



Aproximaciones para comprender y prevenir la violencia obstétrica⁷

Approaches to Understanding and Preventing Obstetric Violence

Ruth Iguñiz Romero*, Fátima Valdivia Del Rio**

Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH)

Recibido: 15-5-2023; aceptado: 14-9-2023

Resumen

Objetivo: presentar un análisis crítico de la literatura que aborda el surgimiento de la violencia obstétrica como concepto y sus características, enfatizando los aportes que ofrece para repensar los estudios y las prácticas del cuidado obstétrico e identificar oportunidades de intervención para prevenirla desde el ámbito académico de docencia e investigación. Análisis central del tema: la definición de la violencia obstétrica se viene gestando desde inicios de 1980 cuando las iniciativas feministas y de mujeres en Sudamérica comenzaron a recoger y, en confluencia con las ciencias sociales, a investigar sistemáticamente los testimonios sobre la experiencia de las mujeres, describiendo explícitamente los partos institucionales como una experiencia violenta; las perspectivas del personal de salud y las distintas causas. Mientras que en alianzas, con parteras, *doulas*, y obstetras, impulsaron el movimiento por el parto humanizado o parto respetado. Aporte: El uso del concepto de violencia obstétrica permite no solo vigilar y sancionar a quienes corresponda; sino que nos da la oportunidad y responsabilidad de repensar y modificar la propia formación y práctica médica, los procedimientos y procesos de atención y las relaciones e interacciones entre personal de salud y pacientes en el sistema de salud; entre hombres y mujeres en la sociedad.

PALABRAS CLAVE: VIOLENCIA OBSTÉTRICA, MEDICALIZACIÓN DEL PARTO, VIOLENCIA DE GÉNERO, PODER

Abstract

Objective: to present a critical analysis of the literature that addressed the emergence of obstetric violence as a concept and its characteristics; emphasizing the contributions it offers to compensate obstetric care studies and practices and identify intervention opportunities to prevent it from the academic field of teaching and research. Central analysis of the theme: The definition of obstetric violence has been brewing since the early 1980s when feminist and women's initiatives in South America began to collect; and in confluence with the social sciences, to systematically investigate the testimonies about the experience of women, clearly describing institutional births as a violent experience; the perspectives of health personnel and the different causes. While in alliances, with midwives, *doulas* and obstetricians, they promoted the movement for humanized childbirth or

⁷ En Sudamérica y el Perú es la terminología priorizada en los espacios académicos y políticos para abordar la problemática, que también es abordada como "falta de respeto", "abuso" y "maltrato".

respected childbirth. Contribution: The use of the concept of obstetric violence allows not only to monitor and punish those who correspond; but in that it gives us the opportunity and responsibility to rethink and modify our own training and medical practice, the care procedures and processes, and the relationships and interactions between health personnel and patients in the health system; between men and women in society.

KEYWORDS: OBSTETRIC VIOLENCE, MEDICALIZATION OF BIRTH, GENDER-BASED VIOLENCE, POWER

Introducción

Las mujeres vivimos expuestas cotidianamente a distintas formas de violencia que han sido naturalizadas e interiorizadas por víctimas y victimarios, en menor o mayor medida respectivamente(1-3). En ese sentido, la violencia obstétrica es una forma de violencia de género que atenta contra los derechos sexuales y reproductivos (DSR) de la mujer, la equidad de género, y la salud y bienestar de las mujeres. Sin embargo, una década atrás la definición de la OMS se centraba principalmente en la violencia sufrida en el contexto del parto: “muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación”(4). Siendo una definición que no incluye una mirada más amplia desde los DSR, era poderosa porque instaba a que las mujeres, los profesionales de la salud, los administradores, los organismos de capacitación, educación y certificación de profesionales de la salud, el gobierno y los investigadores, entre otras organizaciones de la sociedad civil y los organismos internacionales “aúnen esfuerzos para garantizar la identificación y la notificación sistemáticas del maltrato y la falta de respeto, y para que se ejecuten las medidas preventivas y terapéuticas pertinentes a nivel local”(4).

Por su parte, en el Perú, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) en el Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016-2021 reconoce a la violencia obstétrica como “una modalidad específica de violencia institucional ejercida por el sistema de salud ... como una forma de dominación y control sobre el cuerpo y la autonomía de la mujer” que “comprende todos los actos de violencia por parte del personal de salud con relación a los procesos reproductivos y que se expresa en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres”(5). Por su parte, el Ministerio de Salud (MINSA) incorpora en su normativa para la prevención y eliminación de la violencia de género en los establecimientos de salud que brinden servicios de salud sexual y reproductiva esta definición, puntualizando que esos actos violentos por parte del personal de salud tienen lugar “(...)en los servicios de atención prenatal, parto y puerperio(...)”(6).

La importancia de identificar explícitamente a las instituciones y al personal de salud⁸ como responsable del trato y las prácticas violentas que afectan a las mujeres en el ejercicio de sus DSR radica, entre otras cosas, en que nos brinda el marco normativo y legal necesario para no solo vigilar y sancionar a quienes corresponda; sino que nos da la oportunidad y responsabilidad de repensar y modificar la propia formación y práctica médica, los procedimientos y procesos de atención y las relaciones e interacciones entre personal de salud y pacientes en el sistema de salud; entre hombres y mujeres en la sociedad.

8 Personal de salud entendido: médicos, enfermeras, obstetras, trabajadores comunitarios, personal de laboratorio, administrativo y gestión, personal de apoyo; que proporcionan servicios relacionados con la salud.

El objetivo de este artículo de revisión es presentar un análisis crítico de la literatura que aborda el surgimiento de la violencia obstétrica como concepto y sus características, enfatizando los aportes que ofrece para repensar los estudios y las prácticas del cuidado obstétrico e identificar oportunidades de intervención para prevenirla desde el ámbito académico, de docencia e investigación.

La literatura incluida fue recogida en dos periodos específicos de investigación en el tema. Primero, en el 2017⁹, la búsqueda de literatura priorizó como palabras clave violencia obstétrica, violencia en el parto, parto humanizado, patologización o medicalización del parto (en castellano e inglés¹⁰). En ese momento la mayoría de publicaciones (incluidas tesis) para el periodo 2010 – 2016, se referían al contexto latinoamericano y español; y se encontraban escritas en castellano. Se priorizaron portales académicos como Scielo, PubMed, DINA de Concytec y repositorios de universidades del Consorcio y UNMSM. El segundo período de búsqueda se realizó entre febrero y marzo del 2023¹¹, priorizando publicaciones del periodo 2016 – 2023 y con las mismas palabras clave en ambos idiomas. Se utilizaron además los buscadores Scielo, JSOR, Elsevier, Proquest, entre otros. Si bien no se pretendió realizar una revisión sistemática cuantitativa, es evidente un aumento significativo en el número de publicaciones en inglés y referidas a contextos extra-latinoamericanos, en comparación a la búsqueda inicial.

La violencia obstétrica en gestación

Aunque su reconocimiento oficial data del 2006 cuando empieza a ser incluida en leyes nacionales¹² y documentos normativos en América Latina, la definición de la violencia obstétrica se viene gestando desde inicios de 1980, cuando las iniciativas feministas (como CLADEM en Perú) y de mujeres (como el grupo *Espelho de Venuz*, en Brasil) comenzaron a recoger e investigar sistemáticamente los testimonios sobre la experiencia de las mujeres, describiendo explícitamente los partos institucionales como una experiencia violenta (7). Esta nueva evidencia, sustentada en testimonios de innumerables mujeres gestantes, permitió que asociaciones de mujeres (como *El parto es nuestro*, en España(8), analicen y participen en diversos procesos de debate y reforma del sistema de atención obstétrico, y propongan la incorporación de espacios de escucha y soporte entre mujeres. Y en alianzas, principalmente con parteras, *doulas*, *midwives* y obstetras, impulsen el movimiento por el parto humanizado o parto respetado a nivel mundial (8–13).

Acompañando estos procesos políticos, resurge en la antropología la preocupación académica por comprender la violencia obstétrica en el marco de la antropología médica (14–17), reconociendo su origen como reivindicación política ante “una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, incluyendo los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva” (18–23). Estas investigaciones proponen una aproximación crítica a las relaciones de poder establecidas en los contextos de la atención de parto (9,13,24–26), como resultado de procesos históricos y socio-culturales y que van cambiando y medicalizando la atención y tratamiento del embarazo y el parto (16,27–30) en general, y los mecanismos de control social e institucional alrededor del cuerpo femenino y los procesos reproductivos en particular.

A partir de esta aproximación enmarcada en los derechos humanos de las mujeres, encontramos estudios que reconocen como práctica de violencia obstétrica a aquella que va desde el acoso y la

9 En el marco del Premio a la Investigación, Interuniversitaria y Multidisciplinaria del Consorcio de Universidades-2016.

10 Obstetric Violence, Humanized birth, medicalization of birth/childbirth

11 En el marco de Global Visiting Fellowship en Kings College London- 2023.

12 Venezuela 2006; Argentina 2009; Perú 2016.

coacción durante el parto –por ejemplo, identificando como acto violento a toda cirugía (cesárea, histerectomía o esterilización quirúrgica) forzada, en donde la mujer tiene menor poder que el personal de salud– hasta cualquier decisión que tome el personal de salud durante el parto sin consentimiento explícito y/o acuerdo de la mujer gestante (9,31–37). Otros identifican como violencia a las omisiones por parte del personal de salud en la atención de los DSR, como el no aplicar un cuidado obstétrico basado en evidencias (38), o brindar una atención no efectiva y fuera de tiempo en las emergencias obstétricas. Por lo tanto, las investigaciones en este campo han realizado esfuerzos por acotar y precisar la definición amplia de violencia obstétrica desde distintas perspectivas y enfoques.

La violencia obstétrica en disputa por reconocimiento

Tomando como punto de partida el análisis de las relaciones de poder y quién lo ejerce, algunos proponen distinguir entre definiciones objetivas (aquellas que no parten de la experiencia personal para definir un fenómeno social) y las definiciones subjetivas, que incluyen aquellas que parten desde la experiencia de las mujeres y la sociedad civil (39–41), así como las del personal de salud (42). Las definiciones objetivas, entendidas como las técnicas y prácticas biomédicas, basadas en evidencia científica, adquiridas a través de procesos de formación y reguladas en protocolos y normas oficiales, no pueden dejar de reconocer que las prácticas médicas cotidianas surgen y reproducen prácticas culturales locales, y de la cultura organizacional de los centros de salud donde trabajan (2). De esta manera, visibilizan la relación entre esas prácticas médicas cotidianas y socialmente aceptadas y las diversas faltas de respeto y abuso que generan; como son la pérdida de confidencialidad, trato *sin dignidad* a la paciente, discriminación de las pacientes, abandono durante el tratamiento, tratamientos sin consentimiento, detención en el centro de salud y abusos físicos durante el parto (34). Prácticas que se desvían de las normas, no responden a intervenciones basadas en evidencia científica, pero son profesional, social e institucionalmente aceptadas o toleradas.

La aproximación “subjetiva” en la construcción de la definición, por su lado, también debe tomar en cuenta las relaciones de poder, en función a quién es el sujeto cuya percepción o experiencia se valora más. Por ejemplo, del conjunto de prácticas que las mujeres identifican como violentas, solo algunas (pellizcos, palabras obscenas) son reconocidas como violentas por el personal de salud mientras que otras (parto horizontal, episiotomía) son vistas como *sólo* prácticas médicas (10) (Tabla 1). Un estudio de percepciones de profesionales de salud en Qatar encontró que solo alrededor del 50% de los médicos, parteras y enfermeras obstétricas participantes había oído hablar previamente de la violencia obstétrica y pudo definirla con precisión (43). En Sudamérica, el conocimiento es mayor, pasando el 89% según un estudio en Venezuela (44); sin embargo, en los casos en que el personal de salud reconoce que se ejercieron prácticas discriminatorias o violentas, este no sabe cómo ni donde reportarlo (44). En estos casos, estas suelen justificarse como parte de su función profesional o responsabilidad legal, o el ejercicio de autoridad en un contexto difícil (durante el parto) (45). Asimismo, más recientemente vemos estudios que resaltan la centralidad de la subjetividad en la definición de qué constituye violencia obstétrica. Como señala Castrillo (46), lo que subyace a esto es el campo de disputa de las legitimidades. Es decir, lo que se considera “objetivamente” como violencia y lo que las experiencias de las mujeres señalan como violencia. Castrillo señala que es el cambio de sensibilidades sobre la violencia de género en general, el que, a partir de él, ha contribuido a más y mejores herramientas para identificar la violencia obstétrica.

Las relaciones de poder alrededor del “conocimiento legítimo” se evidencian también a nivel institucional. Por un lado, en las disputas que hay entre el propio personal de salud y el ámbito de su competencia profesional, el cual ha ido relegando a las mujeres/parteras/doulas, obstetras cualquier personal de salud encargado de los DSR de las mujeres. Y, por otro, en las formas de atención y cuidado que abandonan las tradicionales –que toman en cuenta las voces de las mujeres–; en favor

de un sistema biomédico (47,48), o el parto sin consentimiento informado y sobremedicalizado que no pone en el centro el cuidado de la paciente (49).

Siguiendo a Vacaflor, el término de la violencia obstétrica, en toda su amplitud, permite incorporar y dar cuenta de los diversos tipos de sufrimientos experimentados por las mujeres en los centros de salud, convirtiendo dicho maltrato en una terminología que captura todo este amplio rango de experiencias que viven las mujeres (45). Históricamente, las profesiones de ginecología y obstetricia, así como el personal de salud se han acercado a las mujeres en general (y a las mujeres gestantes en particular) desde una posición de autoridad que invisibiliza sus cuerpos, sus demandas y sus experiencias, atribuyéndoles una aparente pasividad e ignorancia, con efectos especialmente dramáticos en situación de parto (9,50) En estos casos, en un estudio realizado en un hospital de Lima, la percepción de insatisfacción durante el parto se relaciona a elementos vinculados a la autonomía y la seguridad de la mujer gestante: la posición para dar a luz y acompañamiento de la pareja durante el parto (51).

Evitando sobre simplificar la multiplicidad de prácticas de violencia obstétrica y sus causas, existen varias tipologías que contribuyen a la identificación, estimación e intervención del problema (34,36,52). Castro y Savage clasifican la violencia obstétrica en 6 categorías que agrupan las distintas prácticas como 1) abuso verbal; 2) discriminación socio-cultural; 3) abuso físico (incluido el sexual); 4) incumplimiento de estándares profesionales de atención; 5) mala relación interpersonal con las mujeres; y 6) limitaciones y condiciones del sistema de salud (53).

En el caso de las categorías 1-3 y 5, estarían asociadas a prácticas principalmente individuales de interacción social e interpersonal; la 4 está asociada también al ámbito de formación y ejercicio profesional y características institucionales; y la 6 asociada a condiciones de carácter estructural.

Conclusiones y aportes

La importancia de visibilizar estas múltiples experiencias es que contribuyen a cambiar los discursos y prácticas donde el cuerpo de la mujer durante el parto¹³ se ha convertido en un “simple campo de trabajo quirúrgico”(54) desprovisto de su sentido humano; tal como evidencia la acogida de las mujeres y del personal de salud recibida por intervenciones de “parto humanizado” (en sus múltiples acepciones)(11,13,55).

El aporte de violencia obstétrica parte del reconocimiento de un trato inhumano, es decir, aquel que impide a una mujer comportarse y ser reconocida como persona con autonomía y dignidad; recibir información sin sesgos y con opciones que le permitan decidir sin ser manipulada con engaños; estar acompañada y expresarse libremente; decidir cómo parir con dignidad.

La importancia de incorporar en nuestras prácticas personales y profesionales de investigación y docencia, una reflexión y análisis de las relaciones de poder en las que nos desenvolvemos, es fundamental para promover cambios significativos en los currículos académicos, generar nuevos conocimientos científicos y mejorar nuestras prácticas profesionales y sociedad.

A pesar de la amplia literatura que define y clasifica la violencia obstétrica en términos conceptuales, y la existencia de encuestas para su estimación, “aún no hay consenso internacional sobre cómo definir y medir, científicamente, el maltrato ni la falta de respeto. Por consiguiente, se desconocen

13 La literatura sobre violencia obstétrica se focaliza en prácticas de la atención del parto institucional, llegando a incluir el control prenatal, trabajo de parto, parto y postparto, y puerperio. Existen trabajos más recientes que proponen utilizar el concepto para abordar DSR en general, e intervenciones obstétricas específicamente, tales como atención de aborto y postaborto; ETS y cáncer.

su prevalencia e impacto en la salud, el bienestar y elecciones de las mujeres” (OMS). Sin embargo, las ciencias sociales continúan aportando data a través de encuestas cualitativas y cuantitativas para visibilizar y estimar el impacto negativo en el bienestar de las mujeres, y la necesidad de empezar a actuar al respecto.

Desde el espacio de la docencia, los programas de formación pueden abordar y promover la eliminación del abuso verbal, la discriminación sociocultural, el abuso físico; y promover un desempeño profesional óptimo, basado en una buena y respetuosa relación interpersonal con las mujeres. Existen propuestas de incorporar en la educación médica formal las investigaciones recientes sobre violencia obstétrica y testimonios de mujeres, género y DSR, con el objetivo de modificar la imagen y expectativa de “pasividad” que se exige a la mujer (50).

Desde la investigación-acción, se ha propuesto analizar los protocolos médicos (incluido el de parto humanizado) para garantizar que incluyan procedimientos médicos adecuados y oportunos, y, explícitamente, aspectos de respeto y comunicación efectiva con las mujeres gestantes durante el parto. Desarrollar investigaciones en distintos contextos socioculturales usando herramientas metodológicas ya existentes (1,56,57) y desarrollar nuevas metodológicas mixtas e innovadoras que permitan “medir” las prevalencias e impacto; pero sobretodo, prevenir las ocurrencias de prácticas violentas, a través de la autoconciencia respecto a las prácticas e intervenciones médicas y de cuidado del personal de salud y del reconocimiento y valoración de las experiencias de las mujeres, sujetos autónomos, humanos con derechos.

Tabla 1. Prácticas percibidas como violentas y/o violencia obstétrica [*]

	Por las mujeres	Por personal de salud
Falta de consentimiento explícito para cualquier procedimiento	x	
Uso y abuso de cesáreas	x	
Uso y abuso de fórceps	x	
Uso de maniobra de Kristeller	x	
Privación de movimiento, comida o agua en situaciones en las que no es incompatible con su salud	x	
Falta de privacidad y respeto a la intimidad - ser manipulada por múltiples rotantes	x	
Obligar a dar a luz con las piernas levantadas	x	
Falta de empatía o cuidado	x	x
Uso y abuso de oxitocina	x	
Realización de episiotomías	x	
Rasurados	x	
Edemas	x	
Pellizcos de vulva	x	x
Uso de palabras soeces, que las infantilizan o juzgan o insultan	x	x
Amenazas si no obedece o colabora	x	x

Uso coercitivo del DIU u otro método para salir de alta	x	
Falta de claridad en la explicación de los procedimientos que les van a ser aplicados	x	
Pérdida de autonomía para decidir u opinar de las mujeres	x	
Impedir el vínculo entre recién nacido y mujer	x	x
Golpes o abuso físico y/o sexual	x	x

[*] Pozzio, 2016; Diaz-Tello, 2016; Pérez, 2010; Zacher Dixon, 2015; Bellón, 2015; Cerpa, 2015; Iguñiz (en manuscrito).

Referencias

- (1) Freedman LP, Kujawski SA, Mbuyita S, Kuwawenaruwa A, Kruk ME, Ramsey K, et al. Eye of the beholder? Observation versus self-report in the measurement of disrespect and abuse during facility-based childbirth. *Reprod Health Matters* [Internet]. 27 de agosto de 2018;26(53):107-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502024>
- (2) Dutton J, Knight L. Reproducing neglect in the place of care: Normalised violence within Cape Town Midwifery Obstetric Units. *Agenda* [Internet]. 2 de enero de 2020;34(1):14-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10130950.2019.1704481>
- (3) Klein MC, Sakala C, Simkin P, Davis-Floyd R, Rooks JP, Pincus J. Why do women go along with this stuff? *Birth Berkeley Calif.* septiembre de 2006;33(3):245-50.
- (4) WHO. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth: WHO statement. [Internet]. 2014. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/134588>
- (5) Gobierno del Perú. "Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016- 2021", DS N°008-2016-MIMP. Decreto Supremo N°008-2016-MIMP. jul 26, 2016.
- (6) Ministerio de Salud. Norma Técnica No. 180-MINSA/DGIESP-2021 Para la prevención y eliminación de la violencia de género en los establecimientos de salud que brinden servicios de salud sexual y reproductiva. Norma técnica No. 180-MINSA/DGIESP-2021, RM 031-2022-MINSA ene 28, 2022.
- (7) CLADEM. Silencio y Complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú. Lima; 1998.
- (8) Villarrea S, Olza I, Recio A. El parto es nuestro: El impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico de España. *Dilemata* [Internet]. 2015;7(18):157-83. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106942>
- (9) Diniz SG, Salgado H de O, Andrezza HF de A, de Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar C de A, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *J Hum Growth Dev.* 2015;25(3):377-82.
- (10) Pozzio MR. L a gineco - obst etricia en México : entre el "parto humanizado" y la violencia obstetrica. *Rev Estud Fem.* 2016;24(1):101-17.
- (11) Vela G. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015 [Internet] [Licenciatura en Obstetricia]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San

- Marcos. Facultad de Medicina; 2015. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4278/Vela_cg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (12) Biurrun-Garrido A, Goberna-Tricas J. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.* 2013;14(2):62-6.
- (13) Silva A, Pantoja F, Millón Y, Hidalgo V, Stojanova J, Arancibia M, et al. Stakeholders' perceptions of humanized birth practices and obstetric violence in Chile: A scoping review. *Medwave.* 21 de octubre de 2020;20(9):e8047.
- (14) Davis DA. Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing. *Med Anthropol* [Internet]. 3 de octubre de 2019;38(7):560-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>
- (15) Davis-Floyd R, Sargent C. The social production of authoritative knowledge in pregnancy and childbirth. *Med Anthropol Q.* junio de 1996;10(2):111-20.
- (16) Davis-Floyd R. Culture and birth: the technocratic imperative. *Birth Gaz.* Winter de 1994;11(1):24-5.
- (17) Ginsburg F, Rapp R. The politics of reproduction. *Annu Rev Anthropol.* 1991;20:311-43.
- (18) Bourgeault I, Declercq E, Sandall J. Changing birth. *Birth by Design: Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Northern Europe.* 2001. 51-69 p.
- (19) Freedman LP. Shifting visions: «delegation» policies and the building of a «rights-based» approach to maternal mortality. *J Am Med Womens Assoc* 1972 [Internet]. enero de 2002;57(3):154-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12146607>
- (20) Berer M. Repoliticising sexual and reproductive health and rights. *Reprod Health Matters* [Internet]. noviembre de 2011;19(38):4-10. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22118137>
- (21) Physicians for Human Rights. Deadly Delays Maternal mortality in Peru. A rights-based approach to safe motherhood [Internet]. *Revista peruana de población.* 1993 ene p. 33-56. Report No.: 3. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19597198>
- (22) Barragués Fernández A. Accountability for sexual and reproductive health and rights in development practice: building synergies. *Sex Reprod Health Matters* [Internet]. 1 de enero de 2020;28(1):1848399. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1848399>
- (23) Grilo Diniz CS, Rattner D, Lucas d'Oliveira AFP, de Aguiar JM, Niy DY. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reprod Health Matters* [Internet]. 27 de agosto de 2018;26(53):19-35. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502019>
- (24) Samuel J. *Struggling with the State: Rights-based Governance of Reproductive Health Services in Puno, Peru* [Doctor of Philosophy]. University of Toronto; 2015.
- (25) Austveg B. Perpetuating power: some reasons why reproductive health has stalled. *Reprod Health Matters.* 2011;19(38):26-34.
- (26) Dahan O, Cohen Shabot S. Not just mechanical birthing bodies: articulating the impact of imbalanced power relationships in the birth arena on women's subjectivity, agency, and conscious-

- ness. *Mind Cult Act* [Internet]. 2022;29(3):256-68. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/10749039.2022.2110262>
- (27) Davis-Floyd R, Davis E. Intuition as authoritative knowledge in midwifery and homebirth. *Med Anthropol Q.* junio de 1996;10(2):237-69.
- (28) Löwy I, Sanabria E. A biomedicalização de corpos brasileiros: Perspectivas antropológicas. *Hist Cienc Saude - Manguinhos.* 2016;23(1):14-6.
- (29) Lossio J, Iguiñiz-Romero R, Robledo P. For the good of the nation: scientific discourses endorsing the medicalization of childbirth in Peru, 1900-1940. *Hist Cienc Saude--Manguinhos.* diciembre de 2018;25(4):943-57.
- (30) Guerra-Reyes L. Changing birth in the Andes: Safe motherhood, culture and policy in Peru. *Diss Abstr Int Sect Humanit Soc Sci* [Internet]. 2014;75(3-A(E)):No Pagination Specified. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc11&AN=2014-99170-498>
- (31) Strong AE, White TL. Re-examining Norms of Disrespect and Abuse in the Second Stage of Labor in Tanzanian Maternity Care. *Med Anthropol* [Internet]. 19 de mayo de 2021;40(4):307-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/01459740.2021.1884075>
- (32) Madhiwalla N, Ghoshal R, Mavani P, Roy N. Identifying disrespect and abuse in organisational culture: a study of two hospitals in Mumbai, India. *Reprod Health Matters.* 2018;26(53):36-47.
- (33) Liese KL, Davis-Floyd R, Stewart K, Cheyney M. Obstetric iatrogenesis in the United States: the spectrum of unintentional harm, disrespect, violence, and abuse. *Anthropol Med* [Internet]. 3 de abril de 2021;28(2):188-204. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13648470.2021.1938510>
- (34) Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berd??n D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2016;24(47):47-55. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- (35) Castro A, Savage V. Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. *Med Anthropol* [Internet]. 17 de febrero de 2019 [citado 21 de febrero de 2023];38(2):123-36. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01459740.2018.1512984>
- (36) Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med.* 2015;12(6):1-32.
- (37) Diaz-Tello F. Invisible wounds: obstetric violence in the United States. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2016;24(47):56-64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.004>
- (38) Goncalves da silva Mi, y otros. Violencia obstetrica na visao de enfermeiras obstetras. *Rev Rede Enferm Nordeste.* 2014;15(4):720-8.
- (39) Chattopadhyay S, Mishra A, Jacob S. 'Safe', yet violent? Women's experiences with obstetric violence during hospital births in rural Northeast India. *Cult Health Sex* [Internet]. 3 de julio de 2018;20(7):815-29. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13691058.2017.1384572>
- (40) Maya ET, Adu-Bonsaffoh K, Dako-Gyeke P, Badzi C, Vogel JP, Bohren MA, et al. Women's perspectives of mistreatment during childbirth at health facilities in Ghana: findings from a qualitative

- study. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2018;26(53):70-87. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502020>
- (41) Terán DP, Castellanos C, González Blanco M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2013;7373(33):171-80.
- (42) Martínez-Galiano JM, Rodríguez-Almagro J, Rubio-Álvarez A, Ortiz-Esquinas I, Ballesta-Castillejos A, Hernández-Martínez A. Obstetric Violence from a Midwife Perspective. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(6).
- (43) Gray T, Mohan S, Lindow S, Farrell T. Obstetric violence: Clinical staff perceptions from a video of simulated practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X* [Internet]. 2019;1:100007. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2019.100007>
- (44) Faneite, J; Feo A, Toro J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. 2012;72(1):4-12.
- (45) Vacaflor CH. Obstetric violence: a new framework for identifying challenges to maternal health-care in Argentina. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):65-73.
- (46) Castrillo B. Dime quién lo define y te diré si es violento Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sex Salud Soc Rev Latinoam*. 2016;24.
- (47) Laako H. Los derechos humanos en los movimientos sociales: el caso de las parteras autónomas en México. *Rev Mex Cienc Políticas Sociales*. LXI(227 mayo-agosto):167-194.
- (48) Davis-Floyd R. La partera profesional: articulating identity and cultural space for a new kind of midwife in Mexico. *Med Anthropol*. 2001;20(2-3):185-243.
- (49) Lokugamage AU, Pathberiya SDC. Human rights in childbirth, narratives and restorative justice: a review. *Reprod Health*. 2 de febrero de 2017;14(1):17.
- (50) Diniz CSG, Bussadori JC de C, Lemes LB, Moisés ECD, Prado CA de C, McCourt C. A change laboratory for maternity care in Brazil: Pilot implementation of Mother Baby Friendly Birthing Initiative. *Med Teach* [Internet]. 2 de enero de 2021;43(1):19-26. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2020.1791319>
- (51) Gina Lyset Ayala Gutierrez. Calidad de la atención del parto según percepción de las usuarias en el servicio de centro obstétrico en el Instituto Nacional Materno Perinatal . Enero-Febrero 2015. 2015;1-47. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4059/1/Ayala_gg.pdf
- (52) Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018;26:e3069.
- (53) Savage V, Castro A. Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reprod Health*. 26 de octubre de 2017;14(1):138.
- (54) Fernández Guillén F. ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata* [Internet]. 2015;7(8):113-28. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106937>

- (55) Silva A, Pantoja F, Millón Y, Hidalgo V, Stojanova J, Arancibia M, et al. Percepción de actores involucrados acerca del parto humanizado y la violencia obstétrica en Chile: una revisión panorámica. *Medwave*. 2020;20(9):e8047.
- (56) Ravaldi C, Skoko E, Battisti A, Cerizzo M, Vannacci A. Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community-based survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 1 de mayo de 2018;224:208-9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301211518301532>
- (57) Annborn A, Finnbogadóttir HR. Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery* [Internet]. 1 de febrero de 2022;105:103212. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613821002874>

*** Ruth Iguíñiz Romero**

Antropóloga, Doctora en Políticas Públicas y Urbanas por la New School University- New York y Magister en Antropología. Ha sido Visiting Global Fellow en la Facultad de Ciencias Sociales y Políticas Públicas de Kings College-London e Investigadora en el Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad de Deusto, como becaria de las Acciones Marie Curie de la Unión Europea. Actualmente es profesora asociada y Coordinadora de la Unidad de Investigación en Políticas, Sistemas y Servicios de Salud de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH) y Directora del Programa de Doctorado en Salud Pública de la UPCH. Es especialista en docencia e investigación de políticas de salud, políticas reproductivas con enfoques de género y derechos humanos y gobernabilidad.

Correo: RUTH.IGUINIZ.R@upch.pe

ORCID: orcid.org/0000-0002-9973-4981

**** Fátima Valdivia Del Rio**

Antropóloga feminista y Magíster en Género, Sociedad y Políticas (FLACSO Argentina), con estudios de maestría en historia andina y con estudios de especialización en feminismos, sexualidad, educación, incidencia y etnicidad. Ha realizado múltiples investigaciones en temas de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, etnicidad, migración, feminismos e interculturalidad. Durante los últimos 20 años ha trabajado en diversas instituciones de derechos de las mujeres, con un fuerte compromiso con los derechos humanos, la igualdad de género y la justicia social a nivel local, regional y global en áreas de derechos sexuales y reproductivos, filantropía feminista, construcción de movimiento e incidencia global. Sus últimas publicaciones son "Políticas migratorias peruanas y violencia estatal hacia las mujeres migrantes" (2022), "Políticas migratorias peruanas, violencia estatal hacia las mujeres migrantes y nuevas ciudadanías" (2021) y "Mujeres, aborto y religiones: Debates sobre política sexual, subjetividades y campo religioso" (coeditora, 2020). Actualmente es Coordinadora del Programa de Estrategias Globales en Asociadas por lo Justo-JASS, fundadora, asesora técnica y asociada de la Colectiva por la Libre Información para las Mujeres y consejera para Perú del Fondo de Acción Urgente para América Latina y el Caribe.