

VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE TAISHA, AÑO 2020.

Obstetric violence at the San José de Taisha Hospital, year 2020.

DOI: <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0062>

Iván Mauricio Alcocer Ortega¹
<https://orcid.org/0000-0001-7411-720X>
María del Carmen Saltos Rojas²
<https://orcid.org/0000-0003-4200-0298>
Paola María Aurelia Barba Bailón³
<https://orcid.org/0000-0003-4013-3425>
Joselyn Rosalía Martínez Martínez⁴
<https://orcid.org/0000-0003-4460-4458>

Recibido: 30 diciembre 2020 / **Aprobado:** 27 febrero 2021

RESUMEN

Introducción: La violencia obstétrica constituye un problema de salud pública que necesita ser controlado y erradicado a nivel mundial, debido a que ha llegado a convertirse en una práctica irrespetuosa y abusiva, normalizada por los trabajadores de la salud, y representa otra forma de violencia hacia las mujeres. Dichas prácticas en las últimas décadas han venido ejecutándose de forma rutinaria durante el embarazo, el parto y el postparto, lo cual constituye una violación de derechos humanos fundamentales como el de la no discriminación y el derecho a una vida libre de violencia. **Objetivo:** Analizar la percepción de los profesionales de la salud acerca de la violencia obstétrica, para determinar tanto la difusión del fenómeno como el nivel de normalización de unas prácticas violentas y humillantes en profesionales de salud que se forman y actúan en el sistema nacional ecuatoriano. Se eligió como estudio de caso el Hospital San José de Taisha, en la parte amazónica del país. **Metodología:** La investigación es de tipo cualitativo con un diseño fenomenológico y se lleva a cabo a través de la consulta y análisis de fuentes secundarias y de entrevistas semiestructuradas a tres profesionales de la salud. **Resultados.** Se puso en evidencia que, aunque la violencia obstétrica ya es reconocida en su dimensión de violencia estructural y se han expedido protocolos de buenas prácticas, se pudo observar que aún persiste en los centros de salud y sigue normalizada. **Conclusión:** Las prácticas de violencia obstétrica se concentran en maltrato físico; maniobras inadecuadas como Kristeller, episiotomía, amniotomía y maltrato psicológico como discriminación, gritos y juicios de valor

Palabras clave: Obstetricia, violencia, personal sanitario, Taisha, poder.

1. Departamento de Investigación y proyectos de la Asociación de Obstetras Promotores por el Cambio Ecuador
 2. Obstetrix-Ecografista en Medigroup
 3. Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio Hospital del día Sur Valdivia IESS, Médico Ocupacional en Empresa Saludcorp S.A
 4. Obstetrix, Master en Gerencia en Instituciones de Salud (UTPL) cursante, Obstetrix en Centro Obstétrico Martínez
- * **Autor de correspondencia:** iván.mauricioal@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: Obstetric violence constitutes a public health problem that needs to be controlled and eradicated worldwide, because it has become a disrespectful and abusive practice, normalized by health workers, and represents another form of violence towards women. In recent decades, these practices have been routinely carried out during pregnancy, childbirth and postpartum, which constitutes a violation of fundamental human rights such as the right to non-discrimination and the right to a life free of violence. **Objective:** To analyze the perception of health professionals about obstetric violence, in order to determine both the diffusion of the phenomenon and the level of normalization of violent and humiliating practices in health professionals who are trained and work in the Ecuadorian national system. The Hospital San José de Taisha, in the Amazonian part of the country, was chosen as a case study. **Methodology:** The research is qualitative with a phenomenological design and is carried out through consultation and analysis of secondary sources and semi-structured interviews with three health professionals. **The results.** It became evident that, although obstetric violence is already recognized in its dimension of structural violence and protocols of good practices have been issued, it was observed that it still persists in health centers and continues to be normalized. **Conclusion:** Obstetric violence practices are concentrated in physical mistreatment; inadequate maneuvers such as Kristeller, episiotomy, amniotomía and psychological mistreatment such as discrimination, shouting and value judgments.

Keywords: Obstetrics, violence, health personnel, Taisha, power.

INTRODUCCIÓN

La violencia es un término difícil de definir porque alrededor de ella giran mitos, ritos y paradigmas que no han permitido categorizarla universalmente. Por ello, resulta necesario señalar que a lo largo de la historia su definición ha pasado por varias disciplinas como la filosofía, psicología, criminalística, antropología, sociología, el derecho, etc. (1). En palabras de Elsa Blair probablemente “resulta vano querer aproximarse a una definición unívoca de un concepto que, a juzgar por la literatura existente, ha sido utilizado para definir una serie de fenómenos absolutamente disímiles” (2).

Este texto aborda las definiciones de aquellos autores que más se acercan a la línea investigativa. El primero es Johan Galtung, quien señala que la violencia puede “ser vista como una privación de los derechos humanos fundamentales, en términos más genéricos hacia la vida, *eudaimonia*, la búsqueda de la felicidad y prosperidad, pero también es una disminución del nivel real de satisfacción de las necesidades básicas” (3). El autor la denomina violencia estructural, mientras, por su parte, Pierre Bourdieu, la define como violencia simbólica, una violencia que se ejerce ocultándose en la cultura de cada una de las sociedades mediante el orden social, incrustada en un campo de dominación y que utiliza como instrumento el *habitus* (4).



La Organización de las Naciones Unidas (OMS) señala que por violencia contra la mujer (...) se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada (5).

Hay que subrayar que la violación de los derechos humanos que se materializa en la violencia contra de la mujer y específicamente a través de su sexualidad ha sido invisibilizada; este tipo de violencia se presenta, por ejemplo, como violencia obstétrica durante la atención médica bajo el modelo médico hegemónico (MMH), tanto en el ámbito público como en el privado. En tal sentido, la violencia obstétrica solo terminará cuando los profesionales que atienden el parto puedan reflexionar y sanar sus propias heridas, es decir, el dolor que acarrear fruto de la deformación que recibieron obstetras, médicos y enfermeras (6).

Es fundamental resaltar que en América Latina países como: Venezuela, Argentina y México son los propulsores para la erradicación de cualquier tipo de violencia ejercida contra la mujer. En primera instancia, Venezuela tuvo su primer reconocimiento institucional sobre violencia obstétrica que fue primordial para el país con la aprobación el 25 de noviembre de 2006 de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, la cual fue fundamental para que nuevos hechos surgieran a partir de ello (7).

En Argentina, fue publicada la Ley de Protección Integral a las mujeres (Ley N.º 26485) en el año 2009, dentro de ello se encuentra el artículo 6 donde menciona la violencia obstétrica de conformidad con la Ley N.º 25.929 (8). De la misma manera en México, existe la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia que fue publicada el 1 de febrero de 2007 tras un largo proceso legislativo y que ha sido reformada constantemente de acuerdo con las necesidades de las distintas entidades federativas que apoyan la no violencia hacia la mujer, en específico la violencia obstétrica.

Además, pese a las reformas legislativas y políticas públicas establecidas a favor de la erradicación de la violencia obstétrica en estos tres países de Latinoamérica, la situación no es favorable porque no se han realizado los suficientes estudios, por ende las tasas de violencia obstétrica siguen siendo altas y los profesionales de la salud no reconocen ser parte de la problemática (9).

En Ecuador se han elaborado varias políticas, planes y estrategias a lo largo de los últimos 25 años, ejecutados con la finalidad de garantizar la salud materno-neonatal. Entre las más destacados están la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en el año 1994, cuyo objetivo fue garantizar el derecho de toda mujer a la atención de salud gratuita y de calidad



durante su embarazo, parto y postparto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva. Posteriormente, en el año 2007, la Política de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos señala que es necesario “disminuir las brechas existentes entre los enunciados de Derechos de Salud Sexual y Reproductiva y el ejercicio y goce de los mismos” (10).

Seguidamente, en el año 2008, el Plan de Reducción de la Mortalidad Materna incorpora una serie de intervenciones clínicas basadas en evidencia científica en la reducción de la morbimortalidad materna y perinatal. Se realizó la actualización de las normas de Atención Materna y Neonatal a través de la elaboración de un manual de estándares, indicadores e instrumentos para medir la calidad de la atención materna-infantil (10). En el mismo año, la Asamblea Nacional reconoce el derecho a la integridad personal en su art. 66 donde señala: una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como privado, asumiendo un rol fundamental en la garantía y protección de derechos, para lo cual ha definido leyes, políticas y otras medidas de índole social cuya finalidad es la prevención y sanción de toda forma de violencia hacia las mujeres (11).

En el mismo año entra en vigencia la Estrategia de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE), creada con la finalidad de asegurar que todas las madres y recién nacidos tengan acceso, las 24 horas del día de los 365 días al año, a los cuidados obstétricos esenciales de calidad. Cinco años más tarde, se logró que esta estrategia deviniera en norma con un enfoque familiar e intercultural.

Posteriormente, en el año 2011, se presentó la Estrategia Intersectorial de Prevención de Embarazo Adolescente y Planificación Familiar (ENIPLA). Creada con un enfoque de género, dicha estrategia promovía los derechos sexuales y reproductivos de la población ecuatoriana, a fin de incrementar la capacidad en la toma de decisiones libres y responsables en la población sobre sexualidad y reproducción. También, se integró a grupos históricamente excluidos como la comunidad LGTBI. Se obtuvo buenos resultados, entre estos la disminución de un 6 % de embarazos en adolescentes de entre 15 y 19 años. Sin embargo, en el año 2015, la estrategia fue sustituida por el Plan Familia mediante el Decreto Presidencial 491, dirigido por la exasesora presidencial Mónica Hernández como directora, donde priorizaba la importancia de los valores morales y la familia (12). Por ello, tras esta sustitución se vio afectado el enfoque de derechos sexuales y reproductivos invisibilizando varias formas de violencia hacia la salud de las mujeres, dentro de las cuales se enmarca la violencia obstétrica.

En el año 2016, en la Asamblea Nacional del Ecuador, se inició el debate sobre la Ley Orgánica para la atención humanizada del embarazo, parto y postparto. Con esta norma, se buscaba la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones de su maternidad, además de impulsar el protagonismo en las decisiones sobre su parto en instituciones públicas



y privadas, y regular las prestaciones sanitarias. Del mismo modo, con este proyecto de ley se aspiraba a definir lo que es la violencia obstétrica, sin embargo, la falta de conocimiento de esta problemática por parte de los profesionales de la salud y de las mujeres impidió la formulación de estrategias que ayuden a mejorar la salud materna (10).

Finalmente, es necesario señalar que Ecuador cuenta con varios colectivos feministas que defienden los derechos de las mujeres. Tal es el caso del Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos Surkuna, cuya finalidad es velar por los derechos sexuales y reproductivos y hacer frente a la violencia de género mediante la asesoría a mujeres que han sufrido violencia en sus diferentes tipos: psicológica, sexual, obstétrica, etc. Además, este colectivo también se ocupa de capacitar a profesionales de salud acerca de temas como la violencia de género, los derechos sexuales y reproductivos, el secreto profesional y el consentimiento informado.

En el año 2018, la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres hace la siguiente mención sobre violencia ginecobstétrica: Se considera a toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos. Se expresa a través del maltrato, de la imposición de prácticas culturales y científicas no consentidas o la violación del secreto profesional, el abuso de medicalización, y la no establecida en protocolos, guías o normas; las acciones que consideren los procesos naturales de embarazo, parto y postparto como patologías, la esterilización forzada, la pérdida de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres en toda su diversidad y a lo largo de su vida, cuando esta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico (14).

Hay que precisar que la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en Ecuador es integradora no solo toma el embarazo, parto y postparto, sino que la integra con la violencia ejercida sobre los derechos sexuales y reproductivos a lo largo de la vida de las mujeres, por lo que su definición es más amplia y es así que la define como violencia gineco-obstétrica y no como violencia obstétrica.

Cabe mencionar que en Ecuador el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), en la Encuesta Nacional Sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género Contra las Mujeres, (ENVIGMU 2019), incluye dos nuevas secciones: una a mujeres mayores de 60 años y otra donde enmarca la violencia gineco-obstétrica como otro tipo de violencia en contra de la mujer (15). Al analizar los datos obtenidos de la encuesta en la sección correspondiente a violencia obstétrica sobresale que tiene mayor incidencia en el área rural con un 46,5 %, mientras que



en el área urbana representa el 39,9 % (15); esto evidencia que es mayor en las zonas rurales donde confluyen la pobreza, el analfabetismo, la discriminación, etc.

En la actualidad, se considera patológicos a procesos históricamente normales de la obstetricia como el embarazo, parto y postparto a través de clasificaciones que valoran riesgos clínicos y sociodemográficos. Del mismo modo se estratifica el riesgo obstétrico en bajo, alto e inminente, según la normativa AEPI (Atención de Enfermedades Prevalentes en la Infancia) de 2017 y en la Guía de Práctica Clínica del Control Prenatal (2016). Por lo que el objetivo de esta investigación es, analizar la percepción de los profesionales de la salud acerca de la violencia obstétrica, para determinar tanto la difusión del fenómeno como el nivel de normalización de unas prácticas violentas y humillantes en profesionales de salud que se forman y actúan en el sistema nacional ecuatoriano.

MATERIALES Y MÉTODOS.

La metodología “es la vía o camino que se utiliza para llegar a un fin o para lograr un objetivo”. La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque de derechos humanos, enfoque que es fundamental en la práctica de la medicina. Los derechos de las mujeres han sido y son vulnerados a partir de la niñez a lo largo de toda la vida; por ejemplo: discriminación a la educación, adolescencia con tradiciones obsoletas como matrimonios arreglados y mutilación genital, en la maternidad ejerciendo violencia en el embarazo mediante la supervisión, en el parto no respetando los tiempos fisiológicos, no permitiendo el acompañamiento y finalmente en el postparto no respetando los derechos del bebé como el apego precoz, la lactancia materna, intervencionismo, etc. (16)

La violencia contra la mujer durante el embarazo, parto y postparto representa una violación de múltiples derechos: el derecho a la salud, a una vida libre de violencia, a la no discriminación, entre otros. El tema de la violencia obstétrica en Ecuador es poco estudiado en zonas vulnerables como en el Oriente ecuatoriano, ya que la mayoría de los trabajos han sido desarrollados en zonas urbanas de Quito, Guayaquil y Cuenca. Por tanto, esta investigación tributa a una mejor comprensión de dicha problemática.

El enfoque de la investigación es de tipo cualitativo y se desarrolló bajo dos modalidades: bibliográfica y trabajo de campo. En la primera se utilizó bibliografías como libros, textos, revistas, sitios web e información recopilada de múltiples bases de datos digitales, para elaborar los fundamentos teóricos de la investigación y el marco normativo de la misma. La revisión bibliográfica estuvo enfocada en textos sobre cómo la violencia de género impacta los derechos humanos de las mujeres, en específico, la violencia obstétrica. Se revisó la normativa



nacional e internacional en relación con la maternidad gratuita y cómo fue su desarrollo a través del tiempo hasta la actualidad.

En el trabajo de campo se realizaron tres entrevistas semiestructuradas a través de la plataforma de Zoom a trabajadores de la salud que fueron elegidos mediante la técnica de muestreo no probabilístico: un médico y dos auxiliares de enfermería, quienes desarrollan sus funciones en turnos de 48 horas cada cuatro días.

Los métodos utilizados para abordar la percepción sobre violencia obstétrica en los profesionales de salud de la Unidad Anidada Taisha fueron dos. El primero fue el inductivo-deductivo, método basado en la lógica, relacionado con el estudio de hechos particulares y que está conformado por dos procedimientos: la inducción y la deducción. La inducción es una forma de razonamiento en la que se pasa del conocimiento de casos particulares a un conocimiento más general, mientras que la deducción es lo opuesto porque pasa de un conocimiento general a uno más específico o denominado conocimiento particular. En este texto se ha intentado establecer un diálogo entre los dos procedimientos: aproximarse a un estudio de caso a través de un bagaje teórico de conocimiento general sobre un tema, para luego poder ampliar unas generalizaciones a partir de un estudio de caso.

El segundo método utilizado es el de la triangulación de datos que, siguiendo a (Hernández, Fernández y Baptista), constituye una interpretación y fundamentación concreta basada en la combinación de los datos obtenidos en la investigación cuantitativa y cualitativa, además de las teorías científicas que dan soporte a la investigación. Este método puede ser temporal (se relaciona con los datos recogidos en distintas fechas para comprobar si los resultados son constantes); espacial (hace relación con los datos recogidos que se hacen en distintos lugares para comprobar coincidencias) y finalmente el personal que se relaciona con la diferente muestra de sujetos.

El instrumento utilizado fue un cuestionario semiestructurado el cual fue diseñado a partir de los objetivos de estudio. Contaba con 20 preguntas distribuidas de la siguiente manera: siete preguntas para responder el primer objetivo, seis para el segundo objetivo y siete para el tercer objetivo. Sucesivamente, se procedió a validarlo de manera colectiva en el Taller de Tesis II.

El cuestionario fue aplicado mediante la técnica de la entrevista, que para (Supo), es la evaluación que se realiza al individuo que no puede pasar inadvertido de su participación, por lo que se requiere del consentimiento informado para su participación. La entrevista puede ser estructurada si cuenta con una guía. Esta técnica es utilizada únicamente cuando la unidad de estudio es un individuo. En este estudio nos permitió conocer de manera confidencial y real cuáles son las percepciones de los trabajadores de salud del Hospital San José Taisha.



Finalmente, en lo que respecta a las consideraciones éticas, el estudio no afectó la integridad física, psicológica y emocional de quienes participaron, ya que se obtuvo un consentimiento informado y se utilizó un cuestionario semiestructurado explicitando su uso. Además, se solicitó la autorización respectiva para proceder con la recolección de información. Por lo tanto, se respetaron los principios de libre decisión en la participación. De igual modo, se han ocultado bajo seudónimos las verdaderas identidades de los participantes a fin de protegerlas.

Para la presentación de los resultados de las entrevistas se agruparon las expresiones en núcleos de sentido sobre la percepción de los profesionales de salud entrevistados. Las personas entrevistadas tienen entre 28 y 35 años, se trata de un hombre y dos mujeres: un médico, una obstetra y una licenciada de enfermería, dos personas trabajan en el área de emergencia y una en consulta externa del Hospital San José de Taisha.

RESULTADOS

A continuación, se describe toda la información recopilada a través de las entrevistas a los trabajadores de la salud, divididas según 10 preguntas.

¿Usted sabe qué es la violencia obstétrica?

Alfa observa que, “como su nombre lo indica, es la violación de los derechos de la usuaria o paciente, en este caso de las mujeres durante el embarazo, tanto a nivel ginecológico u obstétrico” (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020).

Beta señala que “si tengo una base general, lo que es la violencia obstétrica, conlleva el círculo de la atención obstétrica en la atención prenatal, en el parto y en el puerperio” (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 2 de octubre de 2020).

Gamma esclarece que “es una inadecuada atención por los profesionales de salud donde se le grita, se les trata mal, no se les atiende: eso es violencia obstétrica (...). La violencia obstétrica puede darse en sentido directo como gritando, maltratando o realizando procedimientos y de manera indirecta cuando vemos y no hacemos nada” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).

La Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres hace la siguiente mención sobre violencia ginecobstétrica: Se considera a toda acción u omisión que limite el derecho de las mujeres embarazadas o no, a recibir servicios de salud gineco-obstétricos. Se expresa a través del maltrato, de la imposición de prácticas culturales y científicas no consentidas o la violación del secreto profesional, el abuso de medicalización, y la no establecida en protocolos, guías o normas; las acciones que consideren los procesos naturales de embarazo, parto y postparto como patologías, la esterilización forzada, la pérdida



de autonomía y capacidad para decidir libremente sobre sus cuerpos y su sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida y salud sexual y reproductiva de mujeres en toda su diversidad y a lo largo de su vida, cuando esta se realiza con prácticas invasivas o maltrato físico o psicológico (14).

Al analizar las respuestas se puede señalar que los profesionales tienen percepciones diferentes sobre violencia obstétrica, cada uno la define de manera breve tomando en consideración un tema fundamental: la violación de los derechos sexuales y reproductivos enmarcados en los derechos humanos. Además, abordan la problemática desde los diferentes componentes que la integran como la atención de los procesos fisiológicos que son visibilizados como patológicos, la excesiva medicalización en procesos innecesarios y la falta de información antes realizar procedimientos.

En relación con el planteamiento, ¿Ha presenciado alguna vez el maltrato a una embarazada durante su formación y su ejercicio profesional? ¿Por parte de quién ha presenciado el maltrato de una embarazada durante su formación?

Alfa expresa: *“Sí, más en mi formación... recuerdo cuando estaba en mi externado, en un centro de salud—no recuerdo el nombre—, yo comenzaba ahí mi aprendizaje de obstetricia y tenía esa amabilidad para atender, pero la obstetrix de allí era grotesca para atender o imponente (...).”* Y agrega: *“Más [lo] he notado en las enfermeras que son prepotentes con los pacientes, pero también los/as obstetras y médicos tampoco respetan los derechos del paciente”* (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020).

Beta menciona: *“He visto obstetras y médicos que [las] juzgan a quedarse embarazadas, ellos emiten juicios de valor en vez de llevar un contacto mejor, lo he visto. Maltratan cuando no van a los controles, claro que es un deber del paciente, pero no es necesario juzgar”* (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 2 de octubre de 2020). En tanto, Gamma refiere: *“he visto que muchas profesionales maltratan a los pacientes sobre todo médicos. Cuando yo era estudiante sí vi maltrato a las mujeres por no traer sus libretas de control por parte de mis tutoras”* (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).

El ambiente y su relación con el estudiante son determinantes en la última etapa de su educación formal. El alumno durante estos años se enfrenta a la tarea de aprender a ejercer una profesión, a relacionarse con los pacientes y a asumir la responsabilidad que se desprende del ejercicio de la misma. Además, hay varios factores provenientes del entorno laboral que afectan el desarrollo de esta identidad y que determinan la forma de su desempeño laboral (17).



Con este antecedente, se puede analizar que todos los participantes han experimentado violencia durante sus años de formación. Esta ha sido ejercida por sus propios tutores, quienes se suponía eran los que debían brindarles las herramientas clínicas, teóricas y éticas en la atención de los usuarios. Además, en el ejercicio profesional la violencia fue ejercida por una amplia variedad de profesionales de la salud como médicos, obstetras, enfermeros, auxiliares de enfermería, etc. Tales profesionales han promovido actos hirientes hacia las usuarias vulnerando sus derechos sexuales y reproductivos durante la atención obstétrica.

¿Usted se ha sentido forzada a participar de alguna manera en una situación de violencia obstétrica durante su formación? ¿Y en su trabajo?

Ante esta interrogante, Alfa contesta: *“En mi formación cuando yo estaba aprendiendo a hacer la maniobra era muy delicada en aplicar, que cuando mi profesora me veía y me gritaba: ‘APRIETE BIEN LA BARRIGA de la paciente, aprenda a palpar las partes fetales’; todo eso en presencia de la mamita. Me sentí obligada hacerle de una manera brusca y luego se terminó la consulta y ella me seguía recalcando porque no hice como se debe hacer o porque no le hice caso”* (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020).

Según Beta, *“no me he sentido forzado a participar de manera directa, pero creo que sí he participado porque he visto que les gritan a las mujeres, pero no he dicho nada porque no he sabido qué decir. Luego de eso me he sentido mal sabiendo que podía haber hecho algo, pero no lo he hecho”* (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 2 de octubre de 2020). Gamma señala: *“Sí, me he sentido obligada a realizar tareas que no eran necesarias realizarlas para mí, pero lo tengo que hacer ya que si no lo hago luego hay represalias por no haber hecho lo que dicen los médicos tratantes, aunque yo sé que no se lo debe hacer y luego me siento mal por eso”* (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).

Desde la perspectiva foucaultiana se explica esta categoría “como un producto ideológico, basado en una hegemonía del saber/poder que detentan los profesionales médicos y en una apropiación del cuerpo de las mujeres a través de un sistema de salud altamente jerarquizado” (18).

Con este antecedente podemos analizar que todos los participantes durante su formación médica han formado parte de la violencia obstétrica ejercida a usuarias por parte de sus tutores en el sistema nacional de salud. Además, se puede evidenciar que al no realizar estos procedimientos se invalidan como verdaderos profesionales de la salud de mayor jerarquía.



¿Se sintió afectada/traumatizada por alguna vivencia durante su formación o durante su trabajo?

Alfa señala que *“la única más cercana fue cuando mi docente del internado le hizo Kristeller a la paciente, realmente no sabía qué hacer... ella me dijo que es la única manera de que salga el bebé, y me sentí mal porque solo me dedicué a ver. Creo que fui cómplice de esa violencia”* (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020). Mientras Beta rememora: *“Me quedan recuerdos que durante mis años de formación en la universidad pude haber hecho algo y pude evitarlo... eso me queda en la mente y eso me ayuda a tratar de evitar eso en la actualidad”* (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 2 de octubre de 2020).

Gamma refiere que *“cuando yo estaba en mi internado me marcó cuando una mamá de raza negra no podía dar parto y los médicos, enfermeros y estudiantes de medicina le decían que si no pujaba se iba a morir su bebé y la mujer lloraba y decía que le ayuden y al final de todo le hicieron Kristeller, episiotomía, le pusieron mucha medicación y su bebé salió con lesiones de tanto maltrato”* (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).

En el texto “Los traumas psicológicos del parto violento y la débil protección de la justicia a las mujeres”, argumenta que las secuelas de un “parto violento”, tal y como lo definen las defensoras de los derechos sexuales y reproductivos, trascienden el cuerpo. A veces, las consecuencias físicas se solventan con ayuda de obstetras y fisioterapeutas, pero cuando unas mujeres han sufrido un trauma grave necesita la ayuda psicológica profesional (19).

Al analizar las respuestas se puede concluir que todos los trabajadores de la salud fueron marcados por actos de violencia obstétrica. Los mismos que les sirven de guía para no reproducirlos en la atención del parto. Además, todos los profesionales de salud entrevistados tienen un sentimiento de culpa, por no haber detenido el acto de violencia obstétrica en ese momento.

En relación con los procedimientos realizados durante el parto, ¿cuáles son indicados y cuáles no?

Sobre este tema, Alfa explica: *A nivel de centros de salud se respeta las medidas de acompañamiento de ingesta de comida, los tiempos de dilatación; no se realiza rasurado, enema... eso está contraindicado por el Ministerio de Salud Pública. (...). La episiotomía ya no se aplica debido a que antes tenían malas prácticas: antes salía la cabeza y se aplicaba el corte. Lo que he visto es que los profesionales dirigen los pujos de manera correcta, pero a*

veces las usuarias no aplican como el profesional le ha enseñado por eso son necesarios los talleres de psicoprofilaxis. Además, sí se les informa los métodos para aliviar el dolor; de eso se encarga la Unidad Anidada Taisha (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020).

Beta menciona que “no se realiza nada que esté fuera de la normativa, a todas se les pide un trato adecuado a las mamacitas, pero es difícil por las culturas algunas intervenciones. Se les informa de alivio del dolor, sobre todo las obstetras les tratan de explicar y les ayudan a respirar, [y le informan] que si es necesario le van a aplicar un tipo de medicación. En relación al acompañamiento por lo general se permite el ingreso de la persona de su elección, se les provee de alimentación durante su atención, no se realiza episiotomía de rutina y la placenta muy pocas veces se ha entregado, por lo general no la piden” (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 2 de octubre de 2020).

Gamma señala: “No he visto ningún procedimiento fuera de lo que se deba realizar, creo que se cumple con los protocolos de atención siempre en el Hospital San José de Taisha” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).

Bourdieu, define al conocimiento como el producto de la relación que el sujeto mantiene con el objeto. Los sistemas de pensamiento, percepción y acción, sistematizados e interiorizados a lo largo de la experiencia del sujeto, es decir el *habitus*, son resultado de la relación que este tiene con la producción de conocimiento. Tal *habitus* puede observarse en la realización rutinaria de los procedimientos, que se basa, por lo general, en la experiencia de los profesionales de la salud más que en protocolos de atención(20). El propio autor refiere que el conocimiento puede existir tanto de forma consciente como inconsciente. A la entidad que adopta ese conocimiento inconsciente la denomina doxa.

La OMS señala que se han realizado estudios que demuestran que a un porcentaje considerable de embarazadas sanas se les ha practicado como mínimo una intervención clínica durante el trabajo de parto y el parto, como las de inducción del trabajo de parto, aceleración con oxitocina, cesárea, parto vaginal instrumental o episiotomía. Además, a las mujeres que se encuentran en trabajo de parto se les continúa aplicando intervenciones ineficaces e intervenciones de rutina que pueden ser perjudiciales, como las de rasurado perineal, enemas, amniotomía, líquidos intravenosos, fármacos antiespasmódicos y antibióticos para partos vaginales sin complicaciones (21).

Este enfoque intervencionista se puede analizar que no es suficientemente sensible a las necesidades personales, valores y preferencias de la mujer (y de su familia), y puede debilitar su propia capacidad durante el parto y tener efectos negativos en su experiencia. Además, el



uso cuestionable de tecnologías en entornos con recursos abundantes, aun cuando los beneficios clínicos estén poco claros, ha hecho aún más profunda la brecha de equidad para las embarazadas y los recién nacidos en los grupos poblacionales desfavorecidos.

¿Se respetan los tiempos de cada caso personal? ¿Se intenta acelerar el proceso de forma rutinaria? ¿Se realizan roturas de membranas rutinarias o maniobra de Kristeller para acelerar el proceso? ¿Se dirigen los pujos en el expulsivo?, ¿de qué forma?

Alfa señala que, *“por ejemplo, se maneja partograma, de acuerdo con eso se actúa: se sube la dosis de oxitócica, si no hay una dilatación se hace una referencia, he visto que la usuaria está evolucionando bien y faltando poco se les ocurre romper membranas pese a que hay protocolos. Además, aplican la maniobra de Kristeller, eso lo vi en mi internado, pero acá no se ve eso. Todo se hace bajo los protocolos del Ministerio de Salud Pública (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020). Para Beta, “Sí se respetan los tiempos, nunca he observado que hagan las cosas mal, todo se ha hecho bajo los protocolos. En relación con los pujos he escuchado que le dicen: ‘si no pujan rápido su bebé le puede pasar algo’, eso no se debe explicar así porque se le asusta a la paciente y no es adecuado” (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 2 de octubre de 2020).*

Finalmente, Gamma concuerda con los planteamientos anteriores: *“Sí se respetan los tiempos de cada paciente, no se realiza nada que pueda afectar a las pacientes. Todo, como le dije, se hace bajo los protocolos de atención” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).*

El MSP, en la *Guía de práctica clínica del trabajo de parto, parto y postparto inmediato*, desaconseja realizar la maniobra de Kristeller en la segunda etapa del parto (22). Adicional a esto, La OMS señala que la evidencia actual no muestra diferencias significativas en la duración promedio de la segunda etapa de trabajo de parto entre mujeres a las que se realizó la maniobra de Kristeller y las que no se les realizó. En otras palabras, no existe beneficio al realizarla, pero sí aumenta el riesgo de morbilidad fetal (21).

Al analizar las perspectivas de los profesionales de la salud con respecto al tiempo del parto, se evidencia que es vital el respeto de los períodos de dilatación y expulsivo. Es importante señalar que hay opiniones contradictorias, en su mayoría se manifiesta que se respeta los tiempos de cada usuaria, pero también hay una opinión que señala que además de no respetar los tiempos se realizan maniobras innecesarias que han sido desaconsejadas por la OMS, como la ruptura prematura de membranas y la maniobra de Kristeller.



¿Se respeta el proceso de piel con piel durante las primeras dos horas? ¿Se realizan los primeros cuidados del bebé encima de la madre?

En opinión de Alfa: *“Sí se respeta la piel con piel inmediata porque es un establecimiento Amigo de la Madre y el Niño. Se le hace los procedimientos de rutina: peso, talla, poner el nitrato de plata, entre otros, y de ahí se le pasa a la mamá de inmediato”* (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020). Beta señala: *“O sea, de las dos primeras horas no, pero se termina de revisar y ahí sí se le pasa al bebé al calentadito y aplicarle todo el medicamento al bebé”* (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 2 de octubre de 2020). Gamma menciona que *“sí se cumple: apenas nace se le pasa a su mamá y de ahí se le hace todos los procedimientos y otra vez se le vuelve a pasar a la mamá hasta que le den el alta”* (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).

En las *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto*, para una experiencia de parto positiva se debe mantener a los recién nacidos sin complicaciones en contacto piel con piel (CPP) con sus madres durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la hipotermia y promover la lactancia (21).

Para todos los profesionales de la salud entrevistados es vital el contacto piel con piel entre la madre y el bebé. Además, se señala que durante la primera hora es necesario efectuar este lineamiento del órgano rector de salud a nivel mundial (21). Es importante recalcar que en este establecimiento, si la mamá no sabe dar de lactar de manera eficaz al bebé no se encuentra en condiciones de recibir el alta médica. Finalmente, esta actividad es considerada para el personal de este establecimiento de salud una manera de evitar complicaciones que pueden terminar en muerte neonatal.

¿Se realizan aspiraciones al bebé de forma rutinaria? ¿Se efectúa el alumbramiento natural? ¿La madre es libre de llevarse su placenta si así lo desea?

Alfa señala que *“no se realiza de forma rutinaria la aspiración, y en relación al alumbramiento se realiza de forma rutinaria tracción contratracción, no se oferta la placenta de forma rutinaria. (...) Cuando yo era interno no se le ofertaba la placenta a la mamá, se le desechaba como un desecho biológico, pero ahora se les oferta a todas las madres que dan parto”* (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020).

Beta explica que *“no es recomendable realizar aspiración a los recién nacidos, solo se hace ese procedimiento si amerita el recién nacido (...). En cuanto al alumbramiento se respeta el tiempo de salida y se espera haciendo maniobras de tracción y contratracción. Finalmente, en*

relación con la oferta de la placenta no se realiza la oferta de la misma ya que no saben qué hacer con ella” (Beta, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 2 de octubre de 2020). Gamma señala: “Por mi parte, sigo con las recomendaciones que dan las normativas del Ministerio de Salud Pública en la atención del recién nacido: *No se debe aspirar*, eso no se debe hacer a todos los recién nacidos, eso es para casos especiales” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).

La OMS no recomienda la aspiración nasal u oral de rutina en neonatos nacidos con líquido amniótico, claro que comienzan a respirar por su propia cuenta al nacer, no se debe realizar la aspiración de la boca y la nariz (21). En relación con los procedimientos invasivos para el recién nacido como la aspiración nasal y oral, los entrevistados reconocen que no es necesario realizarlo, salvo excepciones que están protocolizadas. Sobre este particular se encuentran bien informados acerca del procedimiento y su correcta aplicación. Mientras tanto, en relación con la entrega de la placenta, todos se encuentran informados acerca de que es necesario ofertar la placenta para cumplir con una adecuada atención respetando la decisión de la paciente según sus costumbres y tradiciones.

¿Se fomenta y apoya a la lactancia materna?

“Sí se fomenta la lactancia materna en el hospital durante el postparto, si no sabe dar de lactar no se da el alta. Además, se le informa sobre los signos de alarma de ella y su bebé en el postparto” (Alfa, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 29 de septiembre del 2020). En opinión de Beta, “sí se oferta de manera adecuada y todos los profesionales están capacitados para hablar de lactancia materna y se les da como unas dos charlas antes del alta”. Mientras, Gamma menciona: “Sí, eso lo hacemos las licenciadas, si no sabe dar de lactar se les da una charla para informales de los beneficios de la lactancia materna” (Gamma, profesional de la salud, en entrevista con el autor, 10 de octubre de 2020).

UNICEF, señala que la lactancia materna es fundamental. En lactantes menores de dos años de edad tiene más repercusiones potenciales sobre la supervivencia de los niños que cualquier otra intervención preventiva, ya que puede evitar 1,4 millones de muertes de niños menores de cinco años en el mundo. Los resultados de un estudio realizado en Ghana en el año 2008, publicados en *The Lancet*, demuestran que amamantar a los bebés durante la primera hora de nacimiento puede prevenir el 22 % de las muertes neonatales (24). Mientras tanto, otro estudio realizado por *The Lancet* (2000) evidencia que los niños amamantados tienen por lo menos seis veces más posibilidades de supervivencia en los primeros meses que los niños no amamantados. La lactancia materna reduce drásticamente las muertes por las infecciones respiratorias agudas y la diarrea, dos importantes causas de mortalidad infantil, así como las muertes por otras enfermedades infecciosas (25).



Todos los entrevistados resaltaron la importancia de la lactancia materna como un hito fundamental para la madre y el bebé. Lo que indica que conocen sobre los beneficios y riesgos que conlleva esta práctica natural de forma adecuada desde el nacimiento. Por ende, ellos priorizan fomentar esta actividad, la cual se encuentra normatizada en múltiples guías de práctica clínica como la del ENSAMYN (2015), la del parto normal (2014), y la del parto culturalmente adecuado (2008).

DISCUSIÓN

En los resultados del trabajo se puede apreciar que la violencia obstétrica es reconocida como un tipo de violencia de género, la cual tiene como generador el poder que detentado por los profesionales de salud, el cual es aprendido a lo largo de su formación académica en las aulas universitarias y los establecimientos de salud durante sus actividades diarias pre – profesionales y profesionales, así mismo, ella es definida por los profesionales sanitarios como la violación de los derechos de la usuaria, en este caso de las mujeres durante el embarazo, parto y postparto tanto a nivel ginecológico obstétrico.

Adicional a esto, es importante señalar que la Violencia Obstétrica es conocida y reconocida por el personal sanitario en su terminología, pero no se conoce sobre la normativa vigente y las sanciones para quienes aplican este tipo de violencia hacia las gestantes. Es fundamental conocer, que los hallazgos de esta investigación concuerdan con los hallazgos planteados por Belly Laura, en el texto: La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos (26), así mismo: Josmery Faneite, Alejandra Feo y Judith Toro Merlo, en el texto Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal los que hacen referencia a que la violencia obstétrica la abordan como una violación de los derechos humanos y que resulta de conocimiento del personal de salud el término violencia obstétrica, no así la existencia de la Ley específica que la define en su normativa nacional e internacional (27).

Los actos constitutivos de violencia obstétrica no están claros. El consentimiento informado es aplicado. Los mecanismos de denuncia y los organismos encargados de prestar ayuda a las mujeres víctimas de violencia obstétrica son desconocidos (27). Por otro lado, todo lo anteriormente expresado se enfoca en el irrespeto de la sexualidad de las gestantes haciendo énfasis en el poder otorgado a los profesionales de salud por parte de la sociedad. Ella ha sido la encargada de su formación como seres omnipotentes que comenten actos irrespetuosos, discriminatorios e inconscientes lo que se detalla en los estudios realizados por Danúbia Barbosa y Celina María Modena las que concluyen en su investigación: La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características violencia obstétrica, retrata que ella es una violación de los derechos humanos y un grave problema de salud pública, revelada en los



actos negligentes, imprudentes, omisos, discriminatorios e irrespetuosos practicados por profesionales de salud y legitimados por las relaciones simbólicas de poder que naturalizan y banalizan su ocurrencia. Es necesario, manifestar que las políticas públicas en salud materna han resultado. Es importante conocer las formas como se desarrolla la atención de la salud y las posibilidades reales de transformarla. En lo que respecta a la gineco-obstetricia, lograr una atención que sea efectivamente libre de todo tipo de violencia. (6, 28)

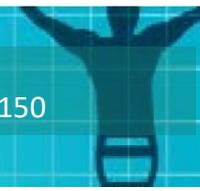
Finalmente, las políticas públicas no han sido suficientes para mejorar la salud materno neonatal en áreas de difícil acceso en Latinoamérica lo que también aborda Danúbia Barbosa y Celina María Modena resaltan que la creación de leyes y políticas públicas, es un desafío conjunto para garantizarles una asistencia obstétrica libre de violencia y firmada en los derechos sexuales y reproductivos.

CONCLUSIONES

En esta investigación se analizó las percepciones sobre violencia obstétrica en profesionales de salud del Hospital San José de Taisha. Lo que permitió que se desarrollara esta investigación de manera eficiente fue la apertura por los directivos del Distrito 14d05 y del Hospital San José de Taisha y lo más complicado fue el acceso a los entrevistados por la lejanía del establecimiento de salud y la falta de tiempo por parte de los profesionales para poder asistir a las entrevistas —debido a sus obligaciones hospitalarias contaban con poco tiempo disponible.

Los participantes en la investigación demostraron tener una cierta sensibilidad hacia el tema de la violencia obstétrica e identificaron como tal a las prácticas de maltrato físico, maniobras inadecuadas como Kristeller, episiotomía, amniotomía, etc.; maltrato psicológico como gritos y juicios de valor; discriminación; aceleración de los tiempos en procesos normales, etc. También, subrayaron que la violencia obstétrica puede ser efectuada durante el embarazo, parto y postparto en establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención y que no existe un real interés institucional para erradicarla.

Se pudo evidenciar que no hay un protocolo sobre violencia obstétrica. Existe un protocolo acerca de la Atención Integral en Violencia de Género emitido en el año 2014 y el personal de salud está familiarizado con los protocolos de atención de la salud materna, que en su mayoría guardan relación con el modelo biomédico. Dichos protocolos no problematizan las actitudes adoptadas por el modelo biomédico. Pocas son las guías de práctica clínica que abordan la violencia de género con un enfoque integral de derechos sexuales y reproductivos, no discriminación, intercultural, etc. Es necesario entender que, al no existir un protocolo de esa



naturaleza, se seguirá incurriendo en prácticas inadecuadas durante el embarazo, parto y postparto.

En conclusión, en este texto se indagaron los factores que facilitan o impiden la aplicación de protocolos acerca de la violencia obstétrica. Entre los factores que la facilitan se destaca que los profesionales del Hospital San José de Taisha se encuentran actualizados sobre normativas en relación con la salud materna por parte del establecimiento de salud, a través de presentación de casos clínicos sobre patologías durante el embarazo, parto y postparto. Con relación a los obstáculos en la aplicación de los protocolos de violencia obstétrica se identificó que las creencias culturales, el idioma, la falta de seguimiento de los controles prenatales fueron los principales factores que hacen que se desarrolle la violencia obstétrica por la falta de conocimiento de las usuarias y los profesionales.

REFERENCIAS

- (1). Martínez Pacheco, Agustín. "La violencia. Conceptualización y elementos para su estudio." *Política y cultura* 46 (2016): 7-31.
- (2). Blair, Elsa. «Aproximación teórica al concepto de violencia: avatares de una definición.» *Política y Cultura* (2009): 9-33.
- (3). Galtung, Johan. «La violencia: cultural, estructural y directa.» *Journal of Peace Research* 27.3 (1990): 291-305.
- (4). Bourdieu, Pierre, and Jean-Claude Passeron. "Fundamentos de una teoría de la violencia simbólica." Bourdieu, Pierre y Passeron, Jean-Claude. *La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. España, Popular (2001): 15-85.
- (5). Organización de las Naciones Unidas. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. París, 1993.
- (6). Olza, Ibone. IBONE OLZA. 1 de Enero de 2012. 2 de Marzo de 2020 <<https://iboneolza.org/>>.
- (7). Benítez, Guerra. «Violencia Obstétrica.» *Revista de la Facultad de Medicina UCV* 31.1 (2008): 5-6.
- (8). Valenzuela, Alejandra y Alonso De la Torre Rodríguez. «"Violencia obstétrica".» *LUXMÉDICA* 14.41 (2019): 43-58.
- (9). Díaz García, Luis Iván, and Yasna Fernández. "Situación legislativa de la Violencia obstétrica en América latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile." *Revista de derecho (Valparaíso)* 51 (2018): 123-143.
- (10). Ministerio de Salud Pública. *Guía Técnica del Parto Culturalmente Adecuado*. Quito : MSP, 2008.
- (11). Distrito Metropolitano de Quito. *Ruta de Atención, Protección y Restitución de Derechos de Mujeres en Situación de Violencia en el Marco del Sistema de Protección Integral del DMQ*. Quito, 2017.

- (12). Fondo de Población de las Naciones Unidas. Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENIPLA). Quito, 2012.
- (13). Borja, Cristina. «Violencia Obstétrica: percepciones de las prácticas de atención de salud.» Universidad San Francisco de Quito (2017).
- (14). Asamblea Nacional. Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres. Suplemento. Quito, 2018.
- (15). INEC. Encuesta Nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres. Quito, 2019.
- (16). Arias, Fidias. El Proyecto de Investigación. Vol. VI. Caracas: Episteme, 2012.
- (17). Consejo, Carolina, and Carlos Viesca-Treviño. "Ética y relaciones de poder en la formación de médicos residentes e internos: Algunas reflexiones a la luz de Foucault y Bourdieu." Boletín mexicano de historia y filosofía de la medicina 11.1 (2008): 16-20.
- (18). Lafaurie, María. «La violencia obstétrica en la literatura de las Ciencias Sociales en América Latina.» Revista Gerencias y Políticas de Salud 18.36 (2019): 7.
- (19). Rodríguez Czaplicki. "La violencia en el parto que sufren algunas mujeres, ¿otra forma de violencia de género?", Público, 30-10-2018. Disponible en <https://www.publico.es/sociedad/mujer-parto-violencia-obstetrica.html>
- (20). Bourdieu, Pierre, and Jean-Claude Passeron. "Fundamentos de una teoría de la violencia simbólica." Bourdieu, Pierre y Passeron, Jean-Claude. La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza. España, Popular (2001): 15-85.
- (21). Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre atención prenatal para una experiencia de embarazo positiva [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2016 [consultado el 7 de agosto del 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>
- (22). Ministerio de Salud Pública (MSP). Guía Técnica del Parto Culturalmente Adecuado. Guía de Práctica. Quito, 2008- 2015
- (23). UNICEF. Analisis de la situación sobre la práctica de la lactancia materna en los servicios de maternidad en Venezuela. Primera edición 2015. Ministerio del Poder Popular para la Salud. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF Venezuela
- (24). Unicef. Lactancia materna. Consecuencias sobre la supervivencia infantil y la situación mundial [Página web] Recuperado en: https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_24824.html
- (25). J.M. Fernández-Díaz. El informe de la Organización Mundial de la Salud 2000: un juego de ordenador políticamente incorrecto, Gaceta Sanitaria. Volumen 15, Issue 5. 2001. Pages 453-460, ISSN 0213-9111. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(01\)71600-7](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71600-7).
- (26). Belli, Laura Florencia. "La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos." (2013). Recuperado en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12868>
- (27). Faneite, Josmery, Alejandra Feo, and Judith Toro Merlo. "Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud." Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 72.1 (2012): 4-12.
- (28). Pozzio, María Raquel. "Más allá de la clase de Anatomía: Redefiniendo femenino y masculino en la práctica profesional de la medicina mexicana." Mora (2017).