

CAPÍTULO 2

Ciencia con y para las conurbanas: intervenciones feministas en salud comunitaria

**Camila Cánepa^{1*}, Carolina Justo von Lurzer², Romina Vasco^{1, 3},
Elsa Beatriz Peralta¹**

¹ Instituto de Salud Comunitaria, Universidad Nacional de Hurlingham.

² Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires, CONICET.

³ Maternidad Estela de Carlotto, Moreno.

*camila.canepa@unahur.edu.ar

Palabras clave: *violencia obstétrica, agencia, capital comunitario de usuarias.*

Keywords: *obstetric violence, agency, community health capital.*

Resumen ejecutivo

En base a la premisa de que las usuarias tienen un conocimiento valioso sobre lo que ocurre en los servicios de atención del parto/nacimiento, se diseñó un dispositivo para trabajar con estudiantes y docentes de escuelas secundarias de adultos en Hurlingham. Este trabajo se inscribe en el campo de la Salud Comunitaria, y aborda asuntos de Salud Sexual Reproductiva trascendiendo el concepto de cuidado individual, en pos del estudio de las relaciones de lxs individuos entre sí y con el Estado, en su condición de sujetos de derecho, ciudadanxs autónomxs y participativxs.

Introducción

La Universidad Nacional de Hurlingham (UNAHUR) dicta la Licenciatura en Obstetricia dentro de las propuestas del Instituto de Salud Comu-

nitaria desde el año 2021, con el compromiso de formar profesionales idóneos, que no sólo respondan a las normativas vigentes, sino que constituyan una vanguardia profesional en términos de trato humanizado, respetuoso e inclusivo. En este sentido, desde los inicios de la carrera se promovió institucionalmente la producción de conocimiento disciplinar situado, que enriqueciera los procesos de formación.

Las leyes internacionales de derechos humanos, así como las guías de recomendaciones clínicas establecen estándares normativos para una atención del parto centrada en las usuarias. Sin embargo, la implementación de dicho modelo resulta desafiante en tanto los sistemas de salud están profundamente arraigados en la dinámica social y política más amplia de la sociedad, que puede facilitar situaciones de violencia de género, y en particular de violencia obstétrica (VO) (Freedman et al., 2014). El género, la sexualidad y el saber médico están atravesados tanto por debates de los más políticos como por cuestiones de lo más íntimas (Brown et al., 2013). En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) insiste en la relevancia de la dimensión subjetiva de la VO:

Si nuestro objetivo es proteger los derechos y la dignidad de las mujeres en el parto, [...] resulta relevante que una mujer (o sus familiares acompañantes) perciba su atención como irrespetuosa y abusiva. Tal experiencia probablemente inflencie decisiones futuras respecto de dónde parir y si recomendar o no ese establecimiento a otras personas (Freedman et al., 2014).

En tanto la evidencia sugiere que las mujeres en todo el mundo experimentan situaciones de VO, entendemos que para mejorar las formas de parir y nacer resulta clave continuar estudiando el vínculo complejo entre profesionales y usuarias, atendiendo las particularidades territoriales y dando lugar a las dimensiones experienciales. En este sentido, se ha propuesto que los aportes de la fenomenología feminista son cruciales para explicar cómo y por qué la VO es diferente en su naturaleza de otros tipos de violencia médica y cosificación (Cohen Shabot, 2016).

Así, para la construcción de saberes que resultaran representativos de las experiencias de las mujeres en el conurbano, consideramos valioso el trazado de estrategias de trabajo que favorecieran una participación genuina. Esto es, la provisión de información y herramientas para identificar la VO en sus distintas formas, así como la habilitación de espacios para el diálogo y la reflexión sobre su impacto. Este capítulo se desprende del proyecto “En respuesta a la violencia obstétrica: conocimiento

producido colectivamente entre quienes parimos y quienes asistimos partos”, financiado por la Comisión de Investigaciones Científicas de la provincia de Buenos Aires (CIC, PBA) a través de la convocatoria 2021 de Ideas-Proyectos de Investigación, Desarrollo y Transferencia, Soluciones Científico-Tecnológicas para Áreas de Gobierno Provincial. El proyecto consistió en el diseño, planificación y ejecución de encuentros presenciales de intercambio en centros educativos de Nivel Secundario (CENS), popularmente llamados escuelas de adultos, del partido de Hurlingham, que –en el marco de la Ley N° 26.150 de Educación Sexual Integral– *i*) democratizaran información sobre Salud Sexual Reproductiva y No Reproductiva (SSR) en general, y en particular sobre los derechos de las personas gestantes (PGs), *ii*) habilitaran espacios para la reflexión sobre la propia experiencia y, *iii*) permitieran explorar las formas locales de VO y las condiciones que podrían promoverlas o mitigarlas, desde la perspectiva de las usuarias.

El objetivo general del proyecto consistió en estudiar los significados que las usuarias y acompañantes otorgan a las prácticas de profesionales de la SSR en el marco del parto/nacimiento institucionalizado, la valoración que hacen del tipo de atención recibida y los acuerdos de comunicación que se establecen. Es decir, el foco de análisis no estuvo puesto en las intervenciones en sí mismas –para lo que hay datos cuantitativos actualizados y disponibles en la región que abordamos en este trabajo (Salud, 2018)–. En tanto vivimos en un mundo que sistemáticamente silencia y devalúa las voces de las mujeres, “el objetivo ideológico de las investigaciones feministas en las ciencias humanas es corregir la invisibilidad y distorsiones que se tienen de las experiencias de las mujeres” (Delgado Ballesteros, 2012).

Este capítulo pretende recuperar las instancias de trabajo con docentes y estudiantes de los CENS de Hurlingham en 2022 y pensarlas como una experiencia de ciencia ciudadana, en tanto forma de investigación que pone en valor prácticas abiertas y colaborativas de co-construcción de conocimiento que aporta evidencia para la resolución de problemas sociales. Así, nos proponemos *a*) recuperar hallazgos centrales en torno a las formas de atención institucional del parto mediante una breve revisión de trabajos recientes –en tanto favorecen el debate sobre la agencia de las mujeres– para luego *b*) presentar los resultados que obtuvimos, poniendo de relieve la necesidad de consolidar procesos de producción científica que incluyan a la ciudadanía y en particular a las mujeres del conurbano.

1. Metodología (¿Qué hicimos?)

1.1. Diseño de intervención

El trabajo se articula desde una epistemología feminista: concibe la VO como un hito en la experiencia subjetiva, que excede la escena específica en la que tiene lugar e invita a su abordaje de manera diacrónica en sus múltiples manifestaciones a lo largo de la trayectoria vital. Nuestra intención era recoger narrativas diversas en torno a la atención institucional del parto/nacimiento; así, resultaba imprescindible un enfoque interseccional, que tuviera en cuenta aquellos factores que se entretajan con el género (edad, nivel educativo, acceso a los servicios de salud, entre otros). También pretendimos incluir en este estudio las percepciones de acompañantes de usuarias (independientemente de su género), ya que la investigación feminista es para mujeres y con mujeres, pero no solo sobre ellas (Ríos Everardo, 2010).

Los CENS, cuya comunidad educativa va de los 18 años hasta la tercera edad, se establecieron como unidades de muestreo. La invitación a participar se extendió tanto a estudiantes como a docentes, lo que enriquecería la heterogeneidad sin impactar negativamente en las interacciones, en tanto reunir a personas que no se conocen entre sí podría obstaculizar la dinámica de intercambio grupal. A partir de la premisa de que las usuarias y sus acompañantes tienen un conocimiento valioso sobre lo que ocurre en los servicios de SSR, diseñamos un dispositivo que nos permitiera recuperar su voz e invitarlas a la producción colectiva de conocimiento en torno a la VO. Planificamos dos talleres consecutivos a realizar con cada grupo de personas; el primero tuvo como objetivo brindar información básica sobre SSR (métodos anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual, derechos sexuales y reproductivos) y definir la violencia sexual, reproductiva y obstétrica como formas de violencia de género contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, según Ley N° 26.485. Es decir, nos propusimos ofrecer un marco conceptual, poniendo a disposición una serie de significados. A su vez, estos espacios nos permitieron presentar los objetivos, los métodos y al equipo de investigación a la comunidad. En los segundos talleres, buscamos promover la reflexión sobre las experiencias personales, permitiendo a lxs participantes construir (o reconstruir) sus propias narrativas, y facilitar la propuesta de posibles explicaciones que proporcionarían un marco de significado a las experiencias propias y las de sus pares. Además, los segundos talleres serían escenario para la recopilación de datos; nuestro objetivo era documentar los repertorios colectivos, entendidos como

discursos sociales sobre experiencias personales, familiares y de amistad, atravesados por valores y paradigmas ideológicos. Para abordarlos, introducíamos la definición de VO establecida en la Ley N° 26.485 y luego trabajábamos en torno a dos preguntas principales: “¿Existen limitaciones en la definición de VO?” y “¿Consideran que la VO es frecuente?”. Esta última no tenía la intención de recuperar información cuantitativa, sino de motivar la identificación de recurrencias entre sus experiencias y las de su comunidad. Se fomentó el diálogo en la estrategia metodológica (Amezcuá, 2003). Los aspectos éticos fueron evaluados por el Comité Universitario de Bioética de UNAHUR (Resol. N° 004/2022).

1.2. Implementación

Se estableció un límite geográfico de cobertura para la operacionalización. Bajo este método de muestreo no probabilístico, se visitaron un total de cinco escuelas secundarias para adultos (barrios El Progreso, San Damián, Mitre, Villa Club y Santa Leonor), rodeadas por cuatro hospitales públicos de dependencia municipal, provincial y nacional con servicios de Maternidad de diferentes niveles de complejidad. Se realizaron 12 talleres entre junio y noviembre de 2022, con la asistencia de 110 personas. De estas, 86 firmaron un consentimiento como participantes del estudio, en tanto personas que habían parido (por vía vaginal o cesárea) al menos una vez y/o acompañado al menos un parto entre el 10 de diciembre de 1983 y el 10 de diciembre de 2021. Las coordinadoras de los talleres fueron: una mujer que había dado a luz recientemente y sufrió VO, y una profesional obstétrica, ambas en hospitales públicos del conurbano. Dichas experiencias implican una posición subjetiva, un punto de vista en términos de la epistemología feminista; a diferencia del “sesgo”, que debe ser identificado, eliminado y vigilado, la posición subjetiva debe articularse y considerarse como estructurante en la construcción de conocimiento.

1.3. Análisis del corpus

El análisis del discurso fue orientado, seguido y revisado por una científica social especializada en estudios de género. A partir de las reflexiones de participantes de diferentes identidades de género, edades y nivel educativo, que voluntariamente compartieron sus percepciones como usuarias o acompañantes de servicios de atención del parto/nacimiento, identificamos una serie de recurrencias en torno al tipo de atención recibida, el vínculo con el equipo de salud y sus implicancias. Subrayamos que su participación no se redujo al relato de experiencias, sino también a la pro-

puesta de explicaciones posibles que otorgaran un marco de sentido a las vivencias propias y de otrxs participantes. Recuperamos tres principios fundamentales: *a)* el conocimiento sobre los fenómenos es una construcción social producida en diálogo de experiencias, *b)* la experiencia constituye un modo de dar cuenta de sí y del mundo que los sujetos despliegan a partir de la conexión vital con sentidos sociales, *c)* los sentidos sociales son construcciones situadas histórica y culturalmente y en permanente disputa. Así, nos propusimos estudiar pasados singularmente vividos en busca de significados colectivos (Aguirre García & Jaramillo Echeverri, 2012). Este trabajo se inscribe en el campo de la Salud Comunitaria, y aborda asuntos de SSR, trascendiendo el concepto de cuidado individual, en pos del estudio de las relaciones de los individuos entre sí y con el Estado, en su condición de sujetos de derecho, ciudadanxs autónomxs y participativxs. Utilizamos el término agencia como “capacidad de actuar” (Pecheny, 2013): “la agencia responde a un conocimiento (nunca total) de las reglas que organizan la vida social, es la capacidad ‘de actuar de otra manera’, la que hace posible trascender el marco de la reproducción social, permitiendo pensar en una transformación de las reglas”. Utilizamos el término “conurbanas” de acuerdo con la definición de Fernández (2018), como “las que no nos rendimos”.

2. Desarrollo

2.1. Violencia obstétrica: ¿qué es?

En 2014, la OMS declaró que “muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y abusivo durante el parto en todo el mundo, [...] no solo viola el derecho a una atención respetuosa, también puede amenazar sus derechos a la vida, la salud, integridad corporal y no discriminación” (World Health Organization, 2014). Si bien este asunto ha sido abordado en varios estudios, no existe consenso sobre cómo nombrarlo adecuadamente. Una gran cantidad de artículos académicos hablan de “maltrato” (*mistreatment*); otros de “falta de respeto y abuso” (*disrespect & abuse, D&A*). El término “violencia obstétrica” (VO), definido originalmente por la Ley Orgánica de Venezuela, ha sido utilizado por feministas e investigadorxs en toda América Latina, argumentando que es el término más preciso para describir formas de violencia interpersonal y estructural que contribuyen a la desigualdad social y de género (Mena-Tudela et al., 2023; Pickles, 2024).

En Argentina, la VO se define en la Ley N° 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres, como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”. Esta última, conocida como la Ley de Parto Humanizado, establece el derecho de las PGs a “recibir un trato digno, amable y respetuoso, y a no ser discriminadas [...] en el embarazo, trabajo de parto, parto y posparto” (Ley N° 25929 de Parto Humanizado, 2018). La normativa constituye un documento de vanguardia, siendo Argentina el segundo país del mundo en dar un marco legal a esta problemática de género. Sin embargo, su plena implementación implica un cambio en el paradigma de atención, del modelo biomédico hacia el biopsico-social. Es decir, conlleva regirse por el reconocimiento integral de la persona como una unidad mente-cuerpo en su respectivo entorno social. Así, la ley vigente habla de PGs “protagonistas de su parto”, con derecho a recibir una atención que respete los tiempos de sus procesos fisiológicos y psicológicos, sin patologizarlos. Requiere entonces la revisión de nociones que constituyen los pilares mismos de la atención de la SSR: pacientes o usuarias, control del embarazo o su seguimiento, camillas como ordenadoras de la escena o partos en movimiento, acompañantes como un estorbo o como vehículos de garantía de derechos. La reticencia al cambio por parte de quienes conforman (y sostienen) al sistema médico hegemónico se ha manifestado a nivel mundial. Recientemente, la *American Journal of Obstetrics and Gynecology* publicó un artículo de opinión titulado “Obstetric violence is a misnomer” (“La violencia obstétrica es un término inapropiado”) (Chervenak et al., 2024). Allí, se argumenta que dicho nombre puede ser “muy fuerte y cargado de emociones, lo que puede dar lugar a malentendidos o conceptos erróneos. Puede interpretarse como un acto deliberado de violencia por parte de los profesionales sanitarios, cuando el maltrato a veces puede ser consecuencia de problemas sistémicos, falta de formación o malentendidos”. Por su parte, los activismos locales impulsan la contemplación de las violencias ejercidas en el marco de la atención de la SSR en su concepción más general, promoviendo el término “violencia gineco-obstétrica”. Como señala Camilla Pickles (2023), se vuelve evidente que nombrar cumple una función importante en la sociedad, “los nombres dan forma a nuestra realidad al crear los medios para dar existencia a eventos previamente no vistos o experiencias no reconocidas”. A su vez, la manera de nombrar impacta en la forma en que la sociedad responde a aquello.

En resumen, si bien múltiples investigaciones muestran que PGs en todo el mundo sufren un trato negligente, irrespetuoso u ofensivo, y que este

se ha tornado cotidiano y naturalizado, no existe todavía un consenso sobre cómo definir y medir el maltrato (Ábalos et al., 2017). Consecuentemente, se dificulta la sistematización de datos sobre prevalencia. A su vez, la exploración de consecuencias en la salud y los aspectos relacionales de las PGs y las personas recién nacidas sigue siendo una vacancia. Y en la medida en que no se comprenda el potencial impacto de la VO en la salud integral de la PG y la persona recién nacida, la elaboración de políticas públicas específicas se verá obstaculizada.

2.2. ¿Lo que pasa en el parto queda en el parto? (Sobre las consecuencias de la violencia obstétrica)

“Al menos tu bebé está sano” es el título del artículo de Violette Perrotte, haciendo referencia a dichos populares de consuelo que suelen circular cuando una madre puérpera manifiesta su descontento con el trato que recibió durante el parto. Perrotte asegura que la VO tiene un impacto duradero en la vida de las mujeres (Perrotte et al., 2020). Para explorar algunos de los alcances de esta frase, en este apartado recuperamos una selección de estudios sobre el tema.

Entre 2011 y 2012 se llevó adelante en Brasil la encuesta hospitalaria nacional “Nacimiento en Brasil”, en la que participaron 19.644 puérperas (55,8 % parto por cesárea; 44,2 % parto vaginal), de 191 municipios del país. Se reportó una asociación causal entre el maltrato durante el parto y la disminución y demora en el uso de los servicios de salud posnatal, tanto para las mujeres como para sus recién nacidos. Es decir, que quienes se sienten violentadas por el equipo de salud al parir, luego recurren menos al sistema de salud. Esto se exagera en quienes utilizan el sector público (Leite et al., 2022). Así, la vulnerabilidad de la PG y persona recién nacida se expande más allá de la escena del parto, en tanto limita sus posibilidades de acceso a la salud.

Otro artículo, que se desprende del mismo estudio, reporta que la VO durante el parto es un factor de riesgo para la interrupción de la lactancia materna, reduciendo la probabilidad de que las mujeres abandonen la institución amamantando exclusivamente (Leite et al., 2023). A su vez, la exposición a VO podría afectar indirectamente la capacidad de esas mujeres para amamantar entre 40 y 180 días después del nacimiento. Este y otros estudios reportan que la VO durante el parto aumenta las probabilidades de sufrir depresión posparto (Conceição & Madeiro, 2024; Leite et al., 2020), reportada en una de cada cinco puérperas en el mundo (Wang et al., 2021).

Por otra parte, cada vez más evidencia indica que factores tales como una cesárea de emergencia, exámenes vaginales por varias personas diferentes durante el parto y complicaciones para la madre y/o el bebé aumentan los niveles de estrés traumático (Ertan et al., 2021). Recientemente, Horsch describió el trastorno de estrés postraumático relacionado con el parto (CR-PTSD, por su nombre en inglés), dando cuenta de ciertas especificidades (Horsch et al., 2024). Cabe destacar que altos niveles de estrés traumático afectan negativamente el vínculo madre-hijo (Ertan et al., 2021).

La VO tiene un impacto duradero en la vida de las mujeres (Perrotte et al., 2020). Entendemos que para la jerarquización de la problemática resulta fundamental el estudio y abordaje de sus “consecuencias”, contemplando múltiples dimensiones: el impacto sobre las mujeres en términos físicos y psicológicos, en su relación con su propio cuerpo, con la sociedad, y en particular con sus hijos, así como el impacto sobre las personas recién nacidas que, aún “sanas”, pueden verse afectadas directa e indirectamente por las situaciones de violencia en el contexto del nacimiento.

2.3. ¿Cuán “grande” es el problema? (Sobre la prevalencia)

Los indicadores, cifras sintéticas que dan cuenta de situaciones de interés (Pedrero Nieto, 2012), pueden resultar de mucha utilidad para la toma de decisiones, diseño, implementación y evaluación de políticas públicas. La más reciente investigación de la OMS sobre VO, por ejemplo, muestra que más del 40% de las mujeres sufren malos tratos durante el parto, de acuerdo con los datos del estudio realizado en Nigeria, Ghana y Guinea (África) y Myanmar (Asia) entre 2016 y 2017, en donde realizaron 2.016 observaciones de partos en 12 hospitales (tres por país) y encuestaron a 2.672 puérperas (Bohren et al., 2019). A través de un enfoque metodológico mixto (cuantitativo/cualitativo), identificaron que los eventos ocurren con mayor frecuencia entre 30 minutos antes y 15 minutos después del parto, en tanto es más probable que los efectores de salud estén presentes, y expuestos a factores estresantes que puedan influir en su comportamiento (como la disponibilidad de recursos o de “habilidades clínicas para gestionar el parto y las complicaciones”). Por otro lado, reportan que las mujeres más jóvenes y con menor nivel educativo corren mayor riesgo, lo que los autorxs interpretan como un indicador de desigualdades en el trato que reciben las mujeres (Bohren et al., 2019).

En 2019, una revisión sistemática de 18 estudios en América Latina informó una prevalencia del 43 % de falta de respeto y abuso durante el

parto (Tobasía-Hege et al., 2019). Respecto de la prevalencia en la Argentina, se han reportado dos estudios a la fecha. Por un lado, el Observatorio de Violencia Obstétrica de la ONG Las Casildas publicó un informe basado en 4.939 PGs. Los datos colectados entre 2015 y 2016, a través de un formulario de preguntas autoadministradas, revelaron que, por ejemplo, al 60% de las participantes se les practicó una episiotomía; solo 20% de estas recibió información sobre el procedimiento y dio su consentimiento. Dicha práctica, aunque naturalizada en nuestro país, está considerada como una mutilación genital por la OMS cuando no es necesaria. Por otro lado, el proyecto “Argentina cuenta la violencia machista” del movimiento #NiUnaMenos relevó indicadores de VO durante embarazo y parto, registrando que el 77% de las mujeres sufrió algún tipo de VO; no se especifica qué fracción de las 59.380 mujeres encuestadas había vivenciado un embarazo/parto (Beck & Romeo, 2016).

La Organización Panamericana de la Salud ofrece desde 1983 el Sistema de Información Perinatal (SIP) como herramienta para mejorar la calidad de la atención. El SIP está constituido por la Historia Clínica Perinatal (HCP), el carné perinatal, el partograma y los programas locales de captura y procesamiento de datos, entre otros registros. De acuerdo al análisis de más de 120.000 registros de partos en la provincia de Buenos Aires correspondientes al año 2015 en el SIP, la mitad de las mujeres no estuvo acompañada por alguien de su elección durante el parto. Por su parte, más de la mitad de quienes iniciaron su trabajo de parto en forma espontánea recibió oxitocina para acelerar el proceso. El informe propone que, en tanto las pautas de la OMS solo recomiendan el uso de la oxitocina para los casos con diagnóstico de falta de progresión, dichas cifras son un indicador de “medicalización del parto”, implicando entonces el incumplimiento de la Ley.

El enfoque fenomenológico propone volver a la experiencia vivida y a las percepciones que interpretan sus significados; “los fenómenos sociales se comprenden desde la perspectiva del actor, lo verdaderamente importante es recuperar las experiencias personales sobre cómo se ve y percibe la realidad” (Ríos Everardo, 2010). ¿Todas las PGs que recibieron oxitocina estaban en contra de ello? ¿Todas ellas entendían por “parto respetado” una atención con mínimas intervenciones? ¿Se les consultó? ¿Se les ofreció alguna alternativa no farmacológica para la gestión del dolor? En este sentido, si bien las estadísticas constituyen información valiosa y necesaria, la descontextualización limita su utilidad como indicadores de “buena” o “mala” práctica de atención. La generación de datos cualitativos locales, actualizados y confiables que recuperen las voces

de las PGs resulta igualmente imprescindible para comprender cómo se pare y cómo se nace en el conurbano. Pedrero Nieto (2012) destaca la capacidad tanto de “lo cualitativo” como “lo cuantitativo” para ofrecer resultados plausibles, precisos y relevantes, con espacios de cobertura de la realidad social sustancialmente distintos. Se trata de no presentar como sustitutivos y excluyentes enfoques con naturaleza complementaria y acumulativa.

2.4. ¿Quién dice qué es violento?

La disponibilidad de guías de recomendaciones emitidas por organismos internacionales, sumadas –en algunas regiones– a un marco legal para la VO, generan la necesidad de distinguir entre dimensiones de análisis “experienciales” y “normativas” (Freedman et al., 2014). Esto pone sobre la mesa un debate vigente: ¿Quién dice qué es violento? ¿En qué medida se ha dado lugar a las significaciones de las PGs en la construcción de la definición del “parto respetado”?

Un estudio realizado durante 2015 en Tanzania compara la prevalencia de VO en el parto *a)* reportada por la propia PG y *b)* reportada por enfermeras capacitadas en parto respetado, que presenciaron el parto, pero no pertenecían al equipo de prestadores de salud. Dichas enfermeras completaron un cuestionario de observación con 14 preguntas, a partir de las cuales se calculó que 69,8 % sufrió algún tipo de VO. Sin embargo, cuando se analizaron las respuestas de las PGs a las mismas 14 preguntas, solo el 9,9 % había reportado VO. Los autores proponen que la enorme disparidad entre estas dos medidas sugiere que la VO es internalizada y normalizada tanto por las usuarias como por los proveedores de salud (Freedman et al., 2018).

Un trabajo reciente titulado “Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper” [Desarrollo de una definición inclusiva y centrada en la mujer de las experiencias de parto traumático: un artículo de discusión] (Leinweber et al., 2022) recupera un proceso novedoso de múltiples pasos. A partir de una revisión rápida de la literatura disponible, se seleccionaron conceptos clave asociados con un parto positivo a partir de los cuales un grupo interdisciplinario de expertos creó un borrador de definición. Luego, el borrador se presentó a médicos e investigadores durante una reunión europea de investigación en salud mental perinatal; la retroalimentación de los expertxs refinó la definición, que más tarde se compartió con grupos de mujeres en seis países. La definición final, que contempla esta instan-

cia de retroalimentación, plantea que “una experiencia de parto positiva refiere a la que la hizo sentir apoyada, en control, segura y respetada; un parto positivo puede hacer que las mujeres se sientan felices, confiadas y/o realizadas y puede tener impactos positivos a corto y/o largo plazo en el bienestar psicosocial de una mujer” (Leinweber et al., 2022).

Las investigaciones que recuperamos en este apartado comparten un enfoque basado en los derechos humanos (EBDH) para la creación de conocimiento (Sri, 2022); aplican principios de derechos humanos en la selección del objeto de estudio (qué se investiga), en el proceso de producción de conocimiento (cómo se hace), y cómo y quién utiliza el conocimiento producido. Los EBDH tienen especial relevancia en el campo de la SSR y se espera que habiliten una comprensión más profunda y matizada de cómo opera el poder en los sistemas de salud bajo condiciones sociales, culturales y políticas particulares, en pos de desafiar eficazmente los patrones establecidos de comportamiento y las estructuras de los sistemas de salud que marginan y abusan.

2.5. Desafíos para la implementación de la Ley

Tradicionalmente, las métricas de salud materna respondían a “los resultados” de los nacimientos. Actualmente, existe un debate en torno a la contemplación del proceso; la ausencia de muertes maternas y fetales ya no constituye el único marcador de un sistema de salud materna de alta calidad. La OMS y el Consorcio Internacional para la Medición de Resultados de Salud reconocen la experiencia de las mujeres como un determinante crucial y recomienda incluirla en las métricas de salud materna (Nijagal et al., 2018). La OMS también aboga por la “centración en las personas” como una característica importante de la calidad de la atención, que tiene en cuenta la preferencia de lxs usuarixs (Tunçalp et al., 2015).

Si bien mucho se ha avanzado, la VO es producto de un entramado complejo y multifactorial. Son múltiples los desafíos a superar de cara a la plena implementación de guías y recomendaciones internacionales, así como las normativas vigentes en cada territorio. Sáez Zamora (2019) propone una síntesis de la situación en Argentina, sistematizando líneas de acción; refiere a la necesidad de 1) incorporar la complejidad vinculada al federalismo, 2) mejorar la infraestructura en salud, 3) facilitar los mecanismos de denuncias, 4) combatir la opacidad de los colegios médicos y 5) fomentar un cambio de paradigma “desde temprano”, entre otros. En particular, en tanto la formación de personal de la salud involucra prácticas profesionalizantes que aproximan al estudiantado a sus futuros ám-

bitos de ejercicio profesional, se evidencia un enorme desafío: ¿con qué herramientas cuentan quienes se formaron y ejercieron previa sanción de la Ley de Parto Humanizado o Ley de Interrupción del Embarazo para acompañar la formación con perspectiva de derechos de las nuevas generaciones de profesionales de la SSR? Si bien en 2022 se presentó el Proyecto de Ley para la “Capacitación obligatoria en violencia obstétrica para el personal de salud”, no ha sido tratado. A estos obstáculos se suma una cuestión coyuntural: actualmente, las demandas de género en la Argentina no forman parte de la agenda de trabajo del Estado nacional. De hecho, son numerosas las medidas que atentan directamente contra los derechos de las mujeres; en 2024 se dispuso el cierre de la Subsecretaría de Protección contra la Violencia de Género, entidad a la que había quedado reducido el antiguo Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad (Belski, 2024).

3. ¿Qué aprendimos? (Algunos resultados e interpretaciones)

Entendiendo al “parto” como un *continuum* que incluye los procesos de trabajo de pre-parto, parto y puerperio inmediato, organizamos un esquema que nos aproximara a una caracterización posible de las formas de VO. Caracterizamos un espectro de violencias que tienen lugar en la escena de parto del conjunto poblacional estudiado. En este capítulo nos proponemos desarrollar aquello que conceptualizamos como “capital comunitario de las usuarias”, a raíz de la sistematización de un conjunto de saberes y prácticas que (algunas) mujeres participantes despliegan para ampliar su agencia en el parto. Dado el propósito de este libro, y para favorecer una lectura fluida, ofrecemos en este apartado un diálogo entre los resultados de nuestro trabajo de investigación y la bibliografía disponible en el área, a medida que presentamos los hallazgos en sí mismos. Si bien tradicionalmente los artículos académicos distinguen “Resultados” de “Discusión” (en diálogo con el estado del arte) en secciones separadas, consideramos que el entramado de ambos ofrecería a quien lea este texto una noción más fidedigna del proceso de procesamiento, análisis e interpretación de los datos recopilados. Es en el diálogo con otrxs (participantes en este trabajo, y también colegas de estos y otros lugares y tiempos) que aprendemos más y nos aproximamos mejor a comprender; “pensar con el otro, pensar en conversación” (Segato, 2018).

3. 1. Las situaciones de violencia obstétrica que narran (e interpretan) las participantes dan cuenta de un acto de expropiación del cuerpo

Si bien desarrollamos y argumentamos esta idea en otro artículo (en revisión), la traemos a este capítulo como puntapié y marco de sentido desde el cual pensar los resultados subsiguientes. Nos referimos a “expropiación” como el acto de “quitar una cosa a su propietario por motivos de utilidad pública” (Diccionario de la lengua española, 2005). En este caso, la “cosa” es el propio cuerpo de las mujeres, y en algunas ocasiones, también el de sus bebés. En tanto solo los bienes son objeto de expropiación, las instancias de cosificación (como no presentarse o no contestar preguntas de las usuarias) son funcionales: disponen o preparan el terreno (emocional) facilitando la expropiación.

Me ataron las piernas. ¿Por qué me atas? ¡No me ates! [Se enoja al sostener el relato. Está cruzada de brazos y piernas. Tiene el ceño fruncido y la boca cerrada con fuerza] [...] El tema es que te expliquen (Mujer #45).

La “re-visita”, entendida como la acción cognitiva de volver a visitar la narrativa que la participante construyó sobre la escena del parto, pareciera gatillar en ella una necesidad de protección del propio cuerpo. En este sentido, y a raíz del análisis de una serie de registros vinculados a expresiones verbales y corporales, consideramos valioso continuar estudiando el impacto que la VO puede tener en la sensación de vulnerabilidad de las PGs, incluso años después de sus partos. Cabe mencionar que algunos de los relatos de cosificación dan cuenta de una percepción sexualizada (al menos) por parte de la usuaria, resaltando la dimensión sexual de la VO.

Recurrentemente, las escenas de parto relatadas revelaron una reducción de la mujer a un objeto inerte que no merece reparaciones, contemplaciones ni explicaciones. Interpretamos que dadas las condiciones de cada escena –sexualizada o no–, ya no es la mujer quien tiene poder sobre el cuerpo, el lugar que este ocupa y la forma de hacerlo.

3.2. La violencia obstétrica excede la escena de parto y puede afectar múltiples dimensiones de la vida

A partir de los relatos, tipificamos una serie de efectos en el campo material, simbólico y vincular, “daños colaterales” de las condiciones de atención del parto. El impacto en la vida de las usuarias podrá ser inmediato o bien más adelante en su trayectoria vital. A su vez, su registro de manera

consciente podrá tener lugar *in situ* (en el parto), o más tarde, como por ejemplo en el marco de una “re-visita”.

Tal vez te diste cuenta mucho tiempo después (Mujer #45).

En la población con la que trabajamos, registramos implicancias de la VO: *a)* en la psique de la mujer, referidas como “un trauma”, *b)* en la relación con la persona recién nacida y *c)* con la pareja, *d)* en experiencias de parto posteriores, *e)* en la afectación de sus derechos reproductivos, y *f)* en la autopercepción. Sobre estas últimas dos categorías y en diálogo con la conceptualización que introdujimos en el apartado anterior (VO como “expropiación del cuerpo”), los relatos que involucraban casos de histerectomía (extirpación del útero) de urgencia fueron categorizados como “expropiación de identidad”, en función del lenguaje utilizado sistemáticamente por las participantes y sus implicancias simbólicas:

Le dejaron las gasas adentro. Le supuraba la herida, la volvieron a internar, la tuvieron que vaciar (Mujer #14).

Se sentó y le explotó el útero; así que le tuvieron que hacer una cesárea (histerectomía) para sacarle todo (Mujer #25).

En tanto el rol social asignado a las mujeres es el de la reproducción, la pérdida de la capacidad reproductiva es interpretada –o al menos referenciada naturalmente– como un conflicto que excede ese campo, algo integral y absoluto. En tanto los recuerdos no son cosas en las que pensamos, sino cosas con las que pensamos (Jelin, 2001), los procesos de asignación (y reasignación) de significado a las escenas de parto vividas constituyen una cuestión de identidad y, por lo tanto, de relevancia central desde un enfoque basado en derechos.

3.3. Algunas usuarias son poseedoras de recursos para la re-apropiación del cuerpo

Cohen Shabot (2018) plantea que la VO se perpetúa y expande a través de “mecanismos de vergüenza que paralizan a las mujeres, volviéndolas pasivas y apenas capaces de enfrentar y luchar contra esta violencia”. A partir de los emergentes del análisis interpretativo, aquí nos permitimos un interrogante: ¿es pasiva la actitud de (todas) las PGs ante la VO ejercida sobre ellas? Para orientar nuestra aproximación, consideramos una categorización propuesta por Brown, quien describe tres arquetipos de paciente según su autonomía: sujeto pasivo, consumidor/usuario e in-

terlocutor-ciudadano (Brown et al., 2013). El primero ejerce una menor autonomía relativa en cuanto a la toma de decisiones, “en la relación paciente-médico, el cuerpo es objeto del saber/poder médico”.

Yo le decía a mi hermana que escuche lo que las enfermeras te dicen, por el bien del bebé. [...] Hay que hacer cómo te dicen, sino se enojan (Mujer #8).

El usuario consumidor está caracterizado por la autonomía propia de los clientes de un servicio; “el vínculo paciente-médico está inserto en un orden mercantil que legitima argumentaciones y elecciones [...] que provienen de la lógica típicamente económica”.

Era el final de una novela famosa esa noche; hace 20 años atrás te digo. [A mi esposa] la apuraron para ver la novela. Yo no lo podía comprobar, pero fui al baño y justo escuché la conversación [...] Fui, hablé con el gerente (Varón #15).

El paciente como un interlocutor refiere a la autonomía en términos de responsabilidades, obligaciones y derechos (individuales y también colectivos). “En este modelo, la relación paciente-médico se transforma en un campo de negociación, donde el paciente [...] ejerce su capacidad de voz y decisión en lo vinculado a su estado de salud, terapéuticas y opciones vitales” (Brown et al., 2013). Múltiples participantes dieron cuenta de una variedad de estrategias para el ejercicio de sus derechos, aun cuando esto pudiese referir a una *agencia intersticial*, donde la capacidad de acción se cuela por los vericuetos de lo posible en contextos situados (Kunin, 2019). Eso implica que, en ocasiones, ello no se oponga a las condiciones de opresión, porque también la propia capacidad agentiva es fruto de esa inmersión, en sus condiciones y campos de posibilidades (Passerino & Abdala, 2024). En particular, registramos las siguientes estrategias de anticipación/planificación para mitigar la propia exposición a situaciones de VO.

a) No desear más embarazos y, en particular, a) la elección de ligadura tubaria como método de anticoncepción irreversible.

Mi marido me dijo: “Vos sufriste tanto que no vamos a tener otro bebé”. Por suerte tuve el nene y la nena, así que cerré la fábrica... pero me quedé solo con dos (Mujer #21).

Yo me la hice [la ligadura] y no me arrepiento (Mujer #27).

Múltiples intervenciones de índole quirúrgica fueron referenciadas por las participantes mediante formulaciones gramaticales en las que el equipo de salud era el sujeto, y ellas –al menos desde el punto de vista del análisis sintáctico– el objeto de la oración: “[ellos] me hicieron...”. En contraste con el uso de la tercera persona como indicador de la expropiación, resultó llamativo el uso de la primera persona en los guiones compartidos cuando las PGs refieren a la ligadura (“me la hice”, y no “me la hicieron”), aun cuando también se trata de una intervención quirúrgica en la que su participación es “pasiva”. En esta línea planteamos la noción de “re-apropiación del cuerpo” como resistencia.

b) No desear más partos vaginales (y entonces solicitar cesárea programada).

c) Elegir una institución específica.

Es re feo. Te hacen sentir... [no termina la frase]. No te preguntan. Te atan y punto. [...] Quedé traumada con eso. Al próximo parto dije: no, no quiero ir ahí (Mujer #43).

Le pedí a mi mamá que me lleve a otro lado (Mujer #38).

d) Elegir al medicx. Dentro de esta subdimensión, d') elegir a un médico varón resultó recurrente.

“Te gustó, báncatela”, escuchaba antes de estar embarazada de médicas y enfermeras. Por eso elegí un médico varón (Mujer #44).

Sobre la “posición masculina” dentro del sistema médico, Brown y otros autores han analizado cómo operan las construcciones de género: “Aque-llas que prefieren un profesional varón [...] basándose en argumentos de saber popular (se dice que los hombres son más cuidadosos y la mujer es más bruta)” (Brown et al., 2013). En la población con quien trabajamos, circulaban nociones similares:

Una enfermera de las viejas, de la vieja escuela; embrutecidas (Mujer #35).

Es interesante detenerse en la expresión “embrutecidas”, que pareciera referir a un proceso que conlleva una transformación.

Por otro lado, identificamos el despliegue de recursos *in situ* en la escena de parto a los que sistematizamos como *e*) “plantarse”, tomando un código *in vivo*.¹

Me senté y le dije que no me iba hasta que no me hicieran cesárea. Yo sé que ellos estudiaron, pero es Mi cuerpo (Mujer#14).

Yo estoy muy orgullosa de lo que pude decir en ese momento: “Yo lo espere nueve meses, lo puedo esperar lo que haya que esperar” [...] Porque yo sí tenía contracciones y dilataba bien (Mujer #30).

[La enfermera] me dijo: “suerte que no aumentaste más, porque te íbamos a tener que llevar al zoológico para pesarte”. Le contesté: “Dejá, no me pongas nada”. Después el médico vino y me dijo que no me pusiera así, y al final me la di [la epidural] (Mujer #20).

Avilano (2010) refiere a un entramado invisible que se esconde detrás de cada chiste: “Elegir no reírse supone rebelarse, dejando al descubierto ciertas operaciones de sentido ancladas a los valores de la cultura dominante”. Sobre la relación entre humor y feminismo, la autora invoca la imagen de la “feminista aguafiestas”: “Cargada de afectividad negativa, la feminista aguafiestas viene a terminar con la armonía; el feminismo parece implicar cierta renuncia [...] a la simpatía de los demás, para convertirse en un cuerpo cargado de enojo al que sería mejor no acercarse” (Avilano, 2021).

3.4. Los recursos para la re-apropiación del cuerpo constituyen una “caja de herramientas” (un capital comunitario de las usuarias), que puede ampliarse y compartirse con otras

Registramos que las participantes compartían una misma noción: las mujeres más jóvenes son más vulnerables a la VO.

A las jovencitas es peor (Mujer #34).

Josefina Brown (2013), quien ha estudiado la agencia de las usuarias en el contexto de consulta ginecológica, reporta que “las trayectorias más prolongadas dentro de los servicios generan recursos para establecer una relación de mayor igualdad con los profesionales que las atienden”. Por otra parte, en el marco del estudio de pacientes que viven con una

1. Expresión utilizada por una participante.

patología crónica, Pecheny et al. (2002) desarrollan la noción de *capital de paciente* y describe un proceso de “expertización”; pacientes con patologías crónicas aprenden –a lo largo de su trayectoria por el servicio de salud correspondiente– a relacionarse con equipos/servicios de salud. Así, estos establecen y acumulan un capital para pensar la autonomía en el ámbito de salud, que involucra recursos, conocimientos y saberes prácticos que las personas adquieren en su trayectoria: aspectos relacionales y situacionales.

Retomando los conceptos de *trayectoria* (individual) y de *capital de paciente*, planteamos que existen formas de resistencia propias de las mujeres, que constituyen lo que conceptualizamos como *capital experiencial de usuarias* (porque es imprescindible insistir en la despatologización del parto y nacimiento), que puede ampliarse a lo largo de las distintas instancias de atención de la SSR entendidas como un *continuum*, en lugar de pensar al parto como un evento aislado.

Con tratamientos de fertilidad he sufrido cosas desagradables [...] sobre todo cuando sos joven. Después fui aprendiendo qué contestar. Saqué un carácter y una fuerza que no sabía que tenía (Mujer #26).

A su vez, entendemos que este capital es comunitario porque no se expande únicamente a partir de la propia trayectoria; se enriquece en el intercambio con otras.

Familiares y amigas me contaron cosas que les dijeron y no les gustaron. La pasaron mal [...] Hay palabras que hieren (Mujer #43).

Algunas inconsistencias discursivas en los relatos (como por ejemplo la referencia a la episiotomía como “un tajito” y luego al propio cuerpo intervenido como “toda cortada”) revelan cierta ambigüedad; la ambigüedad que proporciona posibilidades de resistencia a la opresión, según Cohen Shabot (2016). En ocasiones, observamos que el uso del humor podía constituir para la usuaria y su acompañante una vía para negociar significados, y mitigar la tensión entre la interiorización de modelos patriarcales de feminidad y ser capaz de percibir y reconocer la violencia como tal. A su vez, muchxs participantes consultaban a las talleristas: “¿Esto es VO?”. Interpretamos la formulación de esta pregunta recurrente como la búsqueda de confirmación por parte de un interlocutor “idóneo” de una hipótesis inicial propia. Es esperable que múltiples relatos estén teñidos

de ambigüedades, teniendo en cuenta el marco en el que recopilamos el corpus: en los talleres, muchas de las participantes encontraron –por primera vez– un lugar para escuchar otras experiencias de VO, contar las propias, plantear preguntas, proponer modos de entender una situación de VO (propia o ajena). Así, pudimos registrar algunas transformaciones en el modo de significar experiencias personales.

Creo que hoy lo vería de otro modo [...] Veo así 20 personas [hace un gesto con la mano, dibujando un semicírculo en el aire]. Yo no sabía que iban a estar ahí. Sí, serían estudiantes, pero a mí nadie me preguntó. A partir de esta charla, lo pienso ahora y sería distinto. Hubiese puesto el grito en el cielo (Mujer #16).

Me pusieron el goteo. Con 10 de dilatación, me llevaron a sala de partos y me hicieron pujar *dos veces* nada más [enfatisa con la entonación]. Me dijeron que habían bajado los latidos y me llevaron a cesárea. Hoy pienso que no era para cesárea [...] Malísima la experiencia, me apuró en todo momento... para cobrar la cesárea. Encima le pagué al médico para que estuviera él, porque era primeriza (Mujer #40).

Retomando la tipología de pacientes propuesta por Brown, recuperamos algunas de las transformaciones en las narrativas de las participantes que se hicieron explícitas durante los talleres y las interpretamos como indicios de un movimiento posible, de un perfil de usuaria a otro. Así, entendemos que las categorías no son estáticas; pueden transformarse y complejizarse dando lugar a nuevas interpretaciones sobre lo vivido en el pasado y –tal vez– a nuevas formas de transitar los SSR en el futuro. Es decir: creemos que más intervenciones feministas en el campo de los derechos sexuales y la salud colectiva en el conurbano bonaerense que permitan el diálogo y la escucha podrán favorecer y fortalecer el registro de los propios derechos y entonces construir y ampliar un perfil de usuaria de SSR con “agencia ciudadana”.

El diálogo es esa convergencia de los seres humanos [...] El diálogo es el único camino por el cual los hombres cobran significación como hombres, como humanidad re-humanizada. Pero, para ello, primero urge que las víctimas de la violencia simbólica del silencio, aquellos que se encuentran privados del derecho inalienable a enunciar y enunciarse, se recuperen enunciativamente a sí mismos, reconquisten tal derecho impidiendo que prosiga esa invasión deshumanizante (Freire, 2005).

Reflexiones finales

A partir del análisis interpretativo de relatos de usuarias y acompañantes de servicios de atención del parto/nacimiento, planteamos que existen formas de resistencia a la VO institucional que son propias de las PGs, y pueden constituir un capital experiencial comunitario de usuarias, que se expande y enriquece a lo largo de su trayectoria (colectiva) por el sistema de salud, pero también en el intercambio con otras. A su vez, evidenciamos que encontrarse (formal e informalmente) con pares a intercambiar información y recursos para la gestión de la SSR, a compartir experiencias y estrategias habilita un enriquecimiento de dicho capital, lo que favorece futuras instancias de negociación con el equipo de salud, el reclamo de derechos y la participación activa en el curso de sus partos. Es decir, que los espacios de reflexión y diálogo entre pares pueden propiciar una transformación entre una manera de ser usuaria y otra (idealmente, de mayor agencia). Además, registramos que dichas transformaciones podían impactar en la manera de significar (y significarse en el contexto de) escenas de parto del pasado reciente y también distante.

En oposición de la parálisis descrita por Cohen Shabot, recuperamos la noción de “conurbanas”, como “las que no nos rendimos”. Así, no es nuestra intención romantizar el capital de usuarias que aquí describimos, sino más bien jerarquizarlo en tanto conjunto de estrategias para el ejercicio de sus derechos, aun cuando la capacidad de acción se cuele por los vericuetos de lo posible en contextos situados (Kunin, 2019).

Existe en estas mujeres [las conurbanas] un feminismo comunitario. Poner en discusión los lugares que nos fueron negados es un camino liberador, pero a su vez doloroso. [...] No se puede resolver la injusticia social sin superar la desigualdad de género. [...] Nuestra sociedad nos tiene los lugares reservados, para las mujeres será el sacrificio, el cuidado, [pero] hay una experiencia acumulada y las mujeres ya no son las mismas, el feminismo se fue instalando como práctica política. [...] En esas prácticas hay saberes que sanan (Fernández, 2018).

Hacer ciencia con las conurbanas nos permitió una mejor comprensión de las sesiones y tensiones que ocurren entre usuarias (conurbanas) y proveedores de SSR en el parto. En tanto conceptualizamos la VO como una forma de expropiación del cuerpo, registramos formas de reapropiación que algunas mujeres logran poner en juego para expandir su agencia (entendida como capacidad de acción) en el contexto de la atención del

parto/nacimiento. Estas herramientas constituyen un “capital comunitario de usuarias”, que puede ampliarse a lo largo de la trayectoria dentro del sistema y a través del diálogo entre pares. La obra colectiva *¿En qué conurbano queremos vivir?* se apoya en la premisa de que sigue siendo imprescindible pensar en el futuro de este espacio, con la esperanza de construir un ambiente más justo y solidario donde todxs puedan vivir dignamente. En tanto este libro apunta a desarrollar conceptos, ideas y procedimientos para el conurbano en apoyo a su desarrollo sustentable, pensamos un capítulo que recuperara una sabiduría propia de las conurbanas, que –cuando no les fuere ofrecida– supieron construir. A más de 20 años de la sanción de la Ley de Parto Humanizado en nuestro país, sigue habiendo mucho qué decir sobre la VO, ¿a quiénes escucharemos?

Bibliografía

- Ábalos, E., Andoro, L., Daverio, F., Gelso, E., Nieto, A., Peres, A., Ramos, S., Sabbadin, M. R., Spinelli, V. & Teseyra, M. (2017). *Violencia obstétrica. Un problema estructural y actitudinal*. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4574>
- Aguirre García, J. C., & Jaramillo Echeverri, L. G. (2012). Aportes del método fenomenológico a la investigación educativa. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 8(2): 51-74.
- Amezcuca, M. (2003). La entrevista en grupo. Características, tipos y utilidades en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 13(2): 112-117. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(03\)73791-7](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(03)73791-7)
- Avilano, M. (2021). “Viste cómo son las minas?": Humor marginal y feminismo en *Persona*. En Burkart, M., Fraticelli, D. y Várnagy, T. (coordinadores) (2021). *Arruinando chistes*. Buenos Aires: Teseo. <https://www.teseopress.com/arruinandochistes>
- Beck, I., & Romeo, M. (2016). *1º Índice Nacional de Violencia Machista [Informe Ejecutivo]*.
- Belski, M. (2024, julio 31). *Argentina: Retroceso en materia de políticas públicas de género y diversidad*. Amnistía Internacional Argentina.
- Bohren, M. A., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T. M., Balde, M. D., Maya, E., Thwin, S. S., Aderoba, A. K., Vogel, J. P., Irinyenikan, T. A., Adeyanju,

- A. O., Mon, N. O., Adu-Bonsaffoh, K., Landoulsi, S., Guure, C., Adanu, R., Diallo, B. A., Gülmezoglu, A. M., Soumah, A.-M., ... Tunçalp, Ö. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: A cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *The Lancet*, 394(10210): 1750-1763. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)
- Brown, J. L., Pecheny, M., Gattoni, M. S., & Tamburrino, M. C. (2013). Cuerpo, sexo y reproducción. La noción de autonomía de las mujeres puesta en cuestión: El aborto y otras situaciones sensibles. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 5(12): 37-49.
- Calvo Aguilar, O., Torres Falcón, M., & Valdez Santiago, R. (2019). Obstetric violence criminalised in Mexico: A comparative analysis of hospital complaints filed with the Medical Arbitration Commission. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, bmjsrh-2018-200224. <https://doi.org/10.1136/bmjserh-2018-200224>
- Chervenak, F. A., McLeod-Sordjan, R., Pollet, S. L., De Four Jones, M., Gordon, M. R., Combs, A., Bornstein, E., Lewis, D., Katz, A., Warman, A., & Grünebaum, A. (2024). Obstetric violence is a misnomer. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3S): S1138-S1145. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.10.003>
- Cohen Shabot, S. (2016). Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies*, 39(2): 231-247. <https://doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>
- Cohen Shabot S, Korem K. (2018). Domesticating Bodies: The Role of Shame in Obstetric Violence. *Hypatia* 33: 384-401.
- Conceição, H. N. da, & Madeiro, A. P. (2024). [Association between disrespect and abuse during labor and the risk of postpartum depression: A cross-sectional study]. *Cadernos De Saude Publica*, 40(8): e00008024. <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT008024>
- Delgado Ballesteros, G. (2012). Conocerte en la acción y el intercambio. La investigación: Acción participativa. En N. Blázquez Graf, F. Flores Palacios & M. Ríos Everardo (Coords.), *Investigación feminista: Epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 198–216). UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias

en Ciencias y Humanidades; Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; Facultad de Psicología.

Diccionario de la lengua española (2005). Espasa-Calpe.

Ertan, D., Hingray, C., Burlacu, E., Sterlé, A., & El-Hage, W. (2021). Post-traumatic stress disorder following childbirth. *BMC Psychiatry*, 21(1): 155. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03158-6>

Fernández, M. (2018). Las conurbanas. *Orillera*, 4. Departamento de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Avellaneda.

Freedman, L. P., Kujawski, S. A., Mbuyita, S., Kuwawenaruwa, A., Kruk, M. E., Ramsey, K., & Mbaruku, G. (2018). Eye of the beholder? Observation versus self-report in the measurement of disrespect and abuse during facility-based childbirth. *Reproductive Health Matters*, 26(53): 107-122. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502024>

Freedman, L. P., Ramsey, K., Abuya, T., Bellows, B., Ndwiga, C., Warren, C. E., Kujawski, S., Moyo, W., Kruk, M. E. & Mbaruku, G. (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: A research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, 92(12): 915-917. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.137869>

Freire, P. (2005). *Pedagogía del oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Horsch, A., Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Chandra, P., Hartmann, K., Vaisbuch, E. & Lalor, J. (2024). Childbirth-related posttraumatic stress disorder: Definition, risk factors, pathophysiology, diagnosis, prevention, and treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 230(3S): S1116-S1127. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.09.089>

Jelin, E. (2001). *Los trabajos de la memoria*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. “¿De qué hablamos cuando hablamos de memorias?” (pp. 39-58).

Kunin, J.R. (2019). *El poder del cuidado: Mujeres y agencia en la pampa sojera argentina*. <http://ri.unsam.edu.ar/handle/123456789/1246>

- Leinweber, J., Fontein-Kuipers, Y., Thomson, G., Karlsdottir, S. I., Nilsson, C., Ekström-Bergström, A., Olza, I., Hadjigeorgiou, E. & Stramrood, C. (2022). Developing a woman-centered, inclusive definition of traumatic childbirth experiences: A discussion paper. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 49(4): 687-696. <https://doi.org/10.1111/birt.12634>
- Leite, T. H., Carvalho, T. D. G., Marques, E. S., Pereira, A. P. E., da Silva, A. A. M., Nakamura-Pereira, M., & Leal, M. do C. (2022). The association between mistreatment of women during childbirth and postnatal maternal and child health care: Findings from “Birth in Brazil”. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 35(1): e28-e40. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.02.006>
- Leite, T. H., Marques, E. S., Mesenburg, M. A., Freitas da Silveira, M., & Leal, M. do C. (2023). The effect of obstetric violence during childbirth on breastfeeding: Findings from a perinatal cohort “Birth in Brazil”. *Lancet Regional Health. Americas*, 19, 100438. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100438>
- Leite, T. H., Pereira, A. P. E., Leal, M. do C., & da Silva, A. A. M. (2020). Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: Findings from Birth in Brazil Study. *Journal of Affective Disorders*, 273: 391-401. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.052>
- Ley 25929 de Parto Humanizado. Ley 25929, Secretaría de Derechos Humanos y Pluralismo Cultural, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 24 p. (2018). https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf
- Mena-Tudela, D., Roman, P., González-Chordá, V. M., Rodríguez-Arrastia, M., Gutiérrez-Cascajares, L., & Roperio-Padilla, C. (2023). Experiences with obstetric violence among healthcare professionals and students in Spain: A constructivist grounded theory study. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 36(2): e219-e226. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.07.169>
- Nijagal, M. A., Wissig, S., Stowell, C., Olson, E., Amer-Wahlin, I., Bonsel, G., Brooks, A., Coleman, M., Devi Karalasingam, S., Duffy, J. M. N., Flanagan, T., Gebhardt, S., Greene, M. E., Groenendaal, F., R Jeganathan, J. R., Kowaliw, T., Lamain-de-Ruiter, M., Main, E.,

- Owens, M., ... Franx, A. (2018). Standardized outcome measures for pregnancy and childbirth, an ICHOM proposal. *BMC Health Services Research*, 18(1), 953. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3732-3>
- Organización Panamericana de la Salud (2018). *Segundo informe nacional de relevamiento epidemiológico SIP-Gestión: Avances en la implementación a escala nacional del sistema de información en salud de la mujer y perinatal orientado a la Gestión (SIP-Gestión) en Argentina*. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49147>
- Passerino, L. & Abdala, L. (2024). Experiencias de salud sexual, accesibilidad y agencia de mujeres en un barrio en condiciones de vulnerabilidad de la ciudad de Santa Fe. III Congreso Internacional de Ciencias Humanas, UNSAM, Argentina.
- Pecheny, M., Manzelli, H. & Jones, D. (2002). Vida cotidiana con VIH / SIDA y/o hepatitis S. Diagnóstico, Tratamiento y Proceso de Expertización. Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Seminario V.
- Pecheny, M. M. (2013). Las políticas públicas y las sexualidades. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/27032>
- Pedrero Nieto, M. (2012). Metodología cuantitativa para reforzar estudios cualitativos. En N. Blázquez Graf, F. Flores Palacios & M. Ríos Everardo (Coords.), *Investigación feminista: Epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 240–270). UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades; Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; Facultad de Psicología.
- Perrotte, V., Chaudhary, A. & Goodman, A. (2020). “At Least Your Baby Is Healthy” Obstetric Violence or Disrespect and Abuse in Childbirth Occurrence Worldwide: A Literature Review. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 10(11), article 11. <https://doi.org/10.4236/ojog.2020.10110139>
- Pickles, C. (2023). Obstetric Violence, Mistreatment, and Disrespect and Abuse: Reflections on the Politics of Naming Violations During Facility-Based Childbirth. *Hypatia*. 2023;38(3):628-649. doi:10.1017/hyp.2023.73

- Pickles, C. (2024). "Everything is Obstetric Violence Now": Identifying the Violence in "Obstetric Violence" to Strengthen Socio-legal Reform Efforts. *Oxford Journal of Legal Studies*, 44(3): 616-644. <https://doi.org/10.1093/ojls/ggae016>
- Ríos Everardo, M. (2010). Metodología de las ciencias sociales y perspectiva de género. En N. Blázquez Graf, F. Flores Palacios & M. Ríos Everardo (Coords.), *Investigación feminista: Epistemología, metodología y representaciones sociales* (pp. 180-196). UNAM, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades; Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; Facultad de Psicología.
- Rosemberg, P., & Zerbo, M. C. (2017). Propuesta de gestión de políticas públicas orientadas a garantizar derechos. Raíces: Maternidad Estela De Carlotto. *Mora* 23(1): 170-177.
- Sáez Zamora, F. (2019). Violencia obstétrica en Argentina. Informe país elaborado para Make Mothers Matter, representación ante la Unión Europea.
- Segato, R. (2018, octubre). Pensar y vivir para contarlo [conferencia]. Departamento de Arte UTDT / Universidad Torcuato Di Tella.
- Sri, B. S. (2022). *Rights-based knowledge creation*. http://www.srhm.org/rights-based-knowledge-creation_srh2022/
- Tobasía-Hege, C., Pinart, M., Madeira, S., Guedes, A., Reveiz, L., Valdez-Santiago, R., Pileggi, V., Arenas-Monreal, L., Rojas-Carmona, A., Piña-Pozas, M., Gómez Ponce de León, R., & Souza, J. P. (2019). Disrespect and abuse during childbirth and abortion in Latin America: Systematic review and meta-analysis / Desrespeito e maus-tratos durante o parto e o aborto na América Latina: revisão sistemática e meta-análise. *Revista Panamericana De Salud Publica = Pan American Journal of Public Health*, 43, e36. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.36>
- Tunçalp, Ö., Were, W. M., MacLennan, C., Oladapo, O. T., Gülmezoglu, A. M., Bahl, R., Daelmans, B., Mathai, M., Say, L., Kristensen, F., Temmerman, M., & Bustreo, F. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision. *BJOG: An International*

Journal of Obstetrics and Gynaecology, 122(8): 1045-1049. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451>

Wang, Z., Liu, J., Shuai, H., Cai, Z., Fu, X., Liu, Y., Xiao, X., Zhang, W., Krabbendam, E., Liu, S., Liu, Z., Li, Z., & Yang, B. X. (2021). Mapping global prevalence of depression among postpartum women. *Translational Psychiatry*, 11(1), 543. <https://doi.org/10.1038/s41398-021-01663-6>

World Health Organization (2014). The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth. WHO/RHR/14.23. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>