- Sin embargo, 27,2% de las mujeres dicen que sintieron la falta de respeto y abuso
- La categoría más denunciada por las mujeres es la de “cuidado no digno”: 12,2%
- Abandono dentro de las instalaciones: 11,1%
- Cuidado no consentido: 11,1%
- Cuidado discriminatorio: 5,3%
- Cuidado no confidencial: 4,2%
- Abuso físico: 0,6%
- Detención: 0%

Determinantes:

- Mujeres que dieron a luz en casa reportan menos abusos 3% frente a aquellas que dieron a luz en hospital 29,7%
- Más frecuente en servicios públicos, en mujeres de bajos recursos, en mujeres que asistieron a las visitas antenatales menos que lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud
- Las mujeres que han sufrido faltas de respeto y abuso tienen 4 veces más probabilidad de no optar por los mismos servicios otra vez.

Observaciones/ Recomendaciones:

La prevalencia de lo observado y lo sentido difiere. Puede ser debido a la alta prevalencia y aceptación. También podría ser debido a la negación de las mujeres como mecanismo para proteger la autoestima. La falta de respeto y el abuso puede ser una posible explicación del poco acceso de las mujeres a los servicios de salud y las elevadas tasas de partos en casa. Son necesarias intervenciones dirigidas a eliminar este problema para mejorar la salud materno infantil. Políticas en materia de salud materno infantil basadas en la atención respetuosa.

Women's experiences of mistreatment during childbirth: A comparative view of home- and facility-based births in Pakistan.

Hameed, W., & Avan, B. I.

Pakistán, 2018

Tipo de estudio: Entrevistas a 1334 mujeres entre abril y mayo del 2013.

Clasificaciones:

- 1) Abuso físico: (a) golpear, (b) bofetadas o palmadas, (c) empujarla mucho para que cambie de posición, (d) pellizcarla de forma irritante
- 2) Abuso verbal: (a) comentarios insultantes o degradantes, (b) hablarle duramente o gritarle, (c) lenguaje abusivo, (d) amenazar con malos resultados
- 3) Atención no consentida: (a) realizar el procedimiento sin consentimiento, (b) explicar sobre el procedimiento que se utilizará para el parto, (c) ofrecer opciones con respecto al parto, (d) coerción para someterse a una cesárea
- 4) Derecho a la información: (a) compartir los resultados / el diagnóstico de los informes médicos, (b) alentar a hacer preguntas, (c) compartir regularmente el progreso del parto

5) Atención no confidencial: (a) privacidad durante el examen, (b) cubre a la mujer mientras va y viene de la sala de parto, (c) se asegura de la confidencialidad de la información, (d) la conversación entre mujer-proveedor es escuchada por una persona extraña, otros pacientes o personal no médico

6) Abandono de la atención: (a) abandonar a las mujeres durante el parto o después, (b) ignorarla cuando solicita alivio del dolor / medicación, (c) retrasar el parto después de decidir el procedimiento operatorio

7) Discriminación: (a) denegación de servicio por origen étnico, (b) denegación de servicio por falta de dinero

Para medir el empoderamiento de las mujeres:

1) a dónde acudir para recibir atención médica en caso de complicaciones; (2) dónde llevar a sus hijos en caso de enfermedad; (3) educación infantil; (4) cuándo planeó el embarazo; (5) número de hijos que planea tener; (6) compra o venta de propiedades; (7) pequeños gastos del hogar (por ejemplo, pasta de dientes, jabón, vajilla, etc.); (8) gastos principales del hogar (por ejemplo, TV, refrigerador, muebles, etc.); (9) gastos en ropa, cosméticos, joyas, etc. (10) gasto en medicamentos; (11) gasto en ropa infantil; (12) donde gastar el dinero ganado; (13) visitando parientes; (14) su empleo fuera del hogar; y (15) si ella sale de la casa sola si necesita ayuda médica.

Resultados:

- La prevalencia de cualquier maltrato es del 97%
- Diferentes manifestaciones de maltrato: la más común fue la atención no consentida (81%), seguida del derecho a la información (72%) y la atención no confidencial (69%); mientras que, casi un tercio informó experiencias de abuso verbal (35%) y abandono de atención (32%). Aproximadamente el 15% de las mujeres reportaron abuso físico y atención discriminatoria
- No se observaron diferencias sustanciales en el maltrato durante el parto entre los nacimientos domiciliarios y hospitalarios
- 39% informaron haber sido maltratadas 6 o más veces, mientras que la mayoría de las mujeres reportaron haber sido maltratadas entre 2 y 5 veces durante el parto
- En el análisis general, la experiencia de maltrato fue menor entre las mujeres que estaban desempleadas
- El maltrato fue mayor entre las mujeres menos empoderadas y las que estaban acompañadas por asistentes de parto tradicional en lugar de un médico/a general

- Las mujeres con educación previa sobre preparación para el parto tenían menos probabilidades de experimentar maltrato en comparación con aquellas que no habían recibido educación previa sobre la preparación para el parto

Observaciones/ Recomendaciones:

A nivel comunitario, las mujeres deberían recibir atención prenatal para mejorar su preparación para el parto, mientras que a nivel interpersonal deben diseñarse estrategias para aprovechar la capacidad de las mujeres para participar en decisiones clave del hogar.

Jeopardizing quality at the frontline of healthcare: prevalence and risk factors for disrespect and abuse during facility-based childbirth in Ethiopia.

Banks, K. P., Karim, A. M., Ratcliffe, H. L., Betemariam, W., & Langer, A.

Etiopía, 2018

Tipo de estudio: Diseño transversal de julio a septiembre del 2013. Se observaron 193 partos y se entrevistaron 204 mujeres antes del alta.

Categorías: 1. abuso físico, 2. cuidado no consentido, 3. cuidado no confidencial, 4. falta de privacidad, 5. cuidado no digno, 6. Abandono, 7. detención

Resultados:

1. Abuso físico 0,5%
 2. Cuidado no consentido 17,8%
 3. Cuidado no confidencial 13,7%
 4. Falta de privacidad 15,2%
 5. Cuidado no digno 1,0%
 6. Abandono 2,5%
 7. Detención 0%
- 21,1% de las encuestadas reportaron al menos un caso de falta de respeto y abuso.
 - Abuso físico: presión uterina 11,4%
 - Cuidado no consentido: falta de consentimiento en primer tacto vaginal 68,4%
 - Cuidado no confidencial: hablar sobre la historia clínica de la madre delante de otras personas 33,2%, no respetar la privacidad auditiva durante los controles post natales 21,2%
 - Falta de privacidad: sin mamparas que separen las camas para la primera examinación 56,5%, no se cubre a la madre durante la examinación en la planta

prenatal 35,2%, no se cubre a la madre para trasladarla a la sala de partos 21,8%, no se cubre a la madre durante el parto 55,4%, no se cierran paneles divisorios durante el parto 56,5%, no se cubre bien a la madre durante la tercera etapa del parto 31,1%, sin mamparas o cortinas entre las camas de la planta de posparto 75,1%, no se respeta la privacidad física durante la examinación postparto 20,7%

- Cuidado no digno: no se da la bienvenida a la madre de una forma cordial y amable 12,4%, el personal no se presenta ante la madre 81,9%, uso de lenguaje indecoroso durante la recogida de la historia clínica 6,7%, la matrona del parto no se presentó dando su nombre (si no se conocían) 16,6%, el personal que asistió el parto no felicitó a la madre después del nacimiento 32,1%, no se limpió a la madre después del nacimiento 25,9%, no se le dio una compresa 45,6%, no se le asignó su propia cama en la planta de posparto 5,7%, la cama de la planta postnatal no estaba limpia 20,7%, no se llama a la madre por su nombre durante las interacciones 33,7%, no se le pregunta por la posición que prefiere para el parto 83,9%, no se le permite a la madre practicar costumbres religiosas o culturales 5,2%

Observaciones/ Recomendaciones:

La frecuencia de falta de respeto y abuso fue más alta en la observación directa que la reportada por las mujeres durante la entrevista al alta. Esto sugiere que las mujeres normalizan este fenómeno. Abordar el problema requerirá un esfuerzo sostenido para mejorar la infraestructura, apoyar la fuerza laboral de profesionales de salud en entornos rurales, hacer cumplir los estándares profesionales e intervenciones dirigidas a mejorar las experiencias de las mujeres como parte de las iniciativas de calidad de la atención. Las complicaciones durante el parto se asociaron significativamente con la falta de respeto y abuso informado por parte de las mujeres (no lo documentado en el registro médico). Se podría argumentar que los partos complicados son más estresantes para quien los atiende, lo que reduce la calidad de los servicios prestados o podríamos suponer que las mujeres que tienen embarazos complicados son más propensas a percibir la forma en que son tratadas como una falta de respeto.

Service providers' experiences of disrespectful and abusive behavior towards women during facility based childbirth in Addis Ababa, Ethiopia.

Asefa, A., Bekele, D., Morgan, A., & Kermode, M.

Etiopía, 2018

Tipo de estudio: Estudio transversal en agosto de 2013. Cuestionario a 57 profesionales de la salud. Se evaluaron las observaciones personales de las/los proveedores de servicios sobre el maltrato durante el parto y su percepción de la atención de maternidad respetuosa.

Categorías: 1) experiencias del personal sobre la falta de respeto y abuso utilizando elementos referentes al marco conceptual de “atención a la maternidad respetuosa”, 2) observaciones personales de profesionales sobre la atención irrespetuosa y abusiva en el parto.

Resultados:

- Un alto nivel (57%) de los participantes dijo que habían sufrido faltas de respeto o maltratos en su lugar de trabajo (por clientes o proveedores de salud). Sin embargo, el tamaño de la muestra es demasiado pequeña para probar de manera significativa la relación entre experimentar la falta de respeto y maltrato en el trabajo con el de ser testigo o perpetrarla
- Se cree que una cultura irrespetuosa en los servicios de salud es uno de los factores que contribuyen a la falta de respeto y abuso hacia las pacientes
- La mayoría (79.6%) cree que la falta de atención respetuosa disuade a las mujeres embarazadas de acudir a los centros de atención al parto

Las/los proveedores de salud en estas instalaciones:

- ¿Proporcionan medidas adecuadas de alivio del dolor o de comodidad para las parturientas? 41,1% “siempre”, 39,3% “a veces”, 19,6 % “nunca”
- ¿Se presentan ante las parturientas? 8,8% “siempre”, 50,9% “a veces”, 40,4% “nunca”
- ¿Alientan a acompañantes a permanecer con ellas, si es posible? 24,6% “siempre”, 35,1% “a veces”, 40,4% “nunca”
- ¿Transmiten información a las parturientas a un nivel de lenguaje que puedan entender? 57,1% “siempre”, 42,9% “a veces”, 0% “nunca”
- ¿Alientan a las parturientas a hacer preguntas durante el parto? 42,1% “siempre”, 40,4% “a veces”, 17,5% “nunca”
- ¿Responden a las preguntas con prontitud, cortesía y veracidad? 63,2% “siempre”, 35,1% “a veces”, 1,8% “nunca”

- ¿Explican a las parturientas qué se está haciendo y qué esperar durante el parto y el parto? 58,9% “siempre”, 41,1% “a veces”, 0% “nunca”
- ¿Proporcionan actualizaciones periódicas sobre el estado y el progreso del trabajo de parto a las parturientas? 50,0% “siempre”, 42,1% “a veces”, 7,1% “nunca”
- ¿Permiten a las parturientas moverse durante el parto? 56,1% “siempre”, 33,3% “a veces”, 10,5% “nunca”
- ¿Permiten a las parturientas asumir la posición de su elección durante el parto? 20,4% “siempre”, 59,3% “a veces”, 20,4% “nunca”
- ¿Piden el consentimiento o permiso de las parturientas antes de cualquier procedimiento? 47,4% “siempre”, 38,6% “a veces”, 14,0% “nunca”
- ¿Usan cortinas u otras barreras visuales para protegerlas durante los exámenes, nacimientos y procedimientos? 60,0% “siempre”, 27,3% “a veces”, 12,7% “nunca”
- ¿Se anima a las madres a pedir ayuda si la necesitan? 60,0% “siempre”, 27,3% “a veces”, 12,7% “nunca”
- ¿Es fácil para los proveedores de servicios responder a las llamadas de ayuda de las madres? 77,2% “siempre”, 17,5% “a veces”, 5,3% “nunca”

Observaciones personales de profesionales:

- 25.9% reportó haber presenciado alguna vez el uso de fuerza física o comportamiento brusco, como abofetear o golpear a las parturientas
- 7,4% han observado a madres separadas de su bebé innecesariamente
- 9,1% han visto que se les negara a las madres bebida o comida innecesariamente
- 17% observaron insultos, intimidaciones, amenazas o coerciones a madres o acompañantes
- 7,7% han observado faltas de respeto por algún atributo específico como VIH estatus o etnicidad
- 13,2% han visto a las madres solas o desatendidas durante el parto
- 34,5% informó que la privacidad de las madres durante el parto no siempre se protegía
- 18% observaron a las madres detenidas en las instalaciones contra su voluntad
- 14.5% informaron (alguna vez) que han hecho personalmente cosas que les parecen irrespetuosas y abusivas para las mujeres

En los últimos 30 días antes de la encuesta:

- 2,3% reportó haber presenciado alguna el uso de fuerza física o comportamiento brusco, como bofetear o golpear a las parturientas
- 6,7% han observado a madres separadas de su bebé innecesariamente
- 4,4% han visto que se les negara a las madres bebida o comida innecesariamente
- 8,9% observaron insultos, intimidaciones, amenazas o coerciones a madres o acompañantes
- 8,9% han visto a las madres solas o desatendidas durante el parto
- 35.6% informó que la privacidad de las madres durante el parto no siempre se había protegido
- 4,9% observaron a las madres detenidas en las instalaciones contra su voluntad
- 4.4 % informaron que han hecho cosas que, en su opinión, son irrespetuosas para las mujeres

Observaciones/ Recomendaciones:

Mejorar el desempeño laboral de los proveedores de servicios, no solo brindándoles capacitación específica sobre el parto respetado, sino también inculcando una cultura de respeto a nivel de todo el sistema de salud. Esto tendrá el efecto de proteger los derechos tanto de las mujeres como de los proveedores de servicios.

Respectful maternity care in Ethiopian public health facilities.

Sheferaw, E. D., Bazant, E., Gibson, H., Fenta, H. B., Ayalew, F., Belay, T. B., ... Stekelenburg, J.

Etiopía, 2017

Tipo de estudio: Estudio transversal. Observadores externos evaluaron la atención brindada a 240 mujeres en 28 centros de salud y hospitales durante el parto, utilizando listas de verificación de observación estructuradas.

Categorías:

- Los comportamientos deseables de los proveedores incluyeron: (1) recibir y saludar a las mujeres embarazadas, (2) explicar cada paso de la examinación, (3) alentar a las mujeres a hacer preguntas, (4) responder a las mujeres y sus acompañantes educadamente cuando hacen preguntas, (5) explicar a las mujeres lo que sucederá en el trabajo de parto, (6) alentar a las mujeres a caminar y cambiar de posición, (7) garantizar una alimentación ligera, (8) preguntar a las mujeres qué posición les gustaría para dar a luz y (9) permitir a las mujeres dar a luz en la posición que

quieran. La variable de resultado fue la suma de los nueve comportamientos que recoge el informe “Cuidado Materno Respetuoso” igualmente ponderados practicados para cada observación y varían entre 0 a 9.

- Los comportamientos indeseables de los proveedores que reflejaban el maltrato a las mujeres incluían 4 elementos: (1) abuso físico (abofetear o golpear a las mujeres durante el parto), (2) abuso verbal (insultar o amenazar a las mujeres y/o sus acompañantes), (3) la ausencia de privacidad durante la examinación y (4) el abandono (dejar a las mujeres solas durante el parto). La variable de resultado, "cualquier maltrato a las mujeres" era dicotómica y requería una respuesta "sí" o "no". "Sí" se marcó si se observó alguno de los comportamientos anteriores, osciló entre 0 y 100%

Resultados:

- En promedio, se realizaron 5,9 (66%) de los 9 indicadores de cuidado materno respetuoso
- El elemento de “cuidado materno respetuoso” más frecuente fue garantizar que las mujeres tomen alimentos ligeros 83%
- El ítem menos practicado fue preguntar sobre la preferencia de las mujeres respecto a la posición de nacimiento, observada en solo el 29%
- En el 36% del total de las observaciones se observó al menos una forma de maltrato
- Formas: abuso físico 9%, abuso verbal 8%, ausencia de privacidad 17 %, abandono 19%
- La profesión de matrona tiende a tener una puntuación más alta en comportamientos de “cuidado materno respetuoso” en comparación con otros profesionales. Los proveedores de salud tienden a tener una puntuación más alta que las proveedoras
- Las mujeres tenían más probabilidades de tener puntuaciones más altas en “cuidado materno respetuoso” cuando se permitía acompañantes en las salas de parto

Observaciones/ Recomendaciones:

Quienes administran los programas de salud materno infantil y las instituciones educativas para las y los profesionales de la salud deben considerar los roles de género y la profesión en la práctica. La educación para profesionales de salud que trabajan en las unidades de maternidad debe tener el “cuidado materno respetuoso” como tema central. El Ministerio de Salud debe fortalecer la formación en posiciones para el parto alternativas a acostarse boca arriba; capacitación y programas de educación continua

para los trabajadores de la salud que incorporen asesoramiento y habilidades de comunicación con las mujeres. Disponer de camas de parto que permitan una posición alternativa para el parto. Considerar enfoques de mejora de la calidad de la salud que incorporen la atención compasiva y respetuosa para implementarse en todas las instalaciones. Establecer o fortalecer los sistemas que fomenten la rendición de cuentas y las formas de reparación cuando el personal no cumple con los estándares, y crear conciencia sobre los niveles de “cuidado materno respetuoso” para atender y manejar las quejas de las usuarias.

The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania.

Sando, D., Ratcliffe, H., McDonald, K., Spiegelman, D., Lyatuu, G., Mwanyika-Sando, M., ... Langer, A.
Tanzania, 2016

Tipo de estudio: Proyecto de investigación de implementación entre abril y agosto de 2013. Se observó a 208 mujeres durante el parto y se realizaron 1914 entrevistas a mujeres inmediatamente después del parto y antes del alta hospitalaria; y 64 entrevistas en sus hogares entre 4 y 6 semanas después del parto.

Categorías:

Categorías de falta de respeto y abuso de Bowser and Hill (2010):

1. Abuso físico: patadas, pellizcos, bofetadas, palmadas, episiotomías sin anestesia, empujones, violaciones, otras
2. Cuidado no digno: gritos, represalias, amenazas con negar la atención, burlas, otros
3. Cuidados sin consentimiento: ligaduras de trompas, histerectomías, palpaciones abdominales, tactos vaginales, episiotomías, otros
4. Cuidados no confidenciales: estatus del VIH mostrado a otras personas u otra información de salud, estatus del VIH compartido con personal no sanitario, cuestiones personales discutidas al alcance de otras personas, otros
5. Falta de privacidad: expuesta durante el parto o exámenes, sin mamparas que impidan ser vistas durante el parto o exámenes.
6. Abandono: durante el trabajo de parto, durante el nacimiento, durante alguna complicación, después del parto, otra
7. Detención: cualquiera

Se añadieron:

- Otras formas de falta de respeto y abuso reportadas en las entrevistas: falta de información e intentos de soborno.
- Se les preguntó sobre la satisfacción general experimentada durante la atención al parto.
- También se pidió a las encuestadas que calificaran el respeto de los proveedores durante su trabajo de parto y parto

Resultados:

Tipo de falta de respeto y abuso	Entrevistas hospital	Entrevistas casa
Cualquier falta de respeto o abuso	15%	70%
Abuso físico	5%	52%
Cuidado no digno	6%	53%
Cuidados sin consentimiento	0,2%	5%
Cuidados no confidenciales	2%	54%
Falta de privacidad	2%	53%
Abandono	8%	52%
Detención	0,2%	2%
Intentos de soborno	5%	14%

Falta de información	Entrevistas hospital	Entrevistas casa
No se dio información sobre la distribución de la planta	69%	78%
No se informó sobre horarios de comidas o qué comer	99%	100%
No se explicaron resultados de los exámenes generales	90%	89%
No se explicaron los resultados de los tactos vaginales	68%	73%
No se dio información sobre el progreso del parto	81%	83%
No se informó sobre la movilidad en el parto	97%	98%
No se dio información sobre cuándo amamantar	93%	98%

Calificación del respeto	Entrevistas hospital	Entrevistas casa
Deficiente	3,3%	24,3%

Satisfacción general	Entrevistas hospital	Entrevistas casa
Muy satisfecha	64%	12%
Algo satisfecha	31%	58%
Algo insatisfecha	2,5%	11%
Muy insatisfecha	1,2%	17%

En las observaciones directas:

- Episiotomía realizada sin anestesia 5%
- Falta de consentimiento en el primer examen 84%
- Falta de consentimiento para el tacto vaginal 81%
- Los hallazgos de la historia clínica se compartieron cuando otros podían escuchar 19%
- Sin mamparas que separaban las camas 5%
- Las mamparas no dan privacidad 25%
- Madre expuesta durante el examen 25%
- Madre expuesta durante el traslado de la sala de dilatación a la sala de parto 14%
- Madre expuesta durante el parto 58%
- Mamparas sin cerrar durante el parto 27%
- Madre expuesta después del parto 12%
- No se le dio una cama en la planta de postparto 84%
- No hay divisiones en la planta de postparto 85%
- No hay mamparas o cortinas para el examen postparto 50%
- Madre expuesta para el examen postparto 50%
- No se le da la bienvenida a las madre de forma amable y educada 26%
- Uso de lenguaje indecoroso al recoger la historia clínica 5%
- Uso de gritos o tono inapropiado al recoger la historia clínica 62%
- Cama de la planta postparto estaba sucia 67%
- Cama no estaba cubierta con sábanas 91%

Observaciones/ Recomendaciones:

La diferencia entre las dos entrevistas es destacable. Una hipótesis puede ser que las diferencias se deban al hecho de que las mujeres inmediatamente después del parto se vean abrumadas por los sentimientos de agotamiento y alivio, es posible que no tengan tiempo para reflexionar sobre su experiencia hasta mucho más tarde. También puede ser que las mujeres no se sientan cómodas informando sobre una experiencia negativa mientras se encuentran en el establecimiento de salud o que las mujeres entrevistadas en el hospital adquirieran mayor sensibilización con el problema, lo que hace que consideren el tema de falta de respeto y abuso en las entrevistas en los hogares. Se necesita más investigación para determinar por qué las percepciones de las mujeres sobre su experiencia de parto cambian con el tiempo, en diferentes lugares y circunstancias. Las discrepancias entre los resultados de las entrevistas y las observaciones indican que al menos algunas formas de falta de respeto y abuso han sido normalizadas por un gran segmento de la población. En la observación se detectó una alta carga de trabajo, falta de personal, recursos insuficientes y deficiencias en las infraestructuras que probablemente contribuyen a las altas tasas de falta de respeto y abuso. Cuando los temas de calidad y aceptabilidad no se abordan surgen situaciones en las que los proveedores de atención médica trabajan en condiciones desmoralizantes y estresantes, una proporción significativa de mujeres no están satisfechas con su atención y sufren una violación de sus derechos humanos básicos. Se necesita investigación y programas adicionales para fortalecer los sistemas de salud con el fin de brindar una atención de calidad aceptable que sitúe los principios de atención de maternidad respetuosa y digna en el centro de la prestación de servicios, para hacer que se cumpla el derecho de cada mujer a una atención respetuosa y mejorar los resultados de salud materna.

Tabla 2: Descripción de los estudios exclusivamente cualitativos

ESTUDIOS CUALITATIVOS
<p>‘When helpers hurt’: women’s and midwives’ stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka</p> <p>Perera, D., Lund, R., Swahnberg, K., Schei, B., & Infanti, J. J. Sri Lanka, 2018</p> <p><u>Tipo de estudio:</u> Estudio cualitativo. 5 grupos de discusión con 28 matronas del servicio público de salud y 6 grupos de discusión con 38 mujeres embarazadas.</p> <p><u>Conceptualización:</u> Maltrato del proveedor de salud en el embarazo, parto y postparto inmediato que debe ser analizado como consecuencia de una violencia estructural, un problema sistémico de violencia de género institucionalizada.</p> <p><u>Resultados:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Los testimonios muestran que las matronas creen que la violencia obstétrica es común, sin embargo ven el fenómeno como algo trivial. Dar instrucciones de forma clara y firme sobre cómo se debe comportar la mujer durante el parto es la labor de una “buena matrona”. Pocas reflexionan que esto puede ser percibido como injusto, humillante, desempoderante o como un acto violento• Diferente percepción entre personal sanitario y las mujeres. Percepciones de las matronas que las mujeres puede que no sepan cuando una situación es de riesgo y tienen que dar instrucciones porque se preocupan por su seguridad• Las narrativas de las mujeres muestran que la mayoría han aceptado la falta de respeto y la violencia como algo normal en los servicios de salud y muchas desconocen sus derechos como pacientes. Estas experiencias negativas han hecho que desconfíen de los servicios obstétricos y de sus proveedores de salud• La mayoría de las mujeres describen experiencias de violencia verbal y física• Una mujer relata que ha sido abusada sexualmente por un empleado del hospital en el quirófano durante su primer parto• Las narrativas muestran las intersecciones entre violencia, embarazo en adolescentes, clase y posición social. Mujeres jóvenes y pobres parecen sufrir más violencia. Testimonios de mujeres Tamil y musulmanas que no hablan Sinhala muestran sufrir más violencia debido a prejuicios sobre su cultura y lenguaje

- Estudio considera que las malas condiciones de trabajo del personal sanitario, el estrés y la falta de personal empeora la situación

Observaciones/ Recomendaciones:

Se requieren políticas y prácticas para sensibilizar al personal de salud sobre la existencia de violencia obstétrica y sus repercusiones. La ética del cuidado debe ser reforzada en la formación profesional de profesionales de la obstetricia. Hacer que la violencia obstétrica sea visible para que las acciones correctivas logren mejorar el bienestar físico y emocional, y la calidad en los cuidados. Asegurarse que el diálogo entre profesionales y pacientes está basado en el respeto, la confianza y el entendimiento. La violencia obstétrica es un problema estructural articulado a nivel individual, a nivel de sistema de salud y de contexto socio-cultural. Son necesarias reformas en el sistema de salud que aseguren que el/la profesional sea responsable de la seguridad y el bienestar de pacientes, medidas formales que recurran en casos de violencia, como proveer servicios de abogacía y juntas médicas imparciales que reciban y revisen las quejas, y establecer medidas estandarizadas para recoger las opiniones de las pacientes sobre la calidad del cuidado y incentivos de los gobiernos que mejoren la calidad de los cuidados.

Obstetrics in a Time of Violence: Mexican Midwives Critique Routine Hospital Practices

Zacher Dixon, L.

México, 2015

Tipo de estudio: Estudio de campo etnográfico de 17 meses, entre 2009 y 2012.

Conceptualización: Mal uso o uso excesivo de intervenciones tecnológicas y biomédicas en la atención al nacimiento. Otros incidentes menos fáciles de codificar y más sutiles que ocurren entre el personal de salud y las pacientes y que suceden como indicativo de unas tendencias más amplias de violencia social contra las mujeres. Insertan estas prácticas obstétricas en un marco de referencia más amplio de patrones de desigualdad social, especialmente relacionados con género, raza y clase, que son históricos y que siguen operando en la actualidad.

Resultados:

- Se observó un caso de una mujer que se le había puesto un dispositivo intrauterino (DIU) después del parto sin su consentimiento ni conocimiento

- La práctica destacada es la “revisión manual de la cavidad uterina” hecha en hospitales de forma sistemática después del parto y de la expulsión de la placenta (intervención innecesaria que carece de evidencia científica)
- Muchas matronas están intentando que se preste atención a cuestiones más profundas que tienen que ver con la violencia de género que sucede en las salas de partos

Observaciones/ Recomendaciones:

Mientras algunas matronas abogan por lograr cambios en las normas nacionales y protocolos, conseguir que el personal médico despliegue estos cambios en su práctica actual y conseguir que las mujeres las demanden, es un reto aún más grande. Para que el personal sanitario y pacientes puedan reconocer estas acciones como formas de violencia que necesitan remediarse se va a necesitar una reevaluación de la dinámica de poder entre ambos, que tiene conexión con cuestiones de clase, raza, género y pobreza.

Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in Mexico

Smith-Oka, V.

México, 2015

Tipo de estudio: Estudio etnográfico, datos recogidos durante 1 mes en 2008 y 2 meses en 2011 en un hospital público de Puebla. Métodos para recogida de datos: observación participante, entrevistas semi-estructuradas y entrevistas abiertas a 71 pacientes obstétricas, 9 enfermeras y 30 médicas/os.

Conceptualización: La estructura compleja de clase, etnia y género puede dar lugar a microagresiones en el entorno médico (el hospital atiende a algunas de las mujeres más pobres de la ciudad).

Resultados:

- La mayoría del personal médico entrevistado consideraban a las mujeres con bajos ingresos incapaces de cuidar de ellas mismas debido a sus problemas sociales intratables. Las consideraban problemáticas, desobedientes, inmaduras (en edad y razón) e incapaces de controlarse (ya sea sexualmente o durante el trabajo de parto y nacimiento)

- El personal critica sus propias condiciones laborales y las diferencias entre el personal debido a la jerarquía.

4 suposiciones generales de las/los facultativos:

1. Suposiciones sobre la idoneidad de las mujeres para la maternidad: microinsultos (enfado, comentarios irritantes, burlas o risas desdeñosas)
2. Asumir y moralizar sobre lo que es ser “buena madre”, asumir falta de “modernidad” y “civilización”: microasaltos
3. Suposiciones sobre la sexualidad desenfrenada de las pacientes: microinvalidaciones
4. Suposiciones de desobediencia y no cooperación: microagresiones corporales

Observaciones/ Recomendaciones:

Tener en cuenta las causas estructurales más profundas por las que las mujeres pobres tienen opciones de atención a la salud limitadas, los requisitos morales implementados para el control reproductivo que se reproducen y que demuestran el funcionamiento del poder, la dinámica de género y las jerarquías en la provisión de asistencia sanitaria, según las cuales las mujeres no deben transgredir esas normas sociales y morales. Se recomiendan programas que aseguren el derecho universal a la salud y el acceso a la asistencia sanitaria que tienen que ir acompañados de un esfuerzo por entender y superar las jerarquías sociales y económicas persistentes en nuestra sociedad. La atención médica prestada sin comprender la vida de las pacientes finalmente reproduce las desigualdades que son la raíz de los problemas sociales.

Exploring mistreatment of women during childbirth in a peri-urban setting in Kenya: experiences and perceptions of women and healthcare providers

Oluoch-Aridi, J., Smith-Oka, V., Milan, E., & Dowd, R.

Kenia, 2018

Tipo de estudio: Método cualitativo. 15 grupos de discusión y 46 entrevistas en profundidad a mujeres y profesionales.

Conceptualización: Abuso que se puede manifestar a nivel individual, estructural y político, estos niveles interaccionan entre ellos. A nivel individual: entre mujeres y profesionales (abuso para afirmar el control sobre las mujeres). A nivel estructural: servicios de salud, universidades, organismos profesionales, que promueven una cultura que tolera el abuso o no son conscientes de sus manifestaciones y que permiten

condiciones de trabajo que impulsan el maltrato. En el plano político y normativo: responsables de la cobertura sanitaria.

Categorías:

1. Abuso físico y verbal
2. Estigma y discriminación: basada en la edad (mujeres jóvenes), en la etnia (minoritarias), discriminación estructural basada en la continuidad del cuidado desde periodo prenatal hasta el postnatal (preferencias a las que recibían cuidado prenatal en el mismo hospital en el que parían), basada en la paridad (mayor cuantos más embarazos), basada en las enfermedades (especialmente VIH) o en el nivel socioeconómico (mujeres pobres)
3. Relaciones de mala calidad entre mujeres y profesionales (falta de apoyo, desatención, insensibilidad, sentirse ignoradas)
4. Incumplimiento de los estándares profesionales: mujeres abandonadas en momentos críticos, uso de la maniobra Kristeller y episiotomías rutinarias

Resultados:

- Testimonios de las mujeres que sufrieron abuso físico, en concreto golpes y palmadas
- Las enfermeras justificaban las palmadas como herramientas para que las mujeres cumplieran y cooperaran durante el periodo expulsivo, citando la urgencia de salvar la vida de la madre y el bebé. Algunas dicen que durante su formación las enseñaron a ser firmes con las mujeres. Utilizan términos como “no colabora”, “rebelde”, “silvestre”, “maleducadas”, “difíciles” para describir a algunas mujeres. Cuestionan su estado emocional por el dolor que sufren
- Normalización del abuso físico y aceptación por parte de las mujeres
- Las mujeres describen abuso verbal. Las callan, no les permiten hacer ruido, usan palabras sarcásticas, las riñen si manchan las sábanas, las insultan y usan insinuaciones sobre su sexualidad. Lo más mencionado “disfrutaste cuándo te quedaste embarazada, ahora no te quejes del dolor”
- Las mujeres denuncian falta de atención mientras que las/los profesionales se quejan de falta de personal y de las excesivas expectativas de las mujeres que esperan un cuidado de calidad y personalizado

Impulsores del maltrato:

- Mala calidad de los servicios de salud debido a la alta demanda de atención, la falta de personal, la falta de material, camas y otras infraestructuras.
- Estrés del personal sanitario puede empeorar la situación, “perder los nervios” o frustraciones si tienen que atender a varias mujeres a la vez y tienen que priorizar por urgencia.
- Cultura de “culpar” a las/los profesionales de cualquier resultado adverso. Sobre todo los que ocupan posiciones más bajas en la jerarquía médica. Expresan miedos de ser acusadas/os que contribuyen a tener que ser “firme” con las mujeres.
- Algunas mujeres se quejan de que no existen vías formales en sectores públicos o privados para discutir el maltrato o reparación por la mala calidad de los servicios. Se quejan de que no hay mecanismos de feedback en los hospitales para presentar quejas sobre la mala calidad del servicio.

Observaciones/ Recomendaciones:

Formación al profesional sanitario sobre trato digno y no discriminación, que los gobiernos provean recursos materiales y humanos, implementar normativas en salud materno infantil, ampliar y apoyar la investigación para mejorar la atención, y evitar el abuso e invertir en educación para la salud para las mujeres para crear expectativas reales.

Women’s perspectives of mistreatment during childbirth at health facilities in Ghana: findings from a qualitative study

Maya, E. T., Adu-Bonsaffoh, K., Dako-Gyeke, P., Badzi, C., Vogel, J. P., Bohren, M. A., & Adanu, R.

Ghana, 2018

Tipo de estudio: Diseño exploratorio cualitativo de mayo a julio de 2015. Participantes: 110 mujeres. 41 entrevistas en profundidad y 10 grupos de discusión.

Conceptualización: maltrato durante el parto

Categorías:

1. Experiencias y percepciones de maltrato durante el parto
2. Factores percibidos que influyen en el maltrato
3. Niveles de aceptabilidad de diferentes tipos de maltrato durante el parto
4. Influencia del maltrato en las preferencias de escoger el lugar donde dar a luz

Resultados:

- Testimonios que relatan abuso físico (pellizcos, palmadas en los muslos y espalda) y verbal (gritos, insultos y comentarios despectivos)
- Testimonios que evidencian incumplimiento de los estándares profesionales (negligencia, abandono y falta de apoyo durante el parto). También reconocen la falta de personal aunque expresan que las/los profesionales no mostraban interés por las mujeres
- Sobre la aceptabilidad del maltrato las respuestas varían entre los diferentes grupos según edad, el tipo de maltrato, las condiciones y el momento en el que ocurre. Sus respuestas sugieren dilemas con respecto a la utilidad de actos específicos de maltrato y sus interpretaciones, algunas lo interpretan como medidas correctivas para ayudar a las mujeres o al bebé. La mayoría de las mujeres creen que es inaceptable que el personal se niegue a ayudar a las mujeres durante el parto
- Algunas mujeres identificaron que el maltrato influye en las decisiones futuras con respecto al uso de las instalaciones y prefieren dar a luz en casa

Observaciones/ Recomendaciones:

Educación y empoderamiento de las mujeres, fortalecimiento de los sistemas de salud y capacitación del personal sanitario. Esfuerzos coordinados (tanto a nivel local como internacional) para medir de manera objetiva y determinar la prevalencia del maltrato y abuso durante el parto para así decidir qué medidas utilizar para eliminarlos. Promover la atención respetuosa en el parto. Eliminar el maltrato y abuso podría aumentar las tasas de partos atendidos y mejorar los resultados de salud materna y perinatal.

Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence

Solnes Miltenburg, A., van Pelt, S., Meguid, T., & Sundby, J.
Tanzania, 2018

Tipo de estudio: Cualitativo. Observaciones de septiembre 2015 a febrero 2017 en 2 servicios de maternidad. 40 mujeres (parto vaginal), la mitad parto en casa. 92 entrevistas en profundidad.

Categorías:

1. Comportamientos de apoyo: apoyo emocional, apoyo físico, comunicación efectiva, se encuentra accesible o próximo/a, respeta la privacidad, pide consentimiento.

2. Comportamientos que no son de apoyo: abuso psicológico, abuso físico, no apoyo o indiferencia, abandono, violación de la privacidad, no pide consentimiento.

Resultados:

- Todas las mujeres estuvieron expuestas ambos tipos de comportamientos, incluyendo faltas de respeto y abuso durante embarazo y parto. La falta de cuidados está normalizada
- Muchas veces profesionales y mujeres interaccionaban en completo silencio, rara vez se les daba la bienvenida y se dirigían a ellas con instrucciones simples “siéntate” o “levántate”. Las/los profesionales no siempre informaban a las mujeres de los hallazgos de los exámenes o pruebas de laboratorio y rara vez se les informaba sobre el sistema de atención
- Las preocupaciones, opiniones y conocimientos de las mujeres eran frecuentemente ignorados
- Las mujeres más jóvenes y menos experimentadas tenían más probabilidades de sufrir falta de respeto y abuso, se les recriminaba cuando no se comportaban como debían. A veces eran increpadas si no hacían lo que se le decía. Varias mujeres no pudieron recibir cuidados antenatales. A algunas se les negaban los servicios y a veces la clínica se cerraba inesperadamente

Recomendaciones:

El personal de salud materno infantil necesita ser más autocrítico y reflexionar. Las estadísticas mundiales sobre atención prenatal son una representación de los servicios que se ofrecen pero no reflejan la búsqueda real de la atención de las mujeres que no siempre reciben atención de calidad. El maltrato a las mujeres debe abordarse de manera integral con atención continuada y a través de intervenciones estructurales; es un síntoma de la desigualdad sistémica de género en la sociedad que fomentan y mantienen las condiciones que hacen posible el maltrato a las mujeres, que en este caso, se manifiesta en las interacciones entre proveedores de salud y las mujeres. Se debe ir más allá de mejorar las habilidades del personal y de lograr cambios organizativos a nivel institucional, se deben abordar las condiciones sociales que mantienen a las mujeres en un estatus inferior. Las políticas y las prioridades en financiación deben discutirse y se requieren esfuerzos colectivos para establecer mecanismos de rendición de cuentas que hagan a las autoridades competentes responsabilizarse de la falta de acceso a una atención respetuosa.

Women's experiences of disrespect and abuse in maternity care facilities in Benue State, Nigeria.

Orpin, J., Puthussery, S., Davidson, R., & Burden, B.

Nigeria, 2018

Tipo de estudio: Estudio cualitativo. 32 mujeres, 5 grupos de discusión

Categorías:

1. Práctica considerada “normal”: comportamientos del personal, práctica común en el centro, soportar prácticas abusivas
2. Deshumanización: degradar a las mujeres y Falta de empatía
3. Sin intención de hacer daño: animar a empujar, con la intención de salvar vidas
4. Intenciones de utilizar servicios de maternidad en el futuro: no hay otra opción, usar otro hospital, utilizar hospital privado en vez de público

Resultados:

- Las participantes perciben los incidentes de que les griten y usen lenguaje ofensivo como algo “normal”; consideran que les hacen perder su valía y dignidad; las hace sentir que no se les trata “como seres humanos”
- Algunas creen que la falta de respeto y los abusos son consecuencia de la falta de empatía
- Algunas justifican estos comportamientos como “bien intencionados” para ayudarlas a empujar o salvar la vida de la madre o bebé
- Algunas lo consideraron intencionado o sin justificación, o sienten que les interrumpieron en su proceso natural
- Algunas mujeres volverían a usar las instalaciones porque es la mejor opción y no tienen otra alternativa, pero la mayoría tienen la intención de ir a otros hospitales

Recomendaciones:

La normalización de la falta de respeto y abuso evidencia la necesidad de sensibilizar a las mujeres y otros miembros de la familia sobre el derecho a un atención respetuosa y empoderarlas a reportar y cuestionar estas prácticas. También capacitar al personal de atención médica sobre la importancia de brindar una atención respetuosa.

Midwives' respect and disrespect of women during facility-based childbirth in urban Tanzania: a qualitative study.

Shimoda, K., Horiuchi, S., Leshabari, S., & Shimpuku, Y.

Tanzania, 2018

Tipo de estudio: Estudio cualitativo descriptivo. Observación naturalista de 14 matronas en las salas de parto de dos hospitales en la zona urbana de Tanzania en noviembre y diciembre de 2014.

Categorías:

1. Respeto por las mujeres: 1) interacciones positivas entre las matronas y las mujeres, 2) respeto por la privacidad de las mujeres, 3) provisión de atención segura y oportuna para el parto, 4) participación activa en el proceso, 5) fomento de la relación madre-bebé
2. Falta de respeto hacia las mujeres: 1) abuso físico, 2) abuso psicológico, 3) atención no confidencial, 4) atención no consentida, 5) abandono de la atención
3. Práctica no priorizada y desorganizada: 1) falta de responsabilidad, 2) prácticas clínicas poco éticas

Resultados:

- Las 14 matronas mostraron cuidados respetuosos y no respetuosos
- Ocasionalmente usaron la fuerza: golpear, dar palmadas, patear o pellizcar
- En ocasiones se brindaron cuidados inadecuados como hacer amniotomía con un fragmento de vidrio de una ampolla rota, no seguir las instrucciones del personal médico para la dosis de oxitocina o suturar el perineo sin usar anestesia
- Se observó abuso psicológico: amenazas, intimidaciones y no tener en cuenta la petición o situación de las mujeres
- Era común la falta de privacidad ya que las salas eran compartidas
- A menudo, se observó realizar procedimientos sin dar ningún tipo de explicación o pedir consentimiento
- Se observó que muchas matronas ignoraban, descuidaban o abandonaban a las mujeres durante el parto
- Muchas veces sus prácticas eran improvisadas, sin tener pacientes asignadas la atención era aleatoria.

- Algunas matronas registraban lo que deberían de haber hecho pero no la realidad de lo que hicieron

Recomendaciones:

Para promover la atención respetuosa de las mujeres son cruciales, la capacitación previa y continua de las enfermeras y matronas, la mejora de las condiciones de trabajo y de los recursos físicos, el empoderamiento de las mujeres embarazadas y el fortalecimiento de las políticas de salud.

Midwives' and patients' perspectives on disrespect and abuse during labor and delivery care in Ethiopia: a qualitative study.

Burrowes, S., Holcombe, S. J., Jara, D., Carter, D., & Smith, K.

Etiopía, 2017

Tipo de estudio: Estudio transversal cualitativo. 45 entrevistas en profundidad a 45 personas (26 mujeres, 15 estudiantes para matrona, 4 matronas)

Categorías

Categorías de falta de respeto y maltrato durante la atención al parto definidas por Bowser y Hill (2010):

1. Abuso físico
2. Atención no consentida
3. Falta de confidencialidad durante la atención
4. Atención no digna (incluye abuso verbal)
5. Discriminación basada en atributos específicos
6. Abandono o negación de atención
7. Detención en centros de salud

Resultados:

- Tanto el personal de atención médica como las pacientes reportan frecuentes abusos físicos y verbales, así como atención no consentida durante el parto
- El abuso verbal es el más reportado: 48% de las pacientes, 43% de estudiantes y matronas
- Ninguna de las pacientes entrevistadas mencionó haber sido maltratada físicamente, aunque varias mencionaron haber escuchado historias de abuso o haber sido testigos de abuso físico

- Cerca de un tercio de los proveedores indicaron que habían observado personalmente el abuso físico de las pacientes
- A la mayoría se les permitía beber líquidos durante el parto, pero con frecuencia se negaba la comida
- A la mayoría de los pacientes no se les permitió dar a luz en la posición deseada, y a una gran minoría no se les permitió acompañantes durante el parto. Las pacientes usualmente no reportaron estas prácticas como abuso
- El personal informa que la mayoría de los abusos son involuntarios y resultan de debilidades en el sistema de salud o de una necesidad médica. Las pacientes también vieron el estrés y la carga de trabajo del personal como los principales impulsores del abuso, pero aconsejaron que deben prestar atención a sus compromisos éticos y profesionales y encontrar formas de manejar mejor las responsabilidades y el estrés
- Aunque los/las sanitarias mostraron un buen conocimiento básico de confidencialidad, privacidad y consentimiento, la capacitación sobre los principios de atención receptiva y respetuosa y sobre asesoramiento está ausente en gran medida aunque reportan que recibirían con agrado la instrucción práctica relacionada con esto
- Las respuestas de las pacientes sugieren son conscientes de que se están violando sus derechos y evitan las instalaciones con reputación de mala atención
- Las pacientes se quejaban con frecuencia de la falta de privacidad en las salas debido a la falta de pantallas o cortinas y también a la gran cantidad de estudiantes

Observaciones/ Recomendaciones:

En Etiopía, las tasas de asistencia cualificada en el parto siguen siendo solo del 28% a pesar del reciente aumento dramático en el número de proveedores cualificados e instalaciones. Se ha manifestado la preocupación de que las percepciones de las mujeres sobre la mala calidad de la atención y el temor al maltrato podrían contribuir a esta baja utilización. Los datos no evidencian abuso en forma de detención de pacientes, soborno, abandono o discriminación contra grupos étnicos particulares. Sugieren la capacitación profesional en atención a la maternidad respetuosa y centrada en la paciente y abordar los problemas estructurales relacionados con la carga de trabajo del personal y las limitaciones de la atención con escasos recursos y complementarlo con intervenciones para mejorar las interacciones interpersonales de

las matronas con las mujeres. Las personas responsables de formular las políticas deben tener en cuenta todas estas recomendaciones y deberían de explorar formas de estructurar la experiencia del nacimiento de forma que empodere a las mujeres. Es necesaria la colaboración y el diálogo entre quienes formulan las políticas, quienes defienden los derechos del paciente y quienes trabajan para mejorar la calidad de la salud materno-infantil, para diseñar los planes de estudio y protocolos para la educación de profesionales de salud.

Manifestations and drivers of mistreatment of women during childbirth in Kenya: implications for measurement and developing interventions.

Warren, C. E., Njue, R., Ndwiga, C., & Abuya, T.

Kenia, 2017

Tipo de estudio: Investigación en implementación, de agosto a octubre 2011 en 13 instalaciones y comunidades. Entrevistas en profundidad a 50 mujeres, 63 profesionales (responsables de políticas de salud, personal gerente y proveedoras/es de salud) y 19 grupos de discusión con mujeres y hombres que viven alrededor de las instalaciones.

Categorías: Temas de primer orden: extraídos de los hallazgos de la investigación. Los temas de segundo y tercer orden clasifican los temas de primer orden en grupos significativos basados en atributos comunes. Como temas de tercer orden se utiliza el marco desarrollado por Bohren et al (2015): 1) abuso físico, 2) abuso verbal, 3) estigma y discriminación, 4) incumplimiento de los estándares profesionales de atención, 5) mala relación entre las mujeres y los proveedores de salud y 6) condiciones y limitaciones del sistema de salud. Abuso sexual también forma parte del marco aunque no hubo testimonios sobre esto en los datos obtenidos.

Resultados:

- Pregunta genérica sobre los problemas que enfrentan las mujeres para acceder a los servicios de salud materna surgieron: barreras socioeconómicas (pobreza), distancia a los servicios de salud, falta de transporte y costos, especialmente por la noche, y el coste de la atención al parto
- Los testimonios relatan todos los tipos de maltrato descritos por Bohren et al, exceptuando abuso sexual. Las formas principales de maltrato en este estudio fueron: lenguaje no digno (abuso verbal), abuso físico, abandono y detención

- Las mujeres describen: experiencias negativas en el parto, frustración por la falta de confidencialidad y autonomía, abandono por parte de los proveedores y suciedad en las unidades de maternidad
- El personal sanitario admite los desafíos, pero describe las razones del abuso aparente (palmadas en los muslos para alentar a las mujeres a centrarse en el proceso de parto) y la "detención" se debe a que los familiares los han abandonado
- Los hombres intentan superar los desafíos pagando a los proveedores para asegurarse de que cuidan de sus esposas
- Los impulsores del maltrato son perpetuados por las normas sociales y de género a nivel familiar y comunitario. A nivel de las instalaciones, la supervisión deficiente de la gerencia, la desmotivación del proveedor y la falta de equipos y suministros contribuyen a la mala experiencia en la atención. Una reparación jurídica débil o inexistente perpetúa el problema.

Observaciones/ Recomendaciones:

Los motores que impulsan el maltrato funcional en diferentes niveles: individual, familiar, comunitario, de sistema de salud y de políticas e interactúan de forma compleja con la influencia social y el contexto. Los desequilibrios de poder y las disparidades de género también tienen un papel importante. Es necesario contextualizar la tipología para desarrollar estrategias que reduzcan el maltrato en todos los niveles. Estos abusos pueden ser un reflejo de las características más amplias de la violencia contra las mujeres que se deriva de la desigualdad estructural de género que devalúa sistemáticamente las vidas de mujeres y niñas. Es necesario conocer los vínculos entre los tipos de maltrato, los desencadenantes, impulsores y consecuencias. Los desencadenantes inmediatos, como el "deseo de salvar vidas", tienden a normalizar el maltrato que se convierte en patrón de comportamiento. El lugar donde vive la madre o su código de vestimenta que puede conducir a la discriminación como resultado de la percepción del estado socioeconómico; la edad de las mujeres, el estado civil y la paridad de las mujeres pueden desencadenar algún tipo de discriminación que está vinculada a normas y expectativas sociales más amplias. Comprender los factores desencadenantes es importante al diseñar intervenciones, ya que apuntan a comportamientos potenciales que son o bien difíciles de erradicar o por el contrario fáciles de tratar. Las consecuencias van desde desalentar en la utilización de las

instalaciones en el futuro hasta el paso de una instalación a otra que puede poner a las mujeres en peligro.

"Is the doctor God to punish me?!" An intersectional examination of disrespectful and abusive care during childbirth against single mothers in Tunisia.

Amroussia, N., Hernandez, A., Vives-Cases, C., & Goicolea, I.

Túnez, 2017

Tipo de estudio: Estudio cualitativo. Entrevistas a 11 madres solteras. Los datos se analizaron utilizando un enfoque temático inductivo guiado por el enfoque interseccional feminista.

Categorías: Se abordaron 4 temas principales en la guía temática de la entrevista: 1) las experiencias de las madres solteras con servicios de salud materna en Túnez, 2) las percepciones de las participantes sobre las actitudes de los proveedores de salud materna hacia ellas, 3) las barreras que enfrentaron para acceder a servicios de salud materna adecuados y 4) las autopercepciones como madres solteras.

Resultados:

Tres temas surgieron durante el análisis de datos:

1) Experimentar falta de respeto y abuso, 2) Percepciones de arrepentimiento y vergüenza atribuidas a ser madres solteras, y 3) La tríada de vulnerabilidad: estigma, desafíos sociales y desafíos del sistema de salud.

- Testimonios de abuso y tratamiento irrespetuoso durante el parto
- Describen sentirse descuidadas, ignoradas y recibir faltas de respeto del personal de atención médica, como por ejemplo no pedir consentimiento antes de realizar procedimientos; expresaron haber sentido hambre, frío y riesgos de complicaciones en el postparto como resultado del abandono; y se sintieron tratadas de forma diferente al resto y juzgadas por tener un bebé fuera del matrimonio
- Denunciaron formas de violencia psicológica y verbal (insultos, humillaciones, amenazas), violación de la privacidad y violencia física (bofetadas, golpes en las caderas, marcas de los dedos en el cuerpo)
- Describieron que las prácticas abusivas e irrespetuosas eran comunes y normalizadas en el hospital

- El estigma social no solo afectó la forma en que se trataba a las madres solteras durante el parto, sino también a cómo se percibían a sí mismas y cómo percibían su atención

Observaciones/ Recomendaciones:

El estudio destaca que las experiencias de parto de madres solteras están moldeadas por factores intersectoriales que van más allá del sistema de salud. El género juega un papel importante en la construcción de estas experiencias al cruzarse con otras estructuras sociales. Estas experiencias de maltrato reflejan no solo la mala calidad de los servicios de salud materna, sino también la forma en que las prácticas de los sistemas de salud traducen el estigma asociado culturalmente con las futuras madres solteras en este contexto. La violencia, las actitudes discriminatorias y moralistas que enfrentan los participantes pueden ser prácticas represivas utilizadas por los proveedores de atención médica materna para disciplinar a las madres solteras desde una perspectiva moral. La atención abusiva durante el parto es un problema de salud pública que requiere mayores esfuerzos para generar evidencia de las diferentes formas de violaciones de derechos que sufren las mujeres en los centros de salud y orientar la adopción de soluciones en la política y la práctica. El cambio puede favorecerse al empoderar a las mujeres y al empoderar al personal de salud, disminuyendo las cargas de sus pacientes y mejorando sus condiciones de trabajo. Fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas y alentar a las mujeres a reportar violaciones con un enfoque especial en los grupos más vulnerables y marginados también podría disminuir las prácticas abusivas. Abordar las causas subyacentes de la marginación y el desempoderamiento de las mujeres. Se requieren medidas urgentes del estado para apoyar a madres solteras, que incluyan el acceso a la educación, la capacitación y las oportunidades económicas, y el fin de la discriminación social e institucional.

A qualitative study of women's and health providers' attitudes and acceptability of mistreatment during childbirth in health facilities in Guinea.

Balde, M. D., Bangoura, A., Diallo, B. A., Sall, O., Balde, H., Niakate, A. S., ...
Bohren, M. A.

Guinea, 2017

Tipo de estudio: Métodos cualitativos: entrevistas en profundidad y grupos de discusión con mujeres en edad reproductiva, matronas, enfermeras y médicos.

Categorías: A los y las participantes se les presentó cuatro escenarios de maltrato durante el parto por parte del personal de salud (1) pellizcar, abofetear o dar palmadas a una mujer; (2) abusar verbalmente de una mujer; (3) negarse a ayudar a una mujer; y (4) obligar a una mujer a dar a luz en el suelo.

Resultados:

- La mayoría de las mujeres no aceptaban ninguno de los escenarios, a menos que se percibiera que la acción se usaba para salvar la vida de la madre o el bebé
- Sin embargo, percibieron que la desobediencia y la falta de cooperación de una mujer puede contribuir a su maltrato
- Las mujeres reaccionaron a este maltrato aceptándolo, negándose a usar el mismo hospital, vengándose contra el proveedor o denunciando a la gerencia del hospital
- Los y las proveedoras de servicios aceptaban el maltrato cuando las mujeres eran desobedientes, no cooperaban o para salvar la vida del bebé
- Se considera que los gritos suceden con frecuencia y muchas veces se consideran como algo “normal”
- Las mujeres explicaron que los proveedores a menudo se negaban a ayudarlas durante el parto porque no pagaban el "pago informal" solicitado.

Observaciones/ Recomendaciones:

Tener en cuenta las normas contextuales y sociales y desarrollar una intervención integral que aborde las causas fundamentales. Las normas sociales relativas a la violencia hacia las mujeres y la forma de tratarlas con la aceptación y justificación de la violencia por la mayoría de la población hacia ellas es un reflejo del constructo social en el que viven. Los hallazgos de este estudio son análogos y sugieren que las mujeres y los proveedores de atención médica creen que el maltrato es justificable en ciertas circunstancias. Sus propias necesidades y preferencias, como gritar de dolor o parir en una posición no supina, a menudo son ignoradas. La jerarquía social desempodera sistemáticamente a las mujeres y esto podría ser una explicación de por qué los actos vergonzosos de maltrato durante el parto no se denuncian y los perpetradores no son tomados por responsables. Se necesita más investigación sobre cómo medir el maltrato. Los sistemas de salud débiles tienen una capacidad limitada para hacer frente o mejorar la calidad de la atención, es necesario mejorarlos. La estructuración del plan de estudios de profesionales deben tratar los elementos psicosociales de la atención en maternidad, como el trabajo de acompañar, la empatía, la compasión, el respeto, la autonomía y la

elección, como componente esencial. Difundir el conocimiento sobre el maltrato y desarrollar políticas para evitarlo.

El nacimiento en Cuba: análisis de la experiencia del parto medicalizado desde una perspectiva antropológica

García JD, Díaz BZ, Acosta ÁM

Cuba, 2012

Tipo de estudio: Investigación de orden interpretativo, a partir de información cualitativa y descriptiva. Entrevistas y observación participante entre abril de 2007 y marzo de 2010 a 36 mujeres, 10 de sus acompañantes y 9 obstetras.

Conceptualización: La violencia obstétrica se pone de manifiesto en la presente investigación a través de la poca información que reciben las mujeres, la poca capacidad de acción y decisión y la legitimación de su rol de pacientes durante todo el proceso, lo que consolida su subordinación hacia las indicaciones médicas. Las mujeres carecen de poder y de autonomía para decidir sobre sus propios partos, pierden protagonismo al ser descalificados sus conocimientos y al no crear condiciones para que ellas y sus parejas tomen decisiones y sean sustituidas por las de un equipo de expertos, que además excluye a los padres del trabajo de parto y el parto y separa a las madres de las criaturas.

Resultados:

- Las declaraciones de las mujeres refirieron que colaboraron, cumplieron órdenes, permitieron la exploración de sus cuerpos incluso ante la presencia de personal ajeno y no declararon que cuestionaran las prácticas realizadas. Algunas desearon caminar durante el trabajo de parto y según los médicos estaban limitadas para ello por el poco espacio
- En dos de los servicios, les cambiaron sus batas por las del hospital y todas tuvieron que despojarse de sus prendas (aretes, reloj). A todas les canalizaron una vena, a la mayoría las acostaron para la monitorización fetal electrónica y se le realizó la rotura artificial de membranas
- Muchas eran tratadas como "mamita, hija, mijita, mi chiquitica, negrita" y en pocas ocasiones señora
- Asumieron las normas indicadas y por lo general no expresaron su inconformidad ante situaciones que desaprobaron

- El contacto entre obstetras y mujeres o familiares fue escaso, por lo general se limitó a recoger los datos para la historia clínica y dar instrucciones, no se observó que se presentaran o identificaran, ni que dieran explicaciones relacionadas con el proceso
- Por lo general durante el trabajo de parto las mujeres permanecieron con las batas abiertas, descubiertas ante la presencia de personal médico y no médico, no contaban con sábanas para taparse
- La exploración y observación médica fue constante ante la inminencia del parto y por lo general por varios profesionales.
- Todos los partos tuvieron lugar en posición de litotomía. El discurso de los médicos sugirió que los salones están diseñados en función de los profesionales y no de las gestantes
- Sus declaraciones aportaron indicios de que desconocían la razón por la cual les realizaron la rotura de las membranas, asumieron la necesidad de la episiotomía y de la canalización de vena con anterioridad y a la monitorización se refirieron favorablemente en función del bienestar de su bebé, aunque describieron la incomodidad que implicó, no se percataron del alumbramiento asistido. La referencia en general de las mujeres estuvo más encaminada a la descripción del dolor y la duración del evento en sí y en algunos casos al trato
- La episiotomía le fue realizada a 29 de las 36 entrevistadas (Más del 80%)
- Las mujeres en su relato subvaloraron situaciones en las que fueron maltratadas y en algunos casos las justificaron y en general pasaron consciente o subconscientemente el poder de la toma de decisiones al personal médico
- El acompañamiento durante el parto fue muy valorado por las mujeres. De las 36 entrevistadas: 30 estuvieron acompañadas durante el parto (11 en el parto, 24 durante la recuperación). La mayoría de las mujeres prefirió la compañía de la madre aunque refirió que sus parejas mostraron interés, pensaban que los hombres no estaban preparados para el momento

Observaciones/ Recomendaciones:

La vivencia del parto se manifestó ambivalente en gran medida a través de aspectos negativos, consecuencia de la representación social y médica de la desconfianza en el cuerpo gestante y el poco conocimiento y autonomía de las mujeres durante el mismo. Su atención está insertada en el Modelo Médico Hegemónico (MMH), modelo que hegemoniza el control sobre los conocimientos referidos al cuerpo humano, en este

caso al femenino y sus procesos fisiológicos. El parto tuvo lugar en un contexto hospitalario exclusivamente, con características estructurales e higiénicas por lo general desfavorables, con numerosas intervenciones médicas, alejadas las mujeres de sus redes de apoyo durante partes significativas del evento, con una relación médico-paciente desigual. El desconocimiento de las mujeres se articula con la falta de información a la que tienen acceso y la cantidad y la calidad de la procedente de los servicios de atención. Los criterios de la mayoría de los profesionales entrevistados, sugieren en alguna medida la desvalorización de prácticas menos medicalizadas. La valoración a priori insatisfactoria de los hombres por las propias mujeres y el personal de salud pone en evidencia la cultura de género arraigada y acentuada por el sistema médico, en la que todo lo relacionado con el nacimiento es asociado a lo femenino. La práctica rutinaria de las intervenciones médicas descritas y las restricciones a las mujeres y sus familias, se inserta en los mecanismos de violencia que operan en la atención al parto, de tipo física, ya que la evidencia científica no justifica su uso sistemático y simbólica porque consolida a través de los malestares que genera las lecturas de sacrificio, dolor y sufrimiento asociados a la maternidad, por lo que además posee una connotación de género.

De los resultados de la revisión sistemática se obtiene evidencia, tanto cuantitativa como cualitativa, de que la violencia obstétrica es frecuente. Debido a que las formas en las que se manifiesta este tipo de violencia son muy numerosas, las categorías utilizadas para medirla son diversas, algunas incluyen abuso físico, abuso verbal, violencia psicológica, cuidado no consentido, cuidado no confidencial, cuidado no digno, falta de privacidad, falta de información, relaciones de mala calidad entre profesionales y mujeres, incumplimiento de los estándares profesionales, cuidado no basado en la evidencia científica, intervenciones innecesarias, cuidado negligente, deshumanización del cuidado, abandono, detención, soborno, estigma, discriminación por algún atributo específico, etc. Algunos estudios utilizan categorías para medir la calidad de la atención, los comportamientos deseables o de apoyo del personal sanitario u otros elementos referentes al marco de cuidado materno respetuoso. La prevalencia de cada forma de manifestarse es difícil de determinar ya que no existe un modelo único para medir la violencia obstétrica. Además, se observó que los resultados varían en función de si se pregunta a las mujeres, al personal sanitario o si se obtienen a través de

observaciones directas del personal investigador. A pesar de las variaciones, la prevalencia de cualquier tipo de abuso en los servicios de maternidad en los artículos revisados se situó entre el 15% y el 99,7%. Estos resultados, junto con la prevalencia de las distintas manifestaciones de falta de respeto y abuso, sugieren que la violencia obstétrica es un problema muy común. Se advierte que se siguen realizando muchas intervenciones innecesarias que carecen de evidencia científica y que, además, muchos de estos procedimientos se realizaron sin dar explicaciones previas y/o sin pedir el consentimiento de las mujeres.

Se puso de manifiesto que la percepción de la violencia obstétrica puede variar entre el personal médico y las mujeres. Los resultados de algunos estudios muestran que hay profesionales que interpretan que ciertas prácticas, que pueden ser consideradas para otras personas como falta de respeto y abuso, son justificadas y calificadas de necesarias para que las mujeres obedezcan, cooperen o para salvarles la vida a ellas o a sus bebés. Algunas/os profesionales interpretan que las mujeres no saben cuando una situación es de riesgo y que, para ayudarlas, tienen que mantener una actitud firme con ellas. Por lo tanto, parece haber una normalización de ciertos comportamientos acompañada de una falta de reflexión sobre si estos comportamientos pueden ser percibidos por las mujeres como actos violentos. Los testimonios de algunas mujeres muestran la aceptabilidad y normalización de ciertas prácticas violentas realizadas por parte del personal sanitario, interpretándolas como medidas necesarias para ayudarlas a empujar o para salvarles la vida o salvar la vida de sus bebés. Se observó que algunas de las mujeres no consideraban necesario cuestionar estas prácticas y simplemente preferían asumir las normas.

Se destaca que las relaciones entre el personal sanitario y las mujeres no suelen ser muy cercanas y un gran número de profesionales se limitan a dar órdenes a las mujeres. Se observó que el personal sanitario no siempre se presenta, ni va informando regularmente sobre el proceso de parto, ni alienta a las mujeres a hacer preguntas o pedir ayuda en caso de necesitarla. Los estudios reconocen que las malas condiciones laborales, la falta de personal y la falta de recursos tienden a empeorar las situaciones de abuso. Se afirma que la violencia obstétrica supone un problema ya que la falta de atención respetuosa disuade a las mujeres de acudir a los centros de atención al parto. Una cuestión que influye en los resultados es el momento en que se realiza las entrevistas a las mujeres pues se observó que los resultados difieren si se hacen en los centros de atención al parto

o si se hace en los hogares al menos un mes después del alta. También, parece que las prevalencias de abuso pueden variar entre parto hospitalario y partos en casa. Los estudios que incluyen la discriminación por algún atributo específico muestran que, en la mayoría de los casos, sucede por motivos de apariencia, edad, nivel socioeconómico y enfermedades concretas. Se percibió que las mujeres jóvenes, menos experimentadas, pobres, de etnias minoritarias y mujeres con VIH, tienden a ser discriminadas, aunque también existe discriminación hacia las mujeres que hayan tenido un alto número de embarazos. Algunos estudios sugieren que existe relación entre el maltrato recibido en los establecimientos y el poco acceso de las mujeres a estos servicios influyendo en su decisión de parir en casa, por lo que eliminar el maltrato puede contribuir a mejorar la salud materno infantil.

5. DISCUSIÓN Y POSICIONAMIENTO

La violencia obstétrica es una forma de violencia de género ya que sucede dentro de un contexto patriarcal que ejerce violencia hacia las mujeres por el hecho de serlo. Para que los hombres puedan mantener el monopolio del poder frente a las mujeres, el patriarcado ejerce poder a través de diferentes mecanismos, uno de ellos es la violencia hacia las mujeres que tiene como objetivo el control y la dominación. Además, para mantener la hegemonía masculina, el patriarcado ejerce violencia simbólica al controlar el imaginario social a través de la cultura y de los discursos que normalizan la violencia contra las mujeres y las representa como sujetos subordinados, manteniéndolas así en un estatus social inferior. Las experiencias corporales reales de las mujeres como la sexualidad, la maternidad, las interrupciones voluntarias del embarazo, la lactancia materna, las pérdidas gestacionales, la menstruación, la menopausia, etc. han sido silenciadas e ignoradas históricamente y, en su lugar, se han impuesto normas sociales sobre los cuerpos de las mujeres que las somete a vivir estas experiencias corporales desde un modelo de feminidad patriarcal. La violencia obstétrica va más allá de la falta de respeto o el abuso de una/un profesional de la salud sobre una mujer en concreto, sino que tiene un componente estructural basado en una jerarquía de poder patriarcal y, por este motivo, sucede a nivel global. Por consiguiente, el concepto de *violencia obstétrica* es el mejor término para describir esta problemática en toda su magnitud, ya que términos

como maltrato en el proceso del nacimiento, falta de respeto y abuso, cuidado irrespetuoso, etc. no definen el problema en su totalidad.

Para combatir las formas de violencia contra las mujeres, las acciones tienen que estar dirigidas a cambiar las estructuras de la sociedad y el imaginario colectivo, de forma que se consiga corregir las desigualdades entre mujeres y hombres y conformar un sistema más justo e igualitario para todas las personas. La responsabilidad no es exclusiva de las mujeres, sino del conjunto de la sociedad, que debe asumir un compromiso feminista para lograr un cambio real en todas las esferas de la vida, que incluye el ámbito político, económico y social. Es necesario abolir el género, es decir, acabar con la normalización y reproducción de los estereotipos de género, normas institucionales y formas de pensar y actuar que refuerzan las desigualdades de género y mantienen a las mujeres en un estatus social inferior. Además, es elemental tener en cuenta que tanto el patriarcado como el mercado capitalista se beneficia de las desigualdades entre mujeres y hombres. En ese sentido, el capitalismo saca partido de la medicalización y patologización del cuerpo de las mujeres para vender soluciones en forma de tratamientos e intervenciones médicas, así como de la explotación sexual y reproductiva de sus cuerpos. La teoría feminista es de gran utilidad para comprender el funcionamiento del sistema patriarcal y realizar un análisis de la violencia obstétrica más completo profundizando sobre el papel que juega el género en esta problemática.

Es una asignatura pendiente dotar de valor simbólico a los procesos naturales de las mujeres, sin caer en prejuicios o idealizaciones pero dándoles el valor social, político y económico que tienen, y en el cual las mujeres sean las protagonistas de su sexualidad, menstruaciones, embarazos, partos, puerperios y demás procesos biológicos para comprender y vivir sus cuerpos desde el respeto. Se trata de crear un imaginario social propio alejado del modelo patriarcal de feminidad. Para ello, se debe acabar con tabúes, estigmas y falsos mitos alrededor de sus procesos naturales y con la repulsión hacia los fluidos corporales femeninos causante de que sus procesos sean percibidos como sucios o infecciosos. Además, se necesita romper con la idea de que la maternidad define a las mujeres o de que sólo las mujeres saben y deben cuidar; acabar con los modelos de madre sufridora, entregada y sacrificada y con el modelo neoliberal de madre “perfecta” y exitosa en su vida profesional, personal y familiar; poner fin a la visión cosificada e hipersexualizada del cuerpo de las mujeres cuyo objetivo es parecer eternamente joven y

atractiva para los hombres y en la cual los cuerpos envejecidos o no normativos son discriminados e invisibilizados; acabar con el modelo de sexualidad patriarcal y educar en relaciones afectivo-sexuales placenteras e igualitarias; romper con la representación de las mujeres como seres frágiles e inestables que necesitan ser tratadas de forma paternalista e infantilizada. En resumen, se trata de que las mujeres dejen de ser objetos para ser sujetos. Es necesario crear un imaginario cultural más próximo a la realidad, en el que los hombres formen parte de la esfera de los cuidados de forma igualitaria y en el que las experiencias corporales de la mujeres sean representadas como vivencias diversas y únicas, en las que también intervienen factores políticos, económicos y sociales. En este sentido, es importante exigir cambios políticos que permitan las condiciones necesarias para que las maternidades y paternidades puedan ser ejercidas de forma libre e igualitaria. En definitiva, es necesario hacer política desde el cuerpo o como se defiende desde el ecofeminismo, poner la vida en el centro. Para ello se necesita pensar en modelos de sociedad alternativos desde la colectividad que reconozcan tanto a hombres como a mujeres como seres interdependientes y vulnerables que necesitan cuidar y ser cuidados.

Como afirma Lagarde “las mujeres necesitan apropiarse de su cuerpo como propiedad -ser propietarias y no mediadoras-, como uso -para qué-, y con otro sentido: desdramatizar su cuerpo. Se trata de la apropiación integral del cuerpo femenino por las mujeres mediante la vivencia corporal y subjetiva del cuerpo integrado en la identidad: conocido y reconocido, dispuesto a movilizarse para lograr como totalidad la realización del deseo erótico, intelectual, social, laboral, estético, afectivo, político de la propia mujer: a través del trabajo, de la sabiduría, de la relación con los otros, del erotismo, de la creación diversa” (2011, p. 815). La autora propone una conversión del cuerpo destinado a los otros al “cuerpo-para-mí”.

Dejar en manos de la ciencia médica aspectos fisiológicos de los cuerpos de las mujeres que tienden a ser medicalizados y patologizados, tiene a largo plazo un impacto negativo en la vida de las mujeres. Algunos estudios realizados sobre las consecuencias de la violencia obstétrica en las mujeres sugieren que estas experiencias pueden generar secuelas físicas y traumas psicológicos de por vida. No intento decir aquí que las patologías no existan, ni que las intervenciones médicas no sean necesarias en ciertos casos, pero muchas de las intervenciones que se realizan en la atención al nacimiento en los hospitales son innecesarias y dañinas para las mujeres, como la maniobra de Kristeller;

las cesáreas innecesarias; el exceso de tactos vaginales; el abuso de la oxitocina para acelerar el parto; no utilizar analgesia antes de realizar episiotomías o antes de suturar; el condicionamiento a adoptar posiciones antinaturales; la invasión de la intimidad; la omisión de información; la monitorización continua del parto normal; la prohibición rutinaria de comer y/o beber; la separación de sus acompañantes durante el parto o de sus bebés después de nacer sin motivos médicos para hacerlo; el uso rutinario de anestesia epidural, episiotomías, amniotomías, canalización venosa, revisión manual de la cavidad uterina, enemas, rasurado púbico; o cualquier otra intervención que no cuente con el consentimiento informado de la mujer. También se ejerce violencia obstétrica a través de comentarios o actitudes paternalistas que infantilizan, ridiculizan, humillan y minimizan a las mujeres. “No solo el excesivo intervencionismo, también la omisión de asistencia es violencia obstétrica” (Brigidi y Ferreiro-Mediante, 2018, p. 42). Es imprescindible visibilizar y denunciar estas situaciones. Algunas mujeres son víctimas de violencia obstétrica sin ser conscientes de ello ya que muchas de estas intervenciones parecen haber sido normalizadas socialmente.

Es imprescindible educar a las mujeres para que participen activamente en la toma de decisiones referentes a sus cuerpos y a su salud. En el caso concreto de la gestación y el nacimiento, es necesario fomentar el diálogo entre mujeres y el empoderamiento colectivo, desde una perspectiva feminista, crítica y realista que consiga terminar con los mitos, estereotipos y prejuicios sobre el embarazo, el parto, el puerperio, la lactancia y la maternidad en general, y comprender que se trata de procesos personales e íntimos en el que influyen numerosos factores físicos y psicosociales. Es necesario deconstruir lo aprendido sobre los cuerpos de las mujeres, romper con la interiorización de la culpa, la sumisión, el recato y la pasividad que se impone desde el modelo de feminidad patriarcal, desprenderse de la idea de que la violencia en el parto está justificada porque lo único que importa es que el/la bebé nazca sana. Hace falta acabar con el desconocimiento sobre los procesos fisiológicos de las mujeres y con los relatos de normalización del sufrimiento femenino para cambiar la tendencia de las mujeres a sentir miedo, tensión y dolor frente a estas situaciones. También, son necesarios cambios estructurales en el modelo de atención a la maternidad, de modo que las mujeres sean las protagonistas, cuyas opiniones deben ser escuchadas y sus decisiones respetadas. Se debe proporcionar una buena preparación antenatal que entienda el parto como un proceso fisiológico que puede ser empoderante y placentero, alentar a las mujeres a realizar el plan de parto para informar

al personal sanitario de sus preferencias, permitir el acompañamiento en todo momento, ofrecer métodos alternativos para el manejo de las molestias en el parto, ofrecer una atención humanizada e individualizada, facilitar libertad de movimiento y procurar un ambiente íntimo y relajado para las mujeres. Es importante que las mujeres comprendan porque no está recomendado medicalizar los partos de mujeres sanas y advertir sobre los riesgos y las posibles consecuencias de las intervenciones tanto para las madres como para los y las bebés.

Además, urge que el personal sanitario asuma una visión crítica de la ciencia y reflexione sobre las diferencias de poder que existen entre mujeres y hombres, los sesgos de género que han sido incorporados históricamente a la ciencia y la repercusión que todo esto tiene en la salud de ambos. Se necesita incorporar el género de forma transversal como determinante social de la salud y brindar asistencia a los procesos biológicos y psicosociales de las mujeres. Se recomienda sensibilizar al personal encargado de la atención a la maternidad sobre la violencia obstétrica para que reconozcan el problema y participen de forma activa en su eliminación, ya que a pesar de que ciertas prácticas abusivas están normalizadas y aceptadas socialmente, la violencia obstétrica es una vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Por lo tanto, es imperativo que se respeten los protocolos de parto respetado, basados en recomendaciones de numerosas organizaciones internacionales que demandan un cuidado maternal respetuoso. Incluir el concepto de violencia obstétrica en las leyes y declaraciones de derechos humanos tanto nacionales como internacionales lograría visibilizar el problema y deslegitimizarla. En este sentido, la definición recogida en la Ley Orgánica del 23 de abril de 2007 sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia de la República Bolivariana de Venezuela es un buen modelo a seguir. También, es necesario que haya vías formales de denuncia que logren depurar responsabilidades y que aseguren que las mujeres son atendidas profesionalmente en caso de sufrir violencia obstétrica.

Aunque las investigaciones revisadas sobre violencia obstétrica se hayan realizado en otros países, lo cierto es que en España hay evidencia de que ésta también sucede. Según el estudio realizado por Iglesias, Conde, González y Parada (2019), en el que obtuvieron testimonios de más de 17.000 mujeres españolas atendidas con motivo de parto, cesárea o aborto en hospitales públicos o privados españoles, el 45,8% de las

mujeres afirmaron que el personal sanitario no solicitó el consentimiento informado antes de cada técnica o procedimiento, el 34,3% afirmaron que quienes las atendió verbalizaron críticas a su comportamiento o descalificaciones y el 49% dicen no haber tenido posibilidad de aclarar dudas o expresar inquietudes. El 38% de estas mujeres afirmaron que recibieron procedimientos que consideraban incensarios o dañinos y el 34,3% consideraron haber sufrido violencia obstétrica. Desde la Asociación *El Parto es Nuestro* (s.f.) se denuncia la falta de transparencia y accesibilidad a las tasas de indicadores de la atención al parto de hospitales, más difícil aún en hospitales privados, e instan a las autoridades a recoger y publicar estadísticas accesibles para las usuarias de tasas de cesáreas, cesáreas programadas, partos vaginales tras cesáreas, parto inducidos, estimulación con oxitocina sintética, partos instrumentales, episiotomías y contacto temprano piel con piel de la madre y el/la bebé. En el *Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud* (2012, p. 20-34) se recoge que en España se realizan 46,6% de amniotomías superando la recomendación de menos del 20%, en el 53,3% de los partos se usa oxitocina durante la dilatación superando el estándar previsto del 5 al 10%, la tasa de inducciones es de 19,4% superando la referencia de la OMS de menos del 10%, los partos vaginales suceden en posición de litotomía en el 87,4% de los casos, la maniobra de Kristeller persiste en un 26,1% a pesar de estar desaconsejada por la OMS, se realizan 41,9% de episiotomías resultado muy alejado del menos del 15% recomendado por la OMS, y los nacimientos por cesárea son del 22,02% superando el menos del 15% recomendado por la OMS.

6. CONCLUSIONES

La conceptualización de la violencia obstétrica es diversa, no existiendo una definición común que describa dicho fenómeno. De los resultados de la revisión sistemática se obtiene evidencia, tanto cuantitativa como cualitativa, de que la violencia obstétrica es un problema muy común. La prevalencia de cada una de las formas en las que se manifiesta es difícil de determinar, ya que los estudios revisados utilizan diferentes categorías para medirla, aunque la prevalencia de cualquier tipo de abuso se situó entre el 15% y el 99,7%. Las formas en las que la violencia obstétrica se manifiesta son muy variadas e incluyen abuso físico, abuso verbal, cuidado no consentido, cuidado no confidencial, cuidado no digno, falta de privacidad, cuidado no basado en la evidencia

científica, abandono, detención, discriminación por algún atributo específico, etc. aunque también hay estudios que utilizan elementos que miden la calidad de la atención en los servicios de maternidad. El modelo descrito por Bohren et al (2015) es el que recoge las distintas categorías de abuso de manera más exhaustiva. Se advierte que se siguen realizando muchas intervenciones innecesarias que carecen de evidencia científica y que se sigue interviniendo sin dar explicaciones previas y/o sin pedir el consentimiento de las mujeres. Es preocupante la aceptación y normalización de la violencia obstétrica por parte de algunas mujeres y profesionales de la salud, como prueban los testimonios observados que justifican este tipo de prácticas.

Las propuestas para combatir la violencia obstétrica son diversas y se basan en intervenir en el contexto político y social, a nivel de los sistemas sanitarios y a nivel individual, incluyendo a hombres y mujeres. Es imprescindible coordinarse a nivel nacional e internacional para llegar a una única definición de violencia obstétrica, que visibilice y deslegitime estas prácticas abusivas contra las mujeres y que logre consensuar una forma sistemática de medir su prevalencia y que, además, fomente los esfuerzos para prevenirla y erradicarla. Son indispensables protocolos y programas de atención maternal respetuosa y de cuidados basados en la evidencia científica, tanto a nivel local como internacional, que sean evaluados con frecuencia y que se enmarquen en políticas públicas dirigidas a luchar contra las desigualdades de género, etnia, clase social, etc. con la finalidad de lograr dismantelar las múltiples formas de violencia que se ejerce hacia las mujeres de manera estructural. Se precisa sensibilizar a la población sobre la violencia obstétrica y alentar a las personas a cuestionarse prácticas abusivas e innecesarias en la atención sanitaria a los procesos biológicos de las mujeres, como la gestación y el nacimiento.

En la intervención a nivel de los sistemas de salud, se necesita mejorar la atención prenatal ofreciendo una preparación al parto, tanto para mujeres como para las personas acompañantes, que sitúe a las mujeres como protagonistas de sus experiencias y contemple el embarazo, parto y puerperio como procesos fisiológicos. Las mujeres necesitan espacios seguros para revisar y compartir sus experiencias y sentimientos, empoderarse de forma colectiva, disponer de información basada en la evidencia científica y participar activamente en la toma de decisiones sobre sus cuerpos. También es necesario incorporar la transversalidad de género en el ámbito de la salud y que la

formación del personal sanitario se base en la reflexión, autocrítica y revisión de sus propios comportamientos y prácticas, con el fin de eliminar actitudes discriminatorias, sexistas, moralistas y paternalistas que logren humanizar la medicina promoviendo una relación de igual a igual entre el personal sanitario y las mujeres, una comunicación afectiva y una actitud de respeto y colaboración. En este sentido, los programas de formación para las profesiones sanitarias deben incluir aspectos éticos del cuidado, la igualdad de género, la interculturalidad y formación en derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos.

Por último, es importante mejorar las infraestructuras sanitarias, disponer de recursos materiales y personal sanitario suficiente, diseñar intervenciones dirigidas a mejorar las experiencias de las mujeres, la calidad de la atención y a mejorar los resultados de salud materno-infantil. Se deben ofrecer medidas formales para el trámite de las denuncias por prácticas abusivas, sistemas de recogida de opiniones y nivel de satisfacción de las mujeres, destinadas a mejorar la calidad de los cuidados. Se recomienda continuar realizando estudios sobre violencia obstétrica con muestras más numerosas, para explorar el comportamiento del personal sanitario, las necesidades y experiencias de las mujeres, las metodologías adecuadas para la investigación en este tema, las limitaciones de los sistemas de salud, los tipos de maltrato, las consecuencias para las mujeres y los desencadenantes o impulsores del abuso, siempre teniendo en cuenta la intersección de factores como género, edad, clase, etnia y nivel económico.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Amroussia, N., Hernandez, A., Vives-Cases, C., & Goicolea, I. (2017). “Is the doctor God to punish me?!” An intersectional examination of disrespectful and abusive care during childbirth against single mothers in Tunisia. *Reproductive Health*, 14(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0290-9>
- Asefa, A., Bekele, D., Morgan, A., & Kermode, M. (2018). Service providers’ experiences of disrespectful and abusive behavior towards women during facility based childbirth in Addis Ababa, Ethiopia. *Reproductive Health*, 15(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0449-4>
- Asociación El Parto es Nuestro. (s.f.). *El Parto en Cifras. Tasas de cesáreas por hospital y otros datos disponibles*. Recuperado de <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/el-parto-en-cifras>
- Azhar, Z., Oyebode, O., & Masud, H. (2018). Disrespect and abuse during childbirth in district Gujrat, Pakistan: A quest for respectful maternity care. *PloS One*, 13(7), e0200318. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200318>
- Balde, M. D., Bangoura, A., Diallo, B. A., Sall, O., Balde, H., Niakate, A. S., ... Bohren, M. A. (2017). A qualitative study of women’s and health providers’ attitudes and acceptability of mistreatment during childbirth in health facilities in Guinea. *Reproductive Health*, 14(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0262-5>
- Banks, K. P., Karim, A. M., Ratcliffe, H. L., Betemariam, W., & Langer, A. (2018). Jeopardizing quality at the frontline of healthcare: prevalence and risk factors for

disrespect and abuse during facility-based childbirth in Ethiopia. *Health Policy and Planning*, 33(3), 317–327. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx180>

Begley, C., Sedlicka, N., & Daly, D. (2018). Respectful and disrespectful care in the Czech Republic: An online survey. *Reproductive Health*, 15(1), 198.
doi:10.1186/s12978-018-0648-7

Bhattacharya, S., & Sundari Ravindran, T. K. (2018). Silent voices: Institutional disrespect and abuse during delivery among women of varanasi district, northern india. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 338. doi:10.1186/s12884-018-1970-3

Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., ... Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS medicine*, 12(6), e1001847. doi:10.1371/journal.pmed.1001847

Bosch-Fiol, E., Ferrer Pérez, V. A., & Gili-Planas, M. (1999). *Historia de la Misoginia*. Barcelona: Anthropos Editorial.

Bowser, D., & Hill, K. (2010). *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Report of a landscape analysis*. Recuperado de https://www.ghdonline.org/uploads/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final1.pdf

Brandão, T., Cañadas, S., Galvis, A., de, I. R., Meijer, M., & Falcon, K. (2018). Childbirth experiences related to obstetric violence in public health units in Quito, Ecuador. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 143(1), 84-88.
doi:10.1002/ijgo.12625

- Brigidi, S., & Ferreiro Mediante, S. (2018). Observatorio de la violencia obstétrica en España. *Mujeres y Salud*, 43, 42–44. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/323295010_Observatorio_de_la_violencia_obstetrica_en_Espana
- Burrowes, S., Holcombe, S. J., Jara, D., Carter, D., & Smith, K. (2017). Midwives' and patients' perspectives on disrespect and abuse during labor and delivery care in Ethiopia: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 263. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1442-1>
- Cobo, R. (2011). *Hacia una política sexual. Las mujeres ante la reacción patriarcal*. Madrid: Los Libros de la Catarata.
- Ehrenreich, B. (1984). *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras, dolencias y trastornos: política sexual de la enfermedad*. Barcelona: La Sal Ediciones de les Dones.
- García-Jorda, D., Díaz-Bernal, Z., & Acosta Álamo, M. (2012). [Childbirth in Cuba: analysis of the experience of medically supervised delivery from an anthropological perspective]. *Ciencia & saude coletiva*, 17(7), 1893–1902. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700029>
- García, E. M. (2017). Hacia los partos empoderados: recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina. *Dossiers feministes*, (22), 87-106. Recuperado de <https://doi.org/10.6035/Dossiers.2017.22.6>

- Hameed, W., & Avan, B. I. (2018). Women's experiences of mistreatment during childbirth: A comparative view of home- and facility-based births in Pakistan. *PloS One*, 13(3), e0194601. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194601>
- Iglesias, S., Conde, M., Sofía González, & María, E. P. (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas*, 4(1), 77-97. doi:10.1344/musas2019.vol4.num1.5
- Ijadunola, M. Y., Olotu, E. A., Oyedun, O. O., Eferakeya, S. O., Ilesanmi, F. I., Fagbemi, A. T., & Fasae, O. C. (2019). Lifting the veil on disrespect and abuse in facility-based child birth care: findings from South West Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2188-8>
- Lagarde y de los Ríos, M. (2011). *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Madrid: Horas y Horas.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 55, de 4 de marzo de 2010, 1-15. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-3514-consolidado.pdf>
- Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 38668, de 23 de abril de 2007, 1-41. Recuperado de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>
- Maya, E. T., Adu-Bonsaffoh, K., Dako-Gyeke, P., Badzi, C., Vogel, J. P., Bohren, M. A., & Adanu, R. (2018). Women's perspectives of mistreatment during childbirth

- at health facilities in Ghana: findings from a qualitative study. *Reproductive Health Matters*, 26(53), 70–87. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502020>
- Millett, K. (1970). *Política Sexual* (ed. 1995). Madrid: Ediciones Cátedra.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperado de <http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ENSSRIntro.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), 1-6. doi:10.1371/journal.pmed.1000097
- Morini, C. (2010). *Por amor o por la fuerza. Feminización del trabajo y biopolítica del cuerpo*. (ed. 2014). Madrid: Traficantes de Sueños.
- Oluoch-Aridi, J., Smith-Oka, V., Milan, E., & Dowd, R. (2018). Exploring mistreatment of women during childbirth in a peri-urban setting in Kenya: experiences and perceptions of women and healthcare providers. *Reproductive Health*, 15(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0643-z>
- Organización de Naciones Unidas. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Recuperado de https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud: Declaración de la OMS*. Recuperado de <http://www.who.int/iris/handle/10665/134590>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Mortalidad materna. Cifras y datos*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Planificación familiar. Datos y cifras*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). *Género y Salud. Una guía práctica para la incorporación de la Perspectiva de Género en Salud*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/manualFinal.pdf?ua=1>
- Orpin, J., Puthussery, S., Davidson, R., & Burden, B. (2018). Women's experiences of disrespect and abuse in maternity care facilities in Benue State, Nigeria. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 213. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1847-5>
- Perera, D., Lund, R., Swahnberg, K., Schei, B., & Infanti, J. J. (2018). 'When helpers hurt': Women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 211. doi:10.1186/s12884-018-1869-z
- Posada-Kubissa, L. (2015). Las mujeres son cuerpo: reflexiones feministas. *Investigaciones Feministas: Papeles de Estudios de Mujeres, Feministas y de*

Género, 6, 108–121. Recuperado de

<https://revistas.ucm.es/index.php/INFE/article/view/51382>

Rich, A. (1976). *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución* (ed.

2019). Recuperado de

https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/map54_Rich_web_2.pdf

Sánchez-López, M. del P. (2014). *La salud de las mujeres. Análisis desde la Perspectiva de Género*. Madrid: Editorial Síntesis.

Sando, D., Ratcliffe, H., McDonald, K., Spiegelman, D., Lyatuu, G., Mwanyika-Sando, M., ... Langer, A. (2016). The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 236. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1019-4>

Santiago, R. V., Monreal, L. A., Rojas Carmona, A., & Domínguez, M. S. (2018). "If we're here, it's only because we have no money..." discrimination and violence in Mexican maternity wards. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 244. [doi:10.1186/s12884-018-1897-8](https://doi.org/10.1186/s12884-018-1897-8)

Sau, V. (1995). *El vacío de la maternidad. Madre no hay más que ninguna*. Barcelona: Icaria.

Sheferaw, E. D., Bazant, E., Gibson, H., Fenta, H. B., Ayalew, F., Belay, T. B., ... Stekelenburg, J. (2017). Respectful maternity care in Ethiopian public health facilities. *Reproductive Health*, 14(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0323-4>

- Shimoda, K., Horiuchi, S., Leshabari, S., & Shimpuku, Y. (2018). Midwives' respect and disrespect of women during facility-based childbirth in urban Tanzania: a qualitative study. *Reproductive Health*, 15(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0447-6>
- Smith-Oka, V. (2015). Microaggressions and the reproduction of social inequalities in medical encounters in Mexico. *Social Science & Medicine (1982)*, 143, 9-16. doi:10.1016/j.socscimed.2015.08.039
- Solnes Miltenburg, A., van Pelt, S., Meguid, T., & Sundby, J. (2018). Disrespect and abuse in maternity care: individual consequences of structural violence. *Reproductive Health Matters*, 26(53), 88–106. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502023>
- Valls-Llobet, C. (2010). La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la interioridad. *Aequalitas: Revista Jurídica de Igualdad de Oportunidades Entre Mujeres y Hombres*, (26), 38–45. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=3212133>
- Warren, C. E., Njue, R., Ndwiga, C., & Abuya, T. (2017). Manifestations and drivers of mistreatment of women during childbirth in Kenya: implications for measurement and developing interventions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1288-6>
- White Ribbon Alliance. (2011). *Promoviendo un Cuidado Materno Respetuoso: los Derechos Universales de las Mujeres en Edad Reproductiva*. Recuperado de <https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2018/01/RMC-Charter-Spanish.pdf>

Zacher Dixon, L. (2015). Obstetrics in a time of violence: Mexican midwives critique routine hospital practices. *Medical Anthropology Quarterly*, 29(4), 437-454.
doi:10.1111/maq.12174