

La atención a la salud en el embarazo y parto. Una revisión de la incidencia de la violencia obstétrica y su relación con la salud materna y perinatal” PINV18-1463

Informe de artículo realizado para revista científica

Artículo para revista científica

Incidencia de la violencia obstétrica y su relación con la salud materna y perinatal

Resumen

Entre las múltiples formas de expresión de la violencia de género, la violencia obstétrica es una arista recurrente y en la mayoría de los casos invisibilizada. Este artículo, resultado de una investigación con abordaje multidisciplinar y enfoque cualitativo, indaga sobre las prácticas más comunes de la violencia obstétrica y su vinculación con la salud materna y perinatal, teniendo como límite territorial Asunción y el Departamento Central. A través de la revisión documental, así como de entrevistas en profundidad con profesionales del sistema sanitario y relatos de mujeres sobre sus experiencias en el parto, apunta a dar una descripción y análisis crítico de las diversas manifestaciones de la violencia obstétrica. Tomando los relatos del personal de blanco, así como de las propias mujeres, se busca entender los significados que tienen para ellas sus vivencias en torno al embarazo y el parto. La violencia obstétrica refuerza la asimetría existente entre hombres y mujeres y es un aspecto de la salud pública que debe ser abordado no sólo con protocolos sino desde los centros de formación del personal de blanco a cargo de los servicios de salud materna y perinatal.

Palabras clave: violencia de género, violencia obstétrica, salud pública, salud materna y perinatal, derechos humanos

Introducción

La violencia obstétrica puede definirse *“como el tipo de violencia ejercida por el/la profesional de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Esta clase de violencia se expresa mayoritariamente -aunque no con exclusividad- en el trato deshumanizado hacia la mujer embarazada, en la tendencia a patologizar los procesos reproductivos naturales y en múltiples manifestaciones que resultan amenazantes en el contexto de la atención de la salud sexual, embarazo, parto y post parto”* (Belli, 2013). Esta forma de violencia por lo general es relacionada solamente con el parto, sin embargo, esta autora señala que también incluye a todo lo que es la salud sexual y reproductiva como la anticoncepción, la planificación familiar, el aborto, la menopausia y más.

En general, las investigaciones coinciden en que esta forma de violencia, se expresa en el trato deshumanizado hacia las mujeres con la tendencia a patologizar los procesos reproductivos. Se podría citar como ejemplo de esto, lo que sucede con el aumento de los nacimientos por cesáreas en Paraguay. En el año 2016 el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) manifestó su preocupación ante las altas cifras registradas. De los más de 116.000 nacimientos que se registraron en el año 2015, 51,3% de estos partos se efectuaron vía normal y el 48,7% por cesárea, en este último se observa una leve disminución en comparación al 2014 que indicaba un 50 y 50, según datos del Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV), estas cifras se comparan a lo que recomienda la OMS para la realización de partos por cesáreas, que no deben exceder al 35% de todos los partos realizados, y lo óptimo sería un 15% (Tamar Goldenberg y otros).

Para el año 2019, el porcentaje de cesáreas registrado subió más, de acuerdo con los Indicadores Básicos de Salud (MSPBS, 2020) la distribución porcentual de partos por cesárea según instituciones (como se observa en el siguiente gráfico) alcanzo un 89,6% en la Sanidad Militar, el 83,7% en sanatorios privados, el 68,9% en el Hospital de Clínicas, en la Sanidad Policial fue el 65,4%, en el Instituto de Previsión Social (IPS) se registró el 57,1% y en los hospitales del MSPBS alcanzó el 40,8%, además en el Hospital Los Ángeles de Ciudad del Este llegó al 34%.

Igualmente en cuanto a la mortalidad materna Paraguay continúa alcanzando registros altos, si bien ha mejorado con respecto a años anteriores. *“Paraguay ha logrado disminuir en un 48% las muertes maternas según las nuevas estimaciones de mortalidad infantil y materna publicadas en el reporte de las Naciones Unidas liderados por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS”* (Sosa, 2020). Paraguay, registraba 162 muertes maternas en el año 2000, mientras que en el 2017 la cifra bajó a 84, por cada 100.000 nacidos vivos, en el año 2018 fue de 70,8. En cuanto a registros específicos sobre violencia obstétrica en Paraguay no se cuenta con estos datos.

La deshumanización y patologización de los procesos reproductivos naturales, se relaciona así con la violencia obstétrica, y esta a su vez con la salud materna y perinatal. Es decir, la violencia obstétrica

influye en la salud de la madre y del niño/a, y no solamente en el embarazo y parto, sino en los diferentes momentos y etapas de la vida sexual y reproductiva de las mujeres, como la adolescencia, menopausia, etc.

La OMS (2014) habla de un número cada vez mayor de investigaciones sobre las experiencias de las mujeres en el embarazo y, en particular, el parto, en ellas se ha concluido que muchas mujeres en todo el mundo sufren “un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en centros de salud”. Esto podría ser “un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios”. La vulnerabilidad es especialmente alta durante el parto, si bien durante todo el embarazo y el puerperio lo es, las formas de maltrato durante el parto “podrían tener consecuencias adversas directas tanto en la madre como en el bebé”.

El estudio “Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública” (Canevari, 2011) aporta a este marco conceptual, al mostrar cómo se dan las expresiones de la violencia sobre los cuerpos de las mujeres, en estas relaciones de poder, junto con las prácticas médicas y el acceso a los derechos de las mujeres que son atendidas en el hospital en donde se llevó a cabo este estudio, “en un contexto en donde las desigualdades sociales operan como ordenadoras de estas mismas relaciones” (Canevari, 2011).

Otras autoras, (Rodrigáñez, 2007) han estudiado el parto y su relación con el poder y el dolor, en diferentes culturas a través de la historia; Rodrigáñez afirma que “parir con dolor no es una cuestión médica ni una cuestión de la salud de nuestros cuerpos individuales” sino una construcción que tiene su origen en el poder que se fue montando sobre las mujeres, y especialmente en sus cuerpos y sus úteros. Existe una coincidencia entre varios estudios en que hubo un cambio en las formas en como las mujeres parían antes en sus casas, rodeadas de otras mujeres que habían pasado por lo mismo, quienes tenían el saber; y lo que ocurrió después a mediados del siglo XIX, en donde se inicia un proceso a partir del cual las políticas de salud con la medicina, trasladan este saber a médicos, obstetras y a la salud institucional pública en general. Estos aportes también enmarcarán las indagaciones de este estudio propuesto.

Discusión

Entre los aspectos de salud sexual y reproductiva de las mujeres, el embarazo y el parto son procesos fisiológicos naturales en cual intervienen múltiples variables. Con los años, este proceso vital del cuerpo de la mujer fue convirtiéndose en un evento médico individual donde la voz protagónica de las mujeres fue desapareciendo.

Paraguay cuenta con la Ley N° 5777/16 de Protección integral a las mujeres, contra toda forma de violencia¹ la cual tiene como finalidad promover y garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. La misma, en su artículo 6º. de Promoción de políticas públicas. Formas de violencia, inciso j, define la violencia obstétrica. como *“la conducta ejercida por el personal de salud o las parteras empíricas sobre el cuerpo de las mujeres y de los procesos fisiológicos o patológicos presentes durante su embarazo, y*

¹ <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/8356/ley-n-5777-de-proteccion-integral-a-las-mujeres-contra-toda-forma-de-violencia>

las etapas relacionadas con la gestación y el parto. Es al mismo tiempo un trato deshumanizado que viola los derechos humanos de las mujeres". La ley existe, pero aún no se encuentra reglamentada.

A su vez, El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social cuenta con un manual de atención que establece cuáles son los criterios de atención humanizada que abarca el control prenatal, parto y posparto. La realidad es que en muchos casos esos criterios no son tenidos en cuenta por el personal de blanco a cargo de la atención. Eso deriva en situaciones donde no es tendida en cuenta la voz de la mujer o la de sus familiares, por lo que los procedimientos médicos se realizan sin consulta previa e información suficiente sobre las implicancias y consecuencias.

Hay indicaciones establecidas en las normas para determinar cesárea o parto vaginal (humanizado). Cuando hay dudas o posibles complicaciones se lleva a discusión, donde la mujer debe ser incluida de forma protagónica para que pueda dar el consentimiento libre e informado. Con una mujer empoderada, saludable, acompañada es posible tener parto vaginal sin complicaciones. El paradigma tecnocrático obliga a cumplir normas, el paradigma humanístico se centra en las emociones, en la personalidad de la mujer, donde no se la obliga a tener de una u otra forma, ella decide. Muchas veces a las mujeres no se las prepara en el prenatal para llegar al momento de parir sin miedo.

Existe desconocimiento de las normas que establece el Ministerio, muchos piensan que el parto humanizado es una moda que va a desaparecer, tanto de pacientes como de colegas profesionales en todos los niveles (residentes, colegas recibidos, profesores, etc.). Se necesita un cambio de mirada, de paradigma, un cambio cultural. Acompañada de la reglamentación de la ley contra la violencia obstétrica.

Si bien existen recomendaciones de parto humanizado y casi todo está protocolizado, la puesta en práctica de las mismas está directamente vinculadas al criterio y voluntad de quien atiende en ese momento a la mujer. Los centros de formación juegan un papel fundamental, para desarrollar conductas diferenciadas. La enseñanza, la malla curricular, el abordaje, así como, los docentes hacen la diferencia en el desarrollo de la mirada complementaria al quehacer profesional. Esta relacionado con el paradigma, con la idiosincrasia y la formación que va más allá de la anatomía y todo lo que es estrictamente biológico. La falta del enfoque de derechos deriva en la patologización del cuerpo de la mujer y todos sus procesos reproductivos: la mirada y el acercamiento del profesional se da sesgada. En nombre de los riesgos y de evitar complicaciones se da una suerte de atropellamiento (lleva por delante) un proceso natural, biológico, fisiológico que es el parto para el cual el cuerpo de la mujer si está preparado. En los casos en los que no es posible el parto vaginal o humanizado,

Los procedimientos deben estar justificados, todos. Si se empodera, se acompaña con información oportuna y veraz, es posible llegar a al termino optimo del proceso natural que es parir, ya sea por cesárea o vaginal. Son varios los aspectos a tener en cuenta y debe analizarse la propia práctica médica naturalizada en las instituciones.

“Cuando conceptualicé la palabra “violencia obstétrica” empecé a comprender que lo que estaba haciendo no estaba bien. Al cambiar la metodología, ver los resultados es que empecé a darme cuenta. Se choca con el sistema dominante, puedo discutir pero que me demuestren que estoy equivocado, que el manual está equivocado. No se pueden replicar practicas porque sí, sin tener criterios científicos basados en evidencia.” (Entrevista: DJ)

Aun así, se ven avances en lo que se refiere a disminuir la medicalización y en respetar los derechos de la mujer embarazada durante el proceso. Actualmente la mayoría de los servicios ponen en práctica lo que se llama el apego precoz, que es cuando el bebé pasa directamente piel a piel con la mamá. Eso formaba parte de lo que era la violencia dentro del parto (no permitir el apego) porque no se permitía la conexión directa entre la mamá y el bebé. En la medida que se socializan las normas, la gente se va actualizando y va mejorando.

Es fundamental cuidar las diferentes etapas el antes, durante y después del embarazo. Recomendaciones informadas y decisiones con consentimiento antes de realizar cualquier procedimiento hace una diferencia. Intervenir innecesariamente, de rutina y sin consulta es una forma de violencia.

Principales manifestaciones de la violencia obstétrica

En el estudio se halló coincidencia –tanto desde las vivencias de las mujeres que tuvieron un parto (o más de uno) como desde las experiencias de profesionales de la salud– sobre las manifestaciones y formas en que la violencia obstétrica se expresa en los servicios de salud, del sector privado como del público.

La violencia obstétrica se expresa desde el personal de salud responsable de la atención (médicos/as, enfermeras/os, licenciados/as en obstetricia) –en el momento del parto como también en la atención prenatal y el post parto– hacia las mujeres embarazadas. Comprende diferentes formas que aún están naturalizadas y normalizadas, es decir que no son significadas como violencia. Ni de parte de las mujeres que la padecen ni desde los y las profesionales de la salud. Aunque de forma incipiente, sí existen profesionales de la salud (ginecólogas/os, licenciadas en obstetricia, doulas) que identifican y reconocen la existencia de la violencia obstétrica desde una visión de la atención al parto humanizado.

Se manifiesta desde el personal de salud responsable de la atención (médicos/as, enfermeras/os, licenciados/as en obstetricia) –en el momento del parto como también en la atención prenatal y el post parto– hacia las mujeres embarazadas. Comprende diferentes formas que aún están naturalizadas y normalizadas, es decir que no son significadas como violencia. Ni de parte de las mujeres que la padecen ni desde los y las profesionales de la salud. Aunque de forma incipiente, sí existen profesionales de la salud (ginecólogas/os, licenciadas en obstetricia, doulas) que identifican y reconocen la existencia de la violencia obstétrica desde una visión de la atención al parto humanizado.

Las principales formas de violencia obstétrica halladas en el estudio fueron las siguientes:

- *Violencia verbal y psicológica:* se interseca con la psicológica ya que ambas afectan a la salud mental de las mujeres. Se manifiesta tanto en el control prenatal como en el momento del parto, a través de malos tratos verbales directos y de cuestionamientos hacia su sexualidad especialmente sobre el placer, dando énfasis hacia el sufrimiento que deben padecer las mujeres como intrínseco a la maternidad, en contraposición con el disfrute sexual. Igualmente, el trato que se da es infantil, si bien

son mujeres adultas en general, aunque en el caso de una adolescente fue el de la burla respecto a su edad.

“Durante el parto ya escuché. que tenés que aguantarte porque vos luego quisiste embarazarte y esas cosas. Ahora aguantate, abrí tus piernas”. (VO_PV_V5, relato de una mujer).

- *Violencia física:* existen procedimientos médicos que se realizan en el momento del parto (principalmente) que se siguen efectuando, aunque varios de ellos ya no estén indicados en la actualidad para la atención al parto, están desfasadas con respecto a los protocolos vigentes del MSPBS.

Las intervenciones que se realizan en los cuerpos de las mujeres por lo general, no cuentan con su consentimiento, ya que ellas no son consultadas ni informadas sobre estos, pues se consideran (desde la práctica de la medicina) como parte de lo que sigue establecido en los protocolos. Influye también la falta de preparación (atención prenatal) y planificación para el proceso del parto como parte de un proceso natural y no patologizado. Varias de las intervenciones derivan en formas de violencia física hacia las mujeres, ya que (además de que se realizan de forma inconsulta) tienen consecuencias graves para la salud sexual, reproductiva y en general de las mujeres y niños/as recién nacidos/as. Algunas de las formas de violencia física, están relacionadas con los procedimientos médicos como: la maniobra Kristeller, el uso de la oxitocina sintética, la realización de episiotomías, entre otras.

Con respecto a la realización de cesáreas (que en Paraguay registran un alto porcentaje teniendo como parámetro lo establecido por la OMS), éstas se relacionan con la falta de evaluaciones previas de la salud de la mujer y del/la niño/a que indiquen los motivos con pruebas fehacientes (igual que el uso de la oxitocina sintética) para llevarlas a cabo, además con la necesidad de acelerar el tiempo del proceso que implica el parto, debido a las condiciones y al contexto de la realidad, tanto de infraestructura (hospitales públicos) como laborales (hospitales privados).

- *Abandono y soledad en el proceso del parto:* según los relatos de las mujeres, el derecho a ser acompañada en el parto no se cumple, principalmente en hospitales públicos, pues en los servicios privados existen avances en este aspecto, pues obstetras y médicos/as lo vienen incorporado, aunque por lo general sigue siendo una decisión basada en el criterio médico.

Cuando las mujeres no están acompañadas transitan el momento del parto con mucha soledad. Los relatos dan cuenta de situaciones críticas que vivieron las mujeres al momento del parto y el postparto, que no fueron debidamente informadas en su momento a los familiares. Esa soledad que viven las mujeres en momentos tan críticos y trascendentales refuerza la sensación de indefensión, disminuyendo aún más sus posibilidades de defenderse ante posibles situaciones de maltrato.

Falta de información a las mujeres e inexistencia de su deseo: las mujeres consultadas mencionaron que reciben muy poca información acerca de los cambios que están experimentando en sus cuerpos, las implicancias en su salud y la de su bebé. Esta falta de información se presentó como transversal a todo el proceso, desde las consultas prenatales, hasta el parto y el posparto. Por ejemplo, no son informadas a cabalidad sobre la intervención quirúrgica a la que será sometida (si será una cesárea), el proceso de cicatrización, de curación; que es un post operatorio con un bebé, lo cual complejiza la situación para su salud en general, tampoco sobre los efectos y consecuencias que tienen las distintas prácticas e intervenciones que realiza el personal de salud. En muchos casos directamente se miente a las mujeres para llevarlas a optar por una cesárea, con argumentos como: tu bebé es grande, tu pelvis es chica (desproporción cefalopélvica), pasaste las 40 semanas, ya sos muy vieja (+30/35 años).

Por otro lado, al desconocer las mujeres (con la falta de información desde el ejercicio del poder médico) ciertos términos e indicadores profesionales, no pueden tomar decisiones sobre los procedimientos obstétricos que se realizan, además desconocen si estos se realizan en base a una evaluación y planificación previa. De esta forma, el dolor se justifica por desconocimiento o por considerar culturalmente que en el parto se sufre, como si fuera parte del destino de la maternidad sufrir desde el momento del parto, sin otra posibilidad más que el sentir dolor, y soportar las necesidades que conlleva traer hijos/as al mundo.

La desinformación y la inexistencia del deseo de las mujeres para la toma de decisiones respecto a las intervenciones en sus cuerpos, se basa en el poder médico y el sometimiento de ellas.

“Existe una imposición de autoridad “el médico soy yo” y de poder, situación que muchas mujeres aceptan tal cual por miedo o desconocimiento e incluso por una

*suerte de lealtad impuesta por la vinculación del profesional con la familia”
(Entrevista: DM 270821, médica y legisladora)”.*

“Te dicen que ellos saben. ‘Yo sé, vos no sabés’, te dicen. Una vez casi me mataron haciendo eso. (VO_PP_C6, relato de una mujer)”.

- *Intimidad desprotegida:* no se considera proteger la intimidad de las mujeres en el momento del parto, ya sea por las condiciones de infraestructura (hospitales públicos) o bien por las prácticas naturalizadas en el servicio (hospitales privados). En este sentido, desde las voces de las mujeres, se observó mucha coincidencia en la falta de intimidad que tienen cuando están en trabajo de parto, en el caso de los establecimientos públicos. Cuando se habla de las diferencias que hay entre centros públicos y privados, esta es la única diferencia claramente establecida; en el privado, garantizan a las mujeres una habitación exclusiva.

- *Intersección de la violencia obstétrica con el poder para el acceso a servicios:* las intervenciones médicas del parto, así como las condiciones en las que éste se desarrolla tienen una relación directa con el poder adquisitivo de la mujer embarazada, las mujeres pobres sufren más falencias que las que tienen acceso a hospitales privados (especialmente en cuanto a infraestructura).

Se trata de situaciones que se darían principalmente en establecimientos públicos de salud, donde las instalaciones no siempre son adecuadas para asegurar la comodidad y el bienestar de la mujer embarazada. La espera excesiva en condiciones no apropiadas se mencionó de manera muy reiterada en todos los grupos de enfoque. Sin embargo, cabe mencionar que el trato inadecuado también surgió con fuerza en el relato grupal, lo cual es un aspecto a ser atendido y que no guarda relación directa con las características de la infraestructura.

Con respecto a la realización de las cesáreas y los fundamentos para tomar la decisión teniendo en cuenta el acceso a recursos económicos, la percepción general es que en los servicios privados se privilegia las cesáreas antes que los partos vaginales, por la facilidad que ofrece este método para la organización de las agendas de médicos/as, relacionado con el tiempo y el beneficio económico que aporta a las instituciones de salud privadas (los partos naturales y/o vaginales llevan más tiempo que las cesáreas). En contrapartida, en los hospitales públicos se privilegiaría los partos vaginales, por no contar con la infraestructura y los insumos para sostener un índice elevado de ese tipo de procedimiento.



Con el apoyo de:



Conclusiones

La violencia obstétrica se vincula principalmente con la patologización/medicalización de un proceso natural como lo es el embarazo, el parto y el postparto, en este esquema de patologización (donde se trata el embarazo, el parto y posparto como enfermedades) la mujer no es reconocida como sujeta con deseos, necesidades y derechos, capaz de tomar decisiones sobre su cuerpo, sino que está sujeta a la autoridad médica y de la institución. Al respecto E. Vivas señala:

“Las madres no contamos, y a muchas les han robado el parto, la capacidad de decidir en un momento tan importante de sus vidas. La institución sanitaria trata el parto como si fuese un proceso patológico, entorpeciendo su normal desarrollo y provocando, en consecuencia, una mayor intervención. El parto tecnocrático se consolidó a lo largo del siglo XX, y concibe a la embarazada como una paciente, un sujeto vulnerable o pasivo. La lógica productivista y patriarcal dicta cómo debemos parir, prescindiendo de nuestras necesidades y las del bebé” (Vivas, 2019).

Por un lado, quienes atienden el proceso del embarazo hasta llegar al parto y posparto (médicos/as, obstetras, enfermeros/as) continúan con las mismas prácticas enmarcadas en un paradigma desfasado con el nuevo sobre el parto humanizado (que incluye la atención prenatal y postparto con trato humanizado) desconociendo las normas actuales vigentes; por otro lado las mujeres están sometidas al poder médico institucional que las ignora, las infantiliza, y toma decisiones sobre sus cuerpos por ellas, sin su mínima participación. Por lo que ellas desconocen los procedimientos a los que son sometidas, y muchas veces incluso son engañadas, como se ve en el caso de la realización de cesáreas (cuyos altos porcentajes de realización respecto a los partos naturales podrían estar demostrando también esta situación).

Uno de los trasfondos de las formas de violencia obstétrica sería el que no se visibiliza al binomio (mamá-bebé) tampoco al momento preconcepcional, y de ahí a la mujer, en cuanto a sus deseos, sus derechos como mujer. Es decir, las mujeres como seres autónomos, con deseos propios sobre su cuerpo. E. Vivas afirma que los deseos y las necesidades de las mujeres molestan y que incluso las mujeres ni se las plantean porque nadie les pregunta y que los partos que se viven de forma traumática son muchos:

“La capacidad de decidir de las mujeres a la hora de dar a luz queda a menudo en la puerta de entrada de los hospitales. De ser protagonistas, pasamos a ser meras espectadoras de un parto donde otros toman las decisiones. Los deseos, las necesidades y las expectativas que tenemos no cuentan, molestan; incluso a veces ni siquiera llegamos a planteárnoslas, porque nadie nos ha preguntado. Son demasiados los partos que se viven de forma traumática. La violencia obstétrica es una realidad en nuestros paritorios” (Vivas, 2019).

Así mismo, aún persiste el concepto cultural de que la maternidad implica sufrimiento y padecimiento, y esto incluiría el momento de parir. Y, además, que este sufrimiento debe ser tolerado como un castigo por el placer que pudo sentir la mujer en el momento de la concepción. La frase en la que coincidieron tanto los/as profesionales de la salud como las mujeres en esta investigación es la que dice (en guaraní/jopará): “aguantá igustokue”, es decir ahora deberías aguantar el dolor porque antes sentiste placer. C. Rodríguez (2007)

menciona que en la Biblia cristiana está escrito como un mandato (bíblico) “parirás con dolor”, y que no es natural sentir dolor en el parto, sino una construcción histórica. En este sentido E. Vivas también habla del mito de la madre anegada y sacrificada, aquella que debe entregarse al marido y a sus hijos, un mito que se presenta como atemporal, pero que es de la modernidad:

“A lo largo de la historia se ha generalizado un ideal de buena madre, caracterizado por la abnegación y el sacrificio. La madre al servicio, en primer lugar, de la criatura y, en segundo, del marido. El mito de la madre perfecta y devota, casada, monógama, que se sacrifica por sus criaturas y está feliz de hacerlo, que siempre antepone los intereses de hijos e hijas a los suyos, porque se supone no tiene propios. Un mito que se nos ha presentado como atemporal, cuando en realidad sus pilares son específicos de la modernidad occidental”. (Vivas, 2019)

Este mito de la madre abnegada y sacrificada es uno de los estereotipos de género que a su vez constituyen una de las bases de la violencia basada en género, ya que ubica a las mujeres (con mandatos culturales) como las únicas responsables del cuidado y crianza de hijos/as, y exime de responsabilidad a los hombres. Es así que la violencia obstétrica es una de las formas de la violencia de género hacia las mujeres.

Bibliografía

- Arguedas Ramírez, Gabriela. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe, vol. 11, núm. 1, enero-junio, 2014. Universidad de Costa Rica. En: <file:///C:/Users/User/Downloads/Gabriela%20Arguedas%20Ramirez.pdf>.
- Belli, Laura F. La violencia obstétrica otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Redbioética/UNESCO, Año 4, 1 (7): 25-34, Enero - Junio 2013. En línea: http://www.unesco.org.uy/shs/red-bioetica/fileadmin/shs/redbioetica/Revista_7/Art2-BelliR7.pdf
- Canevari Bledel, Cecilia. Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública. Santiago del Estero. Barco Edita; Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud y UNSE, 2011.
- Gallego Mora, María Fernanda; Martínez Velasco, Indalecio, Gustavo y Jiménez López, Román. Violencia obstétrica: percepción de la mujer en la atención de parto en dos hospitales rurales de la zona Nahua-Mixteca. Primer Congreso sobre Violencias de Género contra las mujeres, 2017. https://www.crim.unam.mx/congresoviolenias/sites/default/files/Mesa%202_Gallego.pdf

- Goldenberg, Tamar; Foster, Jennifer W., Andes, Karen L. Conducción del nacimiento, utilización de la cesárea y medicalización del parto en Gran Asunción, Paraguay. Revista Salud Pública Paraguay, 2015; Vol. 6 N° 1; Enero-Junio 2016. En:
<file:///C:/Users/User/Downloads/Investigaci%C3%B3n%20sobre%20cesareas%20Gran%20Asunci%C3%B3n.pdf>
- Ley N°5777/16 de protección integral contra toda forma de violencia hacia las mujeres. Decidamos. Campaña por la Expresión Ciudadana, Asunción. 2019. En:
<https://www.decidamos.org.py/2019/documentos/ley-n-5777-de-proteccion-integral-a-las-mujeres-2/>
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), Indicadores Básicos de Salud 2020. En: <http://portal.mspbs.gov.py/digies/wp-content/uploads/2021/09/IBS-2020.pdf>
- Moragas Mereles, Mirtha. Retrocesos e incumplimientos. Derechos reproductivos. En: Codehupy (2017) Yvypóra Derecho Paraguáipe – Derechos Humanos en Paraguay 2017. Asunción: Codehupy, pp. 433-443.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Declaración para la Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención al parto en los centros de salud. En: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf;jsessionid=23ADE6AC2066E872F787E38548C2C722?sequence=1.
- Rodríguez, Casilda. Pariremos con placer: Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina. Ediciones Crimentales S.L. 2009, Murcia. En:
<https://es.scribd.com/doc/108887127/Pariremos-Con-Placer>
- Rodríguez, Casilda. La Rebelión de Edipo II parte. La Mimosa, 2008. (Edición de la autora).
En:https://www.mundolibertario.org/archivos/documentos/CasildaRodriganezBustos_lasexualidadyelfuncionamientodeladominacion.pdf
- Sosa Lida. Mortalidad Materna en Paraguay. Rev. Salud Pública Paraguay. 2020; 10(1): 7-9 En: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087888/pag-7-9.pdf>
- UNFPA (2019) Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en Paraguay. Aplicación de la metodología MILENA 1.0. En:

<https://lac.unfpa.org/es/publications/consecuencias-socioeconomicas-del-embarazo-adolescente-en-paraguay-aplicacion-de-la-0>

- Vivas, Esther. Mamá desobediente. Una mirada feminista a la maternidad. Capitán Swing Libros, S.L. Madrid, 2019.