

PERCEPCIÓN DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA REGIÓN DEL MAULE, CHILE

PERCEPTION OF OBSTETRIC VIOLENCE AND QUALITY OF CARE IN THE MAULE REGION, CHILE

PERCEPÇÃO DA VIOLENCIA OBSTÉTRICA E QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA NA REGIÃO DO MAULE, CHILE

Manuel Cárdenas-Castro¹ Email: jose.cardenas@utalca.cl

Cristina Valenzuela-Contreras² Email: dcristinavalenzuela@gmail.com

Claudia Darricarrere-González³ Email: claudiagonesis@gmail.com

Catalina Arellano-Ramírez⁴ Email: carellano18@alumnos.utalca.cl

Vaitiare De-La-Fuente-Rojas⁵ Email: vdelafuente19@alumnos.utalca.cl

ISSN 0717-9553

CIENCIA Y ENFERMERIA (2025) 31:22

DOI

<https://doi.org/10.29393/CE31-22PVMV50022>



Autor de correspondencia

Manuel Cárdenas-Castro

Palabras clave

Violencia obstétrica; Salud de la mujer; Consentimiento informado; Edad; Orientación sexual; Calidad de la atención.

Key words

Obstetric violence; Women's health; Informed consent; Age; Sexual orientation; Quality of care.

Palavras-chave

Violência obstétrica; Saúde da mulher, Consentimento informado; Idade; Orientação sexual; Qualidade da assistência.

Fecha de recepción

07/10/2024

Fecha de aceptación

05/08/2025

Editora

Dra. Sara Mendoza-Parra

RESUMEN

Objetivo: Conocer los niveles de Violencia Obstétrica (VO) percibidos por una muestra de mujeres en la Región del Maule, Chile y vincularla con la percepción de calidad de atención. Material y Método: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal con mujeres que reportaron haber atendido su parto en un hospital público o privado de la Región del Maule ($n= 474$), incluidas en la base de datos del 1er Estudio Regional sobre Derechos Sexuales, Reproductivos y Violencia de Género en Talca, entre julio y septiembre de 2023. Se consideraron las variables violencia obstétrica, prácticas desaconsejadas durante el parto, autonomía percibida y aquellas que evalúan percepción de calidad de la atención recibida durante el parto. Se realizó análisis descriptivo (frecuencia, porcentaje o media, desviación estándar, máximo y mínimo), según la naturaleza de la variable y pruebas de asociación (Chi cuadrado) y comparaciones de medias (t de Student). Se cuantificó la magnitud de las asociaciones (Φ) y se calculó el tamaño del efecto en las comparaciones de medias (d de Cohen). Resultados: Un 35.5% de las participantes afirmó haber experimentado violencia obstétrica en alguno de sus partos. Las mujeres con orientación no heterosexual reportan una tasa de VO del 64%, en contraposición al 34% de las heterosexuales. Se encontró relación entre la experiencia de VO y la percepción negativa de la calidad de la atención durante el parto. Conclusiones: Este estudio confirma la existencia de VO como un fenómeno significativo en la Región del Maule,

¹Psicólogo, Doctor en Comportamiento Social y Organizacional, Facultad de Psicología, Universidad de Talca.

²Psicóloga, Doctora en Psicología, Observatorio de Derechos Sexuales, Reproductivos y Violencia de Género, ONG Matria Fecunda, Talca, Chile.

³Psicóloga, Facultad de Psicología, Estudiante Doctorado en Psicología, Universidad de Talca.

⁴Psicóloga, Facultad de Psicología, Universidad de Talca.

⁵Psicóloga, Facultad de Psicología, Universidad de Talca.

afectando a una de cada tres mujeres encuestadas, lo que lo constituye un importante problema de salud pública.

ABSTRACT

Objective: To determine the levels of Obstetric Violence (OV) perceived by a sample of women in the Maule Region, Chile, and to establish a link between these levels and their perception of the quality of care. **Material and Method:** A descriptive, retrospective, cross-sectional study was conducted on women who reported having given birth in a public or private hospital in the Maule Region (n= 474). The women were included in the database of the 1st Regional Study on Sexual and Reproductive Rights and Gender Violence in Talca, between July and September 2023. The variables considered were obstetric violence, inadvisable childbirth practices, perceived autonomy and perceptions of the quality of care received during childbirth. According to the nature of the variable, descriptive analysis (frequency, percentage or mean, standard deviation, maximum and minimum) was performed, as well as association tests (Chi-square) and comparisons of means (Student's t-test). The measure of the associations (Phi) was quantified and the effect size of the comparisons of means (Cohen's d) was calculated. **Results:** 35.5% of participants reported experiencing obstetric violence during childbirth. The OV rate was 64% among women who are not heterosexual, compared to 34% among heterosexual women. There was a correlation between experiencing OV and having negative perceptions of quality of care during childbirth. **Conclusions:** This study confirms the significant prevalence of OV in the Maule Region, affecting one in three surveyed women, constituting an important public health problem.

RESUMO

Objetivo: Conhecer os níveis de Violência Obstétrica (VO) percebidos por uma amostra de mulheres na região de Maule, no Chile, e relacioná-los com a percepção da qualidade do atendimento. **Material e Método:** Estudo descritivo, retrospectivo e transversal com mulheres que relataram ter dado à luz em um hospital público ou privado da região de Maule e que foram incluídas no banco de dados do 1º Estudo Regional sobre Direitos Sexuais, Reprodutivos e Violência de Gênero em Talca, entre julho e setembro de 2023. As variáveis consideradas foram violência obstétrica, práticas desaconselhadas durante o parto, autonomia percebida e aquelas que avaliam a percepção da qualidade da assistência recebida durante o parto. De acordo com a natureza da variável, foi realizada uma análise descritiva (frequência, porcentagem ou média, desvio padrão, máximo e mínimo), bem como testes de associação (Qui-quadrado) e de comparação de médias (t de Student). A magnitude das associações (Phi) foi quantificada, e o tamanho do efeito nas comparações de médias (d de Cohen) foi calculado. **Resultados:** 35,5% das participantes afirmaram ter sofrido violência obstétrica em algum de seus partos. Mulheres com orientação não heterossexual relataram uma taxa de VO de 64%, contra 34% das heterossexuais. Houve uma relação entre a experiência de VO e a percepção negativa da qualidade da assistência durante o parto. **Conclusões:** Este estudo confirma a existência da VO como um fenômeno significativo na região de Maule, afetando uma em cada três mulheres pesquisadas e constituindo um importante problema de saúde pública.

INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica ha sido definida como aquella forma de violencia que experimentan las mujeres durante el embarazo, el parto o el puerperio al recibir malos tratos físicos o abusos verbales, cuando son sometidas a humillaciones, o cuando se le realizan procedimientos médicos coercitivos o no consentidos. Se trata de una forma de violencia de género que ocurre al interior del sistema de salud y que es perpetrada por parte del equipo médico que atiende a dichas mujeres. Se trata de un conjunto de prácticas

que naturalizan una relación de subordinación entre personal médico y pacientes⁽¹⁾.

Estudios previos realizados en Chile muestran que se trataría de una práctica arraigada en el sistema de salud, tanto público como privado, y que dada su magnitud constituiría un importante problema de salud pública⁽²⁻⁵⁾. Del mismo modo, se ha podido observar el efecto diferencial de dicha violencia en grupos específicos como mujeres migrantes, afrodescendientes, sexogénero diversas⁽⁴⁾ o con discapacidad⁽⁶⁾. Lo anterior expresaría el carácter interseccional

de esta forma específica de violencia contra las mujeres y su entrecruce con determinantes sociales de la salud.

También se ha mostrado de modo significativo el impacto que la violencia obstétrica tiene en las mujeres^(1, 7, 8), y que incluye importantes consecuencias físicas (dolor físico de carácter agudo o crónico), profundas transformaciones en su autoimagen y autoestima, y efectos emocionales como temor arraigado a exponerse nuevamente a la atención específica de salud (por temor a que se traspasen límites), así como a la pérdida general de confianza en el sistema médico, dada la sensación de ser anuladas, infantilizadas o consideradas un objeto⁽⁹⁾, con la consiguiente pérdida de autonomía que ello conlleva.

Diversos estudios han mostrado que se trata de una práctica generalizada y que ocurre en contextos muy diversos en todo el mundo^(10, 11) y cuya magnitud real recién estamos conociendo. De allí que la Organización Mundial de la Salud (OMS) haya realizado recomendaciones específicas para cuidados durante el parto, de modo de producir una experiencia positiva de parto⁽¹²⁾. Del mismo modo, una serie de importantes referentes disciplinares para la práctica obstétrica han realizado indicaciones específicas con vistas a erradicar la violencia de la práctica médica previo, durante y con posterioridad al parto⁽¹³⁻¹⁵⁾. En nuestro país también están disponibles una serie de recomendaciones por parte del Ministerio de Salud, referidas a la atención personalizada del proceso reproductivo⁽¹⁶⁾ y en que, incluso, se limitan (realización de episiotomía) o proscriben algunas intervenciones (maniobra de Kristeller) realizadas con carácter rutinario hasta nuestros días.

Se trata de una forma de violencia que parece ser mucho más frecuente de lo que podríamos imaginar, ya que se encuentra subestimada debido a la naturalización de ciertas prácticas en los equipos médicos^(17, 18) y la dificultad para reconocerlo y nombrarla por parte de las pacientes⁽⁷⁾. De allí la controversia al interior de los propios gremios de la salud respecto de asumir o no su existencia y problematizar las propias prácticas.

Si bien el problema de la violencia obstétrica

se está estudiando recientemente en Chile^(2, 8, 19), cada día hay más estudios que abordan esta importante problemática y que dan cuenta de la necesidad de contar con cifras oficiales sobre la magnitud del fenómeno. A falta de ellas, resulta importante indagar las percepciones de violencia obstétrica, que sigue siendo subestimada dado lo naturalizada que se encuentra en nuestro país. La importancia de atender este fenómeno se vincula con la reciente promulgación en Chile de la Ley 21.675, la que pretende contribuir a prevenir, sancionar y erradicar la Violencia en Contra de las Mujeres, la cual incluye explícitamente la violencia obstétrica como una forma de violencia de género que debe ser reconocida, visibilizada y sancionada⁽²⁰⁾.

Según lo descrito, el objetivo de este estudio fue conocer los niveles de violencia obstétrica (VO) percibidos por una muestra de mujeres en la Región del Maule, Chile, y vincularla con la percepción de calidad de atención, con el fin de contribuir a dimensionar la magnitud de este fenómeno en un territorio marcado por profundas desigualdades sociales e importantes brechas socioeconómicas. De acuerdo con datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional⁽²¹⁾, se observa un predominio de mujeres (108,3 por cada 100 hombres), y un 35,3% de los hogares corresponde a hogares monoparentales. Es la cuarta región más pobre del país y la que registra la mayor tasa de analfabetismo (6,2%), significativamente superior al promedio nacional (3,1%). Según el informe del PNUD, se ubica entre las tres regiones con peores indicadores de desarrollo humano⁽²²⁾, además de presentar cifras alarmantes en materia de derechos humanos de las mujeres, como una alta tasa de violencia en contexto de pareja (621,95 por cada 50 mil mujeres)⁽²³⁾ y elevados niveles de intervencionismo y violencia en la atención del parto⁽²⁴⁾.

MATERIAL Y MÉTODO

Tipo de estudio y unidad de análisis: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal con aquellas mujeres que reportaron haber atendido su parto en un hospital público o privado de la Región del Maule, y que se incluían en la base de datos del 1er estudio Regional

sobre Derechos Sexuales, Reproductivos y Violencia de Género⁽²⁵⁾ desarrollado entre julio y septiembre del año 2023, por el Observatorio sobre Derechos Sexuales, Reproductivos y Violencia de Género de la ONG Matria Fecunda en alianza con la Universidad de Talca.

Los criterios de exclusión fueron: dar a luz en casa o en un hospital fuera de la Región del Maule y no completar el 80% o más del cuestionario.

Población y muestra: El estudio se difundió entre mujeres de la región con la ayuda de diversas agrupaciones y grupos, quienes se encargaron de distribuir el cuestionario enviando el enlace del cuestionario a través de redes sociales como WhatsApp o Facebook. Según el 1er estudio, el total de mujeres que reportaron partos en establecimientos públicos y privados fue 474, correspondiente a un 42% de la muestra total y sobre la que realizamos este reporte. De ellas no se recogieron datos personales, IP o dirección de correo electrónico, que pudieran comprometer la identidad de las participantes, y responder al cuestionario implicaba dar el consentimiento. Las participantes fueron informadas de estos aspectos antes de responder voluntariamente al cuestionario y la encuesta se mantuvo en línea durante 3 meses.

Recolección de datos: De los datos recolectados, mediante un cuestionario online (SurveyMonkey[©]), para el presente estudio solo se utilizaron las preguntas correspondientes a las siguientes variables: a) violencia obstétrica (¿Siente que alguna vez ha experimentado violencia obstétrica?); b) reporte de las prácticas obstétricas desaconsejadas que les fueron realizadas durante el parto (monitoreo fetal continuo, episiotomía, maniobra de Kristeller, ruptura artificial de membrana, enema, rasurado genital, posición de litotomía e impedimento de comer o beber agua); c) autonomía percibida (Siento que he podido tomar libremente decisiones durante mis partos, opciones de respuesta Si/No) y d) percepción de calidad de la atención recibida durante el parto (preguntas referidas a los niveles de información recibida sobre los procedimientos realizados y sobre ventajas y riesgo de los mismos, solicitud de consentimiento informado, y valoración de su experiencia de parto, todas ellas con opciones

de respuesta que van entre 1= Totalmente en desacuerdo y 6= Totalmente de acuerdo). Del mismo modo, se utilizaron variables de interés para relacionarlas con VO, tales como: grupos de edad (18-29 años, 30-44 años, 45-59 años y mayores de 60 años) y orientación sexual (¿Cuál es su orientación sexual? (opciones: heterosexual, lesbiana, bisexual). Para esta última pregunta se agruparon las respuestas lesbiana y bisexual (no heterosexual), de modo de aumentar el tamaño muestral y permitir realizar comparaciones estadísticas.

Control de calidad de los datos: Dado que la mayoría de las variables analizadas eran ítems únicos, preguntas dicotómicas o ítems aislados en escala de 1 a 6, no se aplicó la confiabilidad interna tradicional (α de Cronbach). Para la dimensión formada por varios ítems (percepción de calidad, compuesta por 7 ítems en formato Likert), se evaluó la estructura dimensional mediante análisis factorial exploratorio (KMO= .895, prueba de Bartlett $p < .001$), siendo la escala unidimensional (64,39% de la varianza explicada por dicho factor) y la consistencia interna se estimó mediante el coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha= .87$). La base de datos fue depurada eliminando casos incompletos y detección de respuestas inconsistentes o de baja calidad (respuestas homogéneas a todas las preguntas).

Ánalisis de datos: Al utilizar los cuestionarios de aquellas personas que habían completado íntegramente las preguntas de interés, no se realizó ningún tipo de imputación de datos. Estos se procesaron y analizaron con el programa estadístico SPSS v.29. Se realizó análisis descriptivo (frecuencia, porcentaje o media, desviación estándar, máximo y mínimo) según la naturaleza de la variable. Adicionalmente se realizaron pruebas de asociación (Chi cuadrado) y comparaciones de medias (t de Student). Se cuantificó la magnitud de las asociaciones (Φ) y se calculó el tamaño del efecto para el caso de las comparaciones de medias (d de Cohen).

Aspectos éticos: El presente estudio utilizó datos secundarios proporcionados por la organización Matria Fecunda, previa autorización formal para su uso con fines de investigación. Conforme a lo informado por el Comité de Ética

de la Universidad de Talca, no correspondía someter el estudio a evaluación ética, dado que no se recolectaron datos primarios adicionales (Protocolo 39/2023). El consentimiento informado fue obtenido en línea al momento de la aplicación del cuestionario, e incluyó la autorización expresa para el uso de la información con fines investigativos. Los datos fueron completamente anonimizados antes de su entrega y se encuentran almacenados en un disco duro encriptado, resguardado por el autor de correspondencia en la Universidad de Talca, donde permanecerán bajo custodia por un período de cinco años.

RESULTADOS

Caracterización territorial de las mujeres (Tabla 1):

En términos territoriales, la mayor proporción de respuestas proviene de la provincia de Talca ($f= 284 / 60,4\%$), especialmente de la comuna de Talca, que concentra el 19,15% de los casos que reportaron haber experimentado violencia obstétrica y el 22,77% de quienes no la experimentaron. En la provincia de Curicó, la comuna de Curicó registra el 5,53% y el 12,55% de los casos, respectivamente. En Linares destacan las comunas de Linares (0,85% y 3,19%) y San Javier (0,64% y 2,98%), mientras que en Cauquenes la participación fue menor. Además, se observan registros dispersos en las comunas de Rauco, Sagrada Familia, Vichuquén, Retiro, Chanco y Pelluhue. En total, el 35,5% de las mujeres señaló haber experimentado violencia obstétrica y el 64,5% no lo hizo. Se observa una sobrerepresentación de las comunas urbanas ($f= 388 / 82,5\%$) y de mayor densidad poblacional, en contraste con una participación más reducida en localidades rurales ($f= 82 / 17,5\%$).

Características sociodemográficas de las mujeres: Sus edades fluctuaron entre 19 y 72 años (Media= 42,83 / Desviación Típica= 10,24). La mayoría ($f= 468 / 98,7\%$) eran chilenas, 25 (5,3%) se consideraba parte de algún pueblo originario, 8 (1,7%) se identificaron como afrodescendientes y 26 (5,5%) informó una orientación no heterosexual. Así mismo, 227 (47,9%) se consideró religiosa, 275 (58%) estaba casada o conviviendo actualmente con una pareja y 10 (2,1%) presentaba alguna situación de dis-

capacidad permanente.

Según el nivel de estudios, la mayor parte de las mujeres tenía un alto nivel educacional: 233 (49,2%) informó educación universitaria completa o incompleta, 86 (18,1%) tenía estudios de postgrado, 132 (27,8%) con educación media completa y 23 (4,8%) con educación básica incompleta o completa, o media incompleta.

Violencia obstétrica según edad y orientación sexual:

La totalidad de las mujeres había tenido al menos un parto (48%) y 167 (35,5%) afirmó haber experimentado violencia obstétrica en alguno de sus partos. Se observan diferencias para los distintos grupos de edad, donde las mujeres más jóvenes son las que reportan en mayor proporción este tipo de experiencias (53%), seguidas de las mujeres entre 30 a 44 años de edad (38%), de las de 45 a 59 años (31%) y de las mayores de 60 años (21%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2_{(3)} = 9,93 / p = .019 / \phi = .15$).

De igual forma, la prevalencia del 35,5% de VO aumentó en atención a las diferencias por orientación sexual ($\chi^2_{(1)} = 6,74 / p = .02 / \phi = -.11$). Las mujeres asociadas con orientación sexual no heterosexual reportaron una mayor tasa de violencia obstétrica, con una proporción del 64%, en contraposición a las mujeres que se identifican como heterosexuales, las que presentan una proporción del 34%.

Violencia obstétrica según autonomía percibida y prácticas obstétricas desaconsejadas durante el parto:

Al analizar la relación entre los reportes de VO y la autonomía percibida durante el parto, encontramos una asociación significativa ($\chi^2_{(5)} = 126,73 / p < .001 / \phi = .52$) entre dichas variables. Las mujeres que afirmaron haber experimentado VO expresaron menores niveles de autonomía percibida al tomar decisiones durante el parto en comparación con aquellas que no reportaron haber experimentado VO.

Cuando se consultó por algunas prácticas obstétricas desaconsejadas que se les realizaron durante el parto (Tabla 2), los hechos más reportados y que sobrepasan el 35,5% de las mujeres que reportan haber vivido violencia obstétrica son: monitoreo fetal continuo (61,7%), rasurado genital (56,9%), impedimento de comer o beber agua (51,5%), la episiotomía (47,3%) y la maniobra de Kristeller (44,3%).

Tabla 1. Distribución de las mujeres participantes según provincia, comuna y violencia obstétrica, julio a septiembre 2023 (n= 474).

Provincia	Comuna	Si experimentó VO		No experimentó VO	
		f	%	f	%
Curicó	1 Curicó	26	5,53	59	12,55
	2 Hualañé	3	0,64	8	1,70
	3 Licantén	2	0,43	4	0,85
	4 Molina	2	0,43	7	1,49
	5 Rauco	0	0,00	1	0,21
	6 Romeral	1	0,21	3	0,64
	7 Sagrada Familia	0	0,00	2	0,43
	8 Teno	2	0,43	3	0,64
	9 Vichuquén	0	0,00	3	0,64
Talca	10 Curepto	2	0,43	3	0,64
	11 Empedrado	1	0,21	2	0,43
	12 Maule	13	2,77	22	4,68
	13 Pelarco	0	0,00	5	1,06
	14 Pencahue	1	0,21	2	0,43
	15 Río Claro	1	0,21	1	0,21
	16 San Clemente	1	0,21	3	0,64
	17 San Rafael	2	0,43	1	0,21
	18 Constitución	4	0,85	23	4,89
	19 Talca	90	19,15	107	22,77
Linares	20 Colbún	1	0,21	0	0,00
	21 Linares	4	0,85	15	3,19
	22 Longaví	1	0,21	1	0,21
	23 Parral	2	0,43	1	0,21
	24 Retiro	0	0,00	0	0,00
	25 San Javier	3	0,64	14	2,98
	26 Villa Alegre	2	0,43	1	0,21
	27 Yerbas Buenas	1	0,21	8	1,70
Cauquenes	28 Cauquenes	0	0,00	3	0,64
	29 Chanco	1	0,21	1	0,21
	30 Pelluhue	1	0,21	0	0,00
Total		167	35,5%	303	64,5%

Tabla 2. Violencia Obstétrica y prácticas obstétricas desaconsejadas realizadas a mujeres durante el parto, Región del Maule, julio a septiembre 2023 (n= 474).

Prácticas obstétricas realizadas durante el parto	Si experimentó VO (167)		No experimentó VO (303)		X2	Valor p (sig)	Phi (φ)
	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)			
Le impidieron comer alimentos o beber agua	51,5%	48,5%	38,6%	61,4%	7,28	p = ,007	0,12
Le impidieron moverse libremente	43,1%	56,9%	20,8%	79,2%	26,2	p < ,001	-0,24
Le realizaron un rasurado genital	56,9%	43,1%	52,1%	47,9%	0,974	p = ,324	-0,05
Le realizaron un enema (lavado intestinal)	30,5%	69,5%	30,0%	70,0%	0,013	p = ,909	0,00
Le realizaron un corte (episiotomía)	47,3%	52,7%	33,3%	66,7%	8,89	p = ,003	0,14
Le rompieron artificialmente la bolsa de líquido amniótico (rotura artificial de membrana)	42,5%	57,5%	17,5%	82,5%	34,7	p < ,001	-0,27
Le presionaron su abdomen (Maniobra de Kristeller)	44,3%	55,7%	25,7%	74,3%	16,96	p < ,001	0,19
Le realizaron un monitoreo fetal continuo	61,7%	38,3%	60,1%	39,9%	0,117	p = ,732	-0,02

En referencia a las diferencias en el reporte de estas prácticas entre los grupos de distinta orientación sexual no encontramos diferencias significativas en ellas, salvo para el caso del enema ($\chi^2_{(1)} = 8,93 / p = ,003 / \phi = ,14$), siendo la proporción del grupo de mujer no heterosexuales del 4% y la del grupo de mujeres heterosexuales del 31%. Para el caso de la edad se detectó una asociación significativa estadísticamente con los diferentes procedimientos. Observamos diferencias en el impedimento de comer alimentos o beber agua ($\chi^2_{(3)} = 10,48 / p = ,015 / \phi = ,15$), siendo los grupos intermedios (30-44 y 45-59 años) los que reportaron más restricciones. Estas diferencias se repiten en el mismo sentido para el caso del rasurado genital ($\chi^2_{(3)} = 32,58 / p < ,001 / \phi = ,26$), el enema o lavado intestinal ($\chi^2_{(3)} = 67,96 / p < ,001 / \phi = ,38$) y el monitoreo fetal continuo ($\chi^2_{(3)} = 1,80 / p = ,005 / \phi = ,16$).

En cualquier caso, podemos observar que hay prácticas que parecen comunes a todas las mujeres, tales como el monitoreo fetal continuo ($p = ,732$), la realización de enema ($p = ,909$) y el rasurado genital ($p = ,324$). Para todos los otros procedimientos existe una asociación significativa con el hecho de afirmar haber experimentado VO. La tabla anterior nos indica también cómo muchas de las mujeres que afirman no haber experimentado violencia obstétrica presentan altos porcentajes en varios de los procedimientos contraindicados para una experiencia positiva de parto: monitoreo fetal continuo (52,1%), rasurado genital (60%), impedimento de comer o beber agua (38,6%), realización de episiotomía (33,3%), uso de enema (30%), y presión sobre el abdomen o maniobra de Kristeller (25,7%), impedimento de moverse libremente (20,8%) y rotura artificial de membrana (17,5%). Lo anterior podría indicar la posibilidad de un subreporte de la violencia obstétrica. De hecho, un 59,3% de las participantes reporta que le practicaron al menos tres de las prácticas mencionadas (siendo la media de 3.1).

Violencia Obstétrica y percepción de la calidad de la atención durante el parto (Tabla 3): Los resultados indican diferencias significativas en-

tre quienes experimentaron VO y quienes no la experimentaron en todas las categorías evaluadas, indicando, como resulta esperable, una relación entre la experiencia de VO y la percepción negativa de la calidad de la atención durante el parto.

De este modo, las participantes que experimentaron VO reportan haber recibido menos información sobre los procedimientos (ventajas y riesgos) y no haber sido consultadas sobre los mismos, siendo su evaluación general significativamente menos positiva.

DISCUSIÓN

En este estudio constatamos la presencia de VO en una de cada tres mujeres que formaron parte de la muestra. Lo anterior refleja que se trata de un importante problema de salud pública en la Región del Maule, aunque los reportes son inferiores a los encontrados en otros estudios nacionales^(2, 5, 26) o internacionales^(27, 28). De hecho, estas cifras podrían ser aún mayores, dado el alto número de mujeres que reporta haber experimentado ciertos procedimientos contraindicados o derechamente proscritos durante la atención del parto, sin que estos sean asociados con VO.

Esta subestimación de la VO puede deberse a que se encuentra profundamente naturalizada, tanto al interior del sistema de salud como por las mismas usuarias de este. De hecho, si nos centramos en los reportes por grupo de edad observaremos que para las personas mayores el reconocimiento de la violencia podría resultar más complejo en comparación con las mujeres más jóvenes. La prevalencia de VO para el grupo más joven sobrepasa el 50% y en el grupo de mayor edad un 20,6% reporta haberla experimentado. Lo anterior nos indicaría de la capacidad que tienen las nuevas generaciones para reconocer dicha forma específica de violencia⁽²⁾. Probablemente ellas conocen el término y sus alcances, cuestión que para quienes son mayores podría no operar del mismo modo⁽²⁹⁾.

Tabla 3. Percepción de la calidad con respecto a la atención durante el parto y relación con haber experimentado o no VO en mujeres de la Región del Maule.

Ítems sobre percepción de la calidad con respecto a la atención durante el parto	Si experimento VO (167)		No experimento VO (303)		t de Student	[IC 95%]	Valor p	Tamaño del efecto d
	M (dt)	M (dt)	M (dt)	M (dt)				
Durante mi(s) partos se me ha entregado información clara y precisa sobre cada uno de los procedimientos antes de realizarlos	2.82 (1.49)	4.74 (1.71)	-13.91	[-2.18, -1.65]	p < .001	-1.39		
Durante la atención de mi(s) parto(s) se me ha solicitado firmar un consentimiento antes de mi ingreso	3.99 (1.70)	4.53 (1.77)	-3.45	[-.84, -.23]	p = .001	-.33		
Durante mi embarazo el equipo de salud me ha explicado claramente las ventajas y riesgos de las diferentes formas de parto	2.77 (1.56)	4.59 (1.48)	-12.50	[2.11, -1.53]	p < .001	-1.15		
Durante la atención de mi parto se me ha solicitado consentimiento verbal o escrito antes de realizar cualquier procedimiento	3.05 (1.63)	4.61 (1.48)	-9.57	[-1.75, -1.17]	p < .001	-.94		
Considero que he tenido un acceso adecuado a los servicios de salud durante mi embarazo	4.18 (1.51)	5.15 (1.08)	-7.30	[-1.21, -0.73]	p < .001	-.77		
Calificaría mi experiencia durante la atención de mi parto como excelente	2.94 (1.44)	4.77 (1.28)	-13.65	[-2.08, -1.57]	p < .001	-1.49		

Es importante resaltar que algunas de las mujeres que han sido gestantes informan haber experimentado diversas restricciones y prácticas invasivas, aunque no reconocen haber sufrido violencia obstétrica. Esta situación contribuye a la catalogación de dichas restricciones y prácticas invasivas como un hecho "normal" o "natural", lo que resulta en su invisibilidad como problema de salud pública^(30, 31). De hecho, las diferencias que se constatan en este estudio entre los diversos grupos de edad en las prácticas concretas como la episiotomía, la maniobra de Kristeller o rotura artificial de membrana, dan cuenta de la mayor prevalencia de estas en los grupos de edad intermedia, lo que podría indicar que son prácticas que se han venido tornando rutinarias, pero que las mujeres más jóvenes evitan activamente al asociarlas a VO. Existe evidencia que el tratamiento farmacológico del dolor, la monitorización fetal continua y la episiotomía se asocian con menor satisfacción en los partos^(30, 32). Comparados con aquellos datos, esta investigación ilustra la persistencia de prácticas de VO y su consecuente impacto sobre la valoración negativa que las mujeres hacen de las mismas, a pesar de los esfuerzos institucionales por contrarrestarlo. Por este motivo, resaltamos el valor de nombrar este tipo de violencia no sólo para la mejora de las prácticas sanitarias, sino también para la agencia en salud y derechos de las mujeres.

En esta dirección hemos ratificado el vínculo existente entre la VO y la limitación de la capacidad de las mujeres para tomar decisiones libremente. De allí que en general podemos considerar que lo que la VO causa en quien la experimenta es una sensación de vulneración de su autonomía y su capacidad de decisión. Lo anterior constituye una grave violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, los cuales incluyen el derecho a tomar decisiones libres y responsables sobre su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, sin violencia ni discriminación⁽³¹⁾. Cuando se ejerce VO se priva a las mujeres gestantes de su capacidad de tomar decisiones durante el parto, violando estos derechos fundamentales y arrebatándoles el derecho que tienen de ocupar el centro en la escena del parto. Esto es, no se debería tratar

de un asunto médico (ya que no constituye una patología), sino un evento que debería resultar en el menor número de intervenciones posibles, sobre todo cuando estas son violentas o resultan contraindicadas, cuando la mujer no entiende por qué resulta medicamente necesario o, derechosamente, contraviene sus deseos⁽³²⁻³⁴⁾. Resulta fundamental volver a poner en el centro de la atención los deseos y preocupaciones de las mujeres durante su parto. Informar de modo adecuado los riesgos y beneficios de ciertas prácticas, incluirlas en el proceso de toma de decisiones explicando apropiadamente las alternativas existentes, solicitar su consentimiento explícito respecto de algunos procedimientos invasivos y fortalecer su autonomía en vez de anularlas. La atención apropiada del parto es un derecho de las mujeres, no una prerrogativa médica.

Del mismo modo, hemos constatado el importante rol que juegan algunas variables como la orientación sexual^(35, 36) y los potenciales sesgos asociados a ella a la hora de explicar los reportes diferenciales entre grupos. Existen diversos estudios que muestran cómo la VO opera de forma interseccional^(37, 38), esto es, existen múltiples niveles de injusticia social que se solapan en este fenómeno permitiendo que aquellas mujeres que pertenecen además a alguna otra categoría socialmente relevante para jerarquizar el mundo social, se vean aún más expuestas a esta forma de violencia, reflejando relaciones de poder desiguales y jerárquicas que aumentan la opresión.

Nos parece relevante el análisis generacional de que mujeres jóvenes identifiquen prácticas de violencia obstétrica que podrían estar reconfigurando sus experiencias en un marco de derechos humanos, así como también facilitando que mujeres mayores resignifiquen sus memorias dotándolas de inteligibilidad en el diálogo intergeneracional⁽³⁹⁾. Ahí reside el poder de nombrar las experiencias para darles sentido y poder elaborarlas.

Entre las limitaciones de este estudio cabe señalar el carácter no probabilístico, del muestreo, lo que no permite generalizar estos hallazgos. Lo anterior se hace evidente, por ejemplo, por el hecho de que, en términos territoriales, la muestra

se concentró principalmente en las comunas urbanas y más pobladas de la región, mientras que las zonas rurales tuvieron una participación más reducida. Esta sobrerepresentación constituye un aspecto a considerar, ya que puede haber limitado la diversidad de experiencias incluidas en el estudio. A ello se suma la baja representación de mujeres que se identifican con grupos específicos, como pueblos originarios, afrodescendientes, diversidades de género, personas en situación de discapacidad o con menor nivel educacional, lo que impidió realizar análisis estadísticos sobre estas variables. Futuros estudios deberán subsanar estas limitaciones para ofrecer una comprensión más amplia y representativa del fenómeno. Con todo, estos resultados nos parecen relevantes en tanto nos permiten acercarnos a un fenómeno muchas veces negado y silenciado.

CONCLUSIONES

Este estudio confirma la existencia de violencia obstétrica (VO) como un fenómeno significativo en la Región del Maule, afectando a una de cada tres mujeres encuestadas, lo que lo constituye como un importante problema de salud pública. Del mismo modo, existe una aparente subestimación del fenómeno que podría explicarse por la naturalización de prácticas invasivas y coercitivas que muchas mujeres no reconocen como violencia. La diferencia generacional observada en la identificación de VO refuerza esta hipótesis: mientras las mujeres más jóvenes exhiben una mayor capacidad para reconocer y nombrar estas experiencias desde una perspectiva de derechos, las mayores tienden a normalizarlas.

En relación con la calidad de la atención, los resultados muestran una clara asociación entre la percepción de VO y evaluaciones más negativas de la atención recibida. Es decir, a mayor nivel de violencia obstétrica percibida, menor valoración de la calidad de los servicios. Esta relación refuerza la importancia de comprender la VO no solo como una vulneración de derechos, sino también como un determinante que incide directamente en la satisfacción y confianza de las mujeres hacia el sistema de salud.

Financiamiento: Los autores agradecen el financiamiento otorgado por ANID, a través del proyecto InES-Género INGE210025 y el apoyo del Observatorio sobre Derechos Sexuales, Reproductivos y Violencia de Género de la ONG Matria Fecunda.

Conflictos de intereses: Los autores refieren que no existe conflicto de intereses.

Agradecimientos: A todas las mujeres que participaron de este estudio, por su tiempo y dedicación, y por ayudarnos a visibilizar un problema de profundas consecuencias en sus vidas. A todos quienes nos ayudaron a difundir la encuesta y sus resultados.

Participación de autores:

Manuel Cárdenas-Castro: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de datos, análisis e interpretación de los resultados, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.

Cristina Valenzuela-Contreras: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de datos, redacción del manuscrito, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.

Claudia Darricarrere-González: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de datos, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.

Catalina Arellano-Ramírez: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de datos, análisis e interpretación de los resultados, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.

Vaitiare De-La-Fuente-Rojas: Concepción y diseño del trabajo, recolección/obtención de datos, análisis e interpretación de los resultados, revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.

Declaración sobre uso de Inteligencia Artificial (IA): En el desarrollo de este manuscrito, los autores no utilizaron IA.

REFERENCIAS

1. Cárdenas M, Salinero S. Impacto y consecuencias de la violencia ginecológica en la vida de las mujeres. Rev Obstet Ginecol Venez [Internet]. 2023 [citado 8 jul 2024]; 83(1): 54-66. Disponible en: <https://doi.org/10.51288/00830109>.

2. Cárdenas M, Salinero S. Violencia obstétrica en Chile: Percepción de las mujeres y diferencias por tipo de centro de asistencia. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2022 [citado 8 jul 2024]; 46: e24. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.24>
3. Salinero S, Cárdenas M. Violencia ginecológica y silencio al interior del Modelo Médico en Chile. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2021 [citado 8 jul 2024]; 81 (3): 226-238. Disponible en: <https://doi.org/10.51288/00810306>
4. Cárdenas M, Salinero S. The continuum of violence against women: Gynecological violence within the medical model in Chile. *Sexual & Reproductive Healthcare* [Internet]. 2023 [citado 8 jul 2024]; 37: 100891. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2023.100891>
5. Salinero S, Vargas D, Cárdenas M. Segunda Encuesta Nacional sobre Violencia Ginecológica y Obstétrica en Chile. Síntesis de resultados [Internet]. Colectiva contra la violencia ginecológica y obstétrica; 2023 [citado 8 jul 2024]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/371967054_2da_Encuesta_sobre_Violencia_Ginecologica_y_Obstetrica_en_Chile_Informe_de_Resultados
6. Rodríguez P, Yupanqui A, Valenzuela C. Gynecobstetric violence and its impact on the mental health of women with disabilities: a case study in Chile. *J Gen Stud* [Internet]. 2024 [citado 8 jul 2024]; 1-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09589236.2024.2366960>
7. Cárdenas M, Salinero S. Loss of autonomy, legitimization of violence, transgression of intimacy and fear of abuse. A thematic analysis of stories of gynecological violence and its consequences. *Fem Psychol* [Internet]. 2024 [citado 8 jul 2024]; 34 (3): 403-423. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/09593535241242551>
8. Salinero S. "Fue un terremoto". Violencia obstétrica y relatos de mujeres en Chile. *Debate Feminista* [Internet]. 2021 [citado 8 jul 2024]; 62: 142-166. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2594066X2021000200142&script=sci_arttext
9. Ulloa-Martínez JB, Acosta L, Sandoval B, Villar J. Prácticas y experiencias de violencia obstétrica y gineco-obstétrica como violencia de género en Chile. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2022 [citado 8 jul 2024]; 24(2): 1-7. Disponible en: <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n2.98604>
10. Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E, et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet* [Internet]. 2019 [citado 8 jul 2024]; 394(10210): 1750-1763. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)
11. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chillerón MJ. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 8 jul 2024]; 17(21): 7726. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
12. OMS. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva [Internet]. 2018 [citado 8 jul 2024]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR18.12-spa.pdf>
13. ACOG. Committee Opinion No. 766 Summary: Approaches to Limit Intervention During Labor and Birth. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2019 [citado 8 jul 2024]; 133(2): 406-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003074>
14. Miller S, Lalonde A. The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother-baby friendly birthing facilities initiative. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2015 [citado 8 jul 2024]; 131: 49-52. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.005>
15. International Federation of Gynecology And Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, WHO, International Federation of Gynecology and Obstetrics. Mother-baby friendly birthing facilities. *Int J Gynaecol Obstet* [Internet]. 2015 [citado 8 jul 2024]; 128(2): 95-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.10.013>
16. Ministerio de Salud de Chile. Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo. Departamento Ciclo Vital División Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública [Internet]. 2008 [citado 8 jul 2024]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/795c688fd24acd68e04001011e013fb.pdf>
17. Castro R. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Rev mex sociol* [Internet]. 2014 [citado 8 jul 2024]; 76(2): 167-197. Disponible en: <chrome://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v76n2/v76n2a1.pdf>
18. Castro R, Erviti J. Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos [Internet]. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias Universidad Nacional Autónoma de México; 2015 [citado 8 jul 2024]. Disponible en: https://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20170511032438/pdf_1464.pdf

19. Sadler M, Santos M, Ruiz-Berdum D, Leiva-Rojas G, Skoko E, Guillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters* [Internet]. 2016 [citado 5 ago 2025]; 24(47): 47-55. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
20. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (BCN). Ley N.º 21.675, que estatuye medidas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia en contra de las mujeres, en razón de su género [Internet]. 2024 [citado 8 jul 2024]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1204220>
21. Ministerio de Desarrollo Social (Chile). Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2015 [Internet]. 2015 [citado 8 jul 2024]. Disponible en: <https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/encuesta-casen-2015>
22. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Desiguales. Orígenes, cambios y desafíos de la brecha social en Chile [Internet]. Uqbar Editores; 2018 [citado 8 jul 2024]. Disponible en: <https://www.undp.org/es/chile/publicaciones/desiguales-origenes-cambios-y-desafios-de-la-brecha-social-en-chile>
23. Red Chilena Contra la Violencia hacia las Mujeres. Dossier informativo 2022-2023. Violencia contra las mujeres en Chile [Internet]. 2023 [citado 8 jul 2024]. Disponible en: <https://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/wp-content/uploads/2023/08/DOSSIER-2023.pdf>
24. González C, Valenzuela C. Parir y nacer en una región de Chile: radiografía de la desigualdad [Internet]. CIPER; 2023 [citado 8 jul 2024] Disponible en: <https://www.ciperchile.cl/2023/05/25/parir-y-nacer-en-una-region-de-chile-radiografia-de-la-desigualdad/>
25. Observatorio sobre Derechos Sexuales, Reproductivos y Violencia de Género. Primera Encuesta sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en la Región del Maule. Informe de Resultados [Internet]. ONG Matria Fecunda; 2024 [citado 8 sep 2025]; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/387539453_Primer_Informe_sobre_Derechos_Sexuales_y_Reproductivos_en_la_Region_del_Maule
26. Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO). Resultados Primera Encuesta de Nacimiento en Chile [Internet]. 2018 [citado 5 ago 2025]. Disponible en: <https://ovochile.cl/destacados/descarga-resultados-primer-a-encuesta-sobre-el-nacimiento-en-chile/>
27. Scandura C, Zapparella R, Policastro M, Continisio G, Ammendola A, Bochicchio B, et al. Obstetric violence in a group of Italian women: socio-demographic predictors and effects on mental health. *Cult Health Sex* [Internet]. 2021 [citado 5 ago 2025]; 24(11): 1466-1480. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13691058.2021.1970812>
28. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch A, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric violence in Spain (Part II): interventionism and medicalization during birth [Internet]. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citado 5 ago 2025]; 18(1): 199. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/ijerph18010199>
29. Castro R, Frías S. Violencia obstétrica y ciencias sociales. *Estudios críticos en América Latina*. Cuernavaca: CRIM, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2022. 292 pp.
30. Rodríguez-Mir J, Martínez-Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gac Sanit* [Internet]. 2021 [citado 8 sep 2025]; 35(3): 211-212. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
31. Özer E, Sevimli-Güler D. Invisible wounds of childbirth; women's experiences of obstetric violence: a phenomenological qualitative study. *Reprod Health* [Internet] 2025 [citado 8 sep 2025]; 22, 148: 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12978-025-02109-8>
32. Weeks F, Pantoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada G, Binfá L. Labor and Birth Care Satisfaction Associated With Medical Interventions and Accompaniment During Labor Among Chilean Women. *J Midwifery Womens Health* [Internet]. 2017 [citado 8 jul 2024]; 62(2): 196-203. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jmwh.12499>
33. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Lineamientos de atención en los servicios de salud que consideran el enfoque diferencial de género y no discriminación para personas LGBTI [Internet]. 2019 [citado 8 jul 2024]; Disponible en: <https://colombia.unfpa.org/es/publications/lineamientos-atencion-servicios-salud-enfoque-genero>
34. Suárez JC, Martínez N, Panarese P. Formas latentes y manifiestas de violencia contra las mujeres en el parto. In: *Cartografía de los micromachismos: dinámicas y violencia simbólica* [Internet]. 2021 [citado 8 jul 2024]; 469-85. Disponible en: https://www.jstor.org/stable/j.ctv1ks0f4w?turn_away=true
35. Cardoso PFG, Shimizu MA. Obstetric violence and LGBTQIA+phobia: interlaced oppressions and violations. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2024 [citado 8 jul 2024]; 29(4): e20072023. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232024294.20072023>
36. Basualto MJ, Zúñiga J, Cárdenas C. La consulta ginecológica: un desafío para las mujeres lesbianas y bisexuales en Chile. *Musas* [Internet]. 2023 [citado

- 8 jul 2024]; 8(2): 26-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1344/musas2023.vol8.num2.3>
37. Hernández E, Rangel-Flores Y. Una mirada desde la interseccionalidad a la violencia obstétrica en mujeres indígenas. CONfines relación internaciencia política [Internet]. 2023 [citado 8 sep 2025]; 19(37): 31-48. <https://doi.org/10.46530/cf.vi37/cnfns.n37.p31-48>
38. Davis DA. Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing. *Med Anthropol* [Internet]. 2019 [citado 8 sep 2025]; 38(7): 560-573. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>
39. Abdala L. "Sé que me cortaron, pero lo olvidé inmediatamente cuando te vi". La violencia obstétrica como un nuevo marco para dotar de inteligibilidad las memorias y experiencias de los partos en la Argentina reciente. *Sex Salud Soc (Rio J)* [Internet]. 2021 [citado 8 jul 2024]; 37. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2021.37.e21203.a>



Todos los contenidos de la revista **Ciencia y Enfermería** se publican bajo una [Licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](#) y pueden ser usados gratuitamente, dando los créditos a los autores y a la revista, como lo establece la licencia