Representación de la violencia obstétrica que construyen profesionales matronas de la ciudad de Temuco

Representation of obstetric violence as understood by professional midwives in the city of Temuco

Ana M. Poo^{1*}, María J. Gallardo², Yaritza Herrera-Contreras² y Bernardita Baeza³

¹Departamento de Psicología, Facultad de Educación, Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de La Frontera, ²Departamento de Psicología, Escuela de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad Autónoma de Chile; ³Departamento de Pediatría y Cirugía Infantil, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera. Temuco, Chile

Resumen

Introducción: La presente investigación tiene como finalidad caracterizar las representaciones acerca de la violencia obstétrica de profesionales matronas de la ciudad de Temuco, quienes enfrentan el proceso de parto, parto y puerperio cotidianamente. **Método:** Investigación cualitativa con un muestreo intencional, de caso tipo. Se entrevistó a nueve matronas vía online hasta la saturación de la información. Los datos se analizaron de forma manual mediante análisis descriptivo y se trianguló por investigador. **Resultados:** Las profesionales coinciden en que la violencia obstétrica es una conducta de maltrato ejercida por acción u omisión, y se manifiesta de forma física o verbal. Como factor de riesgo de ejercerla mencionan estrés y falta de empatía, y como consecuencias, daño físico para la mujer y principalmente daño psicológico, como estrés postraumático y depresión. **Conclusiones:** Las entrevistadas coinciden en que la violencia obstétrica es un problema que debe visibilizarse, y se refieren a la capacitación y la humanización de la salud a través del desarrollo de la empatía como principal factor de prevención de la violencia obstétrica.

Palabras clave: Violencia obstétrica. Estudio cualitativo. Maltrato. Matronería.

Abstract

Introduction: The purpose of this research is to characterize the representations of obstetric violence, from the perspective of midwives in Temuco. Those professionals face daily the process of labor, delivering and puerperium. **Method:** Qualitative research with intentional sampling, of a type case. Nine midwives were interviewed online until the information was saturated. Data was analyzed manually by descriptive analysis and triangulated with researchers. **Results:** The professionals agree that obstetric violence is an abusive behavior exercised by action or omission and it can manifest itself physically or verbally. As a risk factor for exercising it, they mention stress and lack of empathy. The consequences of the violence for women are physical and mainly psychological damage, such as post-traumatic stress and depression. **Conclusions:** The interviewees agree that obstetric violence is a problem, and light needs to be shed on it. According to them, the main factors for preventing obstetric violence are training and the humanization of health through the development of empathy.

Key words: Obstetric violence. Qualitative method. Mistreatment. Midwifery.

Correspondencia:

*Ana M. Poo

E-mail: ana.poo@ufontera.cl

0048-766X / © 2021 Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología. Publicado por Permanyer. Éste es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 24-11-2020

Fecha de aceptación: 23-07-2021

DOI: 10.24875/RECHOG.M21000016

Disponible en internet: 27-10-2021

Rev Chil Obstet Ginecol. 2021;86(4):374-379

www.rechog.com

Introducción

El sentir durante el embarazo puede implicar malestar y bienestar biopsicosocial. Esta ambivalencia puede estar referida al desconcierto por las expectativas de felicidad que generalmente tiene el entorno, en contraposición con las emociones que pueden sentir desde su experiencia las usuarias, quienes reconocen la calidad técnica de los profesionales que las asisten^{1,2}, pero sienten temor y ansiedad³ relacionados con el trato durante la atención clínica¹. La preocupación aumenta cuando hay dificultades en el acceso a los servicios, desencuentros con el personal de salud o si la usuaria conoce experiencias negativas de otras mujeres^{3,4}.

En Chile, desde los años 1990 se incorpora la perspectiva de género en el concepto de la salud de la mujer⁵. Sin embargo, la maternidad ha sido abordada, principalmente, mediante el modelo biomédico centrado en factores de riesgo, sin relevar el significado que tiene la experiencia de la maternidad. En sus comienzos, la profesionalización de la obstetricia desvalorizaba los saberes de las parteras y hacía uso de la ciencia obstétrica segregada en género y jerarquía^{6,7}. La especialidad de obstetricia se interesó por el desarrollo de la gestación, y el proceso de parto pasó a considerarse un fenómeno mecánico. Las acciones médicas, expresadas en la tendencia a patologizar el proceso reproductivo mediante el uso injustificado de medicación, pudieran estar catalogadas como un tipo de violencia, consecuencia del modelo biomédico⁸⁻¹¹.

Las matronas deben proporcionar asistencia individualizada e integral a la usuaria, acogiendo las demandas de cuidado y evitando intervenciones innecesarias¹². Sin embargo, de manera contraria a este objetivo, pudieran tener dificultades para identificarse como autoras de violencia obstétrica, justificándola con prácticas inadecuadas como naturales, sobrecarga laboral, precariedad del sistema de salud y ambiente intrahospitalario estresante^{1,2,13-15}.

Es posible describir dos tipos de violencia obstétrica: 1) por omisión, consistente en negar la atención en el momento oportuno o no permitir el apego con el neonato, así como también omitir información necesaria que permita a la mujer tomar decisiones respecto al proceso del trabajo de parto, entre otras; y 2) mediante acción, referida a la violencia que se ejerce con maltrato físico, psicológico, intervenciones innecesarias o sin el consentimiento libre e informado de la usuaria^{1,2,11,15,16}.

Bohren, et al.¹⁷ establecen una tipología caracterizada en siete dominios: abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, estigma y discriminación por edad, origen étnico, nivel socioeconómico o afecciones médicas, incumplimiento de los estándares profesionales de atención, mala comunicación entre las usuarias y los profesionales que las asisten, y limitaciones del sistema de salud, así como falta de recursos necesarios para brindar privacidad a las mujeres.

Estas agresiones pueden ocasionar un amplio espectro de alteraciones corporales y funcionales, y entre el 30% y el 60% de las afectadas por violencia obstétrica pueden desarrollar trastornos de salud mental¹⁸.

En general, las definiciones sobre violencia obstétrica comparten elementos como la medicalización del parto fisiológico, las desigualdades de género, el daño generado y la amenaza a los derechos de las mujeres^{1,2,11,14,15,19,20}.

En cuanto a la prevalencia, en el periodo 2014-2017, en un 43,4% de las experiencias de parto en hospitales se reportó haber vivido crítica o represión de expresiones de dolor y de emociones. Las expresiones de abuso verbal y físico se reportan con mayor frecuencia cuanto menores son la edad y el nivel educativo de la mujer en el momento del parto²¹. Silenciadas e invisibilizadas durante décadas, las mujeres están empezando a relatar hechos sucedidos dentro de las salas de parto²².

Este estudio tiene como objetivo describir las representaciones acerca de la violencia obstétrica, las creencias a la base, la actitud y las consecuencias de la violencia obstétrica que identifican las profesionales matronas de Temuco. La información generada se considera un aporte teórico que permite visibilizar aspectos que deberían ser incorporados en programas de prevención de la violencia obstétrica.

Método

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo, con muestreo intencional, de caso tipo, hasta saturar la información. Las matronas fueron invitadas a través de redes sociales a participar voluntariamente. El criterio de inclusión fue tener como mínimo 2 años de ejercicio profesional intrahospitalario. Dadas las dificultades generadas por la pandemia de COVID-19 durante el estudio y que la muestra no correspondió a usuarias de centros de salud, solo se solicitó el consentimiento voluntario tras ser informadas por escrito de los objetivos del estudio. Todas las

participantes conocían el derecho a retirarse en el momento en que lo considerasen oportuno, y que la información recabada sería anónima y únicamente con fines de investigación. Las entrevistas se realizaron con una pauta de preguntas creada por las autoras, sometida al juicio de expertas (matronas con amplia experiencia en atención clínica intrahospitalaria). Las dimensiones abordadas en la entrevista fueron características, creencias, actitudes y consecuencias de la violencia obstétrica. Debido a la COVID-19, cumpliendo con las medidas sanitarias, las entrevistas se realizaron por videoconferencia, y se solicitó autorización para grabar con imagen y audio para luego transcribir la información manualmente.

La rigurosidad científica se aseguró mediante triangulación por investigadoras en el proceso de codificación y análisis de datos, y por medio de comprobabilidad mediante revisión externa efectuada por una matrona y psicóloga, académica con experiencia en análisis de datos cualitativos.

Se realizó análisis de contenido descriptivo, generando una codificación inicial abierta, y luego se establecieron categorías y subcategorías en un plano descriptivo de datos organizados.

Resultados

La muestra estuvo constituida por nueve matronas con una edad entre 24 y 62 años, y con ejercicio profesional entre 2 y 37 años, todas con experiencia clínica intrahospitalaria en servicios de salud pública. Los resultados se presentan en función de las cuatro dimensiones abordadas. Cada categoría se representa con la cita más significativa.

Características de la violencia obstétrica

Se refiere a cómo las participantes comprenden la violencia obstétrica. En primer lugar, aparece la categoría «Conceptualización», y las profesionales coinciden en que la violencia obstétrica es una conducta de maltrato ejercida tanto por acción como por omisión: «La violencia obstétrica se relaciona con todas aquellas actitudes o acciones de mi función profesional que atentan contra los derechos de las mujeres» (M8).

Como «Manifestaciones de la violencia obstétrica» reconocen la violencia verbal, cuyas principales expresiones son insultar y no escuchar a la usuaria: «No escuchar claramente a la usuaria y sus necesidades, en ocasiones “bajarle el perfil” a sus dolores o

inquietudes. Ignorar el dolor de la usuaria en trabajo de parto» (M2).

Además, se identifica la «Violencia física por acción» como sobreintervenciones clínicas, permitir solo una posición en el momento del parto o realizar cesáreas innecesarias, y también intervenciones sin el consentimiento de la usuaria, como tactos vaginales o separación del recién nacido: «Cuando se realiza un exceso de intervención, medicamentos, aceleración del trabajo de parto en forma innecesaria, aceleración del expulsivo con maniobras bruscas (p. ej., Kristeller) sin permitir los tiempos fisiológicos» (M8).

Las participantes identifican diferentes personas involucradas en el ejercicio de la violencia obstétrica. En primer lugar, reconocen un receptor de la violencia, que sería la usuaria en proceso reproductivo y la mujer como persona natural, y en segundo lugar reconocen a la familia como receptor indirecto de esta violencia: «Hacia las mujeres, durante su proceso de gestación, parto o posparto» (M1).

Dentro de los involucrados en el ejercicio de la violencia obstétrica se reconoce a los funcionarios de salud como los ejecutores principales: «El cual es ejercido por un profesional o funcionario de salud» (M2).

Creencias sobre la violencia obstétrica

Corresponde a las distintas percepciones de las participantes respecto a los motivos por los cuales se ejerce violencia obstétrica y de qué manera la cultura puede incidir en ello. En primer lugar aparece la categoría «Factores facilitadores de la violencia obstétrica», en la cual identifican que el desconocimiento y el estrés en el personal de salud podría propiciar ejercerla: «Modelos arcaicos de colegas que no han querido actualizarse y que influyen en las nuevas generaciones, replicando el formato no deseado por las matronas académicas formadoras de las actuales profesionales» (M3).

Por otra parte, identifican características individuales de las usuarias que pueden ser factores de riesgo ante la violencia obstétrica, como el nivel socioeconómico, la educación y la posición de vulnerabilidad: «El nivel socioeconómico es una determinante social muy importante, y es evidente que, mientras menor sea este, mayor es la vulnerabilidad de este grupo» (M4).

Además, reconocen que en el ámbito institucional se puede considerar la alta carga laboral como un factor que propicia una atención poco adecuada, que puede ser violencia obstétrica: «El estrés laboral, la

presión de metas propiciada por el sistema, el poco tiempo asignado para el rendimiento del programa, la falta de recurso humano, al no haber contratación de personal, saturando a los que están en el ejercicio» (M3).

Las participantes reconocen influencias culturales en la violencia obstétrica como un fenómeno que forma parte de ella y que además ha sido invisibilizado y normalizado, principalmente por el personal de salud: «Es una forma más de violencia de género, culturalmente siempre se nos ha oprimido, han minimizado o infantilizado todos nuestros procesos, y el nacimiento no está ajeno, donde la medicina y las tecnologías se han impuesto sobre nuestros cuerpos y nos han quitado el poder de decisión» (M1).

Reconocen que la falta de respaldo médico en la atención puede ser considerada una justificación para la violencia obstétrica: «Lamentablemente, cuando uno trabaja en hospitales como matrona única y no cuentas con respaldo médico idóneo, hay que ejercerla (violencia obstétrica) en ocasiones» (M5).

Las matronas reconocen que en forma pasiva han observado el ejercicio de la violencia obstétrica: «En algunas ocasiones sí fui testigo de ella y callé, lo cual me hace cómplice (y es una carga emocional horrible, sobre todo cuando eres estudiante)» (M2).

En la categoría «Factores obstaculizadores de la violencia obstétrica» surge que el personal de salud con capacitación y consideración de los derechos sexuales, y la sanción que conlleva ser ejecutor de violencia obstétrica, reducen las posibilidades de ejercerla: «Un equipo de salud capacitado, que realice su atención con enfoque integral y de derechos, que reconozca a la mujer como protagonista del parto» (M2).

En la categoría «Estrategias de prevención de la violencia obstétrica» surgen la empatía y la importancia del vínculo entre la profesional y la usuaria como parte del trato humanizado en la atención: «Intento crear un vínculo con mis usuarias, que sientan confianza con mi presencia y mis acciones, que la relación sea más horizontal. Tengo también el cuidado de conocer un poco a la usuaria: su nombre, el de su cría en camino, su historia, su relación con la maternidad» (M2).

Reconocen que la autocrítica como estrategia personal favorece la prevención de la violencia obstétrica: «Nunca doy por supuesto nada, además de estar siempre autoevaluándome para mejorar» (M6).

Actitudes ante la violencia obstétrica

Entendida por las participantes como la valoración de los cambios sociales, identifican que la visibilización de la violencia obstétrica, el empoderamiento de las mujeres, la protección de los derechos sexuales y la familia que exige atención de calidad, podrían favorecer la actitud de apertura a modificar las prácticas en el manejo obstétrico de las matronas con el fin de prevenir la violencia obstétrica: «Además, en el proceso participa la pareja y/o la familia, los cuales también exigen una atención de calidad» (M8).

Consecuencias de la violencia obstétrica

Las participantes identifican que la violencia obstétrica genera consecuencias físicas y psicológicas en las usuarias y desconfianza en el sistema de salud: «Depresión, estrés, crisis de pánico. Baja autoestima, angustia, soledad, ira, impotencia» (M5).

Dichas consecuencias se señalan, además, en el establecimiento del vínculo inicial entre la madre y el recién nacido: «Rechazo al recién nacido, o culpabilizarlo por el sufrimiento recibido» (M9).

Discusión

En relación con las características de la violencia obstétrica, se aprecia consenso en cuanto a la forma de comprender el concepto y la identificación de las conductas de maltrato como base de la violencia obstétrica, que se traducen en violencia verbal, física y sobreintervención clínica^{15,16,20}. Numerosos estudios arrojan resultados similares, tales como el reconocimiento del uso de maniobras innecesarias, las cuales se realizarían justificándose en que la usuaria no colabora con el proceso de parto, y acciones como no escuchar, ignorar, gritar e insultar^{2,9,11,14,15,21,23}.

Respecto a las creencias de base, las matronas mencionan que los movimientos sociales y el incremento de los estudios sobre violencia obstétrica en la última década son considerados factores de protección hacia las mujeres y, por lo tanto, un obstáculo para ejercer violencia obstétrica^{1,14,15}. Por otra parte, las participantes señalan que existen características individuales que pueden propiciar la violencia obstétrica, mencionando así que una mujer con menor nivel socioeconómico y menor educación tiene más posibilidades de ser violentada^{1,15,22}. Si bien se ha reflexionado en Chile en torno a este problema, se reconoce que no se habían considerado las usuarias

como núcleo de análisis para representar la experiencia, desde lo cual es posible entender que el sistema de atención se seguiría reproduciendo²³. Sin embargo, es importante señalar que en Chile los resultados sobre percepción de calidad de atención en el periodo 2014-2017 son mejores que en años anteriores a 2008²¹.

Por su parte, el Senado de Chile, de acuerdo con las recomendaciones de la Organización para las Naciones Unidas, pretende regular y promover el parto personalizado y respetado, y el derecho de la mujer a ser tratada con respeto y con reconocimiento de su autonomía por parte del equipo de salud durante la gestación, en el momento del parto y durante el puerperio, de modo personal e individualizado, en el marco de una atención de salud de calidad y libre de discriminación y maltrato^{15,24}.

Es importante señalar que las participantes mencionan que la visibilización de la violencia obstétrica, el empoderamiento de las mujeres, los derechos sexuales y la familia que exige atención de calidad, son aspectos que favorecen la prevención de la violencia obstétrica y una actitud favorable con la usuaria. Como estrategias de prevención reconocen que la empatía, el vínculo con la usuaria, la capacidad de autocritica y las capacitaciones favorecen el trato humanizado en la salud. Reconocen, además, que promover una inexistente autoridad sobre la mujer podría considerarse como un factor que invisibiliza la violencia obstétrica, profundizando las brechas de comunicación entre usuarias y profesionales²⁵.

Conclusiones

Comprender la violencia obstétrica desde la visión de quienes podrían ejercerla brinda información para generar el apoyo necesario de modo que los profesionales de la salud cuenten con las herramientas para prevenirla. Se sugieren futuras investigaciones que incorporen la mirada de los matrones en este tema.

Es necesario relevar la vivencia de la gestación, el parto y el puerperio como experiencias positivas para la usuaria, el recién nacido y la familia, desarrollada en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico, considerando un enfoque holístico basado en los derechos humanos²⁶.

Las limitaciones del estudio vienen determinadas por las características propias del método y la muestra reducida; sin embargo, como toda investigación cualitativa posee un valor intrínseco al rescatar la

perspectiva de la experiencia de las prestadoras de salud en este ámbito, quienes han identificado la necesidad de modificar las prácticas y el modelo de atención en el proceso del nacer.

Financiamiento

Estudio sin financiamiento.

Conflicto de intereses

Se declara que no existen conflictos de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. 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:e8047.
2. Binfá L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery*. 2013;29:1151-7.
3. Agudelo J, Bedoya J, Osorio D. Ser mujer: entre la maternidad y la identidad. *Rev Poiésis*. 2016;31:306-13. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/4f5b/9b7b078661eea4bedc78135de0b8752a52a3.pdf>
4. Cacerés F, Molina G, Ruiz M. Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. *AQUICHAN*. 2014;14:316-26. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v14n3/v14n3a04.pdf>
5. Pereira C, Domínguez A, Toro J. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. 2015;75:81-90. Disponible en: <http://ve.scielo.org/pdf/og/v75n2/art02.pdf>
6. Ansoleaga E, Godoy L. La maternidad y el trabajo en Chile: discursos actuales de actores sociales. *Polis Rev Lat Am*. 2013;12:337-56. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v12n35/art15.pdf>
7. Tinsman H, Zarate M. Dar a luz en Chile, siglo XIX: De la "ciencia de hembra" a la ciencia obstétrica. *Historia (Santiago)*. 2008;41:263-5. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-71942008000100024&lng=es&nrm=iso.
8. Biurrun A. La humanización de la asistencia al parto: valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol. Tesis doctoral en Ciencias Enfermeras. Universidad de Barcelona, España; 2017. Disponible en: https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/457137/ABG_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Goberna J. Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto. *ENE Rev Enferm*. 2012;6:71-8. Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/12/11>
10. Cobo C. La violencia obstétrica. Tesis de pregrado para optar al título de Enfermería. Universidad de Cantabria, Santander, España; 2016. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/8917/Cobo%20Gutierrez%20C.pdf?sequence=4>
11. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*. 2016;24:47-55.

12. Muñoz-Dueñas C, Contreras-García Y, Manríquez-Vidal C. Vivencias de mujeres con asistencia de parto personalizado. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2018;83:586-95. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262018000600586&Ing=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262018000600586>.
13. Arteaga D, Ayestarán N, Horcada M, Ocina B, Serrano I. Guía de objetivos, funciones y actividades de la matrona: asistencia hospitalaria. Asociación Navarra de Matronas (s.f.). Disponible en: http://www.asociacioncanariadematronas.es/wp-content/uploads/2013/04/guia_funciones_matronanavarra.pdf
14. Jardim DMB, Modena CM. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018;26:e3069.
15. Dubravka Š. Asamblea General de Naciones Unidas. Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica. 2019. Disponible en: <https://saludmentalperinatal.es/2019/09/02/la-onu-califica-la-violencia-obstetrica-atenta-contra-los-derechos-humanos>
16. Cuevas F. Parir en Chile: violencia obstétrica y vulneración a los derechos humanos. Crítica a la ausencia de regulación en la ley chilena con perspectiva de género. *Rev Némesis.* 2018;14:88-111. Disponible en: http://revistanemesis.cl/wp-content/uploads/2018/08/4_PARIR-EN-CHILE.pdf
17. 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:e1001847.
18. Larizgoitia I. La violencia también es un problema de salud pública. *Gac Sanit.* 2006;20:63-70. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6386305>
19. Cruz S, Jaurés P, Leiva I, Ruiz C, Troncoso P. El discurso de la violencia obstétrica en Chile. Universidad de Chile, Santiago, Chile; 2015. Disponible en: <http://ovochile.cl/wp-content/uploads/2015/05/El-Discurso-de-la-Violencia-Obst%C3%A9trica-en-Chile.pdf>
20. Savage V, Castro A. Measuring mistreatment of women during childbirth: a review of terminology and methodological approaches. *Reprod Health.* 2017;14:138.
21. Sadler M, Leiva G, Bussenius P, León T, Valdebenito J. Resultados de la primera encuesta sobre el nacimiento en Chile. Santiago de Chile: Observatorio de la Violencia Obstétrica en Chile; 2018.
22. Sadler M. Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. En: Sadler M, Acuña ME, Obach A, editores. *Nacer, educar, sanar: miradas desde la antropología del género.* Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Santiago de Chile: Catalonia; 2004. p. 15-66. Disponible en: http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/122662/Asi_me_nacieron_a_mi_%20hija.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Infante G, Leiva G. Violencia obstétrica. En: Dides C, Fernández C, editores. *Primer informe, salud sexual y reproductiva y derechos humanos en Chile.* Chile: Corporación Miles; 2016. p. 139-45. Disponible en: http://www.mileschile.cl/documentos/Informe_DDSSRR_2016_Miles.pdf
24. Goic C, Allende I, Aravena C, Provoste Y, Sabat M. Parto respetado y prevención de la violencia obstétrica: dos derechos que se quieren establecer por ley. 14 de junio 2021. Disponible en: <https://www.senado.cl/parto-respetado-y-prevencion-de-la-violencia-obstetrica-dos-derechos/senado/2021-06-09/205157.html>
25. Marques de Aguiar J, Lucas D'Oliveira A, Grilo C. El parto como "atropellamiento": ideología médica, visión pesimista del parto normal y violencia obstétrica. En: Quattrocchi P, Magnone N, compiladoras. *Violencia obstétrica en América Latina.* Buenos Aires: UNLa & EDUNLa; 2020. p. 131-44.
26. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar. 2018. p. 1-8. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1%20Accessed%205%20julio%202021>