



**UNIVERSIDAD
DEL PACÍFICO**

Derecho
Facultad de Derecho

**UN COMPROMISO CON EL DERECHO A LA SALUD DE LA MUJER:
EL ROL DE LA VISIBILIZACIÓN NORMATIVA EN LA
PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA**

**Tesis presentada para optar al
Título Profesional de Abogado**

**Presentada por
Myriam del Carmen Milena Requejo Espinoza
Alejandra Guadalupe Ruiz Vélez**

Asesora: Carmen Beatriz Velazco Ramos
[0000-0002-7879-1952](tel:0000-0002-7879-1952)

Lima, julio 2025

REPORTE DE EVALUACIÓN DEL SISTEMA ANTIPLAGIO

FACULTAD DE DERECHO

A través del presente documento la Facultad de Derecho deja constancia de que la Tesis “UN COMPROMISO CON EL DERECHO A LA SALUD DE LA MUJER: EL ROL DE LA VISIBILIZACIÓN NORMATIVA EN LA PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA” presentada por la Srta. Myriam del Carmen Milena Requejo Espinoza y la Srta. Alejandra Guadalupe Ruiz Vélez, con DNI 71195937 y 76977044, respectivamente, para optar el Título Profesional de Abogado, fue sometido al análisis del sistema antiplagio Turnitin el 15 de julio del año 2025; obteniendo el siguiente resultado:




20% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado

Fuentes principales

- 18%  Fuentes de Internet
- 14%  Publicaciones
- 7%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	
hdl.handle.net		3%
2	Internet	
defensoria.gob.pe		1%
3	Internet	
bibliotecacorteldh.winkel.la		<1%
4	Internet	
burjcdigital.urjc.es		<1%
5	Internet	
www.defensoria.gob.pe		<1%
6	Internet	
tesis.pucp.edu.pe		<1%
7	Internet	
americatlnagenera.org		<1%
8	Internet	
repositorio.uchile.cl		<1%
9	Internet	
repositorio.mpd.gov.ar		<1%
10	Internet	
buenosaires.gob.ar		<1%
11	Trabajos del estudiante	
Universidad Católica de Santa María		<1%

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::1:3292153362

Fecha de entrega

8 jul 2025, 2:36 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

15 jul 2025, 10:22 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

Requejo_Myriam_Ruiz_Alejandra_Tesis_Derecho_2025.docx

Tamaño de archivo

539.1 KB

186 Páginas

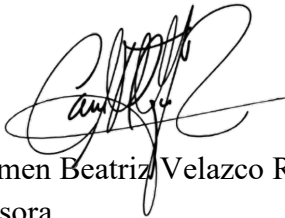
75.257 Palabras

390.571 Caracteres

De acuerdo con la política vigente, el porcentaje obtenido de similitud con otras fuentes está dentro de los márgenes permitidos.

Se emite el presente documento para los fines estipulados en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad al que pertenece el interesado.

Lima, 15 de julio de 2025



Carmen Beatriz Velazco Ramos

Asesora

ORCID: 0000-0002-7879-1952

A nuestras familias y amigos, por su respaldo constante a lo largo de este proceso.

A nuestra asesora, Carmen Velazco, por su orientación y compromiso con esta investigación.

Y a las mujeres del Perú, con la convicción de que la protección y el ejercicio pleno de sus derechos no son un privilegio, sino una obligación jurídica que les corresponde exigir.

RESUMEN

La violencia obstétrica es una manifestación de violencia de género que vulnera el derecho a la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y posparto. En el Perú, su falta de reconocimiento legal explícito contribuye a su normalización en los servicios de salud, lo que dificulta su prevención, sanción y supervisión. La presente tesis analiza el impacto de la visibilización normativa como herramienta para enfrentar esta problemática y su papel en la tutela efectiva del derecho a la salud de las mujeres en Lima Metropolitana.

Se utiliza una metodología cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas a mujeres mayores de edad que recibieron atención durante el trabajo de parto en establecimientos de salud públicos o privados, así como a profesionales del sector. El análisis temático permitió identificar prácticas recurrentes de atención deshumanizada, intervenciones sin consentimiento y desconocimiento del concepto de violencia obstétrica, tanto en usuarias como en el personal médico.

Los resultados reflejan una percepción compartida sobre el incumplimiento sistemático de los derechos de las mujeres durante el parto. Asimismo, se evidencia consenso en la necesidad de regulación explícita que permita difundir información sobre esta forma de violencia y promover su erradicación. Por tanto, se propone la figura de visibilización normativa como guía para la legislación, los protocolos de atención y la formación médica, a fin de garantizar mecanismos efectivos de protección y una atención obstétrica libre de violencia.

ABSTRACT

Obstetric violence is a manifestation of gender-based violence that infringes upon women's right to health during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. In Peru, the lack of explicit legal recognition contributes to the normalization of this issue within health services, making it difficult to prevent, sanction, and monitor. This thesis analyzes the impact of normative visibility as a tool to address this issue and its role in the effective protection of women's right to health in Lima Metropolitana.

This study applies a qualitative approach, based on semi-structured interviews with adult women who received care during labor in public or private healthcare facilities, as well as with medical staff. Thematic analysis revealed recurring patterns of dehumanized treatment, non-consensual interventions, and a general lack of awareness about obstetric violence among both women and healthcare professionals.

The results reflect a shared perception of the systematic violation of women's rights during childbirth. There is also consensus on the need for explicit regulation that would allow for the dissemination of information about this form of violence and promote its eradication. Therefore, the thesis proposes the concept of normative visibility as a guide for legislation, healthcare protocols, and medical training in order to ensure effective protection mechanisms and obstetric care free from violence.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
TABLA DE CONTENIDO	vii
ÍNDICE DE ANEXOS	x
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	1
1.2. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.2.1. PROBLEMA GENERAL	3
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	3
1.3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	4
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	4
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	4
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	4
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
2.2 MARCO CONCEPTUAL	10
2.2.1 DERECHO A LA SALUD DE LA MUJER.....	10
2.2.1.1 Marco Normativo Internacional	10
2.2.1.2 El Rol de Garante: Estado y Profesionales de la Salud.....	17
2.2.1.3 Garantía del Derecho a la Salud de la Mujer en el Perú	19
A. MARCO NORMATIVO GENERAL.....	19
B. MARCO NORMATIVO ESPECÍFICO	21
C. SUPERVISIÓN DE LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD	22
2.2.2 VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	24
2.2.2.1 La Violencia como Fenómeno Sociológico	24
2.2.2.2 La Violencia contra la Mujer.....	26
2.2.2.3 Impacto de la Violencia en la Salud.....	29
2.2.2.4 La Violencia Obstétrica como Manifestación de Violencia contra la Mujer..	30
2.2.3 LEGISLACIÓN COMPARADA SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	34
2.2.3.1 Normativa de América Latina	35
A. VENEZUELA.....	35
B. ARGENTINA	36

C. MÉXICO	38
2.2.3.2 Casuística de Organismos Internacionales	39
A. CEDAW: CASO S.F.M CONTRA ESPAÑA.....	39
B. CORTE IDH: CASOS BRITZ ARCE CONTRA ARGENTINA Y RODRÍGUEZ PACHECO CONTRA VENEZUELA	41
2.2.4 POSTURA DEL PERÚ ANTE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	46
2.2.4.1 Caso Eulogia Guzmán contra Perú	51
2.2.5 LA VISIBILIZACIÓN NORMATIVA COMO HERRAMIENTA DE TUTELA DEL DERECHO A LA SALUD DE LA MUJER.....	53
2.2.5.1 Implicancias de la Visibilización Normativa	53
2.2.5.2 Respeto del Derecho a la Salud.....	55
2.2.5.3 Respeto de los Derechos de la Mujer	56
2.2.5.4 Visibilización Normativa y Violencia Obstétrica.....	57
2.3 CONTEXTO DE INVESTIGACIÓN	58
2.3.1 CON RELACIÓN A LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER	58
2.3.2 CON RELACIÓN A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA	59
2.4 HIPÓTESIS.....	62
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	63
3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	63
3.2 POBLACIÓN DE LA MUESTRA	63
3.2.1. POBLACIÓN OBJETIVO.....	63
3.2.2. MÉTODO DE MUESTREO.....	64
3.2.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	64
3.3 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	65
3.3.1 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	65
3.3.2 ASPECTOS ÉTICOS	66
3.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	66
3.5 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	67
CAPÍTULO IV: RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	68
4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	68
4.1.1 MATRIZ DE ANÁLISIS TEMÁTICO.....	68
4.1.2 CUADRO COMPARATIVO.....	72
4.2 DISCUSIÓN BAJO FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	75

4.3 VISIBILIZACIÓN NORMATIVA COMO PUNTO DE PARTIDA.....	79
4.3.1 LEGITIMACIÓN DE DERECHOS Y PERSISTENCIA DE LA VIOLENCIA ..	79
4.3.2 RECONFIGURACIÓN DE LA PRÁCTICA OBSTÉTRICA.....	81
4.3.3 RESPONSABILIDAD ESTATAL Y VACÍO NORMATIVO	83
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	87
5.1 CONCLUSIONES GENERALES	87
5.2 RECOMENDACIONES PARA AGENTES DEL DERECHO Y LA SALUD.....	88
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
ANEXOS	106

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Tabla 1: Matriz de Análisis Temático.....	1
Anexo 2. Tabla 2: Cuadro Comparativo	17
Anexo 3. Modelo de Consentimiento Informado	25
Anexo 4. Cuestionario Auxiliar.....	26
Anexo 5. Transcripciones de Entrevistas	27

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) identifica a la violencia obstétrica como una problemática a nivel global que requiere especial cuidado y la pronta implementación de medidas efectivas que protejan a las mujeres durante las etapas del embarazo y el parto. De esta manera, resalta la importancia de garantizar la atención digna de la mujer en el proceso obstétrico, pues “en todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto [...] que amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación” (OMS, 2014, p. 1).

Así, la Organización de las Naciones Unidas (en adelante, ONU) denota la normalización de esta problemática (Naciones Unidas, 2019), pues en la actualidad, la población puede verse influenciada por los estereotipos de género y desinformación, con lo cual dichas prácticas son interiorizadas como parte de la estructura social y de salud. Esto permite a victimarios y víctimas asimilar una supuesta razonabilidad, omitiendo la formulación de un juicio propio, convirtiendo a la violencia obstétrica en una agresión invisible, oculta tras protocolos hospitalarios (Ramírez et al., 2021, p. 150).

Es así que este tipo de violencia, presentada en normativa latinoamericana 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” (Organización Panamericana de la Salud, en adelante, OPS, 2013, p. 64), no solo supone la vulneración física y psicológica de un individuo, sino que también se trata de un problema de Estado y de salud pública (Rodríguez & Martínez, 2021). De este modo, se evidencia la relevancia de las políticas vinculadas a la regulación del sistema de salud.

En ese sentido, tanto los profesionales de la salud como las propias mujeres asumen una posición generalizada basada en la costumbre, obviando dedicar un espacio de observación a la situación particular de la paciente, en especial en Estados donde predomina el paternalismo médico. De ese modo, los primeros tienden a replicar las conductas y procedimientos tradicionales, mientras que las segundas, en repetidas ocasiones, demuestran desconocer la

trascendencia de sus propios derechos, reproduciendo “actitudes de sumisión” (Soto-Toussaint, 2016).

Al igual que en otros países de la región, la Defensoría del Pueblo del Perú (en adelante, la Defensoría, 2020) reconoce a la violencia obstétrica como una problemática latente y de alta gravedad en el país. Aquella institución también ha documentado la existencia de casos en diversas regiones del país y, a su vez, recomienda la implementación de legislación destinada a informar, prevenir y sancionar estos sucesos (La Defensoría, 2020). No obstante, el Estado peruano únicamente se ha pronunciado sobre la temática de manera superficial, sobre lo cual se ahondará en capítulos siguientes.

En esa misma línea, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de la ONU (en adelante, Comité CEDAW, 2017) insta a la adopción de medidas jurídicas y normativas que protejan a las mujeres embarazadas durante el parto, sancione la violencia obstétrica y refuerce las capacitaciones del personal de la salud en la materia. Asimismo, estudios afirman que se requiere la implementación de un marco legislativo integral, la revisión de directrices de práctica clínica, la elaboración de protocolos de atención específicos (Jojoa-Tobar et al., 2019), al igual que programas o centros de apoyo dirigidos a respaldar a las víctimas y reducir la disparidad de información entre autoridades y usuarias (Rodas et al., 2022).

Así, dado que la invisibilidad social e institucional inhibe el ejercicio de los derechos humanos (Ortega, 2013), puede considerarse a la normalización de la violencia como un obstáculo para la plena garantía de los mismos, en particular, pero no exclusivamente, en los sexuales y reproductivos de las mujeres. De tal forma, la visibilización normativa constituye una parte integral en la búsqueda activa de estrategias para contrarrestar esta problemática, pues “una sociedad incluyente y diversa requiere no solo medidas de asistencia y reacción, sino también políticas de prevención y atención por parte de las autoridades con el objetivo asegurar el pleno goce y vigencia de los derechos humanos de todas las personas” (Ortega, 2013, p. 4).

1.2. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

Siguiendo lo expuesto, surge la interrogante acerca del método con mayor efectividad para garantizar el derecho a la salud de las mujeres frente a casos de violencia obstétrica. Así, observando una problemática carente de reconocimiento formal en la legislación peruana, se identifica el potencial impacto a la protección de tal derecho mediante la inclusión explícita de este tipo de violencia, y su correspondiente difusión a la población. En este contexto, resulta fundamental analizar cómo la incorporación del término y sus manifestaciones podría posicionarse como una herramienta para garantizar la protección efectiva del derecho a la salud de las mujeres, no únicamente como respuesta legal, sino también como un mecanismo preventivo que enfatice en la cultura de la atención obstétrica.

Por lo tanto, se arriba a la pregunta principal del presente trabajo: ¿En qué medida la visibilización normativa de la violencia obstétrica es determinante para tutelar el derecho a la salud de la mujer durante la etapa del parto en Lima Metropolitana?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

A fin de analizar detalladamente el problema planteado, es necesario resolver interrogantes adicionales que aporten las definiciones jurídicas y sociológicas correspondientes, un panorama general de los estándares internacionales y las obligaciones que de ellos derivan, las referencias a la violencia obstétrica que se pueden observar en documentación nacional, y la perspectiva, tanto de mujeres como personal médico. Para ello, se utilizarán las siguientes preguntas:

P.E.1: ¿Cuál es el contenido esencial del derecho a la salud de la mujer?

P.E.2: ¿Qué es la violencia obstétrica y cómo se contempla en legislación comparada?

P.E.3: ¿Cómo se ha abordado la violencia obstétrica en el Perú hasta la fecha?

P.E.4: ¿En qué medida la visibilización normativa de la violencia obstétrica es determinante para tutelar el derecho a la salud de la mujer durante la etapa del parto en Lima Metropolitana?

1.3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

La finalidad de este texto radica en establecer en qué medida la visibilización normativa de la violencia obstétrica es determinante para tutelar el derecho a la salud de la mujer en Lima Metropolitana.

Con el propósito de delimitar el enfoque del análisis, se ha seleccionado como sujetos de estudio a mujeres que, además de haber experimentado un parto, cumplan con la mayoría de edad y residan actualmente en Lima Metropolitana. Adicionalmente, se consulta la opinión de profesionales de la salud, direccionando el diálogo hacia la preservación del bienestar de la mujer peruana y la importancia de sus derechos en la atención obstétrica.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

En ese sentido, en los acápites siguientes se buscará proporcionar un panorama amplio que procure arribar a la resolución de las interrogantes planteadas previamente. Con ello, se establecerá las siguientes premisas:

O.E.1: Precisar el contenido esencial del derecho a la salud de la mujer durante las etapas de embarazo, parto y posparto.

O.E.2: Definir la violencia obstétrica y su desarrollo en legislación comparada.

O.E.3: Delimitar el tratamiento de la violencia obstétrica en el Perú hasta la fecha.

O.E.4: Evaluar el impacto de la visibilización normativa de la violencia obstétrica en la tutela efectiva del derecho a la salud de las mujeres durante el parto en Lima Metropolitana.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo aborda el derecho a la salud de las mujeres durante las etapas de gestación, parto y posparto, siendo el parto el enfoque central del análisis a desarrollar, y busca evaluar la visibilización normativa de la violencia obstétrica como una primera herramienta esencial para tutelar dicho derecho, evidenciando, a su vez, la problemática latente que significa la violencia obstétrica para el país. En esa línea, resulta necesario destacar los aspectos que sustentan su relevancia teórica, práctica y social.

Desde una perspectiva teórica, se pretende contribuir a la investigación activa, de la Academia y la región, sobre el fenómeno de la violencia obstétrica. A pesar del constante debate sobre la conceptualización y elementos identificados en el mismo, aún se aprecia un limitado estudio fáctico sobre las experiencias de la mujer y las vías idóneas para contrarrestar la problemática. Además, se considera esencial contar con data puntual y actualizada para facilitar el análisis y sustentación de posibles avances normativos en materia de los derechos de las mujeres y la calidad de la atención en salud. En ese sentido, este trabajo busca aportar al debate jurídico sobre la necesidad, tanto de retratar la violencia obstétrica como una cuestión fundamental en la defensa de los DD.HH, como de incorporar regulación específica y el concepto de visibilización normativa para garantizar el efectivo ejercicio del derecho a la salud.

En términos de utilidad, al identificar y analizar una problemática que podría afectar a una parte significativa de la población femenina, el texto proporciona una base sustancial para abordar la situación y desarrollar soluciones efectivas. A nivel nacional, proporcionar un estudio de la realidad peruana que contraste con lo establecido en estándares internacionales con los cuales el Perú se ha comprometido, podrían permitir, a la sociedad y personal de salud, reconocer aquellos actos que califican como violencia obstétrica. Igualmente, dado que aún no existe un consenso en el ámbito académico internacional, brindar una visión integral de la problemática que aspira al establecimiento de parámetros normativos que coloquen a la mujer como sujeto principal de protección podría facilitar al Estado la formulación e implementación de políticas públicas más precisas, alineadas con sus obligaciones internacionales y con mayor efectividad sobre las necesidades de las ciudadanas.

Finalmente, esta investigación también reconoce la importancia de reducir la brecha informativa entre médicos y pacientes respecto de su derecho a la salud, específicamente en referencia a la perspectiva de las mujeres. Desconocer el concepto de violencia obstétrica puede afectar su capacidad de reconocer y señalar las situaciones negativas que podrían experimentar durante una consulta. El definir esta problemática y proporcionar evidencia genera la posibilidad de beneficiar a diversos actores, desde los legisladores y el personal médico, que podrían orientar con mayor diligencia sus prácticas, hasta las mujeres y la población en general, que podrían observar mayor equidad y justicia en la atención de la salud.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

En los últimos años se ha evidenciado un creciente interés en el desarrollo del concepto e implicancias legales de la violencia obstétrica, así como la presencia oculta de la misma en la región latinoamericana. De este modo, se seleccionaron artículos, y una validación de escala, que cumplieron con la función de reconocer el impacto de las experiencias de distintas mujeres y sus necesidades a través de estudios teóricos y cualitativos. A su vez, contribuyeron a la selección de la práctica invisibilizada de la violencia obstétrica como objeto de análisis del presente texto, por lo que en esta sección se presentan dichas investigaciones, realizadas en América Latina, destacando sus hallazgos y conclusiones.

El primer estudio (Jojoa-Tobar et al., 2019), realizado en Colombia, enfocó sus esfuerzos en lograr que su población elegida comprenda enteramente el término de violencia obstétrica y el concepto de consentimiento informado, por lo cual sistematizaron en un mapa sus diferentes categorías y modalidades. De este modo, se realizaron entrevistas detalladas a 16 mujeres con experiencias obstétricas menores a dos años que recurrieron a los servicios de Hogares del Instituto Colombiano de bienestar familiar en la ciudad de Popayán, con el fin de identificar los aspectos sociodemográficos y los eventos acontecidos en la institución de salud.

Un 69.5 % de las entrevistas documentadas reveló la presencia de una o más formas de esta manifestación de violencia en la atención, lo cual incluye la falta de información sobre las decisiones respecto a su cuerpo y parto, además de la violencia sexual. Sobre ello, se indica que la mayoría de mujeres no contempla presentar una denuncia, ya sea por desconocimiento de sus derechos, por no considerarse en condiciones de exigirlos o debido a la naturalización de dichos actos. (Jojoa-Tobar et al., 2019).

Bajo esa perspectiva, los autores instan a las entidades de gobierno y salud, entre otros, a priorizar la eliminación la violencia contra la mujer en la atención durante las etapas de parto y posparto. Para ello, consideran vital el construir un diálogo horizontal entre la paciente y el personal de salud, reconociendo las distintas modalidades de violencia obstétrica en la formación médica, con el objetivo de diseñar mecanismos para construir un marco jurídico que prevenga y sancione de manera ejemplar toda forma de violencia obstétrica (Jojoa-Tobar et al., 2019, p. 144). Asimismo, se propone contrarrestar la desinformación de las mujeres gestantes,

reforzar su autoconcepto y confianza en relación con las experiencias físicas, emocionales y espirituales que surgen en cada etapa del embarazo.

Por otra parte, el artículo (Hernández-Bello, 2020) de Puerto Rico enfatiza en la deshumanización y falta de reconocimiento de la individualidad de las participantes, de entre 26 y 40 años. Se utilizó el Modelo de Wolcott para analizar e interpretar las entrevistas semiestructuradas, que facilitaron la narración de las experiencias de las participantes, así como las consecuencias que afectaron su salud física, estado emocional y dinámica familiar.

Con ello, se pudo identificar como manifestaciones de esta práctica a comentarios negativos, insensibilidad, falta de información sobre procedimientos, intervenciones innecesarias y separación de la mujer y su hijo. Las participantes coincidieron en haberse sentido restringidas e ignoradas en cuanto a sus preferencias y expectativas sobre el parto por el personal de salud, quienes consideran no pudieron proporcionar un ambiente adecuado de seguridad. Alineado a ello, describen el parto como una experiencia negativa y dolorosa, en la que se identifican tres categorías: “silenciadas ante el poder, violencia institucional y arrebato de una hermosa ilusión” (Hernández-Bello, 2020, p. 259).

De esta manera, se concluye que este fenómeno permanece invisible en un escenario institucional y se requiere involucrar a profesionales en psicología, personal médico y legisladores (Hernández-Bello, 2020, p. 269). Siendo que se evidencia una expectativa cultural del rol pasivo de la mujer y el rol activo del médico en el parto, los autores recomiendan a dichas autoridades a informarse sobre la violencia obstétrica y ser partícipes de los esfuerzos para sancionar estas prácticas. También, resaltan la importancia de reconocer el error en asumir decisiones sobre los procedimientos sin la opinión de la paciente, quien puede verse y sentirse silenciada.

El próximo estudio, desarrollado en Chile (Ulloa-Martínez et al., 2022), cuenta con la participación de 34 mujeres que fueron víctimas de violencia obstétrica. Se contactó a través de redes sociales a usuarias de entre 18 y 60 años que versaban sobre la problemática y, seguidamente, se utilizó el modelo de Análisis Temático para identificar patrones en sus experiencias, emociones y procedimientos.

Considerando la atención pública y privada, se halló que muchas de las mujeres habrían mantenido el optimismo frente al parto, esperando respeto y apoyo por parte del personal de salud. Sin embargo, por el contrario, la mayoría comparte eventos negativos en los que se les negó acompañamiento y se les realizaron procedimientos opuestos a las recomendaciones de la OMS, como la episiotomía, la maniobra de Kristeller, inducción del parto con oxitocina, rotura artificial de membranas sin consentimiento, entre otros. En ese sentido, se concluyó que estas prácticas refuerzan la asimetría de poder e información entre el personal médico y las usuarias, invalidando las decisiones de las mujeres en cuanto a su proceso de parto (Ulloa-Martínez et al., 2022, p. 6).

Así, los autores comentan que, como se frustran las expectativas de las pacientes, también se les vulnerabiliza e instrumentaliza en las diferentes entidades de salud. Por ello, proponen proteger el bienestar y derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, de tal forma que sus experiencias se aborden como un “tema de política pública, no solo desde una perspectiva sancionatoria de las prácticas médicas, sino también con atención a la salud mental de estas mujeres” (Ulloa-Martínez et al., 2022, p. 6).

El último artículo (Díaz & Fernández, 2018) centra su análisis en la revisión de estudios y regulación existente en Venezuela, Argentina, México y Chile, y la contrasta con la realidad latinoamericana, evaluando también su avance hacia la erradicación de la problemática. En ese sentido, señalan que, en los primeros tres países, si bien cuentan con regulaciones que enfrentan directamente la violencia obstétrica, su impacto es aún escaso, mientras que en Chile no se cuenta con normativa que enfrente este fenómeno, a pesar de su extensión y prevalencia.

Para arribar a aquellas afirmaciones, los autores observan la “situación fáctica” de cada país, haciendo especial hincapié en “la prevalencia de culturas institucionales y profesionales contranormativas en los establecimientos de salud investigados” (Díaz & Fernández, 2018, p. 141). Aunado a ello, destacan la falta de información y/o difusión como obstáculo, como por ejemplo, la escasez de estudios y estadísticas disponibles en Argentina. Tan es así que, en el caso de Venezuela, únicamente un 27 % de la población femenina identifica el concepto de violencia obstétrica y un 19 % conoce los canales de denuncia, y en cuanto al personal de salud, este no cuenta con información clara respecto a los actos que constituirían violencia obstétrica (Díaz & Fernández, 2018).

Considerando lo anterior, se reconoce la necesidad de difundir activamente el contenido de la ley para asegurar que sus objetivos se materialicen en la práctica, ya que su incumplimiento perpetúa el ciclo de la impunidad. Asimismo, se presenta una crítica al proceso de enseñanza y prácticas a través de instituciones con un enfoque principalmente científico y económico, concluyendo que un cambio cultural es imperativo. Es decir, se requiere implementar medidas, entre otras, de difusión sobre los derechos posiblemente afectados y procedimientos que impidan la vulneración de las mujeres en el periodo de embarazo, así como la correspondiente adecuación de los planes de estudio en la carrera de medicina (Díaz & Fernández, 2018).

Finalmente, la Validación de la Escala de Violencia Obstétrica de Chile (Cárdenas & Salinero, 2021) denota que, de las 367 mujeres encuestadas, un 58.9 % declara haber sufrido de violencia durante el parto. La finalidad del estudio fue convertir el test de violencia obstétrica creado por la asociación “El parto es nuestro” en un instrumento válido que permita indagar en las experiencias de violencia obstétrica y vincularlas con los resultados negativos que afectan la salud de las mujeres en futuras investigaciones.

A las participantes se les presentaron afirmaciones sobre situaciones negativas que podrían suceder en la atención médica, a lo cual debían responder bajo el formato Likert, con una escala del 1 al 5. Además, se les preguntó específicamente por los procedimientos que atravesaron, en formato de respuestas dicotómicas (“Sí” o “No”) que, relacionadas con los datos recolectados mediante el primer cuestionario, podrían ser utilizadas como indicadores de validez de la escala. A partir de ello, se logra el objetivo de crear un instrumento que evidencie “una experiencia hasta ahora negada, o cuando menos naturalizada, de modo de visibilizar un fenómeno con secuelas sumamente negativas para la salud física [...] y de graves consecuencias psíquicas en quienes desean realizar un parto dentro de las instituciones de salud” (Cárdenas & Salinero, 2021, p. 220).

En suma, los autores coinciden en reflejar la deshumanización de las mujeres durante el proceso de atención obstétrica y la necesidad de sensibilizar al público, y al personal médico. Con ello, se reconoce la falta de difusión de información sobre violencia obstétrica en términos conceptuales y normativos, siendo fundamental el crear políticas públicas enfocadas en divulgar los derechos reproductivos de las mujeres y especificar las medidas a adoptar para su protección.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 DERECHO A LA SALUD DE LA MUJER

En el presente acápite se aborda el concepto de derecho a la salud, así como los lineamientos que proporcionan organismos internacionales para reforzar su protección, procurando prestar particular atención a las especificaciones sobre la situación de la mujer como población vulnerable, con especial énfasis en las etapas de embarazo, parto y posparto. De igual manera, se observa la responsabilidad del Estado y profesionales de la salud en sus roles de garantes de dicho derecho y las obligaciones que le corresponden al primero según los tratados a los que se encuentra adscrito. Finalmente, se revisa la legislación peruana referente a la materia en cuestión, el sistema establecido para garantizar su cumplimiento y las instancias en las que se hace mención particular a la mujer en normativa de salud.

2.2.1.1 Marco Normativo Internacional

El reconocimiento del derecho a la salud en la Declaración Universal de DD.HH de 1948 se presenta dentro de los parámetros del derecho a un nivel de vida adecuado, mientras que su definición y tratamiento se encuentran contemplados en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, PIDESC) de 1966, considerado el instrumento fundamental para su protección (Oficina del Alto Comisionado para los DD.HH, en adelante ACNUDH, 2008). Así, se contempla que el mismo denota “el derecho de toda persona al disfrute del nivel más alto posible de salud física y mental” (art. 12, PIDESC, 1966, p. 5).

Por otro lado, la OMS define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades” (OMS, 1946, p. 1). Con este concepto, que debe ser interpretado extensiva y no restrictivamente (García, 2020), se afirma que el derecho tratado no supone la garantía de buena salud, sino la de “disfrutar de un conjunto de bienes, instalaciones, servicios y condiciones que son necesarios” (ACNUDH, 2008, p. 6) para su ejecución, dentro de un sistema que proporcione oportunidades en igualdad de condiciones para toda la población.

En esa línea, se trata de un derecho social y económico fundamental, inclusivo (ACNUDH, s.f.) e indisociable de distintos derechos (OMS, 2023) por lo que influye directamente en la realización íntegra del bienestar y desarrollo de la persona (Nampewo et al., 2022), aportando al alcance de una vida sana y digna, con lo cual su vulneración o desatención puede obstaculizar

el ejercicio de otros derechos humanos (ACNUDH, 2008). Con ello, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000) establece como elementos esenciales e interrelacionados a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la infraestructura, bienes y servicios de salud ofrecidos en su Observación General N.º 14. Por ende, es preciso contar con “un desarrollo político, legislativo, económico y técnico para garantizar su expansión y cobertura” (Defensoría del Pueblo de Colombia, 2003, p. 39).

De esta manera, los Estados adscritos a los documentos y tratados referidos tienen la obligación jurídica de responder a la demanda social atendiendo estos cuatro factores de forma equivalente (Defensoría del Pueblo de Colombia, 2003) e implementar un enfoque de salud basado en los derechos humanos (OMS, 2023), al igual que estrategias destinadas a contrarrestar la discriminación a individuos y grupos determinados (ACNUDH, 2008). En concreto, deberán respetar, proteger y proporcionar el acceso al mismo mediante un sistema jurídico (Nampewo et al., 2022) y sistema de salud eficaces e integrados, que incorporen el enfoque de género y estén sujetos a mecanismos de rendición de cuentas (OMS, 2023).

Con ello, el mencionado derecho se relaciona directamente con el resguardo de diversas libertades como el control de la propia salud y cuerpo, o la atención exenta de violencia, marginación (Consejo de derechos humanos, 2022) y procedimientos inhumanos o degradantes. En ese marco, es imperativo que dentro de las consideraciones de un derecho humano como el derecho a la salud se preste especial atención a las poblaciones vulnerables (ACNUDH, 2008). Estas suelen afrontar situaciones específicas que afectan negativamente su acceso y goce del derecho a la salud, cuyas causas pueden asociarse a “factores biológicos o socioeconómicos, de discriminación y estigma social o, por lo general, de una combinación de ambos” (ACNUDH, 2008, p. 16). En otras palabras, el ser especialmente susceptible a cierta amenaza con relación a la salud puede ser consecuencia directa de pertenecer a un grupo afectado, por lo que se requiere precauciones particulares que mitiguen esta doble vulnerabilidad (Nampewo et al., 2022).

Por lo tanto, los Estados adquieren la responsabilidad de abarcar en su legislación nacional las precisiones necesarias para mitigar los riesgos o amenazas que pudieran afectar a las poblaciones vulnerables de su territorio (ACNUDH, 2008), siguiendo igualmente los tratados dedicados a tales especificaciones, que a su vez proveen las herramientas necesarias para preservar los derechos de cada grupo. Sobre dichos textos, versan en materia del derecho a la

salud las convenciones referentes a la discriminación racial, discriminación contra la mujer, y la protección de los derechos del niño, de trabajadores migratorios y personas con discapacidad.

En referencia al presente trabajo, son de suma relevancia las determinaciones contenidas en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (en adelante, CEDAW) de 1979. Actualmente, la posición de las mujeres en la sociedad, en la que aún predominan los prejuicios de género, la violencia sistémica y la falta de información sobre sus derechos sexuales y reproductivos, las condiciona a un alto nivel de vulnerabilidad que repercute en el tratamiento de su salud (ACNUDH, 2008).

Al respecto, se busca reforzar el compromiso de los Estados parte a implementar una política orientada a erradicar aquella condición, lo cual comprende “la obligación de abordar las desigualdades de género que obstruyen la salud reproductiva, incluidas prácticas sociales sexistas” (Defensoría del Pueblo de Colombia, 2003, p. 238). Para ello, la CEDAW dispone en su Artículo 12:

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto.

(CEDAW, 1979, p. 6)

Con ello, se reconoce explícitamente la particularidad de la salud materna, dando paso a la continua promoción de políticas y prácticas especializadas que velen por el bienestar de las mujeres durante dichas etapas. En esa línea, la OMS (2014) recalca que las mujeres tienen derecho a recibir el más alto nivel de atención en materia de salud, que a su vez contempla el derecho a un trato respetuoso en la etapa de gestación y en el parto, y el derecho a no ser sometidas a violencia o discriminación. De este modo, buscando anteponer las necesidades de las mujeres a través de una experiencia positiva y promoviendo su participación activa en la

toma de decisiones durante el proceso (OMS, 2022), la OPS, como oficina regional de la OMS, publica Recomendaciones para garantizar una atención de maternidad de calidad.

De esta manera, se pretende ampliar el alcance en la materia más allá de la mortalidad y la morbilidad, pues busca priorizar a la persona y su bienestar, en concordancia con un enfoque basado en derechos humanos. Con ello, el objetivo de dichos documentos es garantizar una experiencia positiva para las pacientes, para lo cual introducen la denominación correspondiente:

Una experiencia positiva del embarazo se define como la conservación de la normalidad física y sociocultural, el mantenimiento de un embarazo saludable que beneficie a la madre y al recién nacido (incluida la prevención o el tratamiento de los riesgos, las enfermedades y la muerte), la realización de una transición efectiva hacia un parto y un nacimiento positivos.

(OPS, 2018, p. 2)

En ese sentido, la OPS establece directrices sumamente precisas y divididas en secciones según el proceso de atención. No obstante, detallan su fundamentación e incluyen observaciones sobre cada una con el fin de asegurar su adecuada comprensión y aplicación, lo cual comprende los valores que las mujeres les atribuyen. Visto ello, se ahondará principalmente en algunas de las afirmaciones que se consideren relacionadas con la temática del presente texto.

En primer lugar, el texto de 2018 centra la información y 39 recomendaciones en la atención sistemática que debe brindarse a las mujeres embarazadas en la etapa prenatal. La información se divide en secciones temáticas, abarcando la evaluación materna y fetal, medidas preventivas, e intervenciones en los sistemas de salud para mejorar la utilización y la calidad de la atención prenatal, entre otras. Siendo esta última la de mayor relevancia para este trabajo, resaltan las siguientes pautas:

E.1: Se recomienda que cada embarazada conserve sus propios datos clínicos durante el embarazo para mejorar la continuidad y la calidad de la atención y su experiencia.

[...]

E.5.1: Se recomienda delegar la promoción de comportamientos relacionados con la salud en beneficio de la salud materna y neonatal en un amplio abanico de profesionales como

trabajadores de salud no especializados, auxiliares de enfermería, enfermeros, parteras y médicos.

(OPS, 2018, pp. xv–xvi)

Igualmente, es importante señalar que en cada ítem se reafirma que la revisión exploratoria sobre las expectativas en la atención y los resultados que las mujeres aprecian fundamentó las directrices formuladas. La evidencia presentada reveló que las mujeres de todos los entornos valoran que el embarazo sea una experiencia positiva (OPS, 2018). De este modo, se precisan también los comentarios distintivos de cada sección, entre los cuales se incluye:

Se determinó que la comunicación y el apoyo a las mujeres eran componentes integrales de la experiencia positiva del embarazo. El término “comunicar” se refiere al hecho de compartir información, formación y comunicación con las mujeres acerca de temas fisiológicos, biomédicos, conductuales y socioculturales oportunos e importantes; “apoyo” se refiere al apoyo social, cultural, emocional y psicológico. [...] Un enfoque basado en los derechos humanos reconoce que las mujeres tienen derecho a participar en las decisiones que afectan a su salud sexual y reproductiva.

(OPS, 2018, p. 92)

El formato y principios explicados anteriormente se replican en los documentos posteriores, por lo que la guía de 2019 referente a la etapa del parto, cuenta con 26 recomendaciones, y 30 adicionales provenientes de textos precedentes de la OMS, las cuales se dividen en temas como la atención durante el trabajo de parto y el nacimiento, el periodo de dilatación o el alumbramiento. Sobre el concepto de experiencia positiva, se precisa:

Las mujeres desean una experiencia de parto positiva que satisfaga o supere sus expectativas o creencias personales y socioculturales previas. Esto incluye [...] un personal clínico amable y técnicamente competente. La mayoría de las mujeres desean un trabajo de parto y parto fisiológicos, y tener una sensación de control y logro personal mediante la participación en la toma de decisiones.

(OPS, 2019, p. 12)

Considerando lo mencionado, destacan las siguientes sugerencias:

1. Se recomienda la atención respetuosa de la maternidad, la cual remite a la atención organizada y proporcionada a todas las mujeres de manera que mantenga su dignidad, privacidad y confidencialidad, asegure la integridad física y el trato adecuado, y permita tomar una decisión informada y recibir apoyo continuo durante el trabajo de parto.

[...]

22. Se recomiendan técnicas [...] para embarazadas sanas que solicitan alivio del dolor [...], dependiendo de las preferencias de la mujer.

[...]

36. Se debe alentar y asistir a las mujeres en el período expulsivo para que sigan su propia necesidad de pujar.

(OPS, 2019, pp. 3–5)

Asimismo, las observaciones más relevantes complementan las pautas dispuestas a partir de la valoración de las mujeres de la siguiente manera:

La mayoría de las mujeres [...] no aprecian las intervenciones médicas innecesarias, como los tactos vaginales adicionales que la estrategia de prueba puede requerir.

(OPS, 2019, p. 49)

Cuando se les presentan las intervenciones, las mujeres desearían recibir una información pertinente por parte de profesionales de la salud técnicamente competentes que sean sensibles a sus necesidades. [...] las mujeres quieren tener el control de su proceso de parto y que desearían participar en la toma de decisiones.

(OPS, 2019, p. 65)

Finalmente, en 2022 se presentan 31 recomendaciones sobre cuidados maternos y neonatales, junto a 32 integradas de documentos previos, divididas por paciente, siendo la atención materna subdividida en, por ejemplo, evaluación materna, intervenciones para signos y síntomas fisiológicos comunes o intervenciones de salud mental. El detalle de experiencia positiva en esta etapa se indica a continuación:

Las mujeres desean una experiencia positiva en la que puedan adaptarse a su nueva identidad propia y alcanzar una sensación de confianza y competencia como madres. También quieren adaptarse a los cambios [...] y experimentar un logro dinámico de

crecimiento personal a medida que se adaptan a su nueva normalidad, en tanto que progenitoras y en tanto que personas en su propio contexto cultural.

(OPS, 2022, p. 17)

Con ello, se rescatan los siguientes parámetros:

1. Después del parto, se debe realizar a todas las mujeres una evaluación regular [...] En cada consulta posnatal posterior después de las primeras 24 horas tras el parto, se debe continuar preguntando sobre el bienestar general.

[...]

19. Se recomiendan intervenciones psicosociales o psicológicas durante el período prenatal y posnatal para prevenir la depresión y la ansiedad posparto.

(OPS, 2022, pp. ix–xi)

Por último, en esta publicación se presenta de manera conjunta los valores que las mujeres le atribuyen a los procesos en esta etapa:

A menudo las mujeres no se sienten preparadas para afrontar los efectos físicos y psicológicos del parto y el traumatismo inducido por el parto, así como el impacto que esto tiene en su capacidad de proporcionar la atención adecuada al recién nacido. [...] Algunas mujeres desearían más información por parte de los trabajadores de salud sobre cómo calmar o tratar las lesiones físicas, y algunas agradecerían la oportunidad de comentar su parto y el nacimiento con un trabajador de salud.

(OPS, 2022, p. 17)

A modo de resumen, puede afirmarse que la OPS dispone, para garantizar la atención de calidad y experiencia positiva del embarazo, parto y posparto, los derechos de las mujeres a (a) recibir información clara y comprensible que les permita consentir a los procedimientos propuestos por el personal médico, (b) la toma de decisiones sobre su cuerpo, como la elección del método de parto, el manejo del dolor y el acompañamiento, y (c) a recibir atención continua a sus necesidades físicas, psicológicas y emocionales por parte de profesionales de la salud sensibles a sus principios y cultura, en un espacio que respete su privacidad y seguridad.

2.2.1.2 El Rol de Garante: Estado y Profesionales de la Salud

Sobre dicho respaldo en la atención, organismos internacionales se posicionan frente a los retos que supone el goce del derecho a la salud de la mujer y unen esfuerzos para determinar explícitamente las responsabilidades de salvaguarda del Estado. A modo de ejemplo, el Comité CEDAW (1999), que cumple una función supervisora y provee observaciones complementarias regularmente, enfatiza en la responsabilidad de los Estados de incorporar en su propia legislación la garantía del respeto, resguardo y ejercicio de los derechos de la mujer en la atención médica, así como la de interpretar las disposiciones adoptadas acorde a las necesidades e intereses de la mujer.

Tan es así que en la Recomendación General N.º 24, titulada La Mujer y La Salud, les recuerda su deber de rendición de cuentas, de tal manera que se asegure la aceptabilidad y calidad del derecho a la salud de la mujer:

Deben informar sobre las medidas que han adoptado para garantizar el acceso a servicios de atención médica de calidad, lo que entraña, [...] lograr que sean aceptables para la mujer. Son aceptables los servicios que se prestan si se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas. [...] no deben permitir formas de coerción, [...], que violan el derecho de la mujer a la dignidad y dar su consentimiento.

(Comité CEDAW, 1999, p. 5)

A partir de estas obligaciones internacionales que conciernen al Estado como país miembro, puede observarse indudablemente el rol de garante principal que le corresponde como institución. Sin embargo, es preciso ahondar en las responsabilidades que recaen también en el personal médico. Si bien el deber originario del Estado es intransferible, al tratarse de un derecho y bien esencial, este trasciende la esfera estatal y posiciona una obligación jurídica adicional en los encargados de la atención médica (Arellano, 2005).

En esa línea, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (en adelante, UNESCO) determina que los garantes de derechos son entidades o agentes cuya obligación particular corresponde a respetar, impulsar y garantizar el ejercicio efectivo de los derechos humanos y abstenerse de vulnerarlos (UNESCO, 2023). En ese sentido, dicho deber

no se limita a materializar el cumplimiento del derecho en escritos, sino también al establecer una conducta estándar, inclusive mediante su propio accionar.

La obligación fundamental del Estado que surge del carácter programático del derecho a la salud y la necesidad imperiosa de ejecutar políticas sociales orientadas a garantizar que la ciudadanía pueda disfrutar o efectuar sus derechos plenamente (Quijano-Caballero & Munares-García, 2016, p. 530) se refiere tanto a la capacidad de la institución para instruir a la colectividad y agentes privados, como a lo que debe ejecutar en sí mismo, a través de las entidades públicas. De forma similar, en cuanto a otros garantes como los profesionales de la salud, puede afirmarse que las técnicas y protocolos implementados para amparar el bienestar del paciente deben aplicarse con el mismo nivel de exigencia al personal médico y a terceros.

En el ámbito estatal, la documentación supone una importancia crítica, dado que la falta de respaldo legal impide la efectividad del derecho y las disposiciones relacionadas con él podrían interpretarse de manera abstracta, apartándose de la aplicación de sanciones (Nampewo et al., 2022). Así, el Estado conserva invariablemente su responsabilidad en caso hubieren transgresiones a los derechos de su población, por ende, debe asegurar que la atención sanitaria no sea un mero objetivo y meta política, sino que se implemente un mecanismo de reparación concreto contra los titulares de deberes (Nampewo et al., 2022).

De ese modo, el papel que desempeña es también primordial para desencadenar las competencias de otros sujetos, pues los deberes instaurados no pueden evidenciarse en la práctica apropiadamente si la identificación de los agentes encargados de realizarlos no se prevé con claridad y de forma explícita (Nampewo et al., 2022). Por lo tanto, su responsabilidad también comprende el reconocimiento de los profesionales de la salud como custodios del derecho a la salud y de sus facultades específicas en relación con este.

No obstante, el personal médico alcanza la condición de garante no únicamente conforme a lo estipulado por el Estado, sino también debido a la naturaleza misma de su profesión. Este deber se rige por los principios éticos que guían la práctica médica, especialmente el respeto a la dignidad y autonomía del paciente, lo cual concierne a cualquier persona versada en salud que mantenga contacto con él (Arellano, 2005).

Para ello, además de la expresión de voluntad del individuo en cuestión, “es menester evitar las restricciones a la libertad: falta de información, información insuficiente o incomprensible, miedo, angustia, influencias externas o incapacidad para querer y entender el significado de sus actos” (Arellano, 2005, p. 12). En este contexto, los profesionales de la salud se comprometen a evitar cualquier tipo de perjuicio a las dimensiones física, emocional y psicológica del usuario, y asumen la prestación de una atención personalizada a las necesidades individuales, así como el desarrollo de un alto grado de empatía, para evaluar e informar adecuadamente los riesgos inherentes a sus labores (Gonçalves de Oliveira et al., 2018).

2.2.1.3 Garantía del Derecho a la Salud de la Mujer en el Perú

Considerando lo mencionado, se evidencia que el requisito de reconocimiento constitucional y legal del derecho a la salud es ineludible, de modo que se apliquen medidas efectivas y progresivas de cada país, que a su vez precisan regulación sectorial (García, 2020). En ese sentido, es necesaria la revisión de la normativa peruana, las obligaciones que ha reconocido en materia de salud, tanto en líneas generales como las que posicionan especialmente a la mujer como sujeto, y el sistema que se ha implementado para garantizar su cumplimiento.

A. MARCO NORMATIVO GENERAL

Como punto de partida, el Perú ha aprobado los dos tratados con mayor trascendencia, la Declaración Universal de Derechos Humanos mediante la Resolución Legislativa N.º 13282 en 1959 y el PIDESC por el Decreto Ley N.º 22129 en 1978. A su vez, admite su inclusión en el derecho nacional a través del artículo 55 de la Constitución Política del Perú de 1993 (en adelante, la Constitución). Esta última confirma la posición del Estado frente a la protección de la salud en los artículos 7, 9 y 65:

Todos tienen derecho a la protección de su salud, [...] así como el deber de contribuir a su promoción y defensa.

[...]

El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora.

(Art. 7 y 9, p. 14 –15)

El Estado [...] vela, en particular, por la salud y la seguridad de la población.

(Art. 65, p. 32)

En esa línea, y conforme a lo descrito en la Constitución, que consagra en su artículo 55 la integración de los tratados internacionales como parte del derecho nacional, el derecho a la salud adquiere un reconocimiento dual: como derecho humano y como bien jurídico público internacional (Navarro, 2018). Es así como la cuarta disposición final y transitoria estipula que las normas relativas a los derechos humanos y las libertades reconocidas en la misma deben ser interpretadas conforme a la Declaración Universal de Derechos Humanos y a los tratados internacionales ratificados por el Estado peruano, confiriéndoles, de esta manera, jerarquía constitucional y una protección especial reforzada.

Por otra parte, el sistema legal peruano cuenta con tres leyes principales enfocadas en la protección del derecho a la salud. Inicialmente, la Ley N.º 26842, Ley General de Salud, publicada en 1997, señala que la protección de la salud es de interés público, responsabilidad primaria e irrenunciable del Estado, y de manera individual es compartida con el ciudadano y la sociedad. Además, ahonda en la importancia del consentimiento y la no discriminación, al igual que en la responsabilidad intrínseca del personal médico:

Artículo 27.- [...] están obligados a informar al paciente sobre el diagnóstico [...] y manejo de su problema de salud, así como sobre los riesgos y consecuencias de los mismos. Para aplicar tratamientos especiales, realizar pruebas riesgosas o practicar intervenciones que puedan afectar psíquica o físicamente al paciente, el médico está obligado a obtener por escrito su consentimiento informado.

[...]

Artículo 36.- Los profesionales, técnicos y auxiliares [...] son responsables por los daños y perjuicios que ocasionen al paciente por el ejercicio negligente, imprudente e imperito de sus actividades.

(Ley General de Salud, 1997, pp. 15–17)

Adicionalmente, la Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental promulgada en 2019, se centra en el desarrollo de servicios de atención comunitaria, enfatizando en los esfuerzos por promover, prevenir y rehabilitar. Y, por otro lado, la Ley N.º 29414 (2009), Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, precisa la protección de derechos implícitos en el derecho a la salud, por lo que se nombra cinco pilares en derechos: (a) acceso a los servicios de salud, (b) atención y recuperación de la salud, (c) acceso a la información, (d) consentimiento informado y (e) protección de dichos derechos.

Finalmente, cabe resaltar lo señalado por el Tribunal Constitucional en la Sentencia N.º 2945-2003-AA/TC que, además de la “relación inseparable” del derecho a la salud con el derecho a la vida, recuerda al Estado y legisladores lo indispensable de las políticas sociales para que la ciudadanía pueda gozar de ellos de manera plena. Así, reiteró el compromiso del país con el adecuado cumplimiento de sus acuerdos:

Si bien es cierto que en el caso de países en desarrollo, como el nuestro, resulta difícil exigir una atención y ejecución inmediata de las políticas sociales para la totalidad de la población, [...] tal justificación es válida solo cuando se observen concretas acciones del Estado para el logro de resultados; de lo contrario, esta falta de atención devendría en situaciones de inconstitucionalidad por omisión.

(Tribunal Constitucional, 2004, pp. 11–12)

B. MARCO NORMATIVO ESPECÍFICO

En el caso particular de la salud de la mujer, es en referencia a sus derechos sexuales y reproductivos, cuando se les otorga un tratamiento especial en normativa sanitaria. Esto se debe a que el Ministerio de Salud (en adelante, MINSA) reconoce que las desigualdades de género afectan directamente la salud de las mujeres (2007). Sobre ello, la entidad emite protocolos y directivas que abordan con énfasis la protección de la condición de la mujer en un contexto médico. Algunos ejemplos pueden identificarse en las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, que exponen los lineamientos para una adecuada atención a la persona que acude al servicio de salud reproductiva, indicando a su vez que el contenido está diseñado para impulsar la mejora de la capacidad resolutive en los servicios de salud para las mujeres (MINSA, 2004).

Otros ejemplos pueden observarse en la Norma Técnica de Salud para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud, la cual presenta directrices para erradicar la desigualdad de género en el sector (MINSA, 2006). Asimismo, la Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género, describe el adecuado proceso de atención por parte del personal de la salud hacia la usuaria afectada por este fenómeno (MINSA, 2007).

Finalmente, la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, y la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical con pertinencia intercultural, abarcan desde la elaboración del plan de parto y el uso del partograma de la OMS, hasta la implementación de técnicas como la psicoprofilaxis obstétrica y terapias complementarias como la masoterapia (MINSA, 2013, 2016). Estas disposiciones establecen definiciones operativas de calidad de atención y procedimientos estandarizados que buscan fortalecer el enfoque de derechos humanos en todas las etapas del proceso reproductivo de la mujer.

Cabe señalar, sin embargo, que las normas técnicas de salud antes referidas, al ser formalizadas mediante resoluciones ministeriales, se ubican en un nivel reglamentario y administrativo, por lo que su función principal es operativizar y detallar la implementación técnica de lo dispuesto en legislación en salud vigente (MINSA, 2021). Así, si bien son exigibles para todos los establecimientos de salud públicos y privados, su aplicación y difusión en la práctica se sostienen en mayor medida de la voluntad política, las capacidades institucionales y los recursos disponibles en cada región (Llanos et al., 2022).

C. SUPERVISIÓN DE LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD

Sobre los órganos nacionales encargados de la salvaguarda de este derecho, el mencionado MINSA dirige el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, además de generar políticas públicas con la finalidad de aumentar la oferta de la atención médica en el sector público y privado. También, delega a la Superintendencia Nacional de Salud la supervisión y fiscalización de centros y administradores de fondos de salud, por lo tanto, tienen la responsabilidad primordial de salvaguardar el derecho a la salud y sus adyacentes (García, 2020).

Cabe mencionar que el MINSA busca igualmente estar a la vanguardia de las consideraciones actuales sobre los servicios sanitarios, con lo cual puede actualizar la información provista en sus disposiciones. Por ejemplo, en la última versión de las Prioridades Nacionales en Salud 2024-2030, se propone una definición enfocada en la ciudadanía y determinantes sociales, entendiéndose a la salud como “la capacidad de llevar una vida social y económicamente productiva, convirtiéndose en un derecho humano fundamental e indispensable para el desarrollo social y económico” (MINSA, 2024, p. 6).

En esa línea, la Defensoría, que supervisa el cumplimiento y respeto a los derechos fundamentales, hace luz a las problemáticas latentes de la población, como el elevado porcentaje de individuos que no se encuentran afiliados a un seguro de salud. Por consiguiente, una de sus funciones es recordar al gobierno, por medio de informes y recomendaciones, la imperatividad de trabajar hacia el más alto nivel de calidad, acceso y cobertura de los servicios de salud. De esta manera, identifica que el ejercicio del derecho a la salud es limitado por la cantidad insuficiente de servicios y establecimientos públicos de salud accesibles y de calidad, y el deficiente abastecimiento de medicamentos e insumos (D.P., s.f.).

Por su parte, respecto a la normativa particular de los profesionales de la salud, el Colegio Médico del Perú (en adelante, CMP) cuenta con un Código de Ética que recuerda al personal el contenido de los Tratados firmados por el Estado y los parámetros de la relación médico-paciente. Así pues, se refiere a esta última para deslindarla de la perspectiva tradicional de paternalismo médico pues en la actualidad este vínculo debe ser horizontal, priorizando la opinión y necesidades del paciente en las decisiones sobre su cuerpo (CMP, 2023).

De igual forma, clasifica a los avances científicos como una herramienta, aislada de la esencia de la labor médica, el humanismo, pues si bien facilita diversos procedimientos, promueve la investigación y desarrolla nuevas tecnologías, “a la vez plantea el reto ético de asegurar la atención integral de los pacientes y evitar la fragmentación de la atención clínica y la despersonalización de los pacientes” (CMP, 2023, p. 29). De este modo, resalta la necesidad de integrar la ciencia y el humanismo con un enfoque principal en el usuario como una persona que requiere de asistencia junto a un trato digno y respetuoso.

Con todo lo anterior, puede afirmarse que el Estado y los profesionales de la salud deberán asumir el rol de garante no solo bajo una perspectiva técnica, sino igualmente con un enfoque de moralidad. Garantizar el derecho a la salud de la ciudadanía significa implementar políticas públicas, tangibles y productivas, que insten a la comprensión del paciente como individuo y promover calidad humana en la atención. Asimismo, implica establecer un enfoque centrado en grupos vulnerables que permita disminuir la brecha de desigualdad, asegurando a cada ciudadano el acceso a asistencia sanitaria de manera equitativa, siendo fundamental, en ese marco, considerar de manera prioritaria a poblaciones como las mujeres, cuyas condiciones particulares dentro del sistema de salud requieren una atención diferenciada y sostenida.

2.2.2 VIOLENCIA OBSTÉTRICA

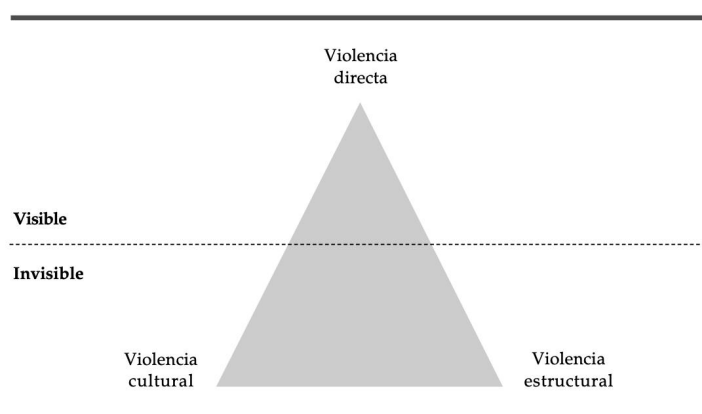
El presente apartado desarrolla el concepto de violencia como un fenómeno social que afecta la concreción y ejercicio pleno del derecho a la salud de la mujer. Posteriormente, tras haber identificado los elementos que permiten la manifestación de la violencia de forma general, en base al estudio de la relaciones históricas de dominio y poder, se aplican dichos conceptos al razonamiento detrás de la perpetuación de violencia contra la mujer, refiriendo a la creación de estructuras sociales y atributos basados en estereotipos y el concepto social de género. Finalmente, se explica la violencia obstétrica como una manifestación de violencia contra la mujer, derivada de la confluencia de factores explicados a lo largo del presente apartado, arribando a una definición integradora y esencial para el entendimiento de la misma.

2.2.2.1 La Violencia como Fenómeno Sociológico

Si bien el enfoque jurídico da a conocer con precisión las expectativas que el sistema internacional asigna a los actores involucrados en materia de salud, un análisis sociocultural permite ahondar en la razonabilidad detrás de las mismas, exponiendo la magnitud de los riesgos que subyacen en el derecho protegido. Por lo tanto, la revisión del fenómeno de la violencia podrá considerarse completa únicamente cuando se incorpore una perspectiva sociológica, así como el contexto histórico y cultural que influyen en la prolongación de esta problemática y, en particular, su incidencia crítica en las poblaciones vulnerables.

En ese sentido, será de utilidad la noción del sociólogo Johan Galtung, quien conceptualiza la dinámica de la generación de conflictos sociales y sus manifestaciones mediante el llamado “Triángulo de la violencia”.

Figura 1: Triángulo de la violencia



Nota. Reproducido sin cambios de Galtung (1998, p. 15).

Copyright por Gernika Gogoratz.

En su obra, Galtung describe tres tipos de violencia con la finalidad de explicar su injerencia en la sociedad. Conforme a ello, en la cúspide de la estructura se observa la violencia directa, en ella se presenta un actor inmediato y es la única que resulta visible, pues las formas de perpetuarla son físicas y psicológicas. Consecuentemente, en esta categoría siempre habrá un agresor y una víctima. Por otro lado, la violencia estructural es guiada por aquellas estructuras sociales que la promueven y es parte del lado no visible del triángulo. Esta impide la satisfacción de las necesidades básicas como bienestar o libertad a causa de los procesos de estratificación social (La Parra, 2003), es indirecta y no suele ser perceptible en cuanto a su origen, es decir, no suele tener un victimario en específico, pues se generan víctimas relacionadas a errores, vicios o imperfecciones que dan pie a las desigualdades e injusticias (Oviedo, 2013).

Finalmente, la violencia cultural es aquella que permite legitimar el uso de la violencia directa o estructural. Esta se manifiesta en actitudes y prejuicios que son el resultado directo de una o ambas formas de violencia y permite que los perpetradores lo practiquen de manera simbólica. Se le califica de esta manera, pues reviste la esfera simbólica de la existencia humana, materializándose, por ejemplo, en el lenguaje o las religiones. Este estilo de violencia se ha interiorizado a tal grado que permite a victimarios y víctimas asimilarlo como razonable o, por lo menos, no incorrecto, haciendo posible la existencia de una clase dominante que adquiere mayores beneficios que el resto de la sociedad (Galtung, 1990).

Con ello, la violencia cultural resulta ser la más peligrosa, por su carácter inalterable y persistente, debido a que las transformaciones culturales suelen darse con mayor lentitud y requieren cambiar tendencias y pensamientos de la colectividad para generar una modificación de los prejuicios y actitudes aprendidas (Galtung, 1990). Tan es así, que dentro de las manifestaciones más comunes de la violencia cultural se encuentra el culpar a las víctimas de violencia estructural y acusarlas de agresoras.

En consecuencia, la violencia debe ser entendida como un fenómeno social que pone de relieve la desigualdad y relaciones de poder en la sociedad donde, para el mantenimiento del status quo o beneficio de determinados grupos sociales, perpetúan actos que pueden atentar contra la salud mental, física y psíquica de las personas. Dicha violencia se ejerce de manera directa, en un acto u omisión, que se sustenta con las violencias estructural y cultural que a su vez faculta

la legitimación del actuar de los agresores, negando recursos esenciales a las víctimas e invisibilizando la problemática.

2.2.2.2 La Violencia contra la Mujer

Habiendo señalado que la violencia suele ser instrumentalizada para preservar el control en las estructuras sociales, puede identificarse continuamente a las mujeres dentro del grupo sujeto a este perjuicio. Así, es necesario abordar el concepto de violencia contra la mujer y su distinción frente a la violencia de género, considerada relevante al presente trabajo pues en ocasiones son términos utilizados de manera intercambiable.

Partiendo de la definición de “género”, surgido entre los años 70 (Maquieira, 2008), como el conjunto de características vinculadas a la forma de ser, hacer y sentir, divididas en lo considerado “masculino” y “femenino”, asignadas a hombres y mujeres respectivamente (Ruiz, 1999), se distingue el fin de crear una diferenciación que beneficia la posición de los primeros en la colectividad. Dichos atributos no corresponden a la naturaleza biológica del ser humano, el género es una construcción social (Ruiz, 1999) que se basa en mecanismos de conservación de poder derivadas de la sociedad patriarcal, donde al hombre le compete un rol activo y a la mujer un rol pasivo, por lo que se compone y produce lo femenino en estricta subordinación a lo masculino.

Así, el concepto de género se construye tergiversando continuamente la base fisiológica que diferencia a las mujeres de los hombres y asociándola a funciones, roles, comportamientos, actitudes, ideales, identidades, entre otros, logrando que la colectividad las considere inherentes a determinado sexo biológico. Conforme a ello, el esfuerzo por mantener lo conocido, y el poder que se le atribuye al género calificado superior, se traduce en conductas violentas, que no corresponden a hechos aislados de mínima ocurrencia, sino más bien a acciones perpetradas de manera continua a través del tiempo.

Por lo mismo, la violencia de género se refiere a las manifestaciones de la violencia contra individuos que enfrentan el sistema de género impuesto en las distintas sociedades (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, en adelante MIMP, 2016a). Se origina en la búsqueda de la preservación de normas sociales que perpetúan la desigualdad entre dichos constructos y el abuso de poder, histórica y culturalmente predispuestos, por lo que está comúnmente arraigado en la discriminación sistemática contra las mujeres y la proyección que se tiene de

su participación en una comunidad, y se utiliza principalmente para resaltar las diferencias estructurales que las colocan en situaciones de riesgo (Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer, s.f.).

En ese sentido, la violencia contra la mujer se sitúa dentro del espectro de la violencia de género. Por ello, la Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de 1993, reconoce:

La violencia contra la mujer constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre.

(Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993, pp. 1–2)

Asimismo, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (en adelante, Convención de Belém Do Pará) de 1994 establece que “debe entenderse por violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (1994, p. 2).

De lo expuesto, destacan los diferentes conceptos que facilitan la continuidad de la violencia contra la mujer, como la dominación presente en relaciones de poder y la discriminación que conlleva la asignación de tal dominio, así como los mecanismos sociales por los cuales se posibilita la violación de los derechos humanos de las mujeres, al atentar no solo contra su salud física, sexual, psicológica, y otros derechos sociales, sino también contra su dignidad y libertad en las esferas públicas y privada.

En esa línea, resultan de vital importancia las aproximaciones hechas por el sociólogo Pierre Bourdieu respecto al concepto de “poder simbólico” en su estudio de la dominación masculina. Se emplea este término para referirse a un “poder invisible” que no puede ser reconocido por sí mismo, que resulta legítimo y suele derivar en la existencia de violencia. Al existir estructuras desiguales de poder siempre habrá cierto grado de complicidad por parte del grupo sometido a dicho poder, pues este sometimiento sirve como mecanismo de protección frente a la violencia ejercida como respuesta a cualquier falta de sometimiento al “poderoso” (Bourdieu, 2000).

Es aquí donde se visualiza el poder en las interacciones sociales y los rasgos atribuidos al “género” que son explotados de tal forma que las víctimas interiorizan que lo cultural y socialmente aceptable es el ejercicio de violencia sobre ellas, por tanto, consideran alinearse a lo dispuesto antes de sufrir violencia directa, en sus diversas manifestaciones (Aryal, 2025). En tal sentido, se asimila que exclusivamente lo “masculino” necesita y tiene derecho al poder de dominio, por lo cual el hombre es considerado un individuo superior, restringiendo las libertades de la mujer, a quien a su vez se le puede gobernar y exigir determinadas acciones contrarias a su voluntad (Bordieu, 2000).

De este modo, la cultura patriarcal objetiviza a la mujer y le impone el estatus de propiedad que se desarrolla en el espacio doméstico o privado. La explotación de las “capacidades femeninas”, como el cuidado de los hijos y del marido en el modelo de familia tradicional, la delicadeza y el orden del hogar, juegan en conjunción con la capacidad reproductiva de las mujeres. De esta manera, se les impone y reduce al papel de madre, sacrificando todo aspecto de su vida que no sea estrictamente dedicado a la familia, por lo que un acto contrario podría significar una agresión por parte de cualquier individuo que las considere meramente como un medio de procreación.

Adicionalmente, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, CIDH) ha señalado que la confluencia de factores como el sexismo, racismo, pobreza y desigualdades estructurales e institucionales genera que las mujeres de determinados grupos sociales sean más propensas a sufrir situaciones de violencia. Por ello, enfatiza en la necesidad de incluir una perspectiva de género, con un enfoque etnográfico y racial, teniendo en cuenta todas las variables históricas, culturales, económicas, sociales, entre otras, que influyen en el ejercicio de los derechos fundamentales de las mujeres, así como en la estrategia legislativa y de orden gubernamental de los Estados (CIDH, 2017).

Por todo lo anterior, puede afirmarse que la violencia contra la mujer alcanza todas las categorías del triángulo de la violencia, referido en el acápite previo, puesto que nace de las imposiciones de la sociedad que hace posible que exista violencia directa sobre ellas, quienes son vejadas por el hecho concreto de ser mujeres y haber sido situadas en una posición de subordinación. La violencia estructural, en lo concerniente a la discriminación hacia las mujeres, se evidencia generalmente en su menor participación en el control propio y de recursos, y la violencia cultural legitima dichas estructuras al reprimir o inhibir la respuesta de

quienes la sufren, haciendo que la socialización recibida, los medios e incluso los sistemas, legal, educativo, de salud, entre otros, sean facilitadores de esta violenta cultura de género (Yugueros, 2014).

2.2.2.3 Impacto de la Violencia en la Salud

En efecto, el sistema de salud puede representar un espacio que facilite la violencia ya sea directa o indirectamente, es por ello por lo que la violencia en todas sus formas es considerada un grave obstáculo para la efectividad del derecho a la salud (Consejo de Derechos Humanos, 2022). Asimismo, derivado de las consideraciones sociológicas antes descritas y habiendo definido la especial injerencia de la violencia en la vida de las mujeres como mecanismo de control y mantenimiento del status quo, resulta importante destacar el papel de la violencia como afectación al derecho a la salud de las mujeres en todas las esferas de esta. En ese sentido, cabe mencionar que la Asamblea Mundial de la Salud declaró la violencia contra la mujer como un problema de salud pública global (OMS, 1996). Para dicho órgano, la violencia se reconoce como:

El uso intencional de la fuerza o poder físico, amenazante o real, en contra de uno mismo, de otra persona o en contra un grupo o comunidad, que resulte o tenga una alta posibilidad de resultar en heridas, muerte o daño psicológico, disfunciones o privaciones.

(OMS, 2002, p. 5).

Con ello como base, el derecho a la salud abarca tanto la protección contra la agresión inmediata como la ponderación del impacto de la violencia a lo largo del tiempo (Consejo de Derechos Humanos, 2022). Así, se aprecia una mayor exposición en el área de atención médica, puesto que la variedad de estudios en ambientes hostiles abordan las incidencias contra la integridad del personal médico y sus estrategias para manejar casos de pacientes víctimas de, por ejemplo, violencia doméstica o familiar. Sin embargo, se identifica un desperfecto en cuestión de la violencia perpetrada por parte de los trabajadores de la salud, pues no han sido explorados de manera equitativa los aspectos que pudieran ser percibidos como inadecuados o agresivos, o causar una grave incomodidad a los pacientes (Burgos & Paravic, 2003).

En tal sentido, puede observarse como manifestaciones de violencia igualmente a situaciones en las que se percibe una calidad deficiente en los servicios, como cuando se incurre en abusos o trato injusto (Chapell & Di Martino, 1998 en Burgos & Paravic, 2003). De esta manera, se

categoriza al tipo de violencia como institucional, referida a las prácticas estructuradas de vulneración de derechos ejercidas por agentes de seguridad y del sector salud en contextos de restricción de autonomía o libertad (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de Argentina, 2015).

Sobre los riesgos potenciales que afectan el derecho a la salud del usuario, en su mayoría se relacionan con el trato impersonal (Gonçalves de Oliveira et al., 2018), lo cual encuentra justificación en la mecanización de las consultas y procedimientos, siendo que “la enfermedad monopoliza la atención e inconscientemente se olvida la naturaleza humana de la atención de salud” (Iceta, 1996 en Burgos & Paravic, 2003, p. 12). También se presenta la asimetría informativa como causal de transgresiones a derechos vinculados como la intimidad, las cuales actualmente resultan inherentes a los servicios de salud, tal como ocurre al ser sometido el paciente a inspecciones y preguntas privadas carentes de una explicación previa sobre las razones por las que se deben llevar a cabo (Burgos & Paravic, 2003).

Por lo expuesto, es posible afirmar que la calificación de la violencia como un problema de salud pública incrementa el compromiso de los profesionales de la salud, con lo que resulta contradictorio a su oficio el agravar al paciente o perpetuar escenarios de maltrato. De darse el caso, sin embargo, la responsabilidad médica les condiciona a reparar y notificar (Gonçalves de Oliveira et al., 2018) toda consecuencia del incumplimiento de su obligación de medios, obteniendo relevancia jurídica por la relación de causalidad directa entre daño y el acto médico (Vera, 2022).

2.2.2.4 La Violencia Obstétrica como Manifestación de Violencia contra la Mujer

Explicada (a) la violencia como fenómeno social, (b) la violencia contra la mujer como una demostración del ejercicio de poder destinado a mantener la dominación masculina y (c) la relación entre la violencia y el derecho a la salud, se arriba a la problemática de la violencia obstétrica. Esta manifestación de la violencia contra la mujer es un ejemplo tangible de la grave amenaza que supone su normalización, resultando en la invisibilización de agresiones que resultan cada vez más constantes. Los reportes de casos y pronunciamientos de Organismos Internacionales, como el Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, con especial énfasis en la atención del parto y la violencia obstétrica (Naciones Unidas, 2019), recalcan la importancia de reconocer la existencia de prácticas basadas en el sexismo y la

“asignación de roles”, pues su continuidad repercute en el bienestar de la mujer y supone la violación de sus derechos, como el de la salud.

En este documento, la Relatora evalúa la situación actual de los Estados miembro, y resalta que la normalización de la violencia obstétrica en diversos Estados a nivel global genera que no se considere ciertamente como un tipo de violencia contra la mujer. En ese sentido, hace hincapié en los tabúes, estigmas y creencias que legitiman la violencia obstétrica, así como instancias en que mujeres creyeron ser un caso aislado. Cabe resaltar que dicha información fue recopilada a causa de numerosas comunicaciones enviadas a la Relatora, por mujeres que narran sus experiencias en centros de salud durante la atención al parto, tanto en instituciones públicas como privadas.

Así, los hallazgos del informe muestran que la violencia y el maltrato en la atención durante el trabajo de parto representan prácticas generalizadas y arraigadas en los sistemas de salud (Naciones Unidas, 2019). Con ello, la Relatora destaca una lista, no exhaustiva, de prácticas que pueden considerarse violencia obstétrica, en tanto hayan sido realizadas a conveniencia del personal médico, contrario a un motivo imperioso de salud. Entre ellas se observa, por ejemplo, sinfisiotomías, aborto forzado, uso excesivo de cesáreas, espisiotomías, uso de oxitocina sintética para inducir a contracciones, “puntos para el marido”¹ y violación del deber de confidencialidad y consentimiento informado.

Del mismo modo, si bien el Informe se refiere los esfuerzos de la región latinoamericana hacia el desarrollo normativo, destaca que, en diversos ordenamientos jurídicos a nivel global, el interés por el feto prevalece frente a los derechos de la mujer gestante. Adicionalmente, se menciona que los estereotipos de género que inspiran esta normativa suelen encontrarse ligados al cuestionamiento de la capacidad de las mujeres para la toma de decisiones, su rol en la sociedad estrictamente ligado a la maternidad y la limitación de la acción autónoma de las mismas. Este prejuicio surge, entre otras razones, de ideas sobre la sexualidad de la mujer, el embarazo y la maternidad basadas en convicciones religiosas, sociales y culturales.

De esta manera, se señala la justificación del actuar violento de los médicos, mediante la idea preconcebida sobre el parto como un acontecimiento que requiere el sufrimiento de la mujer.

¹ Manera coloquial de referirse a suturas adicionales, realizadas tras una episiotomía, que reducen el tamaño de la cavidad vaginal, en beneficio de la pareja/esposo, a fin de brindarle mayor placer durante el acto sexual (Fernández Guillén, s.f.).

Es decir, estar a disposición de toda clase de aflicciones sería la vía estandarizada si se desea alumbrar a un bebé “sano”. Así, se facilitan escenarios en los cuales los profesionales de la salud, deliberadamente, no consultan o solicitan la autorización de la mujer para proceder con algunas de las prácticas antes referidas.

Con ello, el Informe concluye que las limitaciones de los sistemas de salud en cuestiones de salud materna y reproductiva son causas subyacentes para la perpetuación de la violencia contra la mujer. En consecuencia, la Relatora recuerda a los Estados parte que, dentro de sus obligaciones internacionales, se encuentra el garantizar la disponibilidad y calidad en el servicio de atención de salud materna, así como una adecuada capacitación del personal sanitario y un abordaje de dicha atención con enfoque de derechos humanos. Por ello, finaliza afirmando que al no destinar recursos suficientes para la correcta atención de las necesidades específicas en la materia, los Estados estarían incurriendo en una violación al derecho a la no discriminación de las mujeres.

Finalmente, la Relatora hace referencia a determinadas acciones orientadas a erradicar este tipo de violencia, entre las cuales se consideran de mayor interés las siguientes:

- Promulgar leyes y políticas apropiadas para contrarrestar y prevenir la violencia obstétrica, procesar a los responsables y brindar reparaciones a las víctimas.
- Asignar los recursos presupuestarios necesarios para proporcionar una atención accesible y de calidad en materia de salud materna y reproductiva.
- Realizar investigaciones sobre denuncias violencia de género en los centros de salud, incluyendo las causas estructurales y sistémicas sobre la percepción del papel de la mujer en la sociedad, así como sus estereotipos, además de publicar los resultados y recomendaciones que deberán utilizarse para plantear leyes y políticas públicas.

Sobre una definición estructurada de violencia obstétrica, actualmente no se advierte un consenso, no obstante, la literatura en la materia encuentra varios puntos en común al formular los componentes que integran la violencia obstétrica. Se trata de un término en constante desarrollo que se ve influenciado por el estudio de su impacto en las estructuras sociales y la creación de políticas públicas que abordan esta problemática. En tal sentido, se busca articular un concepto integrador que, en conjunto con la posición adoptada por la ONU, servirá como base para el presente trabajo de investigación.

Ante todo, debe resaltarse que los autores citados a continuación coinciden en categorizar a la violencia obstétrica como una vulneración a los derechos fundamentales de las mujeres, como su libertad sexual y reproductiva, la autonomía e integridad en todas sus dimensiones, la salud, el derecho a la vida, el derecho a la igualdad, el derecho a la información, entre otros (Ramirez et al., 2021). Este tipo de violencia se evidencia en espacios físicos de las instituciones de salud, públicas y privadas, por lo que los perpetradores son parte del personal de salud, desde gineco-obstetras y obstetras hasta enfermeras y anestesiólogos, que mantienen contacto con la mujer durante el embarazo, labor de parto y posparto.

Asimismo, el término “violencia obstétrica”, en algunas jurisdicciones, ha funcionado como término paraguas (Pickles, 2015), dado que se utiliza para referirse al trato degradante, humillante, e irrespetuoso que deriva del proceso de atención del embarazo. Este puede materializarse en conductas de acción u omisión que pueden ser institucionales, simbólicas, sexuales o psicológicas (Jojoa-Tobar et al., 2019) como el abuso verbal, maltratos físicos, exceso de medicalización, patologización, ignorar los deseos y decisiones de la mujer, y prácticas sin sustento o con sustento científico adverso, como la maniobra Kristeller o el uso de fórceps, generando una deshumanización y desconexión de la mujer con su propio cuerpo, convirtiéndola en un ente espectador y sumiso, limitando su autonomía e igualando al embarazo con una enfermedad (Pickles, 2015).

Adicionalmente, uno de los componentes más resaltantes de este fenómeno es la asimetría informativa entre paciente y profesional de la salud, quien pese a estar capacitado para atender el proceso, ha aprendido, consciente o inconscientemente, estas estructuras de violencia. Debido a este accionar, contrario a garantizar su bienestar, las mujeres con frecuencia desconocen sus propios derechos, y la oferta de información brindada previo al alumbramiento suele ser escasa (Jojoa-Tobar et al., 2019). Consecuentemente, no cuestionan los procedimientos y consienten actos a ciegas, presentando luego dificultades para acceder a los mecanismos legales que correspondan luego de haber sido víctima de este tipo de violencia.

Cabe señalar que la violencia obstétrica no debe confundirse con la mala praxis o negligencia médica, pese a que ambas pueden involucrar errores en el proceso de atención. Por el contrario, al hablar de violencia existe cierto grado de intencionalidad, que nace a partir de los conceptos de desigualdad y las dinámicas de poder entre mujeres y hombres que suelen derivar en

fenómenos de violencia simbólica e institucionalizada. Estas construcciones de violencia hacen posible la existencia de los comportamientos antes descritos, normalizándolos a tal grado de ser tolerados por las mujeres y constituir una problemática invisibilizada, es decir, no reconocida socialmente, oculta en protocolos hospitalarios que trivializan el dolor experimentado por las gestantes.

También es importante señalar que existen dos perspectivas predominantes para la conceptualización de la violencia obstétrica. Algunos autores la abordan bajo una implicancia de género, al considerarla una expresión estructural que deriva en la vulneración sistemática de derechos, mientras que otros la interpretan como un problema relacionado principalmente con la calidad de la atención y la capacitación del personal de salud en los procesos reproductivos (Perdomo et al., 2019). El presente trabajo se perfila hacia la primera perspectiva, puesto que la evidencia y los casos documentados permiten identificar la intervención, no únicamente de los efectos de mala praxis y protocolos obsoletos, sino también de prejuicios y estereotipos sociales profundamente arraigados, los cuales se manifiestan con particular intensidad en la formación y práctica de los profesionales de la salud, especialmente dentro de un modelo médico “tradicional” o “hegemónico” centrado en la productividad (Jojoa-Tobar et al., 2019).

En suma, se opta por definir a la violencia obstétrica como una de las principales manifestaciones de violencia de género, física y/o psicológica, que afecta los derechos fundamentales de las mujeres gestantes, antes, durante y después del parto, perpetrada por el personal de salud en instituciones públicas y/o privadas, por acción u omisión, que permite reforzar los estereotipos o roles impuestos por la sociedad, perpetuando la subordinación de las mujeres en espacios de dominio. Dicha violencia puede acontecer con o sin el consentimiento de la paciente, debido a la normalización de este fenómeno que coadyuva a la invisibilización y trivialización de la misma, asumiendo al dolor como parte esencial del proceso reproductivo y situando a las madres gestantes como medios para un fin: un alumbramiento eficaz y veloz que permita maximizar la productividad, prescindiendo de una atención humanizada donde la mujer sea partícipe de su embarazo y tenga el máximo poder de decisión sobre el mismo.

2.2.3 LEGISLACIÓN COMPARADA SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

En base a lo anteriormente expuesto y habiendo arribado a una definición integradora del concepto de violencia obstétrica, el presente apartado hace mención de instrumentos de países como México, Venezuela y Argentina, los cuales han implementado normativa destinada a

garantizar la erradicación de esta forma de violencia contra la mujer. Asimismo, se detallan decisiones adoptadas por organismos internacionales respecto de la problemática, prestando especial atención a su razonamiento.

2.2.3.1 Normativa de América Latina

Resulta fundamental notar los esfuerzos normativos de la región, toda vez que aún son escasos. Conforme a ello, la presente sección observará la normativa de Venezuela, Argentina y México, al ser de los países pioneros en la inclusión y desarrollo de la violencia obstétrica en legislación nacional.

A. VENEZUELA

En el año 2007, se publicó en la Gaceta Oficial N.º 38.668 de Venezuela, la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (en adelante, Ley de las Mujeres), en la cual se reconoce y desarrolla 19 formas de violencia contra la mujer, refiriéndose también a la violencia obstétrica como:

La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad.

(art. 15, núm, 13, p. 9)

Adicionalmente, debe observarse el Decreto Constituyente para la Promoción y Protección del Parto y Nacimiento Humanizado, publicado en la Gaceta Oficial N.º 41.376 de Venezuela, por medio del cual, si bien no se menciona expresamente la violencia obstétrica, se ahonda en los derechos de las mujeres embarazadas, entre ellos el derecho a la información antes, durante y después del parto, la no patologización, la participación en la toma de decisiones con respecto a la forma y las preferencias en el parto conforme a las costumbres de comunidades en especial situación de vulnerabilidad, la erradicación de prácticas que atenten contra la humanización del embarazo en todas sus etapas, entre otros. Del mismo modo, determina que el ámbito de aplicación de la normativa abarca a todo el personal que atiende a las personas gestantes en espacios públicos o privados.

Aunado a ello, el Capítulo IV prevé responsabilidades y sanciones para los funcionarios que falten a las obligaciones pertinentes al mencionado Decreto, así como sanciones pecuniarias mediante multas que van de entre 50 a 500 unidades tributarias sancionatorias, para aquellos que estuviesen asistiendo a mujeres gestantes en el trabajo de parto y posparto. Además, sin perjuicio de responsabilidades civiles, penales, administrativas o disciplinarias, se sanciona conforme a la Ley Orgánica de Salud a centros de salud pública y privada si se incumpliese con garantizar la vida y salud de la madre y recién nacido, con el derecho de privacidad durante el período prenatal o informar integralmente las opciones y el proceso humanizado de la gestación, parto y posparto, entre otros.

Asimismo, a fines de 2014, se implementó una reforma de la Ley de las Mujeres, publicada en la Gaceta Oficial 40.551 donde se modificó el artículo 51, desarrollando los actos constitutivos de violencia obstétrica. Este agregado comprende la atención inoportuna e ineficaz de las emergencias obstétricas, el obligar a dar a luz acostada boca arriba o con las piernas levantadas sin justificación médica, alterar el proceso natural del parto utilizando técnicas de aceleración sin el consentimiento voluntario, informado y expreso de la paciente, entre otros. De este modo, se establece una sanción pecuniaria, debiéndose remitir dicha información al respectivo colegio profesional para el procedimiento disciplinario pertinente.

Por otra parte, el referido instrumento normativo indica la garantía con la que cuentan las mujeres al pleno ejercicio y al acceso efectivo y transparente de sus derechos exigibles ante los órganos de justicia y de la administración pública, para asegurar una respuesta adecuada y oportuna. También, a garantizar la aplicación de criterios probatorios libres de prejuicios y estereotipos de género que subordinan a las mujeres, así como el fortalecimiento de políticas públicas necesarias para el tratamiento detallado de la violencia contra la mujer y su discriminación. Asimismo, menciona los enfoques necesarios para la aplicación de las normas, destacando el enfoque de género, interseccionalidad y derechos humanos, con lo cual resulta consistente la creación de una Comisión Nacional para Garantizar el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia.

B. ARGENTINA

En la Ley N.º 26485 de 2009 se tipifica la violencia obstétrica 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” (Art. 6, literal “e” p. 3). Adicionalmente, se delimitan los lineamientos básicos para crear políticas públicas de cara a la necesidad de alternativas legislativas que permitan combatir la violencia contra la mujer y se establece la creación del Observatorio de la Violencia contra las Mujeres para fomentar la investigación y difusión de información al respecto. No obstante, las sanciones correspondientes se limitan a aplicar advertencias o llamados de atención, a comunicar los hechos a organismos profesionales y/o asistencia a programas “reflexivos”, educativos o terapéuticos.

Asimismo, se hace referencia a Ley N.º 25929 de 2004, Ley de Parto Humanizado y su Reglamento, que promueve y defiende los derechos de la madre y su hijo durante el nacimiento. Esta norma orienta al personal de salud a prestar especial atención a cada caso particular, considerando raza, religión, nacionalidad, entre otros, y que se le brinde la adecuada información a la mujer embarazada para asegurar una correcta toma de decisiones respecto a su familia (Díaz & Fernández, 2018). Aunado a ello, su Reglamento hace referencia a la preparación previa de la mujer para la atención de un parto humanizado, haciendo énfasis en el respeto de sus deseos y el derecho a ser tratada dignamente, además del deber de informar y garantizar las condiciones óptimas de los servicios de salud, ya sean privados o públicos. En esa línea, la Ley determina que incumplir las obligaciones establecidas se categoriza como falta grave, más no indica el procedimiento a seguir o las sanciones correspondientes.

Por otro lado, en 2010, el Estado argentino implementa la iniciativa “Maternidades Seguras y Centradas en la Familia”, por la cual se cuenta con una Guía para la atención del parto normal. Dicho documento, aprobado en colaboración con UNICEF, cuenta con directrices que sitúan a la mujer embarazada como centro del parto y busca una transformación en el método por el cual se atiende a las gestantes ante la institucionalización del nacimiento. Dentro de los tópicos relevantes a la problemática de la violencia obstétrica, se aborda la aplicación de procedimientos rutinarios como el uso de enemas, el rasurado perineal, el consumo de líquidos o alimentos durante la labor de parto, el uso de fármacos, tactos vaginales, libertad de adoptar la posición más cómoda, entre otros (Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2010).

Así pues, en el 2011 se creó una Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género (en adelante, CONSAVIG) cuya finalidad es colaborar con el diseño de sanciones por la comisión de actos de violencia de género, e investigar denuncias sobre la temática. Los parámetros elaborados por la CONSAVIG están

dirigidos a establecer sanciones como medidas reparadoras para las víctimas. En 2022, la CONSAVIG recibió un total de 33 denuncias por violencia obstétrica de las cuales 64 % eran correspondientes a instituciones privadas por trato deshumanizado, falta de información y prácticas de medicalización excesiva, siendo el restante correspondiente al ámbito público (Arbio, 2023). Por último, es relevante mencionar la Ley N.º 7888, Ley Provincial de Protección contra la Violencia de Género, que establece la definición de violencia contra la mujer y logra distinguir a la violencia obstétrica como violencia de género, promulgada en 2015.

C. MÉXICO

Se considera igualmente significativo el revisar la normativa de ciertos Estados de México, que optan por la alternativa penal a la búsqueda de la eliminación de la violencia obstétrica. Sobre una definición explícita, la mayoría, 24, de los 32 estados la incorporan en sus leyes referentes al acceso a una vida libre de violencia. Por su parte, en Aguascalientes, Chiapas, Guerrero, Estado de México, Veracruz, Yucatán y Quintana Roo es clasificada como delito (Cobo et al., 2023).

Como ejemplo, el Código Penal del Estado de Veracruz provee una lista de las acciones que se consideran violencia obstétrica y podrían suponer de 6 meses a 6 años de pena privativa de la libertad y multa de hasta 300 días de salario, con agravante de destitución e inhabilitación de hasta 2 años si las realizara un servidor público. De dicha lista destacan:

I. No atienda o no brinde atención oportuna y eficaz a las mujeres en el embarazo, parto, puerperio o en emergencias obstétricas;

[...]

IV. Acose o presione psicológica u ofensivamente a una parturienta

[...]

VI. Aun cuando existan los medios necesarios para la realización del parto vertical, obligue a la mujer a parir acostada.

(art. 363, 2010, p. 75)

En el caso del Código Penal de Chiapas, este impone concretamente, a quien “se apropie del cuerpo y procesos reproductivos de una mujer, expresado en un trato deshumanizador, abuso en el suministro de medicación o patologización de los procesos naturales, generando como

consecuencia la pérdida de autonomía” (art. 183, núm 3, 2014, pp. 67 – 68), una sanción de 1 a 3 años de pena privativa de la libertad y hasta 200 días de multa, además de la suspensión del profesional de la salud, por un término igual al de la pena.

Habiendo repasado la normativa extranjera, es fundamental recalcar que la presencia explícita en legislación nacional, en el ámbito que se elija, se considera el primer paso hacia su adecuado tratamiento, seguido de la difusión y ejecución. Así, las normas vistas fueron propuestas y aprobadas a partir de un análisis progresivo de la realidad de cada país frente a la problemática, y las necesidades de su población. En ese sentido, resulta oportuno continuar consultando la posición del Perú.

2.2.3.2 Casuística de Organismos Internacionales

A. CEDAW: CASO S.F.M CONTRA ESPAÑA

La adopción voluntaria por parte de los Estados a la CEDAW genera obligaciones reforzadas en materia de prevención, sanción y erradicación de todo tipo de violencia contra la mujer. Con ello, el referido instrumento normativo cuenta con un Protocolo adicional que reconoce la competencia del Comité CEDAW para pronunciarse sobre denuncias presentadas ante esta, por vulneraciones a los derechos allí recogidos, pudiendo proporcionar opiniones y recomendaciones sobre las mismas. Así, en el caso a tratar, resulta necesario precisar que al adoptar dicho Protocolo, España se obliga frente a otros Estados a asumir la responsabilidad del cumplimiento de la CEDAW y de las recomendaciones hechas por el Comité, reconociéndolo como el encargado de emitir interpretaciones auténticas de la misma.

Observado por el Comité CEDAW en marzo de 2020, el caso S.F.M contra España es trascendental, puesto que se trata de la primera oportunidad en la cual el Comité resuelve, basándose en una perspectiva de género, un caso de violencia obstétrica (Jiménez, 2021). Así pues, el caso denota la aplicación directa de los tratados internacionales relacionados a la prevención y eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer, poniendo de manifiesto la importancia del consentimiento y la participación de la mujer en la experiencia del parto. Asimismo, se utiliza expresamente la terminología de “violencia obstétrica”, y se insta al Estado a investigar y realizar estudios de la problemática para permitir su visibilización, y consecuentemente, orientar políticas públicas necesarias para luchar contra la misma (Comité CEDAW, 2020).

El caso de la señora S.F.M ocurre en el marco de las últimas semanas de un embarazo, en el que fue ingresada en un hospital sin su consentimiento, tras presentar molestias previas a la fase de parto. Durante su internamiento, fue sometida a un total de 10 exámenes de tacto vaginal, en las primeras 48 horas, carentes de una adecuada justificación clínica, aumentando el riesgo de infección. Asimismo, se le suministró oxitocina, sin brindarle la información correspondiente, provocando vómito, fiebre y dolores.

En la sala de parto, se le impidió la compañía de su pareja y se le practicó una episiotomía, ventosa y extracción manual de la placenta, esta última realizada de manera anticipada y contraria a la recomendación médica de esperar al menos treinta minutos para su expulsión natural. Tras presentar una infección por E. coli, se le separó de su hija durante los primeros siete días. Las secuelas de lo ocurrido fueron físicas y psicológicas, debiendo acudir a terapia por la vulneración de los derechos contenidos en los artículos 2, 3, 5 y 12 de la CEDAW, referidos al acceso a servicios de salud materna de calidad, libres de violencia y discriminación, la posibilidad de ejercer su autonomía y el resguardo de su integridad física, moral y psíquica (Comité CEDAW, 2020).

Agotadas las vías internas, el Comité señala que su competencia se basa en la revisión de la adopción de las decisiones judiciales españolas, pues son estas las que pueden ser cuestionadas respecto de las obligaciones contenidas en la CEDAW. Así, resaltan la importancia del ejercicio de la obligación de debida diligencia en los procedimientos administrativos y judiciales frente a la reproducción de estereotipos de género. De igual modo, el Comité recuerda al Estado español su obligación de adoptar las medidas apropiadas para modificar o erradicar, no únicamente leyes y reglamentos, sino también cualquier costumbre o práctica que constituya discriminación contra las mujeres (Comité CEDAW, 2020).

En ese sentido, el Comité determina que cualquier razonamiento judicial que responda a nociones basadas en estereotipos de género resulta discriminatorio y, por tanto, contrario a las obligaciones asumidas en la CEDAW, más aún si se adoptan en un procedimiento médico en virtud a la atención a un parto. Con ello, el Comité CEDAW establece una relación directa entre la violencia obstétrica y la presencia de estereotipos de género y recalca la importancia de contar con prácticas, guías, protocolos y capacitaciones al personal médico en materia de eliminación de las mismas. Asimismo, considera que las obligaciones de implementación de mecanismos para brindar un apropiado servicio de salud por parte de los Estados incluye el

reconocer la pasividad del Estado para crear o desarrollar reformas integrales en las estructuras sociales e institucionales como un peligro para su efectivo cumplimiento (Comité CEDAW, 2020).

B. CORTE IDH: CASOS BRÍTEZ ARCE CONTRA ARGENTINA Y RODRÍGUEZ PACHECO CONTRA VENEZUELA

Durante los últimos años, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante, la Corte o Corte IDH) ha tomado parte en el reconocimiento jurídico de la violencia obstétrica. El razonamiento de la Corte es de especial relevancia para el presente trabajo, toda vez que exhorta a los Estados parte respecto de la necesidad de contar con los mecanismos adecuados para preservar los derechos de su población, poniendo de relieve que el derecho a la salud es un derecho fundamental necesario para preservar otros derechos, como la dignidad humana y la integridad. Al ser un órgano judicial, autónomo e internacional, cuenta con competencia para conocer cualquier situación vinculada a la interpretación y ejecución de las disposiciones establecidas en la Convención Americana de Derechos Humanos (en adelante, la Convención). En esa línea, las decisiones previas de la Corte son revisadas y aplicadas como criterios para resolver los distintos casos que susciten donde se requiera la evaluación del sistema interamericano (Hitters, 2008).

Conforme a ello, se revisan algunas sentencias cuyo mayor aporte se encuentra en la sanción de actos de violencia obstétrica, tanto en el marco de instituciones de salud pública como privada. Sobre ellos, debe mencionarse que Argentina y Venezuela reconocían, al momento de los hechos y pronunciamientos, la competencia de la Corte para conocer los asuntos vinculados a vulneraciones a los derechos contenidos en la Convención y su competencia no contenciosa, posicionando a la Corte como intérprete idóneo, así como organismo al cual se someten frente a las referidas denuncias (Helander, 2012).

El caso Brítez Arce (en adelante, B.A.) contra Argentina del 16 de noviembre de 2022, asume especial relevancia para el continente americano puesto que fue la primera vez que la Corte sancionó a un Estado parte por responsabilidad internacional ante la perpetuación de la violencia obstétrica, en detrimento de los derechos a la salud, la vida, la integridad, entre otros. También, adquiere notoriedad debido a que el Estado Argentino reconoció su responsabilidad, allanándose a todos los fundamentos expuestos por la Corte, reafirmando así la existencia de

una violación a la Convención y un pendiente en la formación de políticas públicas integrales destinadas a salvaguardar la salud reproductiva de las mujeres bajo su jurisdicción.

El caso refiere a la muerte de la señora B.A. quien, durante su embarazo y como consta en la historia clínica de la misma, presentó múltiples factores de riesgo que no fueron atendidos adecuadamente por el sistema de salud público en Argentina. Entre ellos, se encuentran su edad, un aumento de peso considerable durante la gestación y una presión arterial elevada, visto igualmente en un embarazo previo. Estos elementos ordenaban un deber especial de protección a su favor, que obligaba al personal de salud a brindar una atención reforzada y diligente, pues se trataba de un embarazo de alto riesgo con posibilidades de desarrollar preeclampsia y trastorno hipertensivo, dos de las mayores causas de mortalidad materna.

Dentro de los aportes de la Corte se encuentra la relevancia del derecho a la información y el deber del personal de salud a eliminar o acortar la asimetría informativa con las gestantes previniendo entonces que esta se emita con sesgos o estereotipos que pueda llevar a una discriminación de la mujer. El personal médico no se refirió al riesgo de preeclampsia, ni emitió recomendaciones para prevenir o tratar la hipertensión de la señora B.A., a pesar de constar sus antecedentes en la historia clínica. Considerando esto, la Corte determinó que no se obtuvo un tratamiento médico especializado y diligente, toda vez que no se suministró, debida y oportunamente, información suficiente a la paciente de su estado de salud.

Seguidamente, se presentaron discordancias en los informes médicos, lo cual impidió la oportuna toma de decisiones correspondiente a la duración del embarazo de la señora B.A, el cual se encontraba al límite con más de 40 semanas de gestación, presentando molestias lumbares, fiebres y pérdida de líquido en sus genitales. Incluso, se obvió proporcionarle su propio diagnóstico en el cual se había determinado la condición de feto muerto, por lo que fue internada y se le indujo el trabajo de parto por tres horas, permaneciendo dos de ellas en una silla.

A partir de ello, la Corte realza la importancia de la relación entre la prestación de servicios de salud durante todas las etapas de la gestación, y la garantía de los derechos a la vida y la integridad personal. Así, en el análisis realizado sobre la alegada violación del derecho a la salud se consideró de manera simultánea los mencionados derechos, reconociendo que tanto los derechos políticos y civiles como los culturales, sociales, económicos, entre otros, son

inescindibles. A su vez, recalca que estas categorías de derecho son entendidas de manera integral y sin jerarquías en el tratamiento de los derechos humanos, siendo exigibles ante las jurisdicciones y autoridades competentes (Corte IDH, 2022).

Asimismo, ante el cuestionamiento sobre el derecho a la salud, la Corte considera que los derechos explícitamente incluidos en la Convención antes referidos, el derecho a la vida y la integridad personal, están directamente vinculados con la atención sanitaria, siendo así que la falta de servicios de salud adecuados puede conllevar a la violación de aquellos derechos. Consecuentemente, la obligación de protección de la salud se traduce en el deber del Estado a garantizar el acceso a la misma, por medio de servicios esenciales para la garantía de calidad y eficacia de las condiciones de salud de la población. Ello implica, como se ha mencionado previamente, el deber reforzado de cuidado para los grupos vulnerables y marginalizados, como lo son las mujeres en etapa de embarazo (Corte IDH, 2022).

Finalmente, la Corte se refiere al deber de informar a las personas gestantes, en los períodos de parto y posparto respecto a su condición médica, indicando que la información debe ser oportuna, basada en evidencia científica, libre de sesgos, estereotipos y discriminación, y la urgencia de utilizar herramientas como el plan de parto ante la asistencia en los nacimientos (Corte IDH, 2022). Ello resulta relevante dado el estado de estrés, angustia y ansiedad al cual fue sometida la señora B.A, la situación de vulnerabilidad de una persona embarazada, añadido al trato deshumanizado por parte del personal médico y la violación a su derecho a la información, resultando en la violación a su derecho a la salud sexual y reproductiva, y consecuentemente, a su derecho a la vida e integridad personal. Así, la Corte determinó que la suma de los factores mencionados fueron suficientes para calificar lo ocurrido como un acto de violencia obstétrica.

La significancia del segundo caso, Balbina Rodríguez Pacheco contra el Estado de Venezuela, recae en el ámbito en que se presta la atención, pues se da en un centro de salud privado. También, debido al análisis de la Corte en materia de la obligación de prestar una debida diligencia en la atención de casos vinculados a la violación de derechos humanos, que son llevados ante la justicia ordinaria de cada Estado.

En 1998, la doctora Balbina Rodríguez Pacheco (en adelante, la señora R.P) se encontraba en su tercer embarazo, de 39 semanas de gestación, cuando acudió al centro materno privado La

Concepción para un control prenatal. Durante el mismo se advirtió la presencia de placenta previa centro cursiva², derivada de cesáreas anteriores, siendo calificada su situación como un embarazo de alto riesgo. No obstante, se programó una cesárea en la cual se registraron, entre otros actos detrimentes a su salud, la desatención, sin fundamento clínico, a la petición de la paciente de practicarle una histerectomía³ total y proceder con un “curaje”⁴, pese a la alta probabilidad de provocar hemorragias internas que, en efecto, pusieron en peligro la vida de la señora R.P.

De este modo, luego de practicarle una histerectomía subtotal, el personal ligó sus uréteres y los perforó con material de sutura, por lo que debió ser sometida a una plastia para reconstruir dichos órganos con tejido de la vejiga. Adicionalmente, tras su salida de la clínica, debió ser intervenida quirúrgicamente para corregir una fistula vesico-vaginal⁵ y presentó un cuadro de disfunción hipófisis-gonadal⁶, hipotiroidismo y menopausia postquirúrgica. Finalmente, se le practicó una valoración médica sobre incapacidad laboral, determinando que presentaba osteoporosis moderada a severa, vejiga hiperactiva, disminución del tamaño vesical postquirúrgico, depresión reactiva y disfunción sexual.

Con todo lo anterior, el Tribunal confirma el agravio a la salud de la señora R.P como consecuencia de la negativa a la solicitud de una histerectomía total, siendo que las diversas complicaciones surgieron a partir del deficiente manejo tanto de la hemorragia que presentaba como de la extracción de la placenta que posteriormente provocó la necesidad de practicarle una histerectomía de urgencia (Corte IDH, 2023). Así pues, la Corte hace distinción especial entre la categoría de violencia obstétrica y de mala praxis médica, y hace referencia a una serie de irregularidades en el sometimiento de la controversia a los Juzgados Penales venezolanos bajo el delito de lesiones culposas, que fueron determinantes en la resolución del presente caso. Así, dado que la incapacidad del Estado para brindar acceso a la justicia y resolver el caso dentro de un tiempo razonable perpetuó la impunidad frente a lo ocurrido a la señora R.P., la Corte señala que los Estados parte de la Convención:

² La placenta cubre la cervix, impidiendo el paso del feto por la cavidad vaginal que permite un parto natural. (El parto es nuestro, s.f.)

³ Procedimiento por medio del cual se retira el útero de la mujer. (Mayo Clinic, 2025)

⁴ Raspado manual con tironeo para desprendimiento de la placenta del útero. (Reproducción Asistida ORG, 2025)

⁵ Presencia de un orificio entre la vagina y la vejiga urinaria. (Mayo Clinic, 2024)

⁶ Alteración hormonal que causa infertilidad, disfunción sexual, incapacidad de producir leche y amamantar, entre otras. (Manual MSD, 2025)

Deben brindar procedimientos de tutela administrativa y judicial de forma efectiva para resolver cualquier reclamo por vulneración de los referidos derechos. Además, indicó que estos mecanismos deben tener en cuenta la situación y atención especial que pueda requerir una mujer antes, durante y después del parto.

(Corte IDH, 2023, párr. 84)

Sobre el caso en concreto, la Corte destaca que la falta de celeridad en la tramitación de la causa, el incumplimiento del estándar de debida diligencia y la reserva arbitraria de los tribunales para impedir que la víctima conozca las actuaciones del proceso, entre otros, impidieron a la autoridad nacional explorar si efectivamente se configuró un caso de violencia obstétrica, derivándose en el sobreseimiento del caso por medio de la prescripción. De este modo, siendo la finalidad del proceso el conocimiento de la verdad de lo sucedido para poder establecer responsabilidades y respectivas sanciones, señala la obligación interamericana de los Estados de suministrar recursos judiciales efectivos en el marco de un debido proceso para garantizar el ejercicio de los derechos reconocidos en la Convención.

Sobre el estándar de debida diligencia, cabe resaltar que este surge a partir de la obligación general de los Estados parte de prevenir, investigar y sancionar vulneraciones graves de derechos humanos. Su aplicación se concreta de forma específica en el marco de la Convención de Belém do Pará, cuyo artículo 7 establece dicha obligación expresamente respecto a la violencia contra la mujer (Álvarez et al., 2014). Conforme a ello, los Estados adquieren la responsabilidad de organizar el sistema estatal de tal manera que se garantice el pleno ejercicio de los derechos de la población, así como la de adecuar un marco jurídico de protección efectivo en la práctica y políticas que permitan el accionar estatal frente a denuncias. Dicha protección debe ser integral, desde la prevención ante factores de riesgos hasta el fortalecimiento y/o creación de instituciones dedicadas al resguardo de los derechos de las mujeres (Domeniconi, 2023).

En consecuencia, los Estados deben organizar su sistema para garantizar efectivamente los derechos de las mujeres, mediante un marco jurídico adecuado, políticas preventivas y respuestas eficaces ante denuncias. Esta protección debe ser integral, desde la prevención de riesgos hasta el fortalecimiento institucional (Domeniconi, 2023).

Así, para el estándar interamericano no basta con un recurso formal, sino que se debe corroborar su efectividad para dar respuestas a las violaciones de derechos humanos. En esa línea, la Corte vincula la situación vivida por la señora R.P con la violación del deber de garantía, por parte del Estado, consagrado en el artículo 1.1. de la Convención Americana de Derechos Humanos, y su artículo 5.1 que corresponde al derecho a la integridad personal. Una protección efectiva del dicho derecho presupone una correcta regulación de los servicios de salud, así como la implementación de mecanismo que permita tutelar la efectividad de la regulación (Corte IDH, 2023). Asimismo, reconoce la obligación de eliminar la discriminación a partir de estereotipos de género pues nota que una deficiente investigación de un suceso de violencia obstétrica tiene un impacto desproporcionado en la vida de todas las mujeres, propiciando un ambiente de impunidad y aceptación social de este fenómeno.

Por otro lado, respecto del tratamiento y evaluación de la responsabilidad estatal en el marco de la atención de salud en una clínica privada, la Corte toma como referencia la Observación General N.º 22 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2016), que establece la posibilidad de atribuir responsabilidad a los Estados por la vulneración del derecho a la salud cuando hayan sido cometidas por una empresa privada, en caso se falte a la debida diligencia y punibilidad. Asimismo, complementa su argumentación refiriendo el desarrollo de la CEDAW, respecto al deber estatal de supervisión a la prestación de servicios de salud para mujeres, sean en instituciones públicas o privadas, para garantizar la igualdad en el acceso y calidad en la misma. También, refiere que el derecho a la salud sexual y reproductiva está estrictamente ligado al derecho a la salud y se vincula a la capacidad libre y autónoma de tomar decisiones sobre el propio cuerpo, con especial atención a las mujeres, debido a la situación de vulnerabilidad que supone el embarazo y labor de parto (Corte IDH, 2023). En tal sentido, la Corte reconoce “la obligación de brindar atención médica sin discriminación implica que la misma tome en cuenta que las necesidades en materia de salud de las mujeres son distintas de las de los hombres” (Corte IDH, 2023, párr. 102).

2.2.4 POSTURA DEL PERÚ ANTE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

En esta sección se provee data sobre la legislación peruana referida a la violencia contra la mujer, que facilita la visualización del panorama actual del Perú en dicho respecto. También, se aborda el reconocimiento de la problemática de violencia obstétrica y su presencia en el país. De igual forma, se analiza los esfuerzos de legisladores para incluir el concepto en la normativa

peruana y la razonabilidad tras sus desaciertos, arribando en la importancia de la especificidad y la evaluación de la realidad social para garantizar el adecuado cumplimiento del derecho.

Anteriormente, el Estado Peruano ha reconocido, en períodos determinados, la realidad de la violencia obstétrica en el marco legal nacional. En el año 2016, el Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016-2021, aprobado mediante el Decreto Supremo N.º 008-2016-MIMP, planteó que esta problemática incluye todo acto de violencia perpetrado por “el personal de salud con relación a los procesos reproductivos y que se expresa en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, en adelante, MIMP, 2016b, p. 7).

Aunado a ello, el Reglamento de la Ley N.º 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar incluía a la violencia obstétrica en su artículo 8º, referido a modalidades y tipos de violencia (MIMP, 2016c). Por consiguiente, le era aplicable la Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género, sin embargo, aquella mención fue retirada “a fin de evitar la estigmatización de un grupo del personal médico (las y los obstetras)” (D.P., 2020, p. 97).

Esto ocurre debido a que, en el año 2020, la Defensoría publicó el Informe de Adjuntía N.º 023-2020-DP/ADM, documento integral y exhaustivo conteniendo definiciones, análisis del marco jurídico nacional e internacional, legislación comparada y entrevistas a actores clave en situaciones de violencia obstétrica, luego de no obtener respuesta al Informe de Adjuntía N.º 001-2017-DP/ADM sobre derecho a la salud materna, por el cual se recomendó al MINSA “implementar una norma específica que aborde la prevención y sanción de la violencia obstétrica, frente a los casos de maltrato de las usuarias en la atención durante el embarazo y el parto” (D.P., 2017, p. 158). De las diversas recomendaciones presentadas, destacan las siguientes:

2. Adoptar medidas para que el personal de salud no reproduzca estereotipos ni prácticas sociales o tradicionales nocivas que afecten o impidan el acceso de las mujeres a la atención del embarazo, parto y puerperio en el establecimiento de salud; así como no inducir a las mujeres a someterse a prácticas tradicionales ajenas a su voluntad.

[...]

3. Aprobar y aplicar normativas que prevengan, prohíban y sancionen las prácticas nocivas, violencia de género y violencia obstétrica; y aseguren al mismo tiempo la intimidad, la confidencialidad y la adopción libre, informada y responsable de decisiones, sin coacción, discriminación o miedo a la violencia.

(D.P., 2020, pp. 96–98)

No obstante, el Grupo de Trabajo Nacional de la Comisión Multisectorial de Alto Nivel del Sistema Nacional para la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar prestó especial atención a la sugerencia de la Defensoría respecto a reevaluar el término de “violencia obstétrica”, por lo que se modificó el Reglamento antes mencionado en el año 2022 para reemplazarlo por “violencia en los servicios de salud sexual y reproductiva”. Siendo este el único cambio reflejado en la legislación nacional relacionado a este tipo de violencia que sufren las mujeres peruanas hasta la actualidad, es calificado como “cumplimiento total” de una recomendación en el Informe de Seguimiento correspondiente (D.P., 2022).

Por otro lado, aunque de menor rango y alcance, se considera indispensable mencionar la Norma Técnica de Salud para la Prevención y Eliminación de Violencia de Género en los Establecimientos de Salud que brinden Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, la cual establece medidas orientadas a prevenir y erradicar toda forma de violencia de género ejercida por el personal médico, incluyendo la sensibilización del mismo “en materia de enfoque de género, derechos humanos, interculturalidad e interseccionalidad” (MINSA, 2022, p. 1). En este documento, si bien se ofrece una aproximación del término violencia obstétrica, dicho concepto no es mencionado o aplicado en las direcciones brindadas a lo largo del texto, a pesar de contar con una sección dedicada a la atención del parto como experiencia positiva. Además, carece de un proceso de investigación, seguimiento o medidas correctivas para el personal médico y, como se mencionó líneas arriba, al ser una norma técnica, su difusión es limitada.

En esa línea, la Estrategia Nacional de Prevención de la Violencia de Género de 2022 menciona a la violencia obstétrica como una modalidad de violencia y propone la elaboración y difusión de información sobre los derechos a la salud sexual y reproductiva, y el derecho a una vida libre de violencia a nivel nacional, incorporando el enfoque intercultural y de género, y los conceptos de violencia obstétrica, violencia sexual y la especificación de los mismos en servicios de salud como una meta a corto plazo (MIMP, 2022, p. 48). No obstante, en el Informe

de Adjuntía referido a la supervisión de dichas propuestas, no se aclaran los métodos utilizados para concientizar al público en diversos centros de salud del país o los resultados obtenidos (Defensoría del Pueblo, 2023).

Asimismo, debe mencionarse que, en años previos, se han realizado intentos por incluir lo que los legisladores peruanos consideraron era una regulación correspondiente en el sistema legal peruano. No obstante, las propuestas igualmente carecen de definición de los parámetros de la violencia obstétrica, no logran posicionar a la mujer como el sujeto principal o la imprecisión del texto impide identificar adecuadamente a los perpetradores y sancionadores.

Por una parte, el Proyecto de Ley N.º 1158/2011-CR, que propone la Ley de Promoción y Protección del Derecho al Parto Humanizado y de la Salud de la Mujer Gestante, y el N.º 2197/2017-CR, Proyecto de Ley que propone la Ley de Promoción y Protección del Derecho al Parto Humanizado y a la Salud de la Mujer Gestante y del Recién Nacido, presentaron algunas recomendaciones relevantes para la atención durante el parto, como establecer el derecho de la gestante a un trato respetuoso y personalizado que resguarde su derecho a la intimidad y a no ser sometida a ninguna intervención sin su consentimiento por escrito (Congreso de la República del Perú, 2012), así como a recibir únicamente el número estrictamente necesario de exámenes vaginales requeridos (Congreso de la República del Perú, 2017). Empero, carecen de fuerza sancionadora y no enfatizan en los derechos de la mujer por su condición de persona, sino a partir de su estado como madre y del bienestar del neonato, resultando en el archivo de ambas propuestas.

Por otra parte, los últimos proyectos legislativos recibidos se encuentran pendientes de debate hasta la fecha. Así pues, el Proyecto de Ley N.º 03564/2022-CR propone tipificar a la violencia obstétrica como delito en el Código Penal, incorporando un agravante cuando se perjudique la vida o salud de la víctima (Congreso de la República, 2022) y el N.º 06650/2023-CR busca prevenir la violencia obstétrica en mujeres con discapacidad sensorial modificando la Ley General de Salud a modo que se les garantice un trato preferente durante su embarazo, parto y posparto (Congreso de la República, 2023). Asimismo, cabe mencionar el Proyecto N.º 08260/2023-CR, denominado Proyecto de Ley de Parto Humanizado y Atención Respetuosa del Nacimiento, que si bien presenta una detallada lista de los elementos del parto humanizado y reprende el “despojar a las mujeres de su autonomía y decisión” (Congreso de la República, 2024, p. 3) por sobre la posición o acompañamiento, no identifica las posibles experiencias

negativas como un tipo de violencia, por lo cual no se hace mención directa a la violencia obstétrica.

En respuesta a la aproximación de la problemática al ámbito penal, el CMP (2022) rechaza abiertamente la propuesta, ya que no considera viable el establecer una Ley específica dirigida a sancionar a los médicos. Adicionalmente, enfatiza en la generalidad de la redacción, pues considera que el título “trabajadores de la salud” incluye a trabajadores administrativos que no prestan atención obstétrica a la mujer embarazada, y observa que no se precisa a los responsables de determinar que se haya incurrido en un acto de violencia, así como los criterios a utilizar.

Es así que, a pesar del reconocimiento cuasi formal mediante menciones esporádicas en documentos gubernamentales y tentativas de legisladores, no se ha promulgado ninguna ley que regule de manera explícita, específica y actualizada a la violencia obstétrica, ni se ha establecido un procedimiento de sanción en el sector salud. Por el contrario, se evidencia los esfuerzos realizados a favor del personal de salud y el desentendimiento de la larga lista de solicitudes a favor de la mujer.

Aun cuando se reconoce la correcta intención de la autoridad de mencionar esta manifestación de manera expresa, la falta de conceptualización de alcance nacional y con enfoque al contexto peruano genera un efecto invisibilizador en prácticas como la violencia obstétrica, dado el nivel de internalización y normalización de las mujeres que lo padecen. Es decir, dicho concepto no sólo carece de desarrollo, con precisión o en supuestos, sino que, incluso, se han tratado de manera diferencial a otras manifestaciones de violencia contra la mujer que, por su naturaleza, pueden considerarse dentro del concepto de violencia obstétrica. Consecuentemente, es posible que las víctimas no reconozcan la perpetración de violencia, al no saber que dichos actos califican como tales.

Por todo lo anteriormente expuesto, puede concluirse que la violencia obstétrica es una manifestación de la violencia de género que está profundamente arraigada en la sociedad peruana. Esta considera las funciones de las mujeres a partir de la dominación y aceptación de lo “femenino” como aquello inferior. Tan es así que se busca controlar el desarrollo del embarazo, lo cual tiene como base la discriminación que ha sido consentida por el Estado, e incluso por los profesionales que deben proporcionar información y preservar la salud.

La invisibilización de la problemática está estrictamente ligada a la reducida atención que se le presta a la violencia contra la mujer en la práctica y al paternalismo aún presente en el sistema de salud. Más aún, se contravienen las obligaciones internacionales suscritas por el Perú, al ser Estado parte de distintos tratados de derechos humanos, que son clave para generar un cambio en la situación vigente.

2.2.4.1 Caso Eulogia Guzmán contra Perú

Por último, se considera pertinente para el presente trabajo mencionar el caso de Eulogia Guzmán contra Perú, admitido ante la CIDH en abril de 2014. Actualmente, el caso se encuentra aún pendiente, siendo que dicha Comisión debe aún emitir su informe final de fondo, en el cual determinará si se le atribuye responsabilidad internacional al Perú por haber perpetrado violencia obstétrica contra una mujer quechua hablante en el año 2003. Asimismo, en el caso de Eulogia podría influir el concepto de interseccionalidad, dado que la confluencia de factores sociales que caracterizan a la víctima repercute particularmente en la obligación de garante del Estado.

Esto adquiere especial relevancia pues es la CIDH la cual ha prestado especial atención a este enfoque, reafirmando que la interseccionalidad constituye un concepto básico para comprender el ámbito de aplicación de las obligaciones del Estado, pues la discriminación contra la mujer por motivos de sexo y género se encuentra estrechamente vinculada a otros factores que las afectan, tales como la raza, el estatus, la orientación sexual, entre otros. Esta superposición de múltiples formas de discriminación da lugar a una afectación agravada que se manifiesta en experiencias diferenciadas, perceptibles incluso entre mujeres que, podría parecer, comparten características similares, como por ejemplo entre mujeres indígenas (CIDH, 2011).

Así pues, como se ha manifestado anteriormente, los Estados parte suelen tener un deber de observancia mayor en cuanto a mujeres embarazadas, dada la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran, en especial al momento del parto. En este caso, Eulogia era una mujer embarazada que vivía en situación de pobreza en una comunidad campesina de Cusco, por lo que será determinante el análisis interseccional en cuanto a la responsabilidad estatal y la afectación que se deriva de la violencia obstétrica en las mujeres, identificando las diversas formas en que la variable socioeconómica puede agravar la situación.

En síntesis, los hechos inician en 2003, cuando la señora Eulogia atravesaba su sexto embarazo y era trasladada a una sala de partos en el Centro Público de Salud del Distrito de Yanaoca. Mientras se encontraba de pie, la señora Eulogia comenzó a experimentar señales del inicio del trabajo de parto. Ante ello, su esposo solicitó nuevamente asistencia al personal médico. Una enfermera ingresó a la sala y, al verla en dicha posición, intentó subirla por la fuerza a la camilla, en contra de las súplicas de la señora Eulogia que acostumbraba dar a luz en cuclillas, una práctica común de las comunidades campesinas (Centro de Derechos Reproductivos & PROMSEX, 2022).

En el forcejeo, la señora dio a luz y el recién nacido cayó contra el suelo, golpeándose fuertemente la cabeza y cortando el cordón umbilical por el impacto (CIDH, 2014). Al día siguiente, ambos pacientes fueron trasladados al Hospital Regional de Cusco donde la primera no obtuvo ayuda pese a sufrir de sangrado vaginal y dilatación del útero, y se mantuvo a la espera de información sobre su hijo por dos semanas pues, al ser una mujer quechua hablante, no comprendía el español del personal. Frente a la ceguera cortical irreversible y encefalopatía hipóxica isquémica⁷ que padecía su hijo a consecuencia de lo ocurrido, la señora Eulogia y su esposo interpusieron la denuncia penal por la vía interna en 2006 (CIDH, 2014).

El Ministerio Público, en consecuencia, realizó la acusación correspondiente al personal de salud involucrado, por el delito de exposición al peligro o abandono de personas en peligro en circunstancias agravantes, sin embargo, luego de varias instancias e irregularidades, no obtuvieron una respuesta favorable. Es así que el caso es llevado ante la Comisión y, en el año 2014, esta presentó su informe de admisibilidad donde dictaminó su competencia para conocer del caso, toda vez que se habría agotado la vía interna.

Para el caso en concreto, se ha solicitado determinar si la totalidad del proceso fue compatible con las obligaciones estatales de investigar y sancionar hechos que atentan contra los derechos humanos (CIDH, 2014). Dado lo acontecido antes, durante y después del nacimiento del hijo de la señora Eulogia, quien falleció a los 12 años, la Comisión estima que podrían tratarse de hechos constituyentes de una violación a la dignidad, integridad personal, a recibir especial protección por parte del Estado, entre otros, basándose en los artículos 4, 5 y 19 de la Convención Americana de Derechos Humanos (1969).

⁷ Síndrome que afecta a los recién nacidos a término debido a asfixia fetal al nacer (Papazian, 2018).

2.2.5 LA VISIBILIZACIÓN NORMATIVA COMO HERRAMIENTA DE TUTELA DEL DERECHO A LA SALUD DE LA MUJER

Este apartado explora el concepto de visibilización normativa como una herramienta clave para garantizar la efectividad del Derecho. Conforme a ello, se observa la influencia de la incorporación expresa de la problemática en la legislación peruana y su difusión permite el reconocimiento de las conductas invisibilizadas en un contexto donde predomina la desigualdad estructural, así como el impulso de mecanismos que transforman la realidad social. Asimismo, se señala el rol trascendental del Estado, como garante de derechos humanos, como el derecho a la salud, y promotor del acceso a la información.

2.2.5.1 Implicancias de la Visibilización Normativa

Seguidamente a evidenciar que la violencia obstétrica es una problemática latente en la actualidad y su abordaje a nivel internacional y nacional, es fundamental definir adecuadamente el concepto de “visibilización normativa” en el contexto de esta investigación. Buscando ahondar en cada uno de los elementos clave para el marco presentado, se arriba a una definición precisa del término, que será utilizado a lo largo del documento, así como su relevancia en materia del derecho a la salud, los derechos fundamentales de la mujer y la relación con la violencia obstétrica.

Con ello, se considera necesario resaltar la importancia de la formalidad del Derecho para garantizar su efectividad, además del objetivo principal del mismo. Así pues, “las formas son indispensables para la vida y si el derecho está asociado a necesidades vitales de los seres humanos, entonces sus formas serán determinantes para que el derecho logre sus fines sociales” (Morales, 2023, p. 354). En consecuencia, el Derecho no solo regula, anticipa y encausa conflictos, sino que también se adapta a la evolución de la sociedad, incorporando nuevos contenidos que abarcan una mayor cantidad de personas y situaciones (García Amado, 1997, citado en Morales, 2023). A medida que surgen conflictos más agudos, el Derecho provee un mecanismo procedimental para su gestión y resolución (Morales, 2023).

No obstante, el formalismo del Derecho, aunque indispensable, no es suficiente para abordar cada problemática social (Morales, 2023). En ese sentido, la Corte IDH observa que los recursos no pueden existir únicamente de manera formal, pues es preciso que tengan efectividad y respondan a las violaciones de los derechos reconocidos. Por ello, señala lo siguiente:

Los Estados tienen la responsabilidad de consagrar normativamente y de asegurar la debida aplicación de los recursos efectivos y de las garantías del debido proceso legal ante las autoridades competentes, que amparen a todas las personas bajo su jurisdicción contra actos que violen sus derechos fundamentales.

(CIDH, 2018, parr. 66)

En ese sentido, la realización del Derecho está directamente relacionada con la eficacia funcional, es decir, en la verdadera utilidad de las normas jurídicas en la sociedad. Esto implica que, para cumplir con el objetivo del mismo, “(para que encauce, límite, garantice y eduque), es necesario que las normas puedan ser real o materialmente aplicadas” (Jürgen Habermas, s.f., citado en Leiva et al. 2011, p. 30) y se exija el cumplimiento de los mandatos a través de aparatos especiales que sancionen el incumplimientos de las prohibiciones, a la vez que ofrezcan las garantías correspondientes para resguardar los derechos reconocidos.

Es por ello que la Relatoría Especial para la Libertad de Expresión de la CIDH declara que “el acceso a la información es una pieza fundamental de toda sociedad democrática y elemento indispensable para garantizar el ejercicio efectivo de todos los derechos humanos” (CIDH, 2018, párr. 73). Asimismo, la capacidad del Estado para garantizar el acceso a la información por parte de la sociedad se denota imprescindible para procesos de transparencia y rendición de cuentas, evidenciando igualmente que el principio de publicidad de las normas implica la publicación y difusión (Paniagua, 1987) en medios accesibles a la población y un adecuado seguimiento de sus efectos.

Aunado a ello, el derecho al acceso a información es considerado una herramienta clave para el control ciudadano del funcionamiento del Estado y la administración pública. Este facilita el ejercicio consciente de los derechos políticos y contribuye a la realización de otros derechos humanos, particularmente para los grupos más vulnerables (CIDH, 2018). De esta manera, se introduce la significancia de la visibilización normativa, pues uno de los desafíos principales que plantea la indiferencia y la subordinación social consiste en visibilizar y comprender las dinámicas históricas, sociales y culturales que atraviesan las personas y grupos en situación de desventaja y vulnerabilidad (Ortega, 2013).

Si bien la visibilización normativa no refiere exclusivamente a las poblaciones vulnerables, son estas las que se verán mayormente beneficiadas por este concepto. La visibilización normativa es la incorporación expresa y específica de un derecho en la legislación, y la publicidad de la misma de manera accesible y comprensible para toda la población. Así, el Estado tiene la obligación de buscar las vías idóneas para hacer llegar a la mayor cantidad de ciudadanos la información precisa sobre aquellos derechos, así como establecer los mecanismos adecuados para protegerlos y contrarrestar su vulneración.

2.2.5.2 Respeto del Derecho a la Salud

En esa línea, la Convención Americana de Derechos Humanos, que establece que los Estados Miembros son los principales responsables de la prevención ante la violación de derechos humanos, genera a dichos Estados la obligación de adecuar su normativa interna a los estándares interamericanos para garantizar la eficacia de los instrumentos internacionales (CIDH, 2021). En Perú, por ejemplo, el deber del Estado Peruano a garantizar la plena vigencia de los derechos humanos está reflejado en la Constitución y, adicionalmente, se manifiesta que dichos derechos deben interpretarse conforme a la Declaración Universal y otros tratados internacionales ratificados (Save the Children, 2016). Con ello, la Convención determina:

Dentro de un estado de derecho en el cual se rigen las instituciones democráticas, la garantía de derechos de los seres humanos se basa en el establecimiento de condiciones básicas necesarias para su sustentación (alimentación, salud, [...], entre otros).

(Convención Americana de Derechos Humanos, 1969, p. 1)

Asimismo, puede observarse en el listado de derechos que los Estados se comprometen a proteger a los reconocidos como estrictamente ligados a la salud, mencionados en capítulos anteriores, como lo son el derecho a la integridad personal y a la vida. De esta manera, puede afirmarse que el derecho a la salud se encuentra incluido en “la obligación que asume el Estado de organizar todo el aparato del poder público para garantizar el pleno y efectivo goce y ejercicio de los derechos reconocidos en los instrumentos interamericanos” (CIDH, 2021, párr. 29). En este contexto, la ley actúa como la base para consolidar al derecho a la salud como un derecho jurídicamente exigible y, a su vez, para definir a los titulares de deberes. Además, evita que las disposiciones relacionadas con el mismo se interpreten de manera abstracta, apartándose de la aplicación de sanciones adecuadas (Nampewo et al. 2022).

2.2.5.3 Respeto de los Derechos de la Mujer

Para observar la visibilización normativa en materia de derechos de la mujer debe contextualizarse nuevamente en su condición como población históricamente vulnerada a partir de los constructos sociales derivados de la violencia y dominación ejercida sobre la misma, pues la desigualdad y discriminación producida fuerza la necesidad de normativas que apunten a modificar patrones de comportamiento comúnmente aceptados.

Sin embargo, puesto que la tarea de normar para modificar comportamientos excede la redacción formal, se requiere un esfuerzo tangible por parte de los Estados. Esto refiere a su actuación como garantes frente a los derechos humanos, que implica la sensibilización de la población y el impacto directo de los actores que se encuentran involucrados en la problemática. En ese sentido, la formulación o articulación de normativa derivada de la protección de los derechos de las mujeres será jurídicamente eficaz en tanto pueda ser aplicada y exigida y, frente a las violaciones de la misma, existan los medios coercitivos para corregir la situación por la autoridad competente (Leiva et al., 2011).

Conforme a ello, el papel protagónico de diferentes organismos como la ONU, ha radicado en visibilizar la violencia contra la mujer como un objeto de preocupación para la comunidad global. Por su parte, la Corte IDH, refiere que el corpus jurídico del Derecho Internacional de los Derechos Humanos se compone por un conjunto de instrumentos de contenido y efectos jurídicos variados y que, ante la suscripción de uno de estos, los Estados adquieren dos tipos de deberes: respetar los derechos reconocidos por los mismos y garantizar su goce efectivo y, aspirar a la garantía de su goce (MIMP, 2016a).

Así pues, en la octogésima quinta sesión de la Asamblea General de la ONU sobre la Eliminación de todas las Formas de Violencia contra la Mujer se reafirmó que los funcionarios públicos de los Estados deben aplicar políticas de prevención, investigación y sanción de la violencia contra la mujer, que impide el libre ejercicio, disfrute y goce de sus derechos (Naciones Unidas, 1993). Además, deben recibir y transmitir información que expanda su perspectiva, y de la población, frente a esta problemática.

En base a lo anterior, la normatividad estará directamente ligada a la reducción y/o erradicación de las desigualdades que derivan en el trato discriminatorio y, consecuentemente, en la violencia ejercida sobre las mismas. Solo mediante regulación que implique también la

articulación de estrategias dirigidas a corregir, encauzar y transformar el estatus quo de la problemática se podrá arribar a la visibilización normativa, que evidenciará el efecto de las situaciones que ignoran la presencia de la mujer en el desarrollo social invisibilizando sus intereses, necesidades y violando sus derechos reconocidos (MIMP, 2014).

2.2.5.4 Visibilización Normativa y Violencia Obstétrica

Así pues, a lo largo de la presente investigación se ha referido a la violencia obstétrica como una problemática invisibilizada, resultando difícil identificarla dada la normalización de algunas prácticas y la asimetría informativa entre médico y paciente. Sin embargo, los esfuerzos conjuntos de diversos grupos de mujeres, especialmente en América Latina durante la última década, han puesto de relieve la importancia de luchar contra la violencia obstétrica, devolviéndole a la mujer el papel protagónico en su embarazo y parto, y evitando la patologización de procesos naturales (Quattrocchi, 2018).

Con ello, como se refiere al inicio del presente texto, en el año 2018 se realizó una investigación en Chile en base a su situación legislativa, así como de países de la región que hubiesen implementado normativa referida a la violencia obstétrica. En las conclusiones de la misma, se halló que la mayoría de países en América Latina carecen de regulación específica que aborde de manera directa la violencia obstétrica, a excepción de Venezuela, Argentina y México. No obstante, se constató que, aun cuando existe normativa expresa, las situaciones constitutivas de violencia obstétrica subsistían en dichos países (Díaz & Fernández, 2018).

De esta manera, el autor constata que a la fecha existen estudios escasos y parciales sobre violencia obstétrica, resultando prácticamente imposible dimensionar la gravedad y extensión de la problemática. Así, resaltó que ello estaría ligado a la prevalencia de culturas institucionales y profesionales contra normativa. En tal sentido, el artículo sostiene que la violencia obstétrica no puede ser resuelta exclusivamente mediante una regulación, resaltando la necesidad de un cambio cultural (Díaz & Fernández, 2018).

Al respecto, resulta evidente que la introducción de una norma en el aparato legal de un país es tan solo el paso inicial hacia la solución al problema estructural de la violencia contra las mujeres, como lo es la violencia obstétrica. Conforme a ello, la visibilización normativa propone poner de manifiesto una problemática oculta de salud pública mediante el recurso formal en primera instancia, pues amerita la articulación de políticas complejas que evidencien

la gravedad de la problemática para la sociedad, siempre que, consecuentemente, se impulse la modificación de los comportamientos identificados como no deseados. Así, se resalta:

No se trata únicamente de continuar con la creación de leyes, políticas y protocolos que denuncien las situaciones en las que se reproduce la violencia obstétrica, sino de hacer más investigaciones acerca de este tema y de cuáles son las causas que favorecen este fenómeno para oponerse al uso de la violencia como forma de control social en todas sus manifestaciones y hacerla visible fuera del ámbito de los profesionales de sanidad. (Martin-Bellido, 2020, p. 3)

2.3 CONTEXTO DE INVESTIGACIÓN

2.3.1 CON RELACIÓN A LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

En el Perú, el MIMP es la entidad encargada de velar por el pleno ejercicio de los derechos e integridad de las poblaciones vulnerables a través de atención especializada y provisión de asistencia legal. Con ello, su misión es “diseñar, establecer, promover, ejecutar y supervisar políticas públicas a favor de las mujeres, [...] para garantizar el ejercicio de sus derechos y una vida libre de violencia, desprotección y discriminación, en el marco de una cultura de paz” (MIMP, s.f.).

De este modo, se podrá encontrar lo referido a violencia contra la mujer en el Decreto Supremo N.º 004-2020-MIMP, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N.º 30364. Esta norma desarrolla los principios rectores para asistir a la mujer hacia una vida libre de escenarios hostiles. Entre dichos principios se encuentran el de igualdad y no discriminación, el enfoque de género, basado en las asimetrías en la relación entre mujeres y hombres, la integralidad, interculturalidad, interseccionalidad, garantía de derechos humanos y un enfoque generacional que deberá ser aplicado a todas las formas de violencia contra la mujer.

Si bien es posible considerar al referido texto como un instrumento beneficioso para las mujeres peruanas, es de vital importancia verificar la utilidad de la misma para atender los casos de violencia contra la mujer en el país, dado que, como se mencionó en acápites anteriores, toda legislación que carece de implementación, es obsoleta. Para ello, resulta relevante contemplar la magnitud del problema en el Perú, basada en información estadística provista por el mismo Estado.

Así pues, en 2021, las mujeres víctimas de violencia física por parte de sus esposos o compañeros, a nivel nacional, representaban el 54.9 % de la población de mujeres en edades de entre los 15 y 49, mientras que la violencia psicológica dañó al 50.4 % (Comité Estadístico Interinstitucional de la Criminalidad, 2022). Este último tipo de violencia es la más extendida en la región, siendo una de las más imperceptibles, denotando su alta peligrosidad.

Seguidamente, el Instituto Nacional de Estadística reportó que, en 2022, el 55.7 % de las mujeres peruanas habrían sido violentadas (2023). Con ello, se tiene presente que, si bien la situación de violencia iría en mejora al haber disminuido en 9.7 puntos porcentuales en relación con los datos obtenidos en 2017 (65.4 % de las mujeres habrían sufrido violencia en dicho año), la estadística ha ido en aumento desde el 2020. Esto dado que el aislamiento producto del virus SARS COV 2, expuso las consecuencias directas e indirectas sobre las víctimas y la sociedad, confirmando que la violencia contra la mujer continúa siendo una problemática latente en el país.

Además, según registros de los Equipos Itinerantes de Urgencia⁸, desde inicios de marzo hasta agosto de ese año se reportaron 14 583 casos de violencia contra la mujer (Plan International, 2020). La suspensión de la atención de los Centros de Emergencia Mujer las posicionaron en una especial situación de vulnerabilidad ya que, a menudo, conviven con sus agresores. Las regiones más afectadas por la violencia fueron Cusco, Junín, Lima Metropolitana, Huánuco y Ancash.

En base a todo lo expuesto, la perpetración de este tipo de violencia, se evidencia como una práctica común, donde más de la mitad de la población de mujeres ha sido víctima de la misma. Ello denota su normalización y constante práctica, con lo cual la estructura de violencia contra la mujer continúa desarrollándose de forma discreta, avalada por una cultura altamente androcéntrica.

2.3.2 CON RELACIÓN A LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Como se mencionó líneas arriba, la discusión sobre la problemática de la violencia obstétrica en el Perú ha sido investigada por el Estado a través de la D.P., cuyo informe tiene como objetivo principal el comunicar a la población y autoridades respecto del marco general de la violencia obstétrica en el país, a través de la revisión del marco normativo internacional y

⁸ Grupos formados por el MIMP para atender víctimas de violencia durante el aislamiento por el COVID - 19 (MIMP, 2021).

nacional sobre la protección de los derechos de las mujeres, y la conducción de entrevistas a especialistas en la materia.

En ese sentido, en el año 2020, dicho organismo entrevistó a once actores y actrices clave, entre ellos representantes del MINSA, el MIMP, de la sociedad civil y de la Academia, centrando sus preguntas, en el alcance conceptual de la violencia obstétrica, sus manifestaciones, causas y consecuencias, casos específicos, el conocimiento sobre la actuación estatal y agenda de investigación pendiente, y la sanción a nivel gremial (D.P., 2020).

Conforme a ello, en lo concerniente a los hallazgos del Informe, se observa un punto común entre los entrevistados respecto de denominar a la violencia obstétrica como una modalidad multidimensional de violencia que afecta a las mujeres, de manera directa o indirecta. También, reconocen la existencia de variables externas que podrían determinar un mayor grado de vulnerabilidad para distintos grupos de mujeres. Asimismo, los entrevistados coinciden en señalar que los momentos clave en el cual una mujer puede sufrir este tipo de violencia son el parto y el postparto.

Respecto a la perpetración de violencia obstétrica basada en justificaciones científicas, cabe resaltar que la mayoría de los entrevistados indicó encontrarse en desacuerdo con la premisa de que la violencia es justificable. Entre los argumentos recogidos destaca que se considera que los partos espontáneos serían evitables en tanto las mujeres fueran correctamente informadas a lo largo del embarazo, respecto de los signos de alerta frente a la misma. Por otro lado, frente a los motivos y consecuencias de la violencia obstétrica en el Perú, los especialistas y la sociedad civil coincidieron en determinar tres causas claves para que exista y se perpetúe este fenómeno. Primero, la dinámica de poder y el abuso de la necesidad médica por medio de la cual la mujer es situada en una categoría subalterna a la del hombre, y la desigualdad de poder entre el personal médico y la mujer embarazada. Luego, resaltan las limitaciones en los sistemas de salud peruanos que representan causas estructurales que viabilizan la violencia (D.P., 2020).

Como efectos derivados de la violencia obstétrica, los entrevistados diferencian entre los directos e indirectos, donde los directos refieren a los físicos y psicológicos, mientras que los indirectos se relacionan con la reproducción de modelos y prácticas a nivel social, por ejemplo, la persistencia de conocimientos que excluyen a la mujer de su proceso de parto y la toma de

decisiones sobre su cuerpo. En ese respecto, los participantes identificaron el consentimiento informado como proceso, derecho y expresión del ejercicio de la autonomía de la mujer, entre otros. No obstante, destaca la respuesta de un grupo de representantes del MINSA, toda vez que, pese a que denotan comprender la necesidad de contar con el mismo, consideran que obtener el consentimiento informado disminuye la posibilidad de tomar decisiones médicas necesarias para el proceso de parto, por tanto, se ve como una carga adicional (Defensoría del Pueblo, 2020).

Por otra parte, la percepción de los entrevistados respecto a la actuación del Estado peruano para con la problemática es mayoritariamente negativa, toda vez que no identifican una preocupación estatal dada su falta de intervención o avances concretos para su erradicación. También, observan la falta de capacitación y sensibilización del personal médico sobre la violencia obstétrica como problema de salud pública, y que la ausencia del Estado en determinados espacios físicos impide el apoyo a diversos grupos de la población, por ejemplo a las mujeres indígenas. Al mismo tiempo, los entrevistados de la Academia reconocieron la necesidad de contar con una agenda de investigación de la violencia obstétrica, identificando temas prioritarios como la formación del personal de salud, los mecanismos con los que cuentan las mujeres para poder exigir sus derechos y la profundización sobre las dimensiones, particularidades y factores relacionados a la violencia obstétrica (Defensoría del Pueblo, 2020).

Respecto a la sanción de la violencia obstétrica, se entrevistó también a personal del CMP y la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, quienes comentaron que, aun cuando sus instituciones no hubiesen regulado un correctivo específico, su Código de Ética está dirigido a las acciones contrarias al buen hacer de los médicos, motivo por el cual este podría emplearse para ejecutar sanciones a nivel gremial. Por su parte, el Colegio de Obstetras del Perú indicó que su institución no cuenta con regulación al respecto pero considera necesario su inclusión para contribuir con la reducción de ocurrencias de la problemática.

Finalmente, la Defensoría emitió recomendaciones dirigidas a los órganos institucionales involucrados en la protección de los derechos de las mujeres. Entre ellas, resaltan las emitidas al MINSA respecto al diseño y fortalecimiento de programas de capacitación obligatoria para el personal médico, con especial énfasis en la calidad de la atención de la salud materna, los enfoques de derechos y género, interseccionalidad e interculturalidad, tomando en cuenta la realidad sociocultural y económica del país, y las obligaciones de personal de salud que

enfaticen el respeto a los derechos de las mujeres. Asimismo, se indicó la necesidad de actualizar o aprobar protocolos sanitarios que aborden la violencia obstétrica, además, de generar información al respecto, instando a las autoridades a realizar investigaciones sobre violencia obstétrica con especial atención en los factores que la producen, y las buenas prácticas en la atención del parto.

En suma, se aprecia que la Defensoría identifica un trabajo pendiente por parte del Estado peruano, en el ámbito legislativo y en lo referente a la sensibilización y concientización de su población. En ese sentido, se observa la necesidad de emitir data empírica respecto a posibles medidas que efectivamente faciliten la prevención, sanción y erradicación de la violencia obstétrica y para ello, considerar la opinión de la sociedad civil que podría enfrentar la problemática, y los profesionales en derecho a la salud de la población peruana.

2.4 HIPÓTESIS

En base a lo anteriormente expuesto, puede afirmarse que la violencia obstétrica es una práctica invisibilizada que afecta múltiples derechos humanos de la mujer, siendo el derecho a la salud el conductor principal, por lo cual se manifiesta en todas sus dimensiones, física, mental y emocional. En el contexto peruano, la normalización de la problemática se observa tanto cultural como socialmente y, en especial, en el tratamiento superficial y de alcance limitado que se le ha aplicado en la normativa nacional.

En consecuencia, se encuentra un vacío por resolver dentro del sistema legal y de salud, que ocupan un rol de garante frente al efectivo cumplimiento de los derechos de la población. Asimismo, el Estado cuenta con responsabilidad internacional en la materia, pues tratados vinculantes con organismos como la OMS y la CEDAW consideran una necesidad imperiosa la incorporación de políticas públicas específicas para resguardar el bienestar integral de la mujer.

Con ello, como hipótesis de la presente investigación, se afirma que la visibilización normativa de la violencia obstétrica, entendiéndose como la incorporación específica del concepto en la legislación y publicidad accesible para toda la población, resulta determinante y constituye el primer paso necesario en el proceso de tutela efectiva del derecho a la salud de la mujer durante el parto, en Lima Metropolitana.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación empírica a realizar se lleva a cabo bajo el enfoque cualitativo, recogiendo datos que seguidamente son codificados y analizados para observar posibles similitudes entre los discursos de los actores. Esto debido a que, para arribar a una conclusión en términos de visibilización normativa que englobe la realidad estructural de la problemática de violencia obstétrica en el país, se considera indispensable enfrentar la terminología y su falta de regulación a experiencias personales, opiniones generales forjadas a partir de las mismas y alternativas de solución planteadas por la población que hubiese mantenido relación directa con el proceso de atención obstétrica.

En ese sentido, el alcance del presente estudio será de tipo exploratorio, descriptivo y explicativo. Esto pues no se han hallado investigaciones previas en el contexto peruano que aborden específicamente la visibilización normativa de la violencia obstétrica, seguidamente se recoge y sistematiza la información sobre la realidad actual en torno a esta problemática y se busca establecer cómo esta herramienta actúa sobre la persistencia o reducción de la violencia obstétrica, que a su vez influye en la tutela del derecho a la salud de las mujeres (Hernández Sampieri et al., 2018). Así, si bien no se ahonda sobre terminología específica con los participantes, se evalúa la frecuencia en que la población sugiere mecanismos alineados al concepto de visibilización normativa como método de preferencia a la erradicación de esta manifestación de violencia, el impacto que podría suponer a su salud y el razonamiento empleado.

Asimismo, a fin de delimitar el objeto de estudio, la narrativa empleada frente a la población seleccionada se centra en la etapa del parto. A pesar de que, como se mencionó en capítulos anteriores, la violencia obstétrica puede manifestarse también en otras fases, se priorizará el recolectar data enfocada en la más vulnerable para la mujer gestante.

3.2 POBLACIÓN DE LA MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN OBJETIVO

Así pues, se busca abarcar las experiencias de los sujetos directamente vinculados a la problemática de violencia obstétrica, es decir, los considerados posibles afectados e

implicados. Por lo tanto, se incluye en la población objetivo a mujeres mayores de 18 años que hayan experimentado un proceso de parto y a personal médico que hubiese intervenido en dicha etapa, en Lima Metropolitana. Para ambos casos, no se establece una restricción sobre el sector de la institución en la que se realizó el procedimiento, con el objetivo de priorizar una visión integral.

3.2.2. MÉTODO DE MUESTREO

En consecuencia, el tipo de muestreo que se utiliza es no probabilístico e intencional (a conveniencia) (Hernández Sampieri et al., 2018). Esto debido a que se selecciona a cada participante según criterios previamente establecidos, para posteriormente realizar un análisis, descriptivo en primera instancia, y comparativo de acuerdo a su posición en la experiencia de atención obstétrica. Con ello, se realiza una convocatoria abierta a través de la red social *Instagram*, en el que se especifica la búsqueda de voluntarios para la fase de recolección de datos de una investigación de Tesis, que cumplieren con los requisitos mencionados previamente, y cuenten con disposición a responder preguntas de opinión sobre temáticas como “violencia contra la mujer” y “atención obstétrica”. Asimismo, se garantiza el anonimato de los participantes.

3.2.3. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Seguidamente, se delimitan los perfiles de los usuarios que dan respuesta a la convocatoria, en función a quienes efectivamente reúnen los requisitos planteados, resultando en una muestra total de 15 participantes. De los mismos, son 10 las mujeres que atravesaron un proceso de parto y 5 los especialistas en la salud vinculada a la atención obstétrica. Así, se contacta vía telefónica a la población seleccionada, se les invita a una entrevista presencial y se recogen las siguientes características específicas:

- Sobre las mujeres entrevistadas, se cuenta con diversidad tanto etaria como institucional, ya que las edades de las participantes oscilan entre los 32 y los 88 años, de las cuales 5 fueron atendidas en una institución pública y 5 en una institución privada.
- Sobre el personal de salud, se cuenta con diversidad de instrucción, puesto que se incluye a 2 gineco-obstetras, 1 obstetriz, 1 enfermera y 1 interna de medicina. Todos ellos habiendo ejercido tanto en clínicas como hospitales y, con excepción de la interna, cuentan con más de 20 años de experiencia profesional.

3.3 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

De este modo, se lleva a cabo una entrevista semiestructurada individual a los participantes, la cual consta de 4 preguntas principales y 4 preguntas complementarias, con una duración aproximada de 45 minutos. Cabe señalar, no obstante, que se procura evitar la interrupción de las intervenciones de manera prematura, dando espacio a explayarse en la narración de sus experiencias, aportando así mayor profundidad a la fundamentación.

Adicionalmente, es necesario señalar que se incluye el cuestionario de Cárdenas y Salinero (2021), que identifica manifestaciones de violencia obstétrica (véase Anexo 4). Aunque este es también utilizado como listado de ejemplos, se considera principalmente como un recurso auxiliar, a fin de adecuar el tono empleado durante la entrevista, buscando generar un entorno de seguridad y confianza para con las participantes, en coherencia con el enfoque del presente texto hacia la protección de los derechos de las mujeres.

3.3.1 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Las preguntas realizadas durante las entrevistas, al igual que la elaboración de los cuadros previamente presentados, son esbozadas tras un proceso de delimitación temática en el que se consideraron los objetivos específicos del presente texto. En ese sentido, se define como ejes centrales al derecho a la salud de la mujer en la atención obstétrica, el rol del Estado y personal de la salud, y las alternativas de mejora frente a la problemática de la violencia obstétrica en Lima Metropolitana.

Buscando obtener respuestas que faciliten el análisis individual y entre perfiles, se procura que las preguntas sean aplicables tanto a las mujeres como al personal de salud, permitiendo ajustes menores como la simplificación de términos, sujeto exclusivamente al nivel de comprensión de cada entrevistado. En esa línea, se respalda la claridad y pertinencia de las preguntas en la asesoría de la investigación en función de la hipótesis planteada, mientras que el apoyo de Gloria María Barba Aybar, especialista en psicología clínica del Instituto Nacional Materno Perinatal e investigadora en temas como la autoeficacia materna y contextos hospitalarios, refuerza el uso de lenguaje neutral y no invasivo, orientando el tono general empleado durante las entrevistas, descartando igualmente el llevar a cabo entrevistas virtuales.

3.3.2 ASPECTOS ÉTICOS

Como se mencionó anteriormente, el proceso de selección de la población adelanta los temas a tratar que pudiesen considerarse sensibles para algunos usuarios y la finalidad académica del muestreo, asegurando así la voluntariedad de participación. De igual forma, en una segunda comunicación, se reitera el carácter anónimo de las respuestas y la confidencialidad de los datos personales, recogiendo únicamente la información referente a su edad y, en el caso del personal de salud, su especialidad. Asimismo, el consentimiento informado provisto incluye el detalle de grabación y transcripción de las entrevistas, otorgando a los participantes la posibilidad tanto de extenderse en explicación como de abstenerse de contestar cualquier pregunta.

3.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Con ello, cada reunión se inicia con los participantes mediante la presentación de un protocolo de consentimiento informado (véase Anexo 3), con el objetivo de asegurar su participación voluntaria y la comprensión del objetivo de la entrevista, esto es, corroborar su conocimiento del uso de sus opiniones y relatos en esta investigación. Asimismo, se reafirma la confidencialidad de sus datos personales y se inicia la grabación de la conversación.

Como se mencionó líneas arriba, a las mujeres seleccionadas se les aplica el cuestionario de escala de violencia obstétrica previo a la entrevista. En la presente investigación, se simplifica el formato de respuesta a una dicotomía (“Sí” o “No”), de sentirse identificada con alguna de las 14 afirmaciones sobre escenarios negativos durante la atención obstétrica. En el caso del personal médico, este listado es narrado únicamente a manera de ejemplos, incorporado en una de las preguntas principales.

Así, con las preguntas principales se identifica la posición general del participante frente a la violencia obstétrica y los distintos métodos que pudiesen adecuarse a mitigar la problemática, mientras que las preguntas complementarias brindan soporte para contextualizar las respuestas a la actualidad en Lima y evaluar la posibilidad de considerar una alternativa legal. En ese sentido, el diseño de las preguntas se alinea con los problemas identificados en las primeras páginas del presente texto, que cuestionan si la ausencia de visibilización normativa pudiese explicar el desconocimiento y consecuente normalización de la violencia obstétrica. A continuación, se detallan las preguntas formuladas:

P.1: ¿Cuáles crees que son los principales o más relevantes derechos de las mujeres de Lima en la atención obstétrica durante el parto?

P.1.1: ¿Consideras que se manifiestan en Lima?

P.2: ¿Conocías el listado de intervenciones leído previamente como ejemplos de violencia obstétrica?

P.2.1: En tu entorno, ¿se habla de este concepto?

P.3: ¿Qué acciones consideras las más apropiadas para que la población de Lima, especialmente las mujeres, conozcan y comprendan dicho concepto?

P.3.1: ¿Cuál crees que es el rol del Estado y el personal a cargo de la atención?

P.4: ¿Consideras significativo el contar con una norma jurídica que regule los supuestos de violencia obstétrica?

P.4.1: ¿Qué aspectos consideras deberían incluirse en dicha acción?

3.5 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información recabada a través de las entrevistas realizadas es procesada mediante una matriz de análisis temático (Braun & Clarke, 2006 en Naeem, M et al., 2023), en la cual se dividen los hallazgos según patrones de repetición identificados, a fin de arribar a afirmaciones que representen a la mayoría de los participantes. Las temáticas comunes encontradas en las respuestas son etiquetadas como subcategorías, facilitando la interpretación de las citas seleccionadas en función de relevancia y precisión. De forma complementaria, el contenido es nuevamente seccionado en un cuadro comparativo (Taylor & Bogdan, 1987), en el cual se destacan las subcategorías en las que se evidencia un mayor contraste entre perfiles. En esa línea, se presenta un modelo visual referencial del formato utilizado para ambas tablas (véase Anexos 1 y 2):

Figura 2: Modelo de Matriz de Análisis Temático

MATRIZ DE ANÁLISIS TEMÁTICO					
Código	Participante(s)	Categoría	Subcategoría	Fragmentos ilustrativos relevantes	Interpretación
R1	Sujetos X, Y, Z	Pregunta	Temática Común	Sujeto X: "Cita"	Afirmación y Razonamiento
				Sujeto Z: "Cita"	
...

Nota. Adaptación a partir de Braun y Clarke (2006).

Figura 3: Modelo de Cuadro Comparativo

CUADRO COMPARATIVO				
Código	Categoría	Participante(s)	Fragmentos ilustrativos relevantes	Interpretación
R1	Temática Común	Sujeto W	Sujeto W: "Cita"	Contraste y Razonamiento
		Sujeto X	Sujeto X: "Cita"	
		Sujeto Y	Sujeto Y: "Cita"	
		Sujeto Z	Sujeto Z: "Cita"	
...

Nota. Adaptación a partir de Taylor y Bogdan (1987).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se detallan los hallazgos obtenidos a partir de las figuras expuestas anteriormente, los cuales son codificados manualmente e interpretados en base de las tendencias identificadas. Asimismo, es necesario señalar que se utiliza, de manera complementaria, la información recabada en el cuestionario inicial a las mujeres participantes, permitiendo contextualizar los resultados empíricos dentro de un marco de recurrencia.

4.1.1 MATRIZ DE ANÁLISIS TEMÁTICO

La información insertada en la matriz principal se encuentra dividida en base a las categorías o temáticas centrales seleccionadas para resolver la interrogante de la investigación, con lo cual se recogen las percepciones de los 15 participantes, en cuestión de (a) Derechos de la Mujer, (b) Identificación de Violencia Obstétrica, (c) Alternativas de Solución o Prevención y (d) Norma Jurídica. Es así que es posible identificar las tendencias de cada sección, que a su vez facilita la organización de los hallazgos y el detalle de su interpretación.

Sobre el primer punto, los participantes refieren los derechos exigibles en la atención obstétrica, reconociendo como esenciales para las mujeres de Lima Metropolitana a la atención adecuada

y oportuna, el acceso a la información, la igualdad de trato y la autonomía corporal. Subrayando su manifestación en la etapa del parto, se definen dichos conceptos de la siguiente manera:

- Atención adecuada y oportuna: asistencia médica sin demoras injustificadas y un trato cordial por parte del personal especializado.
- Acceso a la información: explicación comprensible a la paciente del detalle sobre los procedimientos a realizar y el razonamiento empleado.
- Igualdad de trato: atención sin discriminación, por ejemplo, por nivel socioeconómico.
- Autonomía corporal: poder de decisión sobre su cuerpo, considerando su consentimiento sobre los procedimientos propuestos por el personal de salud.

Al respecto, los participantes coinciden en afirmar que dichos derechos no se cumplen debidamente en la práctica. Observan una desensibilización por parte del personal médico respecto de las disconformidades de las pacientes, pues no solo se reitera que las opiniones de las mujeres son frecuentemente ignoradas, sino que los procedimientos durante el parto se ejecutan sin explicación o validación previa de las mismas. Incluso, se mencionan oportunidades en las que se emiten comentarios despectivos sobre sus decisiones y condiciones de vida.

En ese sentido, la empatía es señalada como la principal característica deseable en la atención obstétrica, asociada igualmente con establecer un estándar mínimo de calidad para todas las instituciones de salud, independientemente del sistema al que se acceda, privado o público. Sobre ello, si bien se comprende la limitación de un servicio personalizado en el ámbito público debido a, por ejemplo, una mayor cantidad de gestantes en una misma sala de parto, califican como una lamentable necesidad el recordar al personal la condición humana de las pacientes. Con ello, se repite que la expectativa base es “que al menos te traten bien” y se identifica la normalización del trato inhumano en la atención.

Asimismo, los participantes sostienen que las mujeres en su mayoría no reciben toda la información sobre cada procedimiento que se les realiza. Se indica que las alternativas con las que cuentan y el razonamiento detrás de cada proceso debe comunicarse de manera clara y precisa, al igual que la obligatoriedad de solicitar consentimiento para ellos. Así, se ven representadas las limitaciones de una relación completamente vertical entre el personal médico

y las pacientes, resistente al diálogo. Además, se ejemplifica al narrar instancias en las que estudiantes atienden un parto sin previa consulta o aviso.

Adicionalmente, se considera que la calidad de atención obstétrica varía según el tipo de institución. Algunos de los participantes consideran que pueden observarse experiencias negativas con mayor frecuencia en las instituciones públicas, mientras que en las instituciones privadas se refleja esporádicamente. No obstante, la mayoría reconoce que la problemática no excluye al ámbito privado, lo cual es respaldado por el cuestionario auxiliar. Este último denota que del total de 9 mujeres, de las 10 entrevistadas, que manifestaron haber experimentado tratos humillantes y/o prácticas invasivas, 4 fueron atendidas en clínicas privadas. A modo de ejemplo, en 2 oportunidades las participantes indicaron al personal que la anestesia epidural destinada a aliviar el dolor durante la intervención no habría surtido efecto, pero sus pedidos de auxilio fueron desestimados. Asimismo, la participante que describe su experiencia como positiva, también comenta que se trata de un privilegio encontrarse en su posición.

En esa línea, en cuanto al segundo aspecto, los participantes evalúan su conocimiento de la terminología de violencia obstétrica, calificándolo como muy limitado o prácticamente nulo. Sin embargo, a partir de la lectura del listado de prácticas consideradas negativas en la atención obstétrica, la mayoría afirma haber experimentado o presenciado las conductas que podrían constituir este tipo de violencia. De este modo, coinciden en calificar dichas conductas como inadecuadas y contrarias a la práctica médica.

Igualmente, se remarca la normalización de esta problemática, ya que aseguran no lograr identificar con seguridad qué comportamientos califican como manifestaciones de violencia obstétrica ni cuentan con información sobre a qué autoridad o instancia recurrir en caso exista una vulneración. Además, se observa que este desconocimiento también ocurre en el entorno cercano de los entrevistados, pues la mayoría afirma que en sus círculos personales y profesionales no es común el conversar sobre este tipo de experiencias, mientras quienes sí tienen la oportunidad de comentarlo tienden a interpretarlas como parte del proceso de parto.

Por otro lado, sobre el tercer punto, los participantes reiteran la importancia de la sensibilización del personal de salud y el acceso a la información, en esta oportunidad como alternativas de solución o prevención de la violencia obstétrica, añadiendo a estas propuestas la necesidad de intervención estatal activa. Así, la mayoría coincide en atribuir al Estado un

papel central en la protección del derecho a la salud de la mujer, principalmente como garante de infraestructura apropiada y personal capacitado.

Puntualmente, reconocen la urgencia sobre el reconocimiento de la problemática por parte de las autoridades, sea a través de políticas públicas, espacios de diálogo como conversatorios o difusión de información en medios masivos. Esto pues se espera que la intervención estatal sea directa y empírica, abarcando desde la publicación de una normativa específica hasta la implementación de recursos destinados a optimizar las habilidades blandas del personal de salud.

De igual forma, se hace hincapié en la asimetría informativa entre personal médico y pacientes, sobre lo cual se observa que, de reducirse, puede disminuir de manera significativa el estado de vulnerabilidad y tensión en el que se encuentra la mujer. Por ello, se señala que la idoneidad de la información debe adecuarse a cada paciente, considerando sus conocimientos, contexto y estado anímico. Al respecto, destaca la mención de la “profilaxis obstétrica”, proceso recomendado de preparación frente a los procedimientos realizados durante el parto, destinado a reducir complicaciones, y a generar mayor confianza en la intervención y el equipo médico tratante.

Finalmente, el cuarto aspecto es destinado a recoger las opiniones de los participantes sobre la posibilidad de promulgar una norma jurídica que abarque el concepto e implicancias de la violencia obstétrica. Sobre ello, la mayoría de participantes reconoce un vacío legal y afirma que una ley específica permite materializar y visibilizar la problemática, a la vez brinda respaldo a las pacientes en situaciones de incertidumbre. También, los participantes coinciden en no enfocar la normativa en su carácter sancionador, sino en su capacidad formativa. La mayoría advierte que una norma difundida apropiadamente proporciona expectativas más concretas en la atención obstétrica tanto a las pacientes como al personal de salud.

En ese sentido, se identifica que el brindar información completa en el texto, es decir, incluir definiciones claras, asignación de responsabilidades en caso de afectación y procedimientos para reclamar, no solo contribuye a disminuir la desconfianza en el Estado y sensación de desprotección de las pacientes, sino también orienta al personal de salud, resolviendo ambigüedades de interpretación. Con ello, recalcan que la regulación debe abordar las afectaciones físicas al igual que las emocionales, así como los mecanismos responsables de

identificar y supervisar dichas conductas. Adicionalmente, se plantea la inclusión de deberes de las pacientes y equipo médico, como el llevar a cabo la profilaxis obstétrica y de responsabilidades diferenciadas según el rol del profesional en la atención durante el parto.

De todo lo anterior, se evidencia que la población reconoce los derechos base de las mujeres en la atención durante el parto e identifica una necesidad imperiosa de proveer a la población con información específica sobre las diversas manifestaciones de violencia obstétrica. Asimismo, considera valioso el contar con una norma comprensible para el público y el personal de salud, que cumpla con la función de establecer las condiciones mínimas de calidad en la atención obstétrica y a su vez de proveer mecanismos efectivos de protección a posibles vulneraciones a los derechos referidos de las mujeres en Lima Metropolitana.

4.1.2 CUADRO COMPARATIVO

El cuadro comparativo presenta las afirmaciones de los participantes que, en primera instancia, evidencian posturas contrastantes. En esta tabla se identifica a cada perfil por separado, pues las respuestas obtenidas se comparan tanto entre el personal de salud y las mujeres entrevistadas, como dentro de cada grupo. Con ello, se observan las distintas opiniones sobre (a) la terminología “violencia obstétrica” y “parto humanizado”, (b) la fuente idónea para difundir información relevante, (c) la preparación del personal de salud y (d) la intervención del Estado frente a la problemática.

En primer lugar, como se adelantó en el acápite anterior, se observa una necesidad en torno a incorporar términos que refuercen la condición humana de las pacientes. Algunos de los participantes consideran idóneo este recordatorio y, en el caso de las mujeres, lo observan como un paso clave a fin de asegurar un trato digno. Así, se hace mención a la reconocida denominación de “parto humanizado”, no obstante, se encuentra una tensión respecto del razonamiento detrás de esta descripción.

Uno de los representantes del personal de salud percibe dicho adjetivo como una crítica hacia el modelo médico clásico, señalando que su uso es común en nuevas clínicas o consultorios privados que sugieren que el parto atendido en instituciones tradicionales es, por consiguiente, deshumanizado. Asimismo, advierte que existe una tendencia a considerar a las obstetras como garantes de este tipo de atención respetuosa, mientras que los gineco-obstetras son calificados como agentes de violencia, a pesar de contar con la especialización en la materia.

En esa línea, otro profesional en salud observa una división respecto al término “violencia obstétrica”, por parte del público y dentro del ámbito médico, pues algunos profesionales ignoran la complementariedad entre los roles dentro del equipo médico y cuestionan la atención de otros. Por ello, sugiere que podría ser favorable referirse a “violencia en la atención obstétrica”, pues podría incluir explícitamente a todos los actores involucrados en el parto. Esto debido a que reconoce que el proceso de atención puede derivar en la deshumanización, recomendando a su vez el evaluar la práctica médica considerando la saturación de pacientes y falta de infraestructura.

En segundo lugar, se encuentra un contraste sobre la fuente más adecuada para concientizar a las pacientes sobre sus derechos y procesos en la atención obstétrica. Si bien es evidente el carácter de urgencia de proveer información y difundirla a gran escala, las mujeres participantes priorizan herramientas externas como charlas o publicaciones en redes sociales, mientras que el personal de salud cuenta con una perspectiva más técnica, pues consideran que la responsabilidad de informar sobre cada intervención recae en el equipo médico.

Con ello, varias mujeres valoran el acompañamiento y guía a través de espacios que generen apertura a compartir experiencias entre pares, ya sean proporcionados por el Estado o las mismas usuarias. En el caso del personal de salud, algunos se posicionan como fuente primaria de información y destacan las herramientas del consentimiento informado y la profilaxis obstétrica como pilares en cuanto a la educación adecuada a las mujeres embarazadas. Sobre el primero, uno de los representantes recalca que no puede limitarse a la firma de un documento, sino que implica una explicación de los procedimientos, así como sus riesgos y beneficios, asegurando que la paciente comprenda lo que se le comunica en su totalidad.

En tercer lugar, ambos perfiles ofrecen observaciones sobre la preparación del personal de salud, tanto para identificar las causas que pudieran perpetuar las situaciones de violencia, como para emitir sugerencias. Con esta sección, se contrasta que las mujeres en su mayoría atribuyen parte de la problemática a la falta de vocación o el agotamiento emocional del personal, y el personal de salud identifica la ausencia de formación en habilidades comunicativas y la sobrecarga laboral. A partir de este último, un representante del personal considera que el déficit de médicos especialistas en particular permite que otros profesionales en salud asuman funciones para las que no están plenamente capacitados, comprometiendo la calidad de la atención y responsabilidades.

Adicionalmente, dos representantes del personal de salud hacen hincapié en el rol esencial de la formación educativa y en valores, en especial para quienes lideran el proceso de atención obstétrica. Uno de ellos reconoce no haber recibido capacitación sobre los escenarios sensibles o críticos en el trato con los pacientes, especialmente las situaciones de incertidumbre para con las gestantes, y sugiere como mecanismo de solución el incorporar cursos obligatorios a detalle de ética profesional y estudio de la normativa antes de la colegiatura, lo cual podría establecer una base en cuanto a supervisión por parte de las autoridades en salud y el Estado. En esa línea, se añade una observación dirigida a una aplicación equitativa, pues uno de los profesionales afirma haber presenciado con mayor frecuencia un trato distante y minimizador por parte de especialistas mujeres, contrario a un trato compasivo, lo cual considera es una creencia general.

Por último, los comentarios en relación a la intervención estatal evidencian una disconformidad de los participantes hacia el Estado, aunque manifestada mediante perspectivas distintas. Por un lado, dos de las mujeres entrevistadas expresan opiniones opuestas, mientras una sostiene una postura de total desconfianza al reprender el desinterés del Estado en los casos de violencia obstétrica, la segunda atribuye la ausencia de cambios al desconocimiento, afirmando que, de conocer sobre la situación, las autoridades habrían movilizado recursos hacia su resolución.

Por otro lado, uno de los profesionales advierte no poder atribuirle la completa responsabilidad de la problemática al Estado, puesto que inevitablemente intervienen factores individuales y el compromiso de cada profesional. En esa línea, otro representante del personal de salud califica como una utopía el confiar en una intervención estatal efectiva, a la vez que señala que las prácticas que pudiesen considerarse incorrectas califican como atención inadecuada, por lo cual, a su criterio, se encuentran contempladas en la normativa actual peruana, calificando de prescindible una especificación.

En consecuencia, la población presenta distinciones en opinión en torno a la interpretación de términos y atribución de responsabilidades. Estas discrepancias deben ser observadas en la interpretación integral de los hallazgos, no obstante, a través de ellas se mantiene el reconocimiento de la mayoría de participantes de la existencia de brechas en la atención obstétrica que deben ser abordadas con urgencia.

4.2 DISCUSIÓN BAJO FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

De acuerdo con los hallazgos expuestos en la sección anterior, así como con los fundamentos desarrollados en el marco teórico, es posible vincular la persistencia del fenómeno de violencia obstétrica en los servicios de salud con la escasa difusión de información sobre la problemática, tanto en cuestión de conceptos como en experiencias. Aunado a ello, se observa una relación causal entre la ausencia de normativa precisa y la limitación del ejercicio pleno del derecho a la salud de las mujeres en Lima Metropolitana.

Como punto inicial, se evidencia una coincidencia directa entre las expectativas de los participantes y el enfoque adoptado por los organismos internacionales, así como la doctrina en materia de derechos humanos, respecto al contenido sustantivo del derecho a la salud, particularmente enfocado en la mujer como población vulnerable. Así, se constata que dicho derecho no se reduce únicamente a la ausencia de enfermedades o afecciones físicas, sino que comprende el derecho a gozar de un estado de bienestar integral durante la atención médica, con especial énfasis en el ámbito obstétrico.

Así, a pesar de reconocer la situación de vulnerabilidad extrema en la que se encuentran las pacientes en dicho proceso, tanto las mujeres entrevistadas como el personal de salud manifiestan principalmente la expectativa legítima del deber recibir una atención oportuna en un espacio adecuado a sus necesidades. Así, esta perspectiva encuentra rápidamente respaldo en el concepto más básico del derecho a la salud, como lo son sus elementos esenciales en lo establecido por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000): la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios, infraestructura y personal médico.

No obstante, las perspectivas de los participantes y las respuestas al cuestionario auxiliar permiten afirmar que dichos estándares no se están cumpliendo en la práctica. Desde el enfoque de las obligaciones del Estado como garante del derecho a la salud, se advierte una grave insuficiencia en recursos, capacitación técnica y ética, e infraestructura. Esto es resaltado por el personal de salud como una de las principales causas por las que se perpetúa un trato deshumanizado, generando un estado de apatía institucionalizado.

Dicha problemática opone abiertamente a las recomendaciones emitidas por la OMS que, contrario a la crítica emitida por uno de los representantes del personal de salud, reconoce la terminología de atención humanizada del parto y exige condiciones que garanticen el más alto

nivel posible de salud, rechazando cualquier forma de maltrato o negligencia. En consecuencia, se corrobora el incumplimiento del Estado peruano en su rol de garante, y se obstaculiza la realización efectiva del derecho a la salud de las mujeres en la atención obstétrica.

Adicionalmente, los entrevistados hacen hincapié en la necesidad de reducir la asimetría informativa entre el personal y las pacientes, viendo indispensable el contar con una experiencia de parto informada, en la que se provea explicaciones precisas sobre las intervenciones a realizar, ajustadas al nivel educativo y cultural de cada usuaria. De esta manera, reconocen que el ejercicio del derecho a la salud está estrechamente vinculado con otros derechos fundamentales, como el derecho a la información, la igualdad de trato y la autonomía personal, visión alineada con los estándares desarrollados por la CEDAW y la OMS.

En cuestión del principio de igualdad, si bien se identifican mayores deficiencias en el sistema público, las entrevistas demuestran que la violencia obstétrica puede manifestarse igualmente en el contexto privado. Así, se refuerza la necesidad de abordar el fenómeno sin restricción al nivel de atención, pero aplicando un refuerzo de equidad que impulse a las instituciones públicas a fin de establecer un estándar mínimo general. En esa línea, cabe observar que algunos marcos normativos, como el venezolano, incorporan la obligación de aplicar enfoques como el de derechos humanos o de interseccionalidad, tanto en las políticas públicas como en la práctica médica cotidiana, por el cual se exige reconocer que la condición socioeconómica de las pacientes no puede ser desligada del tipo de atención que reciben.

Seguidamente, se identifica en las respuestas de los participantes lo mencionado en la literatura especializada, pues como señala Arellano (2005), la obligación originaria de garantizar el derecho a la salud recae sobre el Estado, más los profesionales de la salud asumen una posición jurídica que les responsabiliza de actuar, mínimamente, con debida diligencia. Su ejercicio profesional se encuentra dirigido por principios éticos que los vinculan con el respeto irrestricto a la dignidad humana.

Así, las mujeres entrevistadas mencionan el respaldo de sus decisiones como fundamental de una atención respetuosa y el personal de salud reconoce la necesidad de adaptarse a las necesidades emocionales de las pacientes. Sin embargo, también subrayan la importancia de mantener criterios clínicos y técnicos, puesto que su rol como garantes implica igualmente la toma de decisiones que prioricen la salud y seguridad de la paciente, así como asumir las responsabilidades que estas podrían acarrear. Con ello, en concordancia con lo expuesto

anteriormente sobre la violencia obstétrica en el contexto peruano, se evidencia una falta de comunicación activa que la perpetúa como una problemática estructural profundamente invisibilizada en el contexto peruano.

De acuerdo con los resultados previamente desarrollados, las mujeres entrevistadas y el personal de salud son capaces de identificar las conductas recurrentes calificadas como manifestaciones de violencia obstétrica. No obstante, el número de entrevistados que cuenta con conocimiento expreso de la terminología como concepto o categoría jurídica es significativamente reducido. Asimismo, reconocen la normalización de dichas conductas, lo que dificulta, no solo su identificación, sino también la posibilidad de ejercer acciones concretas de prevención o sanción.

En ese sentido, resulta pertinente recordar lo señalado por Johan Galtung respecto a las formas de violencia. Las conductas descritas, en efecto, constituyen manifestaciones de violencia directa, a la vez que la internalización en el sistema de salud a través de las prácticas médicas y estructuras de poder sistemáticas da lugar a formas de violencia cultural y estructural. De esta manera, la legitimación social y médica de este accionar permite a la violencia obstétrica mantenerse vigente sostenida en patrones culturales arraigados, asociados al rol subordinado de la mujer en la sociedad peruana.

Asimismo, las instancias retratadas por las mujeres participantes en las que denotan no haber sido tratadas como personas, sino como cuerpos funcionales, se alinean directamente a la persistencia de estereotipos de género que refuerzan dinámicas de poder simbólico, tal como desarrolla Bourdieu (1998) en su teoría sobre la dominación masculina. Dichos estereotipos permiten comprender cómo se reproduce la violencia obstétrica incluso desde quienes forman parte del grupo históricamente oprimido.

En efecto, cuando se refiere a la frecuencia en que las dichas conductas son ejercidas por profesionales mujeres, se revela lo que Bourdieu denomina como la “complicidad del grupo dominado”, es decir, la reproducción inconsciente de estructuras de opresión aprendidas culturalmente. Si bien es admisible asumir que quienes, por su condición biológica, podrían atravesar una experiencia de parto similar, contarían con un mayor grado de sensibilidad y cuidado, en la práctica puede presentarse una interiorización de roles tradicionales, en los cuales la mujer es posicionada como medio para la reproducción, no como sujeto de derechos.

Este proceso de subordinación simbólica también se relaciona con lo expuesto por Aryal, al discutir los mecanismos de disciplina y control del cuerpo. Las mujeres, conscientes de la jerarquía médica y el temor a represalias, tienden a adoptar actitudes de complacencia durante el parto, aceptando prácticas invasivas o irrespetuosas con el fin de evitar tratos aún más hostiles. Desde la perspectiva del personal de salud, se advierte la existencia de vacíos significativos en su formación profesional, especialmente en lo relativo al desarrollo de habilidades blandas, creando un escenario en el que la violencia se perpetúa de forma sutil, pero estructural, validada por la establecida lógica institucional.

Esta carencia, más allá de representar una falla individual, refleja una deficiencia estructural en el sistema de salud, que requiere de intervención estatal. La falta de fiscalización y supervisión sobre el funcionamiento de las instituciones contribuye directamente a la sensación de desprotección que manifestaron muchas de las entrevistadas. La ausencia de canales de información y orientación, y mecanismos eficaces de reclamo, facilita la consolidación de la problemática en el sistema de salud peruano. Así, tal como señalan Nampewo, Heaven y Wolf (2022), la ausencia de un respaldo normativo permite interpretaciones abstractas, impidiendo la exigencia efectiva de los derechos y limitando el contenido práctico.

Aunado a ello, la mayoría de participantes afirma no conocer un marco normativo específico que regule o aborde expresamente la violencia obstétrica. La ausencia de esta herramienta representa una vulneración directa de las obligaciones internacionales asumidas por el Estado peruano, como lo ha reiterado la Corte IDH en precedentes vinculados a países de la región, como Venezuela y Argentina. En dichos casos, se enfatiza en que las medidas estatales para prevenir y sancionar la violencia obstétrica deben articularse con mecanismos normativos, institucionales y de supervisión permanentes que garanticen una atención digna y libre de violencia para las mujeres.

En esa línea, los entrevistados coinciden respecto a la necesidad de contar con una norma jurídica que defina con precisión qué debe entenderse por violencia obstétrica, así como los derechos conexos al derecho a la salud que deben ser protegidos durante el embarazo, parto y postparto. En concordancia, la Recomendación General N.º 24 del Comité CEDAW (1999) establece que los Estados parte deben garantizar el acceso a servicios médicos de calidad, con consentimiento previo, libre e informado, así como con pleno respeto a la dignidad, intimidad y necesidades de las mujeres. Sin embargo, los hallazgos de la presente investigación permiten

afirmar que el Perú no cumple con dichos estándares, en cuanto a una regulación específica y las condiciones estructurales que debieran garantizar un trato digno en los servicios de salud.

En conclusión, el análisis integral de la evidencia empírica, normativa y teórica permite afirmar que la violencia obstétrica no solo constituye una vulneración sistemática de derechos humanos, sino que su persistencia responde a una ausencia de reconocimiento normativo, institucional y cultural. Así, la intervención del Estado resulta fundamental para contrarrestar la problemática, mediante la evaluación de una legislación específica que transforme el modelo de atención obstétrica actual, colocando a la mujer como sujeto central, en ejercicio de su autonomía y bienestar.

4.3 VISIBILIZACIÓN NORMATIVA COMO PUNTO DE PARTIDA

Es así como, a partir del análisis de los hallazgos de la presente investigación y sustento teórico, se arriba a la evaluación de la visibilización normativa como herramienta idónea para contrarrestar la problemática latente que atraviesa el país. Como se menciona en el acápite correspondiente, este concepto conlleva la incorporación expresa y específica de un derecho en la legislación, y su consecuente publicidad, garantizando la accesibilidad y comprensión para toda la población.

4.3.1 LEGITIMACIÓN DE DERECHOS Y PERSISTENCIA DE LA VIOLENCIA

A través de las entrevistas realizadas y el cuestionario auxiliar, se constata que las prácticas deshumanizantes y la ausencia de información constituyen un denominador común en la atención durante el parto. Igualmente, se evidencia que la violencia obstétrica no se encuentra limitada a una época o período específico de tiempo, se trata de una problemática constante que continúa pendiente de regulación y mecanismos que respalden los derechos de las mujeres que pudiesen verse vulneradas en dicho proceso.

Se destaca, entonces, el alarmante grado de normalización de estas conductas contrarias a los derechos de las mujeres, razón por la cual todos los participantes de la investigación tenían conocimiento de dichas prácticas, ya sea por experiencia directa o por haberlas presenciado en su ejercicio profesional. Sin embargo, aun contando con una noción general sobre lo que deberían constituir los derechos básicos durante el parto, no logran señalar con seguridad cuáles cuentan con respaldo normativo. Asimismo, no manejan la terminología ni los límites específicos de la práctica médica en relación con la violencia obstétrica.

Las narrativas de las mujeres entrevistadas y el personal de salud evidencian situaciones en las que las primeras son sometidas a cuestionamientos sobre su conducta, su capacidad reproductiva, o se les induce a creer que el dolor del alumbramiento es una consecuencia natural derivada del ejercicio de su sexualidad. Tal como se desarrolla en el marco teórico, la sociedad peruana presenta una prevalencia marcada de violencia y sexismo en el ámbito de derechos sexuales y reproductivos, lo que permite entender a la violencia obstétrica como una expresión sistémica de dichas estructuras culturales y sociales.

Con ello, se observa cómo esta práctica opera bajo mecanismos de legitimación institucional y cultural, consolidándose como una problemática basada en estereotipos de género, asimetrías de poder y el concepto de dominación masculina. En consecuencia, se posiciona a las mujeres como figuras pasivas y sumisas, colocando al sufrimiento como un deber inherente a la feminidad, especialmente en el contexto de la maternidad. En esa línea, puede afirmarse que este fenómeno ha sido interiorizado en el sistema de salud y cuenta con un consenso tácito que lo justifica, minimiza o tolera en la práctica médica tradicional.

Asimismo, subsiste el trato discriminatorio que constituye la violencia obstétrica para con las mujeres, como población vulnerable expuesta a múltiples formas de violencia estructural. En este contexto, se corrobora el doble nivel de vulnerabilidad, tanto como seres humanos sometidos a prácticas violentas como por el hecho mismo de ser mujeres, históricamente posicionadas en roles subordinados. Inclusive, una de las entrevistadas, la única que no identificó una experiencia negativa durante su parto, calificó dicho suceso como un privilegio. No obstante, es necesario señalar que esta interseccionalidad eleva el grado de afectación nuevamente en lo referido a la situación socioeconómica de la paciente, es decir, al observar las experiencias de las mujeres en situación de pobreza, quienes deben ser atendidas en instituciones públicas, donde se observa una mayor presencia de estas conductas.

La persistencia de dichas prácticas permite afirmar que existe una afectación real al derecho a la salud durante el parto. Asimismo, se reconoce a los derechos a la información y la integridad personal como habilitantes y vinculados a la atención en salud, con lo cual permiten el ejercicio efectivo del derecho al más alto nivel posible de salud. En esa línea, se hace énfasis en el hallazgo central de la presente investigación: tanto las mujeres como el personal de salud entrevistados coinciden en la urgente necesidad de difundir información detallada sobre los

derechos de las pacientes y reforzar el concepto general de atención obstétrica adecuada. Esta coincidencia transversal, en un contexto donde también se evidencian tensiones ideológicas sobre terminología y razonamiento detrás de las conductas, demuestra que existe un terreno común desde el cual puede construirse una regulación funcional para ambas partes.

Así, es inadmisibles que se permita, por acción u omisión, que las mujeres gestantes continúen siendo sometidas a prácticas que denigran su dignidad, especialmente un espacio de alta vulnerabilidad como lo es el parto. El acompañamiento informado y respetuoso se presenta como una necesidad impostergable, pues la recurrencia de experiencias negativas, el silencio institucional que las rodea y la ausencia de lenguaje específico contribuye a reforzar una estructura opresiva que invisibiliza el fenómeno. Con ello, se confirma que el mayor desafío a superar es el reconocimiento explícito de la violencia obstétrica como una forma específica de afectación de múltiples derechos de la mujer.

4.3.2 RECONFIGURACIÓN DE LA PRÁCTICA OBSTÉTRICA

Aunado a ello, debe observarse el contraste de dicho reconocimiento con el rol del personal médico y la estructura en la que se desenvuelve. Es necesario reconocer los límites emocionales y físicos de dicho personal, por lo cual es imperativo que se acompañe cualquier especificación en materia de salud con la capacitación correspondiente de los actores principales. Proporcionar los recursos necesarios para abordar situaciones sensibles, e incluso inesperadas, con empatía y profesionalismo no únicamente mejora la calidad de la atención sino también la confianza entre el profesional y la paciente, protege la estabilidad de los procedimientos y garantiza el derecho a la salud.

Es así que la educación, tanto ética como formativa, se considera fundamental para reducir el déficit identificado en habilidades blandas y resolución de conflictos. Por ello, la autoridad competente debe exigir a las casas de estudio implementar un enfoque más humanista de la profesión médica, que no se centre exclusivamente en los resultados clínicos. Esta necesidad se refuerza con lo expresado por el personal de salud entrevistado que, a la vez que reconoce las deficiencias del sistema, admite no haber recibido instrucción en el manejo apropiado de escenarios que demandan un alto grado de sensibilidad y criterio interpersonal, así como problemáticas graves como la violencia obstétrica.

Al respecto, cabe analizar un punto de contingencia resaltado en la investigación: el concepto de “parto humanizado”. La perspectiva de uno de los representantes del personal de salud invita a la reflexión sobre el razonamiento que lo respalda, ya que en efecto si una práctica es entendida como deshumanizada, debe calificarse como contraria a la atención adecuada. No obstante, tanto la evidencia teórica como la empírica respaldan la necesidad de una señalización independiente, al constatar que hasta la fecha existen prácticas que ignoran la calidad de ser humano de las mujeres embarazadas. En ese sentido, se reconoce que la inclusión de este adjetivo no responde a una tendencia, sino a una cuestionable carencia en el control de calidad dentro del sistema de salud.

Pese a esta exigencia, se valida la posibilidad de que el personal médico no logre comprender del todo el trasfondo de la misma, en tanto han identificado que algunos establecimientos privados utilizan el término para ofrecer una experiencia positiva del parto a la vez que desacreditan la práctica tradicional y los profesionales especialistas. Incluso, expresan preocupación sobre las ocasiones en que se atiende a las gestantes a expensas de las condiciones necesarias para un alumbramiento adecuado. Sin embargo, el problema no radica en el término en sí, sino en la manera en que algunos establecimientos de salud lo aprovechan con fines principalmente comerciales.

Por ello, la alternativa no está en rechazar el término, sino en apropiarse de él con apertura y comprensión. Es indispensable transmitir claramente a la población, en especial a las gestantes, que la atención humanizada es una demanda legítima y no debe ser un servicio exclusivo de instituciones selectas, sino un principio que debe exigirse en toda institución de salud. De tal forma, el personal que no actúe conforme a dicho principio no debe compartir espacios con quienes dedican su vocación y especialización a brindar una atención centrada en el bienestar de las pacientes.

En esa línea, debe recordarse que la base científica y el criterio médico son fundamentales, aunque no puede justificar una práctica paternalista en la actualidad. Con ello, se busca alcanzar un balance, es decir, no puede imponerse la voluntad del personal de salud ni asumirse que todo deseo de la paciente debe cumplirse sin evaluación. El rol del profesional médico es informar con claridad sobre las alternativas disponibles, incluyendo sus riesgos y beneficios, y respetar las decisiones de la gestante. Así, se conduce a la reducción de la brecha generada por

la asimetría informativa, recordando que no hay derecho a la salud sin comprensión real de lo que se atraviesa.

Asimismo, observando una autocrítica parcial por parte de los profesionales entrevistados, la mayoría refiere que, alineado a la necesidad de reforzar la dimensión humana en la práctica médica, la principal limitación a la satisfacción de los derechos de las gestantes es la carencia de suficiente personal de salud para atender a la población. En otras palabras, no hay suficiente oferta de personal médico para cubrir la demanda de servicios de salud en atención al parto. Esta carencia, lejos de ser una falla individual, refleja una deficiencia estructural en el sistema de salud, que requiere de intervención estatal con urgencia. De lo contrario, el Estado incumple con su obligación de garantizar no solo la formación adecuada del personal, sino también la supervisión continua del cumplimiento de estándares mínimos de calidad y dignidad en la atención médica.

En consecuencia, las carencias formativas y la falta de condiciones institucionales adecuadas reafirman la urgencia de una norma específica que permita homologar criterios entre actores, aclarar atribuciones en contextos sensibles como el parto y garantizar condiciones mínimas para el ejercicio pleno del derecho a la salud de la mujer en la atención obstétrica. Una regulación de este tipo no solo debe contemplar mecanismos sancionatorios, sino también orientarse a la capacitación ética y técnica del personal, así como a la difusión de información clara, accesible y culturalmente pertinente.

4.3.3 RESPONSABILIDAD ESTATAL Y VACÍO NORMATIVO

A partir de lo expuesto, resulta indispensable clarificar el rol del Estado en la intervención normativa eficaz frente a la violencia obstétrica. La falta de apoyo estatal constituye un factor transversal que agrava todas las deficiencias identificadas: no se dispone una infraestructura adecuada, no se cuenta con personal suficiente, y tampoco se provee información accesible que permita al personal capacitarse ni a las pacientes respaldarse ante situaciones críticas. Esta omisión contraviene directamente el rol de garante que el Estado peruano debe asumir frente a las mujeres gestantes. Mientras la problemática latente de la violencia obstétrica no sea reconocida formal y expresamente en los espacios de formación médica, en los protocolos de atención y en los mecanismos de control del sistema de salud, su erradicación continuará siendo inviable.

Es por ello que resulta especialmente preocupante que el Estado peruano sea incapaz de abordar un problema de salud pública de manera específica, permitiendo la normalización y perpetuación del fenómeno. Además, puede observarse que los esfuerzos de las autoridades por introducir el concepto en normativa de alcance general, a pesar de las recomendaciones de la Defensoría, resultan nulos o incluso contraproducentes. Se prioriza la protección del personal médico, frente a una posible estigmatización, ante los derechos de las mujeres gestantes, y la eliminación del término en una de las normas más relevantes en la materia, el Reglamento de la Ley N.º 30364, impide que guías adyacentes potencialmente favorables le sean aplicables.

Adicionalmente, como se ha reiterado anteriormente, la ausencia de una norma que especifique los supuestos de violencia obstétrica en la legislación peruana vulnera compromisos internacionales asumidos mediante la CEDAW, el PIDESC y otros instrumentos. Con ello se recuerda el reconocimiento dual del derecho a la salud, como derecho humano y como bien jurídico público internacional, lo cual responsabiliza al Estado peruano a garantizar condiciones estructurales mínimas y adoptar una regulación que prevenga y sancione prácticas contrarias a dicho derecho. Es así que el Perú adquiere la obligación de abarcar las precisiones necesarias para mitigar los riesgos o amenazas que pudieran afectar a las poblaciones vulnerables de su territorio, con énfasis en las mujeres de escasos recursos. No obstante, por el contrario, se ha permitido que este vacío normativo sea parcialmente cubierto por iniciativas del sector privado, sin garantías públicas de protección.

Bajo esta premisa, se arriba a la hipótesis de esta investigación, la cual parte del supuesto de que la visibilización normativa es un paso inicial y determinante para la garantía del derecho a la salud de la mujer. Esta afirmación se ve sustentada en que, al no contar con una norma específica, las conductas asociadas a la violencia obstétrica permanecen sin un lenguaje común ni marcos claros para su identificación. Como lo indicaron los participantes en las entrevistas realizadas, no es posible exigir aquello que no se puede nombrar. En este sentido, el lenguaje normativo no solo cumple una función de reconocimiento, sino que establece terminología, manifestaciones, deberes, derechos y consecuencias, configurando las condiciones mínimas de exigibilidad ante el Estado.

Además, una norma que defina las conductas indebidas no solo contribuye a ordenar el sistema y generar seguridad jurídica, sino que también resuelve la ambigüedad existente respecto de las responsabilidades asignadas al personal de salud. Al respecto, se rescata la propuesta de

uno de los representantes del personal de salud de emplear la denominación “violencia en la atención obstétrica”, con el objetivo de abarcar a todo el equipo médico y esclarecer la percepción errada que limita la carga únicamente al gineco-obstetra. Asimismo, resulta indispensable que esta regulación esté acompañada de medidas que perfeccionen su implementación, tales como formación universitaria con enfoque en derechos humanos y la creación de espacios de diálogo entre profesionales de salud y gestantes.

No obstante, para que una intervención normativa sea verdaderamente efectiva, debe partir del reconocimiento explícito de las conductas identificadas como inadecuadas, así como de una comprensión del contexto actual. Ello incluye asumir la realidad cultural y estructural que atraviesan las mujeres en el Perú, principalmente por su condición de género. Este enfoque se alinea con la solución que la mayoría de participantes considera idónea, una respuesta normativa que no sea únicamente sancionadora, sino también informativa y preventiva. En ese sentido, se resalta la necesidad de guiar a los profesionales de salud hacia la autoevaluación de sus dinámicas de interacción con las pacientes y a la sociedad en la desnaturalización de las prácticas violentas.

En esa línea, la medida que consolida el proceso de visibilización normativa consiste en garantizar que la información contenida en la normativa, ya formalmente pública y exigible, sea también accesible y comprensible para toda la población. Así, el Estado peruano tiene el deber de asegurar la difusión activa de dicha información, pues una norma sin un mecanismo de implementación, políticas públicas y acciones concretas, no cumple con el propósito de protección de derechos. Por lo tanto, la norma debe entenderse como el inicio del trabajo institucional, no como un punto de llegada, e impulsar la elaboración de un plan de acción que aborde las deficiencias evidenciadas.

La visibilización normativa de la violencia obstétrica no constituye, entonces, únicamente un acto simbólico, representa el primer paso para dotar a las mujeres de herramientas legales que les permitan exigir la protección de su derecho a la salud, entendido como el acceso a una atención libre de violencia. Asimismo, busca proveer al público de la información necesaria para propiciar un cambio en la conciencia social y, en consecuencia, una transformación progresiva en los sistemas públicos de salud orientada hacia la erradicación de la problemática. Con ello, se satisface el ideal expuesto por los participantes de la investigación, es decir, una acción legal que incorpore la preparación y protección de las gestantes en cada etapa del

proceso, que incluya la capacitación integral del personal de salud en aspectos comunicacionales y de derechos humanos, y se complemente con estrategias de difusión pública que sensibilice a la población sobre la exigibilidad de un trato digno durante la atención obstétrica.

A partir del análisis desarrollado, puede sostenerse que la hipótesis general del presente texto ha sido confirmada. La visibilización normativa de la violencia obstétrica no constituye una solución definitiva, pero sí representa el punto de partida necesario para una transformación estructural. Sin esta base, resulta imposible construir mecanismos eficaces de prevención, denuncia y reparación. De este modo, la incorporación explícita y transversal de este tipo de violencia en el ordenamiento jurídico peruano es una medida impostergable y estratégicamente útil, no solo para proteger a las gestantes, sino también para reforzar la preparación del personal de salud y reorganizar el modelo de atención desde un enfoque verdaderamente humano y basado en derechos humanos.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES GENERALES

1. El derecho a la salud comprende no sólo al acceso a servicios médicos, sino a la garantía de una atención digna, respetuosa y acorde a los estándares internacionales a los cuales el país se ha adscrito. Así, el contenido esencial de dicho derecho para las mujeres abarca una atención que priorice su bienestar bajo un enfoque diferencial, basado en derechos humanos e interseccional, que permita la evaluación personalizada de cada mujer y resguarde aquellos aspectos de su identidad que cultural y socialmente son utilizados para generar o intensificar situaciones de violencia o vulnerabilidad.
2. La violencia obstétrica constituye un problema de salud pública y amenaza el goce y disfrute del derecho a la salud de la mujer. Este término es reconocido por organismos como la Corte Interamericana de Derechos Humanos, por lo que es indispensable la articulación entre el sistema jurídico, el sistema de salud, la Academia y la sociedad civil para garantizar políticas públicas eficaces, procesos formativos adecuados y mecanismos de control y reparación frente a las vulneraciones. Por ello, distintas legislaciones de América Latina han desarrollado marcos normativos específicos para sancionar y prevenir la problemática.
3. El Estado peruano incumple con los estándares internacionales que le exigen el deber reforzado de protección diferenciada hacia las mujeres durante el embarazo, parto y posparto, así como su rol sustancial de garante de derechos, al no adoptar medidas normativas, institucionales y educativas adecuadas para prevenir la violencia obstétrica. En Lima Metropolitana, esta omisión se manifiesta a través de múltiples factores, entre ellos la falta de recursos e infraestructura en los establecimientos de salud, un grave déficit de personal y la ausencia de una formación previa orientada al desarrollo de habilidades blandas para el personal.
4. La falta de reconocimiento normativo explícito de la violencia obstétrica en el ordenamiento jurídico peruano dificulta su prevención, sanción y erradicación. No es suficiente apelar a normas genéricas cuando se busca contrarrestar la naturalización del dolor femenino y las conductas violentas hacia una población históricamente marginada. En ese sentido, siendo la preservación de la vida humana el fin último del Estado, es imperativo que priorice la protección de quienes la hacen posible y promueva una transformación profunda de la cultura discriminatoria que persiste en el país.

5. **La visibilización normativa de la violencia obstétrica resulta determinante para tutelar el derecho a la salud de la mujer durante el parto en Lima Metropolitana**, al permitir nombrar, reconocer y sancionar una manifestación de violencia estructuralmente normalizada. Incorporar este concepto en el marco legal establece las condiciones ideales para un cambio sistémico de las prácticas tradicionales, la capacitación del personal de salud, y la construcción de una cultura de atención basada en el respeto, la equidad y la dignidad de las mujeres.
6. La visibilización normativa constituye la incorporación del concepto, el detalle de los supuestos atribuibles y la designación de responsabilidades en normativa de alcance general, así como la difusión masiva de dicho instrumento legal. De igual forma, exige su reconocimiento en protocolos y programas de formación dirigidos al personal de salud, encaminados a reducir las desigualdades de género y jerarquías de poder entre profesionales y pacientes, y el seguimiento del nivel de comprensión sobre las causas y los alcances de esta problemática en la población.

5.2 RECOMENDACIONES PARA AGENTES DEL DERECHO Y DE LA SALUD

1. Se recomienda la elaboración y aprobación de una ley específica que se alinee a lo expuesto por la Relatora Especial de la Comisión de la Violencia contra la Mujer de la Organización de las Naciones Unidas. La normativa debería igualmente complementarse con canales accesibles y eficaces para la denuncia y acompañamiento de víctimas de violencia obstétrica, por lo que se sugiere incorporar observadores de derechos en los centros de salud públicos y privados, orientación legal y atención psicológica especializada en la materia.
2. Se considera necesario realizar un fortalecimiento del enfoque de derechos humanos, género e interseccionalidad en los protocolos de atención al parto y del embarazo. Se sugiere que el Ministerio de Salud actualice el texto de las normas técnicas y guías clínicas en atención materna, reforzando la obligación del consentimiento informado para el personal de salud y la calidad que tiene como derecho para las mujeres. Asimismo, hacer hincapié en el respeto a la autonomía y privacidad de la paciente, y la eliminación de prácticas, verbales o físicas, invasivas o carentes de utilidad científica.
3. Se considera fundamental el implementar campañas de difusión con el objetivo de informar a las gestantes respecto de sus derechos durante la atención obstétrica. En cuanto a la población, la divulgación de información deberá realizarse a través de

medios masivos, utilizando un lenguaje preciso y culturalmente pertinente, que relacione la erradicación de la violencia al derecho a salud y la no discriminación.

4. Se recomienda también fortalecer la vigilancia activa por parte de los órganos competentes como la Superintendencia Nacional de Salud y la Defensoría del Pueblo, que deberán asumir un rol proactivo en la supervisión de los servicios de salud, complementado con indicadores específicos de violencia obstétrica en sus instrumentos de monitoreo. Asimismo, es necesario que se asegure la imposición de sanciones efectivas ante casos confirmados y se promueva mecanismos de reparación integral para las víctimas.
5. Para complementar la presente investigación y la realizada por la Defensoría del Pueblo, se recomienda la recolección y sistematización de información empírica relativa al fenómeno de violencia obstétrica en todo el Perú. Se considera necesario establecer un sistema nacional de registro de casos de violencia obstétrica, desagregado por regiones, tipo de establecimiento y características de la atención. Esta data permitirá identificar patrones de vulneración, orientar políticas públicas basadas en evidencia y promover una cultura de rendición de cuentas.
6. Adicionalmente, se observa una oportunidad de mejora en la formación académica de los futuros profesionales en salud, por lo que puede evaluarse un cambio desde la etapa universitaria. De igual manera, los colegios profesionales y centros de salud pueden implementar programas de capacitación y sensibilización en cuanto al aspecto técnico, como la profilaxis obstétrica, y el interpersonal, centrado en, por ejemplo, identificar estereotipos y mejorar las dinámicas comunicacionales que propicien una atención humanizada.
7. Por último, en el proceso de incorporación de la problemática en la agenda pública, de abrirse el debate en cuestión de la terminología “violencia obstétrica” y una posible estigmatización particular a un perfil médico, se sugiere considerar el uso de la denominación “violencia en la atención obstétrica”, a fin de superar obstáculos discursivos secundarios y centrar la discusión en el reconocimiento de la existencia de un problema real, sistemático y con impactos graves sobre los derechos de las mujeres.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez, Y., Ferrer, N., & Garrido, Y. (2014). Estándar interamericano de la debida diligencia: Aplicación por las altas cortes colombianas en los casos de delitos de violencia sexual contra mujeres en el conflicto armado. *Revista Jurídica Mario Alario D'Filippo*, 6(11), 37–49. <https://doi.org/10.32997/2256-2796-vol.6-num.11-2014-2019>
2. Arbio Grattone, M. (2023, 9 de junio). Violencia obstétrica: datos y complejidades de una modalidad invisibilizada. *Feminacida*. <https://www.feminacida.com.ar/vobstetrica-datos-consavig/>
3. Arellano, M. (2005). Los derechos de la humanidad y el profesional de la salud. *Revista CONAMED*, 10(2), 9–13. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4051327>
4. Aryal, V. (2025). Foucault's disciplinary society and gender dynamics: A critical appraisal. *Journal of Political Science*, 25(1), 87–101. <https://doi.org/10.3126/jps.v25i1.75775>
5. Asamblea General de las Naciones Unidas. (16 de diciembre de 1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
6. Asamblea General de las Naciones Unidas. (20 de diciembre de 1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* (A/RES/48/104). Naciones Unidas. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1286.pdf>
7. Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina* (J. Jordá, Trad.). Anagrama. (Obra original publicada en 1998). <https://www.nomasviolenciacontramujeres.cl/wp-content/uploads/2015/09/Bondu-Pierre-la-dominacion-masculina.pdf>
8. Burgos, M., & Paravic, T. (2003). Violencia hospitalaria en pacientes. *Ciencia y enfermería*, 9(1), 9–14. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000100002
9. Cárdenas, M., & Salinero, S. (2021). Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. *Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 38(2), 209–223. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.14>

10. Centro de Derechos Reproductivos & PROMSEX. (1 de septiembre de 2022). *Caso Eulogia Guzmán y su hijo Sergio vs. Perú*. <https://reproductiverights.org/caso-eulogia-guzman-hijo-sergio-vs-peru/>
11. Cobo M., Sáenz, A., & Flores P. (2023). La violencia obstétrica y las normas oficiales mexicanas: una oportunidad para mejorar la implementación de las violaciones reportadas por el personal de salud de cuatro hospitales generales de la Ciudad de México. *Jurídica Ibero. Revista Semestral del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana*, 7(14), 13–38. <https://juridica.ibero.mx/index.php/juridi/article/view/176>
12. Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Chiapas (24 de diciembre de 2014). https://www.congresochiapas.gob.mx/new/Info-Parlamentaria/LEY_0012.pdf?v=MzA=
13. Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Veracruz de Ignacio de la Llave (02 de abril de 2010). <https://www.veracruz.gob.mx/turismo/wp-content/uploads/sites/15/2013/02/Codigo-Penal.pdf>
14. Colegio Médico del Perú. (25 de noviembre de 2022). *CMP rechaza propuesta de Proyecto de Ley 3564*. <https://www.cmp.org.pe/cmp-rechaza-propuesta-de-proyecto-de-ley-3564/>
15. Colegio Médico del Perú. (2023). *Código de ética y deontología del Colegio Médico del Perú* (actualización 2023). <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2024/09/Codigo-de-Etica-2023-nueva-version.pdf>
16. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2011). *La situación de las personas afrodescendientes en las Américas* (OEA/Ser.L/V/II. Doc. 62). Organización de los Estados Americanos. <https://www.oas.org/es/cidh/docs/anual/2012/afrosconcover2011esp.pdf>
17. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2014). *Informe No. 35/14. Petición 1334-09. Caso Eulogia y su hijo Sergio vs. Perú* [Informe de admisibilidad]. Organización de los Estados Americanos. <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/2014/PEAD1334-09ES.pdf>
18. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2017). *Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas* (OEA/Ser.L/V/II. Doc. 68). Organización de los Estados Americanos. <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/mujeresindigenas.pdf>
19. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2018). *Políticas públicas con enfoque de derechos humanos* (OEA/Ser.L/V/II. Doc. 191). Organización de los

- Estados Americanos.
<https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/PoliticasPublicasDDHH.pdf>
20. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. (2021). *Compendio sobre la obligación de los Estados de adecuar su normativa interna a los estándares interamericanos de derechos humanos* (OEA/Ser.L/V/II. Doc. 11). Organización de los Estados Americanos.
<https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/compedioobligacioneseestados-es.pdf>
21. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Observación general N.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* (E/C.12/2000/4). Refworld. <https://www.refworld.org/es/leg/coment/cescr/2000/es/36991>
22. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2016). *Observación general núm. 22 (2016): Sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* (Documento U.N. E/C.12/GC/22). Naciones Unidas. <https://docs.un.org/es/E/C.12/GC/22>
23. Comité Estadístico Interinstitucional de la Criminalidad. (2021). *Perú: Femicidio y violencia contra la mujer, 2015–2020* [Informe técnico]. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1831/1ibro.pdf
24. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2 de febrero de 1999). *Recomendación general N.º 24: La mujer y la salud*. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1280.pdf>
25. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (28 de febrero de 2020). *Comunicación S.F.M. contra España (CEDAW/C/75/D/138/2018)*. Naciones Unidas. <https://docs.un.org/es/cedaw/C/75/D/138/2018>
26. Congreso de la República. (9 de diciembre de 1959). *Resolución Legislativa N.º 13282: Aprobación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, suscrita en París el 10 de diciembre de 1948, por Asamblea General de las Naciones Unidas* (Diario Oficial *El Peruano*). <https://spij.minjus.gob.pe/Textos-PDF/Leyes/1959/Diciembre/13282.pdf>
27. Congreso de la República del Perú. (5 de mayo de 2012). *Proyecto de Ley N.º 1158/2011-CR: Ley de Promoción y Protección del Derecho al Parto Humanizado y de la Salud de la Mujer Gestante* [Proyecto de ley]. https://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc01_2011.nsf/d99575da99

[ebf305256f2e006d1cf0/b15dab4babd28dd605257a0600540809/\\$FILE/PL01158210512.pdf](https://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2017/Comision_de_Salud_y_Poblacion/files/proyecto_ley_2197.pdf)

28. Congreso de la República del Perú. (7 de diciembre de 2017). *Proyecto de Ley N.º 2197/2017-CR: Ley de Promoción y Protección del Derecho al Parto Humanizado y a la Salud de la Mujer Gestante y del Recién Nacido* [Proyecto de ley]. https://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2017/Comision_de_Salud_y_Poblacion/files/proyecto_ley_2197.pdf
29. Congreso de la República del Perú. (16 de noviembre de 2022). *Proyecto de Ley N.º 3564/2022-CR: Ley que incorpora el artículo 121-C en el Código Penal, sancionando el delito de violencia obstétrica* [Proyecto de ley]. <https://wb2server.congreso.gob.pe/spley-portal-service/archivo/NTg4NDQ=/pdf/PL0356420221116>
30. Congreso de la República del Perú. (15 de noviembre de 2023). *Proyecto de Ley N.º 06650/2023-CR: Ley para prevenir la violencia obstétrica contra las mujeres con discapacidad sensorial durante el estado de gestación, parto y postparto, en los establecimientos de salud* [Proyecto de ley]. <https://wb2server.congreso.gob.pe/spley-portal-service/archivo/MTUyMDk5/pdf>
31. Congreso de la República del Perú. (12 de junio de 2024). *Proyecto de Ley N.º 08260/2023-CR: Proyecto de Ley de parto humanizado y atención respetuosa del nacimiento* [Proyecto de ley]. Congreso de la República del Perú. <https://wb2server.congreso.gob.pe/spley-portal-service/archivo/MTk5Njk5/pdf>
32. Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. (2022). *Violencia y su impacto en el derecho a la salud* (A/HRC/50/28, informe de la Relatora Especial). https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/ThematicReports/A_HRC_50_28_sp.pdf
33. Constitución Política del Perú. (31 de diciembre de 1993). <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H682678>
34. Convención Americana sobre Derechos Humanos (“Pacto de San José de Costa Rica”). (1969). Organización de los Estados Americanos. https://www.oas.org/dil/esp/1969_Convenci%C3%B3n_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf
35. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (adoptada en Belém do Pará, Brasil, 9 de junio de 1994). Organización de los Estados Americanos.

<https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvg/legisinternacional/ConvenBelemdoPara.pdf>

36. Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. (1979). *Naciones Unidas*. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
37. Corte Interamericana de Derechos Humanos. (16 de noviembre de 2022). *Caso Brítez Arce y otros vs. Argentina* (Sentencia de fondo, reparaciones y costas, Serie C N.º 474). https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_474_esp.pdf
38. Corte Interamericana de Derechos Humanos. (23 de noviembre de 2023). *Caso Rodríguez Pacheco y otra vs. Venezuela* (Sentencia de fondo, reparaciones y costas, Serie C N.º 504). https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_504_esp.pdf
39. Decreto Supremo N.º 004-2020-MIMP, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N.º 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. *El Peruano*. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H1265883>
40. Defensoría del Pueblo de Colombia. (2003). *El derecho a la salud en la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales*. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/27803.pdf>
41. Defensoría del Pueblo del Perú. Adjuntía para los Derechos de la Mujer. (2017). *Derecho a la salud materna: Seguimiento de las recomendaciones defensoriales a establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno* (Informe de Adjuntía N.º 001-2017-DP/ADM). https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/Informe-de-Adjuntia-N-001-2017-DP-ADM_Derecho-a-la-Salud-Materna-.pdf
42. Defensoría del Pueblo del Perú. Adjuntía para los Derechos de la Mujer. (2020). *Autonomía física: Informe de Adjuntía N.º 023-2020-DP/ADM* (Serie Igualdad y No Violencia N.º 013). <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/12/Violencia-obst%C3%A9trica.pdf>
43. Defensoría del Pueblo del Perú. Adjuntía para los Derechos de la Mujer. (2022). *Informe de seguimiento: Cumplimiento de recomendaciones defensoriales* (Informe de Adjuntía N.º 015-2022-DP/ADM). https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2023/01/Informe-de-Seguimiento_Completo_Web.pdf

44. Defensoría del Pueblo del Perú. Adjuntía para los Derechos de la Mujer. (2023). *Supervisión de los servicios vigentes de la Estrategia Nacional de Prevención de la Violencia de Género contra las Mujeres: Zonas piloto 2022* [Informe de Adjuntía]. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2023/06/Informe-de-Adjunt%C3%ADa-n.%C2%B0-003-2023-DP-ADM.pdf>
45. Defensoría del Pueblo del Perú. (s. f.). *Acceso a la salud*. https://www.defensoria.gob.pe/areas_tematicas/acceso-a-la-salud/
46. Díaz, L., & Fernández, Y. (2018). Situación legislativa de la violencia obstétrica en América Latina: el caso de Venezuela, Argentina, México y Chile. *Revista de Derecho, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso*, 51, 123–143. <https://www.scielo.cl/pdf/rdpucv/n51/0718-6851-rdpucv-00301.pdf>
47. Domeniconi, D. M. (2023). La debida diligencia reforzada como estándar de acceso a la justicia en casos de violencia de género. *Revista Argumentos*, (16), 66–87. <https://revistaargumentos.justiciacordoba.gob.ar/index.php/primer/article/view/155/193>
48. El Parto es Nuestro. (s. f.). *Placenta previa*. <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/embarazo/posibles-problemas/placenta-previa>
49. Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer (s. f.). *Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas*. ONU Mujeres. <https://www.unwomen.org/es/articulos/preguntas-frecuentes/preguntas-frecuentes-tipos-de-violencia-contra-las-mujeres-y-las-ninas>
50. Fernández Guillén, F. (s.f.). *¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos*. El Parto es Nuestro. <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/conoce-tus-derechos-area-legal/que-es-la-violencia-obstetrica-algunos-aspectos-1>
51. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N.º 38.668. Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Venezuela, 23 de abril de 2007). <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6604.pdf>
52. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N.º 40.548. Ley de Reforma de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Venezuela, 25 de noviembre de 2014). <https://www.asambleanacional.gob.ve/storage/documentos/leyes/ley-de-reforma-de->

[la-ley-organica-sobre-el-derecho-de-las-mujeres-a-una-vida-libre-de-violencia-20211026160001.pdf](https://www.gacetaoficial.gub.ve/contenidos/2021/02/26/160001.pdf)

53. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, N.º 41.376. Decreto Constituyente para la Promoción y Protección del Parto y Nacimiento Humanizado (Venezuela, 12 de abril de 2018). (Extraordinario). <https://www.acn.gob.ve/wp-content/uploads/2018/07/Gaceta-oficial-extraordinaria-n%C2%BA-6.323.pdf>
54. Galtung, J. (1990). *Violencia cultural* (Documento de trabajo No. 14). Gernika Gogoratuz. <https://www.gernikagogoratuz.org/wp-content/uploads/2019/03/doc-14-violencia-cultural.pdf>
55. Galtung, J. (1998). *Tras la violencia, 3R: reconstrucción, reconciliación, resolución. Afrontando los efectos visibles e invisibles de la guerra y la violencia*. Gernika Gogoratuz. <https://www.gernikagogoratuz.org/wp-content/uploads/2020/05/RG06completo.pdf>
56. García, F. (2020). La protección del derecho a la salud: El caso peruano. *Revista Derecho y Salud*, (5), 79–93. [https://doi.org/10.37767/2591-3476\(2020\)18](https://doi.org/10.37767/2591-3476(2020)18)
57. Gobierno del Perú. (29 de marzo de 1978). *Decreto Ley N.º 22129: Adoptan Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aceptado por la ONU* (Diario Oficial *El Peruano*). <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H717127>
58. Gonçalves de Oliveira, B., Vidal, I., Santana, C., Lago da Silva, E., Narriman, R., & Donha, S. (2018). Responsabilidad de los profesionales de salud en la notificación de casos de violencia. *Revista Bioética*, 26(3), 403–411. <https://doi.org/10.1590/1983-80422018263244>
59. Helander, N. (2012). Efectos de las sentencias de la Corte Interamericana y del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, con especial referencia a Uruguay y España. *Revista IIDH*, (55), 207–232. <https://dspace.iidh-jurisprudencia.ac.cr/server/api/core/bitstreams/c6af5059-2465-4374-8a82-800cc917ef67/content>
60. Hernández-Bello, Z. (2020). La experiencia de violencia obstétrica en mujeres adultas puertorriqueñas: Un estudio fenomenológico desde una perspectiva de género. *Revista Caribeña de Psicología*, 4(2), 259-271. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i3.4847>
61. Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill Educación. <https://doi.org/10.22201/fesc.20072236e.2019.10.18.6>

62. Hitters, J. C. (2008). ¿Son vinculantes los pronunciamientos de la Comisión y de la Corte Interamericana de Derechos Humanos? *Revista Iberoamericana de Derecho Procesal Constitucional*, (10), 131–156. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r25295.pdf>
63. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2023) *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2022*. <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/4233597-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2022>
64. Jiménez Sánchez, C. (2021). La violencia obstétrica como violación de derechos humanos: El caso S.F.M. contra España. *Deusto Journal of Human Rights*, (7), 157–178. <https://doi.org/10.18543/djhr.1962>
65. Jojoa-Tobar, E., Cuchumbe-Sánchez, Y. D., Ledesma-Rengifo, J. B., Muñoz-Mosquera, M. C., Suárez Bravo, J. P., & Paja Campo, A. M. (2019). Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Salud UIS*, 51(2), 136–147. <https://doi.org/10.18273/revsal.v51n2-2019006>
66. La Parra, D., & Tortosa, J. (2003). Violencia estructural: una ilustración del concepto. *Documentación Social*, 131, 57–72. <https://www.ugr.es/~fentrena/Violen.pdf>
67. Leiva, E., Aristizábal J., Martínez, J., & Muñoz, A. (2011). *Eficacia jurídica y sociológica de los derechos fundamentales de las trabajadoras sexuales en Colombia*. *Nova et Vetera*, 20(64), 29–42. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3896299.pdf>
68. Ley N.º 25.929 de Parto Humanizado (Argentina, 25 de agosto de 2004). https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_decreto_web_0.pdf
69. Ley N.º 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (Argentina, 1 de abril de 2009). https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_26485_violencia_familiar.pdf
70. Ley Provincial N.º 7888 de Protección contra la Violencia de Género (Provincia de Salta, Argentina, 22 de septiembre de 2015). <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/html/25817.html>
71. Ley N.º 26842, Ley General de Salud. (9 de julio de 1997). <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H775516>
72. Ley N.º 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. (2 de octubre de 2009). <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H995022>

73. Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental. (23 de mayo de 2019). <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H1236049>
74. Llanos, L., Castro, J, & Cerna, C. (2022). Análisis de políticas públicas en salud: el caso de recursos humanos en el Perú. *Revista Médica Herediana*, 33(3), 178–186. <https://doi.org/10.20453/rmh.v33i3.4338>
75. Manual MSD. (10 de enero de 2025). *Hipopituitarismo (insuficiencia hipofisaria)*. <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-hormonales-y-metabolicos/trastornos-de-la-hipofisis/hipopituitarismo-insuficiencia-hipofisaria>
76. Maquieira, V. (2008). Género, diferencia y desigualdad. En *Varios feminismos: Debates teóricos contemporáneos* (pp. 127–184). Alianza Editorial. <https://eltalondeaquiles.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2016/08/Varios-Feminismos-Debates-Teoricos-Contemporaneos.pdf>
77. Martín-Bellido, M. C. (2020). La construcción del empoderamiento femenino: visibilizando la violencia obstétrica. *Temperamentvm*, 16(e13206). <https://ciberindex.com/index.php/t/article/view/e13206a/e13206a>
78. Mayo Clinic Staff. (15 de mayo de 2024). *Fístulas vaginales: síntomas y causas*. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/vaginal-fistulas/symptoms-causes/syc-20355762>
79. Mayo Clinic Staff. (11 de enero de 2025). *Histerectomía vaginal*. <https://www.mayoclinic.org/es/tests-procedures/vaginal-hysterectomy/about/pac-20384541>
80. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de Argentina. (2015). *Los derechos humanos frente a la violencia institucional*. <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL005061.pdf>
81. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2014). *Transversalización del enfoque de género en las políticas y la gestión pública* [Manual técnico]. Dirección General de Transversalización del Enfoque de Género. <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dcteg/Transversalizacion-enfoque-de-genero-%20MIMP-DGTEG.pdf>
82. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2016a). *Violencia basada en género: marco conceptual para las políticas públicas y la acción del Estado*. [Documento institucional]. <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvg/mimp-marco-conceptual-violencia-basada-en-genero.pdf>

83. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2016b). *Decreto Supremo N.º 008-2016-MIMP que aprueba el Plan Nacional contra la Violencia de Género 2016–2021*. https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/decreto_supremo_no_008-2016-mimp_aprueba_el_plan_nacional_contra_la_violencia_de_genero_2016_-_2021.pdf
84. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2016c). *Decreto Supremo N.º 009-2016-MIMP, que aprueba el Reglamento de la Ley N.º 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar*. El Peruano. <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#/detallenorma/H1159087>
85. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2021). *MIMP implementa equipos itinerantes para atención y prevención de casos de violencia durante el confinamiento* [Noticia]. <https://www.gob.pe/institucion/mimp/noticias/341452-mimp-implementa-equipos-itinerantes-para-atencion-y-prevencion-de-casos-de-violencia-durante-confinamiento>
86. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (2022). *Estrategia Nacional de Prevención de la Violencia de Género contra las Mujeres “Mujeres libres de violencia”* [Documento institucional]. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2935181/Estrategia-Nacional-de-prevencion-de-la-violencia-de-genero-contra-las-mujeres.pdf.pdf>
87. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. (s. f.). Información Institucional. Gobierno del Perú. <https://www.gob.pe/institucion/mimp/institucional>
88. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2010). *Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia* (4.ª ed.). <https://www.sogiba.org.ar/documentos/GUIAPartoNormalMCFMsal2010.pdf>
89. Ministerio de Salud. (28 de junio de 2004). *Resolución Ministerial N.º 668-2004/MINSA: Aprueban el documento “Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva”* (Diario Oficial *El Peruano*). https://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
90. Ministerio de Salud. (2006). *Norma técnica de salud para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud* (NTS N.º 047-MINSA/DGPS-V01, Resolución Ministerial N.º 638-2006/MINSA). <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/417241/298031157785267579420191106-32001-frevlg.pdf?v=1573077027>

91. Ministerio de Salud. (13 de febrero de 2007). *Resolución Ministerial N.º 141-2007/MINSA: Aprueban Guía Técnica de Atención Integral de Personas Afectadas por la Violencia basada en Género* (Diario Oficial *El Peruano*). https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1253_PROM47.pdf
92. Ministerio de Salud. (2016). *Aprueban Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural* (NTS N.º 121-MINSA/DGIESP-V.01, *Resolución Ministerial N.º 518-2016/MINSA*) <https://spij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/#!/detallenorma/H1158944>
93. Ministerio de Salud. (2021). *Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud* [Documento institucional]. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3287271/Normas%20para%20la%20elaboraci%C3%B3n%20de%20documentos%20normativos%20del%20Ministerio%20de%20Salud.pdf?v=1655929776>
94. Ministerio de Salud. (2022). *Norma Técnica de Salud para la Prevención y Eliminación de Violencia de Género en los Establecimientos de Salud que brinden Servicios de Salud Sexual y Reproductiva* (NTS N.º 180-MINSA/DGIESP-2021, Norma técnica aprobada por Resolución Ministerial N.º 031-2022-MINSA). <https://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-031-2022-minsa.pdf>
95. Ministerio de Salud del Perú. (2024). *Prioridades nacionales en salud 2024–2030* (R.M. N.º 184-2024/MINSA). <https://consultorsalud.com/minsa-prioridades-nacionales-en-salud-2024-2030/>
96. Morales Luna, F. (2023). *El derecho y la importancia de su dimensión formal*. *THEMIS – Revista de Derecho*, 83, 353–368. <https://doi.org/10.18800/themis.202301.020>
97. Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2017). *Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Costa Rica* (CEDAW/C/CRI/CO/7). <https://docs.un.org/es/CEDAW/C/CRI/CO/7>
98. Naciones Unidas. (2019). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica* (Informe A/74/137). <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/213/30/PDF/N1921330.pdf>
99. Naeem, M., Ozuem, W., Howell, K., & Ranfagni, S. (2023). *A step-by-step process of thematic analysis to develop a conceptual model in qualitative research*. *International Journal of Qualitative Methods*, 22, Article 16094069231205789. <https://doi.org/10.1177/1609406923120578>

100. Nampewo, Z., Mike, J., & Wolff, J. (2022). Respecting, protecting and fulfilling the human right to health. *International Journal for Equity in Health*, 21(1), Artículo 36. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01634-3>
101. Navarro, R. (2018). Reconocimiento y protección del derecho a la salud por el *corpus iuris* internacional de los derechos humanos: Universal y regional, alcances y limitaciones. *Revista Contacto Global*, (10), 12–44. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r38342.pdf>
102. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (s. f.). *Derecho a la salud: aspectos clave y conceptos erróneos*. <https://www.ohchr.org/es/health/right-health-key-aspects-and-common-misconceptions>
103. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2008). *Derecho a la salud* [Folleto informativo N.º 31]. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/Factsheet31sp.pdf>
104. Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf#page=7>
105. Organización Mundial de la Salud. (25 de mayo de 1996). *Prevención de la violencia: una prioridad de salud pública* (WHA 49.25) [Resolución]. En *49.ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/179463>
106. Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en los establecimientos de salud: Declaración de la OMS* (WHO/RHR/14.23). https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134590/WHO_RHR_14.23_spa.pdf
107. Organización Mundial de la Salud. (2016). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo* (WHO/RHR/16.12). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250802/WHO-RHR-16.12-spa.pdf>
108. Organización Mundial de la Salud (OMS). (30 de marzo de 2022). *La OMS insta a ofrecer atención de calidad a mujeres y recién nacidos en las primeras semanas críticas tras el parto* [Comunicado de prensa]. <https://www.who.int/es/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>

109. Organización Mundial de la Salud. (1 de diciembre de 2023). *Derechos humanos y salud* [Hoja informativa]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
110. Organización Panamericana de la Salud. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/725/9275315884.pdf>
111. Organización Panamericana de la Salud. (2013). Informe monográfico 2007-2012: *Violencia de género en Chile* (Documentos OPS/OMS en Chile, No. 4). <https://www.eme.cl/wp-content/uploads/ViolenciadegeneroenChile.pdf>
112. Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo* [Guía técnica]. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49550/9789275320334_sp.pdf
113. Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Recomendaciones de la OMS: Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva* [Guía técnica]. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_sp.pdf
114. Organización Panamericana de la Salud. (2022). *Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva* [Guía técnica]. <https://doi.org/10.37774/9789275326817>
115. Ortega, R. (2013). Presentación en: Visibilizar personas y reconocer derechos. *Revista Méthodos* 3(5), 4–6. Centro de Investigación Aplicada en Derechos Humanos. <https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2015/05/57metodhoscompleto.pdf>
116. Oviedo, D. (2013). Eco(bio)lencia, irenología y lucha por la paz en nuestro mundo único. *Iztapalapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 34(74), 41–82. <https://revistaiztapalapa.izt.uam.mx/index.php/izt/article/view/103/187>
117. Paniagua, V. (1987). La publicidad y publicación de las normas del Estado (El caso de los Decretos Supremos no publicados). *THEMIS – Revista de Derecho*, (6), 17–22. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/themis/article/view/11489/12009>
118. Papazian, O. (2018). Encefalopatía hipóxica-isquémica neonatal. *Medicina (Buenos Aires)*, 78(Supl. 2), 36–41. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802018000600008
119. Pickles, C. (2015). *Eliminating abusive “care”: A criminal law response to obstetric violence in South Africa*. *South African Crime Quarterly*, (54), 5–16. <https://doi.org/10.4314/sacq.v54i1.1>

120. Plan International. (13 de noviembre de 2020). *Conoce las cifras de violencia contra las mujeres durante la pandemia*. <https://web.archive.org/web/20201116235612/https://www.planinternational.org.pe/bl/og/conoce-las-cifras-de-violencia-contra-las-mujeres-durante-la-pandemia>
121. Quattrocchi, P. (2018). Violencia obstétrica: aportes desde América Latina. *Género & Derecho*, 7(1), 20–46. <https://doi.org/10.22478/ufpb.2179-7137.2018v7n1.38974>
122. Quijano-Caballero, Ó., & Munares-García, Ó. (2016). Protección de derechos en salud en el Perú: Experiencias desde el rol fiscalizador de la Superintendencia Nacional de Salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 529–534. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2303>
123. Ramírez, D., Hernández, C., & Ceballos, G. (2021). La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres. *Revista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*, 26(3), 149–155. <https://doi.org/10.35366/101680>
124. Reproducción Asistida ORG. (2025, mayo). *Legrado uterino: procedimiento, recuperación y complicaciones*. <https://www.reproduccionasistida.org/legrado-uterino/>
125. Rodas, J., del Castillo, M., Sandoval, J., Alatrística, M., Vela-Ruiz, J. (2022). Situación actual de la violencia contra la mujer: evolución e impacto en Perú. *Revista Médica Basadrina*, 16(1), 66–78. <https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/1519/1745>
126. Rodríguez, J., & Martínez, A. (2021). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 211–212. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>
127. Rubio León, D. C., Perdomo Rubio, A., Martínez Silva, P. A., Lafaurie Villamil, M. M., & Cañón Crespo, A. F. (2019). Discursos sobre la violencia obstétrica en la prensa de países latinoamericanos: Cambios y continuidades en el campo de la atención. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 37(2), 125–135. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v37n2a14>
128. Ruiz, P. (1999). *Una aproximación al concepto de género*. Université de Fribourg. https://perso.unifr.ch/derechopenal/assets/files/articulos/a_20180408_02.pdf
129. Save the Children Perú. (2016). *Protección normativa e institucional de niños y niñas frente a la violencia*. Save the Children. https://www.savethechildren.org.pe/wp-content/uploads/2020/08/Protecci%C3%B3n_normativa_e_institucional_de_ni%C3%B1os_y_ni%C3%B1as_frente_a_la_violencia_rd.pdf

130. Soto-Toussaint, L. (2016). Violencia obstétrica. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 39(Suppl. 1), S55–S60. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2016/cmas161s.pdf>
131. Taylor, S., Bogdan, R., & DeVault, M. (2016). *Introduction to qualitative research methods: A guidebook and resource* (4.^a ed.). John Wiley & Sons. <https://nwimsr.mespune.org/wp-content/uploads/2024/09/Introduction-to-Qualitative-Research-Methods-PDFDrive-.pdf>
132. Tribunal Constitucional del Perú. (2004). *Sentencia del Expediente N.º 02945-2003-AA* [PDF]. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2004/02945-2003-AA.pdf>
133. Ulloa-Martínez, J., Acosta, L., Sandoval, B., & Villar, J. (2022). *Prácticas y experiencias de violencia obstétrica y gineco-obstétrica como violencia de género en Chile*. *Revista de Salud Pública*, 24(2), 1–7. <https://doi.org/10.15446/rsap.V24n2.98604>
134. UNESCO. (23 de marzo de 2023). *Refuerzo de las capacidades de los garantes de derechos*. <https://www.unesco.org/es/international-programme-development-communication/duty-bearers#:~:text=Los%20garantes%20de%20derechos%20son,como%20de%20abstenerse%20de%20vulnerarlos>
135. Vera, O. (2022). La responsabilidad y la mala praxis del profesional médico. *Revista Médica La Paz*, 28(2), 60–65. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582022000200060
136. Yugueros, A. (2014). La violencia contra las mujeres: conceptos y causas. *Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, (18), 147–159. <https://www.redalyc.org/pdf/3221/322132553010.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Tabla 1: Matriz de Análisis Temático

Código	Participante(s)	Categoría temática	Subcategoría	Fragmentos ilustrativos relevantes	Interpretación inicial
R1	Varias Mujeres (Sujetos 1, 2, 3, 5, 7, 8, 10)	Derechos de la Mujer	Atención adecuada y oportuna	<p><i>Sujeto 5: "Debería haber una atención inmediata eh atender estás ahí en el momento. Y no debería de... de... de predominar eso de que están en cambio de turno o que venga el médico o que no está el jefe, ¿no? (...)"</i></p>	<p>Las mujeres entrevistadas señalan que el principal derecho de las mujeres es recibir un trato adecuado, entendido como empático y con respeto de su dignidad humana. En tal sentido, consideran que debe predominar la salud de la parturienta, tanto física como mental, y que es crucial brindarle seguridad durante este momento de vulnerabilidad. Asimismo, la atención adecuada implica que está se brinde de manera oportuna.</p> <p>Coinciden en que este derecho no se cumple en Lima Metropolitana, y menos aún en el sector público.</p>
				<p><i>Sujeto 7: "(...) entonces eso también es es muy importante que te den seguridad, tranquilidad, sobre todo que necesitas en ese momento, ¿no? Que te dejen ahí sufriendo, como escuché en muchos casos, ¿no? Está con el dolor ahí, no hacen nada, pasan y osea son indiferentes al dolor de los demás, ¿no? (...)"</i></p>	
R2	Varias Mujeres (Sujetos 3, 6, 9 y 10)		Derecho a la información	<p><i>Sujeto 6: "Derechos. Bueno, creo que uno tiene derecho primero a saber por qué te van a hacer qué tipo de parto porque al margen de que tú planees hacer, o sea, ya sea que tú tengas en mente que sea natural o no, de todas maneras tienes el derecho de saber por qué tomaron esa decisión y que no sea un "porque se necesita y ya (...)" Este, creo que también uno tiene derecho a saber qué es lo que está pasando mientras estás dando a luz (...)"</i></p>	<p>Las mujeres entrevistadas, identificaron que el derecho a la información es indispensable en la atención obstétrica. En tal sentido, señalan que esta debe ser clara, precisa y adecuada de modo que, independientemente del contexto de cada mujer, resulte comprensible. La información debe brindarse durante toda la gestación, con especial énfasis en el parto.</p>

				<p><i>Sujeto 10: " (...) Que te digan exactamente lo que tienes, ¿no? Qué es lo que qué es lo que requieres. Eh, te expliquen detalladamente qué es lo que va a suceder antes, durante y después."</i></p>	<p>Según refieren, la información les permite comprender sus procesos, reducir la incertidumbre, brindarles seguridad y generar confianza en el personal de salud.</p> <p>Coinciden en que no se cumple en Lima Metropolitana.</p>
R3	Varias Mujeres (Sujetos 1, 4, 7 y 8)		Igualdad de trato	<p><i>Sujeto 4: " Pienso que el derecho primero debería ser por igual para todas y en mi caso fue una experiencia totalmente positiva y es la que me gustaría y espero todas puedan vivir o al menos saber que tienen la posibilidad de vivir una experiencia así (...) Eh creo que he tenido un perfil tal vez privilegiado en no tener el miedo nunca de creer que yo podría pasar por lo mismo porque desde mucho antes de embarazarme supe que cuando me tocara el momento iba a buscar la mejor clínica, entre comillas, o el mejor espacio para para mi bebé, ¿no? Para nosotros."</i></p> <p><i>Sujeto 8: "Los derechos...que deben atendernos, ¿no? A todos por igual porque a veces no hay atención en realidad para todos todos igual. Por decirte como en la maternidad, la atención, con los doctores sí son buenos, pero ahí, las salas ahí de los cuartos que uno da luz son unas salas por decir como unas 40 camas por cada sala. "</i></p>	<p>Las mujeres entrevistadas identificaron a la igualdad de trato como parte esencial del respeto al derecho a la salud. En tal sentido, consideran que existe una disparidad respecto entre la atención obstétrica en los sectores público y privado, lo cual contraviene el establecimiento de estándares mínimos para las instituciones prestadoras de salud. Por su parte, se muestran comprensivas frente a la falta de personalización en el sector público, dada las condiciones en las que un número excesivo de pacientes debe ser atendido por un número reducido de profesionales; no obstante, la falta de personalización no justifica actos irrespetuosos, la ausencia de comunicación asertiva o cualquier manifestación de violencia.</p> <p>Coinciden en que este derecho no se cumple en Lima Metropolitana, y menos aún en el sector público. Hacen énfasis en el trato deshumanizado.</p>

R4	Varias Mujeres (Sujetos 2, 5, 6)		Autonomía corporal	<p><i>Sujeto 2: " Claro. Yo creo que, que nos traten bien más que todo en ese en ese momento de dolor, de angustia que estás desesperada. Aunque te dicen no grites, gritas igual porque duele, no aguantas."</i></p>	<p>Las mujeres identificaron la autonomía corporal como un derecho esencial durante la gestación. Asimismo, recalcan que, en la actualidad, existe una desensibilización frente al dolor que experimentan y las incomodidades que sienten durante el proceso de parto. Además, consideran que sus opiniones no son tomadas en cuenta ni se respetan sus decisiones o puntos de vista. Hacen énfasis en que nadie conoce su cuerpo mejor que ellas mismas, por lo que resulta imperativo, como mínimo, que sean escuchadas.</p> <p>Las mujeres coinciden en que este derecho no se cumple en Lima Metropolitana, pues no son escuchadas, se les responde de mala manera o se minimizan sus dudas y dolores.</p>
				<p><i>Sujeto 6: " (...) creo que tienes el derecho a que te crean lo que estás diciendo, porque a veces, no sé, por ejemplo, yo tenía dolor, sabía que la epidural no había hecho efecto y no me creían. Me decían, "No, lo que sientes es presión." No, no es presión, es dolor. O sea, yo gritaba y lloraba, ¿no? Entonces, eh creo que tienes derecho a estar informado en general y que se respeten también tus puntos de vista, ¿no?"</i></p>	
R5	Personal de Salud (Sujetos 12, 13, 14)		Atención adecuada y oportuna	<p><i>Sujeto 12: " El derecho a ser atendida con esmero, con puntualidad, digamos, de los profesionales es más que nada lo que pienso."</i></p> <p><i>Sujeto 14: "(...) Bueno, y entonces ya eligió. Y este ser atendida correctamente tanto ella como al bebé que está por venir, ¿no? o sea, completamente seguridad emocional, física en el momento de parto. Apoyo de la familia, apoyo del personal médico y de todo el entorno del personal de salud para ella, ¿no?"</i></p>	<p>El personal de salud identifica como principal derecho de las mujeres durante la gestación el recibir una atención adecuada, entendida como una atención empática y asertiva, libre de actitudes de desinterés o escasa disposición, y que provea un espacio de seguridad física y mental para la paciente. Coinciden en que resulta necesario aliviar los dolores que esta pudiera experimentar, así como la incertidumbre frente a lo desconocido.</p>

R6	Personal de Salud (Sujetos 11 y 15)		Derecho a la información y Autonomía corporal	<p><i>Sujeto 11: "(...) Primero informarse. ¿Qué me va a hacer esto esto? ¿Acepto o no acepto? ¿Sí? Pero ese aceptó o no acepto tiene mucho que ver con su desarrollo cognitivo, con su preparación. No es lo mismo explicarte a ti lo que te voy a hacer que explicarle a un analfabeta lo que le voy a hacer. ¿No es cierto? Entonces es más difícil a ese nivel. O en todo caso la información tiene que ser dirigida de acuerdo a su capacidad de poder entender."</i></p>	<p>Sobre el derecho a la información, el personal de salud reconoce que se trata de un derecho esencial para mejorar la experiencia del parto. En esa línea, consideran que la información debe adecuarse al perfil de cada paciente, manteniendo la asertividad y garantizando su comprensión. Sin perjuicio de ello, el personal advierte que es fundamental que las pacientes no busquen equipararse con ellos, toda vez que las decisiones deben basarse en la experiencia y en criterios científicos orientados a la preservación de la vida. Lo anterior, se fundamenta en que la atribución de responsabilidades durante la atención del parto recae sobre el personal de salud, quien debe presentar las alternativas posibles para que la paciente exprese, o no, su conformidad.</p> <p>Asimismo, como parte esencial del derecho a la información, se sitúa el consentimiento informado, el cual debe ser aceptado y comprendido fehacientemente por las pacientes. A ello se suma el derecho a ser escuchadas por el personal de salud, a que se alivien sus dolores, se respeten sus preferencias y se le atienda libre de prejuicios y desigualdad. Por su parte, una de las profesionales entrevistadas recalca que es fundamental que el personal informe siempre antes de actuar, explicando el motivo detrás de sus decisiones y procedimientos a fin de brindar seguridad a la paciente.</p>
				<p><i>Sujeto 15: "Yo creo que uno de los, bueno, uno de los principales derechos que tiene una mujer en el ámbito obstétrico es el derecho a conocer, ¿no? A ser informada sobre todo lo que se vaya llevar a cabo en en el proceso, ¿no? En este caso que yo estoy en el área del centro séptico donde entran las mujeres que están en dilatación. Este, el derecho a saber de que cada cierto tiempo se le va a hacer un tacto, este se le va a medir la barriga. No, o sea, el hecho de informarle antes de realizar el procedimiento. Muchas veces veo que muchos profesionales como que no sé, por X motivos llegan y de frente actúan, ¿no? No avisan. (...)"</i></p>	

					<p>El proceso de parto es sumamente invasivo y personal, dada la exposición que implica; conforme a ello, lo mínimo indispensable es dotarlas de seguridad.</p> <p>El personal de salud considera que este derecho no se cumple en Lima Metropolitana y que dicho accionar se perpetúa a través de las generaciones de personal de salud, reproduciéndose como una práctica heredada dentro del sistema.</p>
R7	Personal de Salud (Sujetos 13 y 14)		Igualdad de trato	<p><i>Sujeto 13: ""(...) Para la parte de control natal, en Lima hay dos grandes vertientes. Una de ellas es lo que significa atender un embarazo en los hospitales de Seguro Social y en los hospitales de salud del Minsa. Y otra cosa es la vertiente que es totalmente privada. (...) (el listado de experiencias negativas) este probablemente eh tengan mucha relación con los hospitales de salud o los grandes centros de atención. Porque no sucede eso en la práctica privada, por ejemplo."</i></p> <p><i>Sujeto 14: "(...) donde hemos vivido en realidad la eh hemos visto la necesidad que tienen, por ejemplo, Minsa, el seguro, que no tienen las mismas condiciones de atención. Este la logística que podría ser en una parte privada o digamos en los hospitales armados, ¿no? (...) (en la atención en el seguro) que era totalmente indiferentes el personal. (...) Entonces, lamentablemente no todas son atendidas como deberían ser. Sus derechos no se cumplen al 100%. (...)"</i></p>	<p>El personal de salud coincide en la percepción de que, en el sector público, las pacientes reciben un trato de menor calidad por parte de los profesionales. Por otro lado, algunos de estos señalan que hay poca probabilidad de que esa situación se reproduzca en el ámbito privado. Al respecto, si bien el cuestionario denota la existencia de una mayor probabilidad de incidencia en el ámbito público - conforme a los resultados, donde cuatro de las cinco mujeres atendidas en este sector habrían sido sometidas a alguna conducta descrita como ejemplo de violencia obstétrica -, se corrobora que también puede suceder en el ámbito privado. Ello como consecuencia de las estructuras de poder y los estereotipos de género interiorizados por los profesionales de la salud. De hecho, dos de las mujeres entrevistadas, reportaron haber experimentado situaciones de violencia obstétrica durante la atención en instituciones de salud privadas, según sus respuestas al cuestionario.</p>

R8	Varias Mujeres (Sujetos 3, 4, 5, 9 y 10)	Identificación de Violencia Obstétrica	Reconocimiento de experiencias como inadecuadas	<p><i>Sujeto 4: "(...) no me imaginaria que hoy en día sigue existiendo. Tal vez lo pienso más como algo de, ay, por allá por los 80, por los 90, seguro las cosas eran así. Y tal vez en mi mundo ideal, yo digo, hoy en día el 2025 no puede ser que se siga viendo estas cosas, no puede ser que con tanto avance tecnológico, médico, en la ciencia, etcétera y tantas campañas que hay no solo en el aspecto eh médico, sino también en el del respeto y en el de la inclusión, etcétera y de la igualdad de género y tal, se siga... que se menosprecia así a una mujer encima de una madre y que se trate eh o que ocurran esas cosas de de menospreciarla o minimizarla. Es algo que cuesta trabajo creer.</i></p> <p><i>Sujeto 10: "Yo soy maestra y nosotros.. Mmm practiqué en un centro del estado, entonces nosotros también teníamos que aprender sobre primeros auxilios y varias cosas médicas y en una de esas nos mandaron para ver cómo eran los partos (...) nos confundieron prácticamente con un practicante de de obstetricia o enfermería, que sería, y ahí pude ver palpar así de jovencitas cómo eran tratadas las señoras, cómo las gritaban, cómo las trataban mal, cómo les ponían apodos, este cómo no ni les hacían caso. Eh, él fue fue una experiencia muy muy traumática. Tanto es así que yo ya no quería ni saber nada de eso, no. Y lo conté, hice una especie de denuncia en la universidad de lo que yo había visto, ¿no? Entonces, ya no mandaron más jóvenes profesores ahí, lamentablemente eso es lo único que pudieron hacer"</i></p>	<p>La mayoría de mujeres entrevistadas desconoce la categoría de "violencia obstétrica". Sin embargo, fueron capaces de reconocer los ejemplos incluidos en el listado, incluso vinculándolos a su propia experiencia. En tal sentido, las mujeres coinciden en calificar a las conductas descritas como inadecuadas, y atribuyen a ello la necesidad de prevenirlas y sancionarlas. Asimismo, reconocen que dichas conductas son frecuentemente comentadas en su entorno enfatizando su carácter negativo y contraria a la práctica médica apropiada.</p>
----	--	--	---	---	--

R9	Varias Mujeres (Sujetos 1, 2, 6, 7 y 8)		Normalización o Cultura Institucional	<p><i>Sujeto 1: "Sabía que estas cosas pasaban porque, que te digo, pasan y se ve y en mi entorno se comparte sobre estas experiencias que tiene cada una donde lo tratan mal a uno."</i></p>	<p>Algunas de las mujeres entrevistadas tienden a normalizar las conductas descritas en el cuestionario, según se desprende de sus respuestas. Varias de estas conductas son percibidas como prácticas comunes o situaciones que deben afrontarse durante el parto. Si bien no conocen la terminología específica, califican dichas conductas como negativas y normalizadas. Asimismo, coinciden en que en su entorno, no suele hablarse sobre la normalización de la violencia ni sobre la existencia de una cultura institucional discriminatoria o contraria a los derechos humanos.</p>
R10	Personal de Salud (Sujetos 12, 13, 14 y 15)		Reconocimiento de experiencias como inadecuadas	<p><i>Sujeto 12: " Sí, esas eh eh afirmaciones son correctas. No al 100% pero sí se dan. Cuando una paciente viene muchas veces no se le trata desde su nombre sino le dicen cholita, mamita. (...) Que no la dejan entrar con su familiar que ella elija porque no tenemos el espacio a veces necesario como para entrar, o sea, dejar que entren con un familiar. (...) Eh, de que se hacen comentarios a veces sí eh que no corresponden porque dicen, "Ay, pero si ya tiene cinco hijos." ¿Cómo se le ocurre tener otro? ¿De dónde va a sacar dinero para poder criar a ese nuevo niño, ¿no? Entonces, eso no nos corresponde porque eso depende de cada persona, eh, o se dice, "Mira, ni siquiera tiene para ella misma y va, va... va a poder estar con otra con otro bebé, ¿no?"</i></p>	<p>El personal de salud entrevistado afirma conocer o haber presenciado las conductas descritas en el cuestionario. Coinciden en calificarlas como inadecuadas e irrespetuosas, y en que resulta indispensable que los profesionales cuenten con la disposición de explicar y transmitir conocimiento a las gestantes, buscando su comodidad y bienestar al momento de realizar cualquier tipo de procedimiento.</p> <p>Por otro lado, reflexionan sobre la normalización de estas situaciones, dada su frecuencia y la ausencia de intervención efectiva por parte del Estado como del propio personal de salud. Asimismo,</p>

				<p><i>Sujeto 14: "(...)Pero en ese momento sí las tratan como, o sea, se quejan de dolor y y que ya no pueden más y efectivamente les dicen así eh "ahora te duele, ¿no? Y para abrir las piernas no te dolió." O sea, desde ahí no más obviamente todo lo que y o sea, no puedes quejarte porque inmediatamente te dicen todo lo que tú has leído en el listado. Y de ver y también lo otro que la pueden este venir a a a revisar desde alumnos, alumnos, internos, qué sé yo, no no el mismo médico de directamente, ¿no? Su médico. En los hospitales no tienes un médico para ti. (...)"</i></p>	<p>atribuyen lo descrito a deficiencias en la infraestructura provista por el Estado, resultando imposible cumplir con los requerimientos de las mujeres y limitándose, muchas veces, únicamente poder brindar lo básico. No obstante, también reconocen que las pacientes pueden verse afectadas por comentarios descalificadores o actitudes prejuiciosas por parte de algunos profesionales.</p>
R11	Personal de Salud (Sujeto 15)		Normalización o Cultura Institucional	<p><i>Sujeto 15: "Yo creo que todas, de cierta manera todas. (...) Y la verdad, yo hasta ahorita no entiendo por qué porque también conozco colegas que seguro llegan mal, mal de su casa, no sé, tratan mal a una paciente, no le tienen paciencia, (...) Cada una pasa un momento muy muy diferente, algunas lo llevan bien, otras lo llevan mal, algunas son muy calladas, otras son las que más te hablan y tienes más empatía con ellas, ¿no? (...) No he escuchado que en sí tengan cuidado con esto, no hagan esto, no. Lo he estudiado en la universidad, pero que haya escuchado en el entorno del hospital que tengan cuidado porque eso es violencia."</i></p>	<p>El personal médico reconoce una carencia en su formación y capacitación en el desarrollo de habilidades blandas. Asimismo, señalan, con el transcurso de los años ejerciendo la práctica médica, tienden a mecanizarse y a perder el trato humano, volviéndose más distantes en su relación con los pacientes.</p>
R12	Varias Mujeres (Sujetos 2, 3, 5, 6, 8, 9 y 10)	Alternativas de Solución o Prevención	Intervención Estatal	<p><i>Sujeto 2: " Hmmmm, yo creo que deberían... este debería haber una ley, ¿no? Para que las gestantes, sean a la hora de dar parto deberían tener un mejor trato, ¿no? (...) creo que (...) hacer más eh seguimiento, verificar este no cómo tratan a los pacientes, pues no a veces no, no se ve eso. Vienen, te gritan, te</i></p>	<p>Las mujeres entrevistadas manifiestan la necesidad de contar con leyes que las respalden frente a la problemática de la violencia obstétrica. Dicha normativa debe incluir componentes mínimos para brindarles seguridad, así como mecanismos claros para la presentación de denuncias y</p>

				<p><i>dicen esto y lo otro y nadie dice nada. Debería haber alguien pendiente de verificar que no haya eso. Porque somos seres humanos."</i></p>	<p>el acceso a apoyo correspondiente. Asimismo, coinciden en que debe suministrarse mayor información a las gestantes, independientemente de los medios utilizados. Varias de ellas coinciden en que deben llevarse a cabo charlas, materiales explicativos en redes sociales, comunicados y, en general, estrategias que aseguren el mayor alcance posible. Lo anterior, obedece a que, consideran que las gestantes no manifiestan su disconformidad frente a la atención del parto, debido a que desconocen que lo sucedido es una práctica inapropiada o que podría calificar como violencia.</p>
				<p><i>Sujeto 8: (...) Dialogar más o que den charlas por decir a las mujeres para que se den cuenta pues lo que, lo que está pasando, ¿no? Eso podría ser, otra cosa más (...) El estado no como dice, no le interesa pues lo que está pasando, si es que ellos hicieran algunas cosas para eso, cambiaría, pues pero si no, no se ve cambios, nada, ¿qué se puede pedir al estado? (...) Debería haber una ley para que no, no ... para que prohiban esos tipo de violencias, ¿no? Para que haya mejor tratamiento para las mujeres."</i></p>	<p>Aunado a ello, consideran que la intervención estatal debe ser directa y empírica, ya que para comprender la magnitud de la problemática e idear políticas públicas y normas efectivas, es indispensable conocer la incidencia en la realidad de las mujeres peruanas. Asimismo señalan la urgencia de establecer mecanismos de seguimiento por parte de las autoridades competentes, así como fortalecer la formación del personal de salud. Finalmente, recalcan que la falta de condiciones adecuadas provistas por el estado no deben ser utilizadas como justificación para la perpetuación de la violencia.</p>

R13	Varias Mujeres (Sujetos 1, 4, 7)		Sensibilización al Personal de Salud y Público	<p><i>Sujeto 4: "(...) sería interesante empezar a generar ese ambiente de confianza en el tema de maternidad y en las mujeres de que, oye, también te puedes sentir maltratada por un doctor que es supuestamente un perfil eh con educación o una persona con educación, una persona con un nivel socioeconómico decente o alto, también te puede atacar y también se puede sentir mal dentro de un espacio seguro que es el momento del parto. Entonces, también ten la confianza de decirlo y hacerlo bulla en las redes. (...)"</i></p> <p><i>Sujeto 7: "(...) Eh, ellos mismos deberían encargarse de verificar en cada hospital o centro de salud, ¿no? (...) Y creo que debería, en ese aspecto, debería fijarse más, centrarse más en esas cosas y difundirlo, ¿no? De repente eh por medio de la televisión, ¿no? Que hay tantas redes sociales, ¿no? Tantas cosas que hay actualmente. Yo pienso que las mujeres deberían saber también sus derechos y que hay muchas que no lo saben. Y por eso estos acatan lo que les dicen (...)"</i></p>	<p>Los participantes enfatizan la necesidad de generar espacios de confianza entre las gestantes y el sistema de salud, subrayando que la violencia obstétrica puede ocurrir en cualquier contexto, independientemente del perfil del profesional o del tipo de establecimiento. Asimismo, proponen la difusión activa de información a través de medios masivos y redes sociales, así como una supervisión constante del personal. Esta postura sugiere que la prevención de la violencia obstétrica requiere no solo normas y protocolos, sino también un entorno comunicacional abierto y receptivo.</p>
R14	Personal de Salud (Sujeto 15)		Intervención Estatal	<p><i>Sujeto 15: "(...) el Estado debería invertir un poco más en tener instalaciones más grandes para que se pueda dar lo que es el acompañamiento, ¿no? (...) en un hospital del estado, instalaciones pequeñas, una sala para un conglomerado de gente en cantidad que están en trabajo de parto, o sea claro, es un poco difícil. Yo creo que invertir en espacios por parte del personal capacitarse, llevar tal vez algún curso, ser obligatorio algún curso de inteligencia emocional. Para poder afrontar esos momentos, no, uno puede estar</i></p>	<p>El personal de salud reitera, la necesidad una mayor inversión en recursos de todo tipo por parte del Estado peruano, con carácter prioritario.</p>

				<i>mal en casa todo, pero la paciente no tiene la culpa."</i>	
R15	Personal de Salud (Sujetos 12, 13, 14 y 15)		Sensibilización al Personal de Salud y Público	<p><i>Sujeto 12: " (...) Que se eh eh pongan, digamos, a ver en todo caso en las redes, ¿no? ¿Qué es lo que significa tener un parto? O sea, que no vayan a lo desconocido, que también vean eh qué significa eh alzar tu voz, no quedarse callada. (...) está bien que uno sea un profesional pero no significa que tú no sepas nada, porque tú puedes (...) comentar. Esto no me parece o puede explicarme, pero hay muchas de las gestantes que se quedan calladas porque ven al personal de salud como en un pedestal. (...) Ahora tenemos lo que es la preparación para el parto que nosotros las obstetras hacemos que es la psicoprofilaxis obstétrica que es la preparación para lo que es un parto. (...) Entonces eso también podría ser, pero que se masifique, ¿no? No solamente que sea en un grupo, porque todo eso se necesita personal especializado."</i></p> <p><i>Sujeto 14: " Yo creo que haciendo charlas, llevando a charlas, ahora yo veo que que la tecnología ha cambiado mucho, las redes. (...) creo que en los hospitales hay obstetricas o personal que se encarga de llegar a las a las pacientes que generalmente no, no tienen mucho conocimiento y todo eso y le dan charlas, yo creo que por ahí o la misma atención cuando van a atenderse personalmente, tendría que haber grupos en ese momento, no sé, agruparlas (...) Yo no soy muy tecnológica, pero yo creo que si alguien se encarga de también alimentar todo esto a la a por medio de de las redes y darle una charla</i></p>	<p>El personal de salud identifica la necesidad de sensibilizar a las gestantes respecto de su propio proceso de parto. Frente a la asimetría informativa, concluyen que no debe existir indiferencia, sino una visión de oportunidad para brindar la mayor cantidad posible de información a las mujeres, reduciendo así el grado de incertidumbre durante el parto. Señalan, además que corresponde al personal garantizar a las gestantes la seguridad de que recibir dicha información es un derecho. Para ello, está debe ser difundida de forma masiva, ya que no será efectiva si su alcance resulta mínimo o limitado.</p>

				<i>sobre eso, no sé, de repente podrían llegar a más personas, a más gente (...)</i>	
R16	Varias Mujeres (Sujetos 2, 4, y 9)	Norma Jurídica	Seguridad de respaldo	<p><i>Sujeto 2: "Porque, este, porque yo te digo que, para mí es importante que haya una norma así creo que yo como personas que somos vulnerables, nos sentimos más seguras. Cuando una norma sale, esto.. te sientes protegida, para mi sí es importante. (...) Yo creo que el Ministerio de Salud debería ver eso. Decirle de que hay que tener más... más este, ¿cómo puedo decir? Más yo diría que haya una protección a las mamás gestantes que a la hora de dar a luz que hay alguna norma de que como ya le he vuelto a decir de que uno se sienta segura, protegida en ese en la posta o ese hospital (...)"</i></p> <p><i>Sujeto 9: "(...) yo sí creo que se sería importante porque si te ves envuelta en una situación así, si se necesitaría de todas maneras que tú puedas eh, agarrarte o sostenerte de la ley para para para que estas personas se den cuenta de que han cometido un acto que no deberían haber hecho y que tú puedas tener como que un cierre, o sea, no sé si un cierre es la palabra, ¿no? Pero sí sí pienso que es necesario, (...) Que el médico tenga que firmar un papel donde se comprometa a cumplir todas las cosas que la mamá quiere, ¿no? Dentro de lo posible, ¿no? Porque a veces pasan cosas médicas que no se no se va a poder, ¿no? Y ya, eso."</i></p>	<p>Para las mujeres entrevistadas, contar con una norma jurídica sobre la violencia obstétrica les brinda seguridad y respaldo en su condición de pacientes y mujeres. Consideran que eso contribuiría a dejar de invisibilizar la problemática, al facilitar canales de denuncia y a permitir su defensa frente a posibles vulneraciones.</p>

R17	Varias Mujeres (Sujetos 1, 5 y 8)		Especificación de ilícito	<p><i>Sujeto 5: "Claro, debería haber una ley, señorita, donde ya ampare a todas a las mujeres que lleguemos así, o tenemos el riesgo de perder nuestro bebé, qué sé yo, que nos ampare y no, no este siempre a favor de los de los hospitales, ¿no? (...) Deberían sancionar a los médicos que no auxilian a sus pacientes en el momento del parto. O sea, llegas a que te auxilie. Debería haber una sanción y no la hay, por eso es que abusa."</i></p> <p><i>Sujeto 8: "Claro, debería haber una ley para que no, no ... para que prohíban esos tipo de violencias, ¿no? Para que haya mejor tratamiento para las mujeres. (...) Sería una norma que si ellos estudian por algo que les gusta que lo apliquen, pues, ¿no? Pero que no, como dice, no se vayan a trabajar solamente por ganarse el dinero y no hacer lo que han estudiado."</i></p>	<p>Las mujeres coinciden en que, al categorizar las manifestaciones de violencia obstétrica como actos contrarios al ordenamiento jurídico, no solo se otorga relevancia real a la problemática, sino que se recupera la confianza de la víctima, al evidenciarse la búsqueda de la justicia. De este modo, deja de percibirse como una queja generalizada derivada de una atención inadecuada y se reconocen los aspectos específicos de un problema que afecta exclusivamente a las mujeres, particularmente en el contexto del parto.</p>
R18	Varias Mujeres (1, 2, 3, 4, 6, 7 y 10)		Información Integral para Personal de Salud y Público	<p><i>Sujeto 6: "De todas maneras, sí. Como te digo, creo que se podrían prevenir muchísimo más cosas, ¿no? Este, sobre todo que es un momento bastante vulnerable para la mujer en general, entonces como que pasar por ese tipo de cosas es como que agrava la situación, ¿no? (...) Preo que debería estar clarísimo que que una persona que te que que te tratan como una una cosa o o como o como que no respetan, digamos, tus sentimientos, es una especie de violencia o que sea que esté claro como tal, definido y que, no sé, te pueden hacer, qué sé yo, una encuesta al final (...) Que haya algun tipo de inspección final (...)."</i></p>	<p>El personal de salud reconoce que el acceso a la información no es un privilegio, sino una condición necesaria para el ejercicio pleno de los derechos en el ámbito de la salud. Garantizar información clara y accesible permite equilibrar la relación entre gestantes y profesionales, fortalecer la autonomía de las mismas y protegerlas frente a la violencia.</p>

				<p><i>Sujeto 10: "(...) Para que la gente esté eh sepa cuáles son sus derechos. Al saberlo ya pues uno los puede conocer, puede saber qué a qué atenerse, que que reclamar, qué es lo que tiene que que, ¿cómo se llama? ¿Qué puede obtener, qué hacer, ¿no? Mhm En caso de cualquier cosa que que yo le ocurra. Eh, definitivamente puede ser pues de eh cómo ser tratada antes de y durante y después del parto (...) Lo primero que pondría en la norma sería respetar la vida de la mamá. Lo primero. La mamá es la número uno, ¿no? Y después el bebé, pero la mamá a respetar su vida, su integridad, este su salud física, mental. Todo."</i></p>	
R19	Personal de Salud (Sujeto 13)		Seguridad de respaldo	<p><i>Sujeto 13: Es importante (...) porque eso no está escrito. (...) no tiene una norma escrita por parte del Ministerio de Salud en el trato del paciente. Está escrito de manera general (...) lo más importante es eh...primero nutrir.. nutrir al a la paciente sobre cuáles son sus sus derechos durante la atención. Yo creo que eso es lo más importante. Eh como que existiera un libro de reclamaciones en la sala de parto. Entonces dónde dónde ir a quejarse, con quién reclamar el momento, eh qué cosa es lo que le corresponde como paciente, qué es lo que le corresponde como como madre que está dando a luz. Yo creo que eso tiene que estar escrito. No está escrito, yo no conozco ninguna norma en salud que lo detalle así con con digamos con finesse (...)."</i></p>	<p>El personal de salud reconoce la necesidad de la existencia de una norma jurídica que reconozca explícitamente y de forma detallada la violencia obstétrica. La ausencia de tipificación específica contribuye a su invisibilización y dificulta el acceso a mecanismos de denuncia y reparación. Contar con normativa permitiría establecer estándares de conducta, responsabilidades institucionales y garantías para las gestantes.</p>

R20	Personal de Salud (Sujetos 12 y 15)		Especificación de ilícito	<p><i>Sujeto 12: "(...) "Nosotros tenemos nuestra ley también de la ley de la obstetricia que es la 27,669 que regula, ¿no? nuestra profesión, y si no cumplimos como corresponde también eh nosotras somos sancionadas. Mhm. Y eso es lo que también podría eh atribuirse a una ley específica de ley de violencia. (...) cada uno tiene una responsabilidad, pero igual se tiene que tratar, o sea, no necesariamente el médico tiene que ser siempre el que tenga mayor responsabilidad, porque yo también doy mi diagnóstico."</i></p> <p><i>Sujeto 15: "yo creo que sí, sí debería haber (una ley), pero este y se debería dar a conocer no solamente para como para generar miedo a los profesionales que tienen, sino también como un incentivo"</i></p>	<p>El personal de salud considera que es importante que haya una normativa específica - no para generar miedo o limitar al pds, sino para tener en claro las reglas de juego, que se especifiquen las conductas que no estan permitidas, que funcione como un incentivo frente a un actuar incorrecto. Asimismo, también refieren que es importante que se especifiquen las responsabilidades en base a las funciones que desempeña cada profesional</p>
R21	Personal de Salud (Sujetos 14 y 15)		Información Integral para Personal de Salud y Público	<p><i>Sujeto 14: " (...) Yo no sé si legalmente haya muchas cosas que las mujeres podrían hacer para valerse si en algún momento hay daño para ella, ¿no? O físicamente. Tenemos tantos casos que yo escucho en la televisión que pasó esto, se perdió el bebé porque no lo atendieron, llegó y no la atendieron, llegó a las justas y le hicieron esperar y cuando ya la atendieron perdió el bebé. Entonces, eh no sé cómo estará la parte legal ahí. Eh, sé que cuando llega a salir se hace se hace evidente es porque la familia algo denuncia. Si no denuncian, nadie sabe nada. Solamente si denuncian, se llega a hacer ver algo y si sale la televisión (...)</i></p>	<p>El personal de salud reconoce la existencia de un vacío legal respecto a la problemática de la violencia obstétrica y considera que su incorporación expresa en el ordenamiento jurídico permitiría brindar a las víctimas herramientas formales de defensa ante las instituciones de salud. Además, uno de los profesionales entrevistados resalta la importancia de establecer canales de retroalimentación por parte de las gestantes, a fin de garantizar una mejora continua en la calidad de la experiencia de parto.</p>

			<p><i>"(...) Un ámbito de nuestro trabajo es la psicoprofilaxis obstétrica. Y esa área tiene como finalidad educar durante el embarazo a toda mujer para que aprenda sobre el embarazo, el parto y después del parto incluso incluso eh...conozcan a su bebé, ¿no? Que tiene, que signos de alarma, información sobre qué deben hacer. Hay una fase en donde incluso la llevan a conocer las instalaciones del hospital en donde acá van hacer esto, acá van de hacer esto, esto (...) Y también me he dado cuenta que lastimosamente por más que tú des una buena charla, una buena clase, no todas van (...) Entonces lo ideal sería que todas, que sea como que obligatorio, ¿no? Educar más a la población para decir, "Embarazo es igual a psicoprofilaxis obstétrica" porque les ayudaría demasiado."</i></p>	<p>Por otro lado, se plantea como solución más inmediata la universalización de la práctica de profilaxis obstétrica, entendida como una práctica que permite preparar física y emocionalmente a las mujeres para el parto. En ese sentido, señala la necesidad de hacerla obligatoria, destacando los beneficios de contar con una gestante debidamente informada y fortalecida para afrontar el parto, reduciendo los niveles de estrés asociados a dicho evento.</p>
--	--	--	---	---

Anexo 2. Tabla 2: Cuadro Comparativo

Código	Categoría temática	Participante(s)	Fragmentos ilustrativos relevantes	Interpretación
R1	Sobre la terminología "violencia obstétrica" y "parto humanizado"	Mujer (Sujeto 1)	<i>"No, no en los hospitales, [...] no te tratan bien te tratan como si no fueras humano y mal de verdad y muchas madres tienen miedo de ir a ese hospital porque lo tratan de lo peor apenas que has parido 'párate señora, no hay espacio, ay párate' sangrando estás parada ahí de verdad no te tratan [...]"</i>	<p>Se evidencia una discrepancia entre las experiencias de las mujeres y la percepción del personal de salud. Por un lado, estas estiman necesario que se recuerde su condición humana con la finalidad de reforzar la urgencia de recibir un trato digno. Por el otro, uno de los profesionales entrevistados considera innecesaria dicha especificación. Asimismo, se observan diferencias en la comprensión de la problemática por parte del personal de salud, toda vez que, otro de los entrevistados reconoce la existencia de deshumanización en la atención a parto, atribuido a las deplorables condiciones en las que se desarrollan. En particular, señala el déficit de personal capacitado y falta de infraestructura en los centros de salud de Lima, lo que impide una atención personalizada.</p> <p>Asimismo, algunos de los profesionales de la salud consideran que existe una tendencia reciente de dividir a los gineco-obstetras de las obstétricas, siendo estos a quienes suele atribuir la perpetración de la violencia obstétrica. Sobre el particular, refiere que implementar terminología adicional para que el trato sea adecuado y respetuoso es innecesario, dado que la práctica médica, en sí misma, tiene la obligación de ofrecer dichas condiciones. Para él, muchas de las conductas descritas se relacionan meramente a una atención inadecuada.</p>
		Mujer (Sujeto 2)	<i>"Pero si te tratan ..mal, entonces sientes prácticamente te sientes mal, es como que te bajan el autoestima. [...] más que todo en ese en ese momento de dolor, de angustia que estás desesperada. Aunque te dicen no grites, gritas igual porque duele, no aguantas. [...]"</i>	
		Personal de Salud (Sujeto 11)	<i>"Sujeto 11: "[...]Y junto con esto de violencia obstétrica han aparecido un par de términos que yo detesto, que son "el parto respetado" y "el parto humanizado". ¿Qué quiere decir? que si hay parto humanizado, hay un parto deshumanizado. Entonces, ¿cómo puede haber un parto deshumanizado? No puede existir, o sea, nadie atiende, deshumaniza [...] Entonces, hay la tendencia acá en el país de que los médicos ginecobstetras hacen violencia obstétrica. Y las obstétricas hacen el parto respetado, humanizado. [...] Entonces si es que yo le voy a hablar mal, si es que yo no le voy a informar lo que voy a hacer antes de hacerlo, si es que yo no sé para qué lo estoy haciendo, sí, eso se puede considerar violencia obstétrica, bueno, es el término que utiliza. [...] Yo diría que es una atención inadecuada, simplemente porque no estoy cumpliendo las formas de atender ese parto."</i> <i>"(...) en cuestión de responsabilidades, el médico debe</i>	

			<p>tener una jerarquía en ese nivel porque asume la responsabilidad. [...] este término de violencia obstétrica ha aparecido con el tiempo. Y junto con esto de violencia obstétrica han aparecido un par de términos que yo detesto, que son “el parto respetado” y “el parto humanizado”. ¿Qué quiere decir? que si hay parto humanizado, hay un parto deshumanizado. Entonces, ¿cómo puede haber un parto deshumanizado? No puede existir, o sea, nadie atiende, deshumaniza [...] Entonces, hay la tendencia acá en el país de que los médicos ginecobstetras hacen violencia obstétrica. Y las obstetras hacen el parto respetado, humanizado. [...] ya con la paciente ya es ni siquiera tengo que pensar lo que tengo que hablar con respeto, con cariño, que tengo que informarle,(...) Eso es inherente, o sea, es parte de, [...] Entonces si es que yo le voy a hablar mal, si es que yo no le voy a informar lo que voy a hacer antes de hacerlo, si es que yo no sé para qué lo estoy haciendo, sí, eso se puede considerar violencia obstétrica, bueno, es el término que utiliza. [...]Yo diría que es una atención inadecuada, simplemente porque no estoy cumpliendo las formas de atender ese parto."</p>	<p>Además, advierte sobre el peligro de incorporar terminología en contra de los especialistas, pues ello podría limitar la práctica médica e ignorar que la responsabilidad del proceso de parto siempre recae en los mismos profesionales. Por otra parte, ante la posibilidad de implementar una norma sobre violencia obstétrica, un profesional de la salud sugirió que la misma abarque a todo el personal médico.</p>
		<p>Personal de Salud (Sujeto 13)</p>	<p>"[...] Donde es un médico por turno, hay 300 pacientes dando a luz, 300 trabajos de parto, las que atienden son personal profesional de obstetras y el trato pasa por la deshumanización. Que es quizás la causa principal de ese problema."</p> <p>"[...] Eh, yo creo que habría que poner un apellido. ¿No? Violencia en la atención obstétrica, podría ser. [...] así suena como violencia a la mujer y que engloba más ¿no? Por ejemplo, aspectos emocionales, aspectos físicos. Aquí violencia en la atención en la atención obstétrica creo que resumiría más y centraría más en</p>	

			<i>el tema. [...] hay escuelas donde la gente cree que que por meter a la gestante en el agua esté el niño va a nacer mejor. Entonces son corrientes progresistas que en realidad más es lo que complica el manejo general de nacimiento, que es una cosa totalmente natural.</i>	
R2	Fuente idónea de difusión de información	Mujer (Sujeto 2)	<i>"Yo creo que es una charla. Dar una charla para que tengan conocimiento, todo eso. Porque a veces como te digo, uno va, no sabe nada, entonces a veces el doctor, el obstetra hace lo que quiere, a veces no y nadie ve nada y no se quejan tampoco entonces, yo creo que deberían tener conocimiento sobre eso."</i>	Las opiniones de los sujetos entrevistados son similares, en tanto coinciden en que existe una necesidad de proveer información y difundirla masivamente entre los usuarios involucrados en el proceso de parto. Sin embargo, el enfoque difiere, ya que las mujeres desearían que la información proporcionada estuviera dirigida a la concientización de la sociedad civil por medio de charlas, difusión en redes sociales y con el objetivo de crear espacios seguros entre más mujeres, que les permitan manifestarse frente a la violencia. Por su parte, el personal de salud considera necesaria una perspectiva técnica de la información, y se posiciona como responsable de su difusión, dado su rol en la atención obstétrica. Asimismo, mencionan que es obligación del personal de salud obtener el consentimiento informado de cada paciente, no como un mero trámite, sino como parte esencial del ejercicio del derecho a la salud de las mujeres. Además, la práctica de la profilaxis obstétrica debería considerarse fundamental para educar a las mujeres embarazadas sobre el proceso del parto.
		Mujer (Sujeto 4)	<i>"(...) creo que es más común empezar a ver ciertos tipos de activaciones o movimientos o eventos en los que se salga la luz la molestia de algún tipo de grupo. Nunca he visto ni he escuchado nada relacionado a este tema, entonces creo que sí podría ser una gran oportunidad, por ejemplo, eh se me ocurre ahorita empezar a hacer en las redes, ¿no? (...) Entonces, por ahí hacer tal vez algún tipo de movimiento digital sería interesante para empezar a... a generar esa confianza en en todas nosotras, ¿no? "</i>	
		Personal de Salud (Sujeto 11)	<i>"(...) El consentimiento informado es un documento que plasma las características de la atención, los riesgos de la atención, los beneficios de la atención. El cual no solamente debe estar escrito, sino explicado explícitamente a nivel de que la paciente pueda entenderlo, por eso es que yo estoy en contra de que ese consentimiento sea solo un papel. (...) Entonces, lo importante no es lo que diga el papel, lo importante es lo que yo le informe y no solo que le informe, sino que tenga la seguridad de que la informada entienda lo que yo le he dicho (...)"</i>	
		Personal de Salud (Sujeto 12)	<i>"(...) el paciente debe empaparse de lo que significa un parto. Ahora tenemos lo que es la preparación para el parto que nosotros las obstetras hacemos que es la</i>	

			<i>psicoprofilaxis obstétrica que es la preparación para lo que es un parto. (...) Y explicamos muchas de las cosas y también evitamos que vayan con miedo a lo que es en sí el desarrollo de su embarazo hasta llegar a un término. (...)"</i>	
		Personal de Salud (Sujeto 15)	<i>"Cada una pasa un momento muy muy diferente, algunas lo llevan bien, otras lo llevan mal, (...) Como también hay otras que no están bien educadas y no saben nada del proceso, son un poco ignorantes en ese sentido. Pero para eso creo que estamos nosotros, ¿no? para explicarles. (...)"</i>	
R3	Preparación del Personal de Salud	Mujer (Sujeto 5)	<i>"(...) (el personal de salud) tienen que tener la vocación, para eso están ahí desde un enfermero hasta hasta el médico general, saben que ellos están ahí para salvar vidas, auxiliarlos, no para dejarlos ahí a su suerte. Y si se muere se murió y si vivió, no, eso no es suerte, ellos tienen que auxiliar, desde que uno pisa el hospital lo tienen que auxiliar."</i>	<p>Las observaciones de los entrevistados se resumen en dos términos clave: vocación y educación. Conforme a ello, para las mujeres resulta necesario recordarles a los profesionales de la salud la finalidad detrás de su labor. Ambas categorías de sujetos entrevistados coinciden en que existen valores esenciales y determinantes para el ejercicio de la profesión médica, como lo son la empatía y el respeto por la dignidad. En tal sentido, se enfatiza que la formación de los profesionales, a todo nivel, debe reforzar una visión humanista de la medicina, así como especificar las funciones para cada perfil, durante la atención obstétrica.</p> <p>Asimismo, como hallazgo, se identificaron dos aspectos derivados de las entrevistas. El primero señala que, ante el déficit de personal de salud capacitado, el Estado asigna funciones y atribuciones a profesionales cuya preparación resulta insuficiente para asumirlas.</p>
		Mujer (Sujeto 8)	<i>"(...) sobre todo como yo le digo así, en un hospital grande (...) hay demasiados pacientes Mhm. Ya se cansarán también los doctores, pues no, ya ya no les interesa tanto si uno no pone su parte ahí ya no, no no sale bien pues."</i>	
		Personal de la Salud (Sujeto 11)	<i>"(...) en muchos sitios donde ni siquiera hay médicos. (...) Las obstetras están (dentro de su perfil) para atender embarazo, partos normales y deben estar preparadas para detectar lo que no es normal o está dejando de ser normal para derivarlo como complicación para que lo puedan atender en otro sitio. ¿No es cierto? Pero muchas veces eso no ocurre, se sienten todopoderosas y lo que es peor, se meten a hacer cosas para las cuales no están preparadas, que van más allá de la atención del parto."</i>	

		<p>Personal de la Salud (Sujeto 13)</p>	<p><i>"(...) la identidad de cada profesional se basa en en observar tamizar qué cosa es bueno y qué cosa es malo y sacar en en provecho propio una conducta en el proceder de la conducción del trabajo de parto y sobre todo de la atención madre y niño (...) yo creo que es importante la calidad de la persona, la calidad de la persona que está atendiendo el momento. El que lidera el equipo médico en ese momento. Él es el responsable. Él es el que puede decir, ¿sabes qué? No trates a mí paciente así o antes de romper la membrana le vas a explicar a la paciente que tienes que hacerle. (...) Entonces, la idea es enfrentarlo con cultura y con conciencia. Yo creo que esos son los los valores que hay que que hay que cuidar."</i></p> <p><i>"(...) Es cierto lo de los diminutivos de la forma veces, este es de minimización del del paciente, pero eso es eso más está relacionado a la atención de mujer a mujer. La mujer es muy peyorativa en el trato con otra mujer. Y las personas empiezan a valorar esto cuando van a la consulta ginecológica. Y encuentran una doctora en lugar de encontrar un doctor. Todos piensan que la...el trato con la doctora va a ser extraordinariamente bueno. Pero normalmente la mujer al atender a la a la mujer es bastante distante."</i></p>	<p>Esta situación afecta en mayor medida a las mujeres gestantes pertenecientes a los sectores más pobres de la sociedad, debido a que son ellas quienes tienen menor acceso al Estado, cuyas acciones no llegan de manera efectiva a estos sectores. El segundo hallazgo identificado hace referencia a una creencia compartida por parte profesionales, quienes señalan que los casos de violencia obstétrica tienen mayor incidencia cuando es brindada por una mujer a otra. Según esta percepción las profesionales mujeres tienden a mostrar una actitud más distante, fría y minimizadora hacia las pacientes.</p>
		<p>Personal de la Salud (Sujeto 15)</p>	<p><i>" (...) Para el profesional sería este, tal vez, llevar algún curso obligatorio antes de colegiarse cuando uno cuando para trabajar tienes que estar colegiado. O durante la colegiatura en donde te brindan este...inteligencia emocional, trato al paciente, eso no hay. Eso tú lo aprendes en el campo, pero ese tipo de cursos no hay. Y debería ser o tal vez es inculcar en la misma universidad durante el durante el pregrado, no un curso de educación emocional, trato al paciente, basado en la ley. Que sea obligatorio."</i></p>	

R4	Intervención del Estado	Mujer (Sujeto 1)	<i>"Creo que el gobierno no lo ve, ni sabe creo, que nos tratan así porque si lo supieran creo que esos trabajadores, esos médicos, obstetras los sacarían creo. Ellos ni se enteran ni saben creo .como las personas hay muchos que están practicantes ni saben coser, ni saben atender."</i>	<p>En primer lugar, los participantes coinciden en que existe una responsabilidad irrenunciable del Estado como garante de una atención adecuada en salud. Esto implica la provisión de recursos como la instalación de centros médicos, la inversión en infraestructura y la supervisión del personal de salud para garantizar el pleno ejercicio del derecho de las mujeres durante la atención al parto.</p> <p>Por otro lado, es posible destacar el contraste de opiniones entre dos mujeres entrevistadas respecto del rol del Estado en la atención obstétrica. Una de ellas expresa desconfianza total, al considerar que el Estado es incapaz de brindar ayuda o implementar medidas correctivas efectivas frente a la problemática. En cambio, la otra mujer confía en el rol protector del Estado y considera que este desconoce la situación; de tener conocimiento ya se habrían adoptado las medidas pertinentes. Asimismo, los aportes del personal de salud resultan disímiles. Uno de los profesionales refiere que la normativa actual es suficiente para enfrentar la problemática de la violencia obstétrica; sin embargo, califica el sistema de salud actual como precario en todos sus aspectos (infraestructura, capacitación y disponibilidad de profesionales).</p> <p>Por otra parte, un participante considera responsable al Estado, aunque no en totalidad, pues señala que existe una responsabilidad compartida con el personal de salud, al ser la calidad humana es una cualidad que escapa al control del Estado.</p>
		Mujer (Sujeto 8)	<i>"(...) pues el estado no como dice, no no no le interesa pues lo que está pasando, si es que ellos hicieran algunas cosas para eso, cambiaría, pues pero si no, no se ve cambios, nada, ¿qué se puede pedir al estado?"</i>	
		Personal de la Salud (Sujeto 11)	<i>"(...) Hay un déficit de profesionales, médicos en general y de médicos especialistas en particular. Y como no hay esto, entonces le da facultades y competencias a otros profesionales de la salud que no tienen la preparación adecuada para hacerle sentir que pueden hacer cosas que no pueden hacer. (...) Y el Ministerio muchas de las veces las avala diciendo, 'Bueno, donde no hay médico alguien tiene que ser.'"</i> <i>"El Estado a través del ente rector, que es el Ministerio de Salud, tiene la obligación de garantizar una atención adecuada de todas las personas. Si lo llevamos al parto tendría la obligación que no la cumple, pero tiene la obligación de garantizar una atención adecuada. (...) en muchos sitios donde ni siquiera hay médicos. Entonces, el derecho a la salud como garantía, es muy difícil de acuerdo a la realidad de nuestro país y a la precariedad de nuestro sistema de salud que se cumpla. (...)"</i>	

			<p><i>"El Ministerio de Salud tiene una Norma Técnica Sanitaria que es la 105, si no me equivoco. En relación a la atención materna, donde están definidas ahí todas las partes del proceso de atención en el embarazo, en el parto, está ahí. Considero, de las cosas que tú me has dicho, este que ese tipo de situaciones coloquiales no están pues dentro de esa norma, ¿no? Escapan a eso, ¿no? Eso de hacer chistes o bromas. No, eso no está ahí que diga, "No se deben hacer." Porque eso, eh, más allá del término que yo no considero adecuado, si no yo diría atención inadecuada del parto. Este, pero encuadrado dentro de lo que es violencia, Mhm. Yo diría que depende. Depende de quién lo dice, de cómo lo dice y quién lo recibe."</i></p>	<p>Finalmente, ante el reconocimiento de la escasez de personal de salud, se vuelve indispensable fortalecer la capacitación del equipo actual, en habilidades técnicas y blandas. Asimismo, es imperativo promover una práctica colaborativa y respetuosa entre profesionales evitando rivalidades jerárquicas que afecten la calidad de la atención.</p>
		<p>Personal de la Salud (Sujeto 13)</p>	<p><i>" (...) Lo que tiene que ver ahí es la universidad, porque la calidad de la atención depende de la formación de la persona. El Estado no, bueno, pone el centro médico y lo dota con personas, no lo dota con personas de calidad. Entonces, el estado (...), bueno, es el culpable final sí. Pero yo creo que es importante la calidad de la persona, la calidad de la persona que está atendiendo el momento. El que lidera el equipo médico en ese momento. Él es el responsable (...)"</i></p>	

Anexo 3. Modelo de Consentimiento Informado

Buenos días, somos Myriam del Carmen Milena Requejo Espinoza y Alejandra Guadalupe Ruiz Vélez, egresadas de la carrera de Derecho de la Universidad del Pacífico. Actualmente, nos encontramos realizando una investigación sobre el nivel de reconocimiento de las mujeres del concepto de “violencia obstétrica”, durante el parto.

En ese contexto, nos gustaría reunirnos con usted, por aproximadamente cuarenta y cinco (45) minutos a una (01) hora, para que pueda ayudarnos respondiendo algunas preguntas. El propósito de este encuentro es explorar, en la práctica, su experiencia sobre el proceso de parto, el impacto en los actores clave y la posibilidad de desarrollar normativa al respecto.

Toda la información brindada por usted será exclusivamente para fines de esta investigación y se recabará de forma anónima por lo que no se anotará, ni llevará registro alguno de su identidad. En ese sentido, le informamos que se procederá con la grabación de voz de la entrevista para su posterior transcripción.

Su participación es voluntaria. Tiene derecho a detener la entrevista en el momento que usted estime conveniente o, en caso no desee continuar. También, puede solicitar pasar a la siguiente pregunta si ve conveniente no responder.

Durante la entrevista no hay respuesta correctas ni incorrectas, por lo que puede sentirse en la libertad de responder conforme estime adecuado.

¿Tiene alguna pregunta?

LA PARTICIPANTE ACEPTA SER ENTREVISTADA

SÍ	(Se agradece por la disponibilidad y se procede con la entrevista)
NO	(Se agradece por el tiempo empleado y se culmina la conversación)

PARA SER COMPLETADO POR LAS ENTREVISTADORAS

Declaro que he leído al participante el texto del consentimiento informado que aparece líneas arriba descrito.

Nombres:

Firmas:

Fecha:

Anexo 4. Cuestionario Auxiliar

Nota. Adaptación a partir de Cárdenas y Salinero (2021)

Responda “Sí” o “No” de acuerdo con su experiencia en la atención de parto:

1. El personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de su comportamiento.
2. La trataron con sobrenombres o diminutivos (como “mamita”, “gordita”, entre otros) o como si fuera incapaz de comprender los procesos que estaba atravesando.
3. Se sintió infantilizada o anulada por el equipo médico como si fuera incapaz de tomar decisiones sobre lo que le ocurría antes, durante o después del parto.
4. Fue criticada, de algún modo, por expresar sus emociones (llorar, gritar de dolor, etc.) durante el trabajo de parto y/o el parto.
5. Le fue difícil o imposible preguntar o manifestar sus miedos o inquietudes porque no le respondían o lo hacían de mala manera.
6. Le realizaron procedimientos médicos sin pedirle consentimiento o sin explicarle por qué eran necesarios.
7. En el momento del parto, la obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestara su incomodidad en esa posición.
8. Fue obligada a quedarse en cama, impidiéndole caminar o buscar posiciones según sus necesidades.
9. Se le impidió estar acompañada por alguien de su confianza.
10. Se le impidió el contacto inmediato con su hija/o recién nacida/o antes de que se lo llevaran al neonatólogo para control.
11. Después del parto, le hicieron sentir que no había estado a la altura de lo que se esperaba de usted.
12. La experiencia de la atención en el parto la hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún modo.
13. Después del parto se le negó la posibilidad de utilizar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de natalidad.
14. Durante el trabajo del parto o con posterioridad a este se sintió expuesta a la mirada de otras personas desconocidas para usted

Anexo 5. Transcripciones de Entrevistas

Sujeto 1

Datos del participante:

- Edad: 34
- Partos: 3
- Institución: Pública

* A las mujeres se les presenta el cuestionario validado previo a las preguntas, a modo de recolección de data auxiliar.

- **Empecemos con el cuestionario. ¿El personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?**
- *Personalmente no, pero tengo familiares que sí han atravesado ello.*
- **¿Te trataron con sobrenombres o diminutivos como mamita, gordita, amiguita, etcétera, como si fueras incapaz de comprender los procesos por los cuales estabas atravesando?**
- *No.*
- **¿Te sentiste infantilizada o anulada por el equipo médico como si no pudieras tomar tus propias decisiones?**
- *Sí. Te tratan como si no supieras nada, te mandan y no explican.*
- **¿Fuiste criticada por expresar tus emociones, gritar o llorar durante el trabajo de parto?**
- *Sí, también.*
- **¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?**
- *Sí. Estaban durmiendo. No te escuchan, no te responden.*
- **¿Te realizaron procedimientos médicos sin pedirte consentimiento?**
- *No, no.*
- **¿Te obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque estuvieras incómoda?**
- *No.*
- **¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar alguna posición según tus necesidades?**
- *No.*
- **¿Se te impidió estar acompañada por alguien de confianza?**
- *Sí, nadie puede entrar contigo.*
- **¿Se te impidió el contacto inmediato con tu bebé?**
- *No, no.*
- **¿Después del parto te hicieron sentir que no estuviste a la altura?**
- *Mhm, no.*
- **¿Te sentiste vulnerable, culpable o insegura por la atención recibida?**
- *No sé, no.*
- **¿Se te negó el acceso a algún método de anticoncepción después del parto?**
- *Sí.*
- **¿Te sentiste expuesta a la mirada de personas desconocidas? Más allá del equipo médico.**
- *No.*
- **Listo, pasamos a las preguntas centrales. Esto es sobre tus opiniones o experiencias. ¿Cuáles crees que son los principales derechos que tienen las mujeres de Lima en la atención del parto?**
- *Cuando estamos embarazadas necesitamos que nos atiendan bonito, pero no, que no que... no nos digan “ay por qué no te cuidaste, sí habiendo tantos métodos, porque tienes hijos seguiditos y tienes pequeñitos”, o sea te sientes incómoda cuando nos gustaría que nos trataran igual a todas; así que hayas tenido seguiditos los hijos, que nos traten bien. Nada más quisiera no, que me traten bien. O sea, tengo derecho a que todos, bueno, que me atiendan bien. A veces los*

practicantes como que... te... Cuando... o sea, parte de tu zona y, te cortan y cosen y eso es horrible, ni siquiera te ponen anestesia bien y no te cosen bien, se demoran un montón y no lo hacen bien, a veces se descose la zona y duele. A mí no me pasó, pero sí he visto y todo eso. Quisiéramos que nos traten bien ¿no? que hagan bien su trabajo.

- **¿Tú crees que esos derechos se están cumpliendo en Lima?**
- *No, no, en los hospitales, por ejemplo, en el María Auxiliadora que está por San Juan de Miraflores, no te tratan bien, te tratan como si no fueras humano y mal de verdad, y muchas madres tienen miedo de ir a ese hospital porque lo tratan de lo peor apenas que has parido “párate señora, no hay espacio, ay párate”. Sangrando estás parada ahí de verdad.*
- **Entiendo. Y el listado que leí antes, ¿lo conocías como ejemplos de violencia obstétrica? ¿En tu entorno se habla de este concepto de alguna manera?**
- *Sabía que estas cosas pasaban porque, que te digo, pasan y se ve y en mi entorno se comparte sobre estas experiencias que tiene cada una donde lo tratan mal a uno.*
- **¿Qué acciones consideras las más apropiadas en este momento para que la población en Lima y, especialmente las mujeres, conozcan y comprendan el concepto de violencia?**
- *Un cambio, pero, no, por ejemplo, a los médicos, deberían pues decir que deben tratar bien a los pacientes, a las... a las señoras que van a dar a luz, deben tratar bien porque si nos tratan así les da miedo, a veces muchas mujeres por eso, que se embarazan, ni siquiera van a su control están yendo último mes para que den a luz, no iban a la posta para controlarse nada, así nomás, sin control, están en sus casas por miedo a eso que le tratan mal.*
- **¿Cuál crees que es el rol del Estado y del personal a cargo, el personal médico, en este tipo de atención?**
- *Creo que el gobierno no lo ve, ni sabe creo, que nos tratan así, porque si lo supieran creo que esos trabajadores, esos médicos, obstetras los sacarían creo. Ellos ni se enteran ni saben, creo. Como las personas hay muchos que están... practicantes ni saben coser, ni saben atender. Ahí, cambiar pues, o sea tienen que tratarlo bien para los pacientes ¿no? Todos por igual, bonito y que... que aprendan también más, que si no sabes mucho mejor es que no vayas a ese hospital porque sigue practicando, en otro lado así no va a estar esperando a que le diga pues así hace el otro atrás ¿no? Va a estar en los que saben más también pues, acá no van a estar detrás de ellos. Ellos tienen que experimentar otro lado e ir a ese hospital a trabajar como debe ser.*
- **¿Consideras que es importante el contar con una norma jurídica que regule estos supuestos, por ejemplo, este listado que he leído?**
- *Se qué es, esto, que sí es necesario que regule porque creen que... porque así creo que, o sea, como no hay una norma creen que pueden tratar así, o que lo van a seguir haciendo, no todos, pero sí.*
- **Para finalizar, si es que hubiera una norma o algo similar que pudiera hablar de este tema, ¿qué consideras que podría incluir esa acción?**
- *Debería dirigirse a las embarazadas, más que todo las embarazadas, madres, para los médicos también. Debería dirigirse también a los jefes del estado pues, a los que manda, ¿no? Ellos tienen que decir pues que está mal.*
- **Eso es todo, muchas gracias.**

Sujeto 2

Datos del participante:

- Edad: 38
- Partos: 6
- Institución: Pública

* A las mujeres se les presenta el cuestionario validado previo a las preguntas, a modo de recolección de data auxiliar.

- **Empezamos con el cuestionario. Como te comentaba, voy a leer 14 oraciones sobre la atención en el parto. ¿El personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?**
- *Sí. Cuando tuve a mi primer bebe, la primera vez, tenía 17 años. A veces no te tienen paciencia, te gritan. Te dicen, "No grites, no juegues." Te gritan, te llaman la atención entonces sí pues, te sientes mal.*
- **¿Te trataron con sobrenombres o diminutivos, por ejemplo, mamita, gordita, amiguita o como si fueras incapaz de comprender lo que te estaba sucediendo?**
- *No, no me pusieron sobrenombres, pero si simplemente te dicen, "Deja, deja de llorar." Te dicen.*
- **¿Te sentiste infantilizada o anulada por el equipo médico como si fueras incapaz de tomar decisiones sobre lo que te estaba ocurriendo?**
- *Claro, este... te sientes mal. Porque no solamente, ósea sí, porque emocionalmente no, no, eh el parto es algo que tú o sea sientes en ese momento da ganas de escaparte, de correr porque es un dolor que, no sé, no, no puedo ni explicarlo. Entonces, que alguien te grite o te haga sentir peor es fatal.*
- **¿Fuiste criticada de algún modo por expresar tu dolor, gritar, llorar durante el parto?**
- *Sí.*
- **¿Te fue difícil o quizás, imposible preguntar o manifestar tus miedos o preguntas porque no te contestaban o te contestaban de mala manera?**
- *Hm sí, te contestan de mala manera.*
- **¿Te realizaron algún procedimiento médico sin pedirte consentimiento o sin explicarte por qué estaba sucediendo?**
- *Ya este, cuando tu estas con dolores, ellos te examinan, ellos dicen... ya yo sé que la dilatación es de uno a nueve, ¿No? En eso vienen este... estudiantes, practicantes y te meten la mano, te meten la mano y eso es incómodo y no te piden permiso, sino van de frente y de nuevo.*
- **¿Cuándo diste a luz te obligan, de alguna manera, a permanecer acostada boca arriba, aunque estabas incómoda?**
- *Sí, me pasó con él bebe, con este bebe de acá (La entrevistada se apersonó con un infante).*
- **¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?**
- *Sí*
- **¿Te impidieron estar acompañada por alguien de confianza?**
- *No te dejan entrar.*
- **¿Solo tú?**
- *Sí.*
- **¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hijito?**
- *No, no, eso sí, no.*
- **¿Después del parto, te hicieron sentir que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti? O quizás, ¿minimizaron lo que acababas de hacer?**
- *Mmm sí, también.*
- **¿La experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido?**
- *Sí, sí, sí.*

- **¿Después del parto se te negó la posibilidad de utilizar o tener algún dispositivo o procedimiento para el control de natalidad, es decir, no te dejaron utilizar algún anticonceptivo?**
- *No, no, no. No, no.*
- **¿Durante el trabajo del parto o después te hicieron sentir expuesta a la mirada de otras personas desconocidas para ti?**
- *Mmm bueno como te digo, los practicantes.*
- **Okay, esa es la segunda parte que es el cuestionario, y ahora vienen las preguntas que ya son un poco más amplias y ahí sí te pedimos que te expliques cuanto desees y, de nuevo si hay algún concepto que no conoces o no sabes qué es lo que estamos hablando preguntarnos, la idea no es tener los términos técnicos ni nada, sino tu opinión. Entonces, primero, basada en tu experiencia, ¿Cuáles crees que son los principales o más relevantes derechos que tienen las mujeres en Lima en la atención en el parto?**
- *Yo creo que a ser tratada bien. Eso es lo más importante porque uno entra pues con una emoción de que sientes que te vas a morir, entonces si alguien te dice, no tranquila todo va a salir bien espera, entonces uno más o menos. Pero si te tratan mal, entonces te sientes prácticamente...te sientes mal, es como que te bajan el autoestima. Entonces yo creo que las mujeres en ese momento que van a dar a luz deberían ser bien tratadas, en todo, palabras o que traten de decirte que todo va a salir bien, vas a estar bien, ya falta poquito, eso te da ánimo.*
- **¿Cómo, palabras de aliento quizás?**
- *Claro. Yo creo que, que nos traten bien más que todo en ese en ese momento de dolor, de angustia que estás desesperada. Aunque te dicen no grites, gritas igual porque duele, no aguantas.*
- **¿Consideras que esto que nos cuentas, o sea, estos derechos que tienen las mujeres ahorita lo están cumpliendo en Lima?**
- *Eso depende de las doctoras, porque hay doctoras que entran, yo tengo experiencia digo porque he tenido varios partos, por eso digo, en uno de mis partos me tocó una doctora que... buenísima, en otro parto me tocó una que no tenía paciencia son diferentes señoritas. Depende del profesional, de la señorita que es profesional que sepa tratar al paciente pues.*
- **Segunda pregunta, ¿conocías el listado que te comenté hace un ratito?**
- *No, no.*
- **¿Sabías que este listado se relaciona con algo que se llama violencia obstétrica?**
- *No.*
- **Okay. ¿En tu entorno, se habla de este concepto de alguna manera?**
- *¿De la lista? Sí.*
- **¿Qué acciones crees que serían las más apropiadas o las mejores para que la población en Lima, especialmente las mujeres, conozcan y comprendan este concepto?**
- *Yo creo que es una charla. Dar una charla para que tengan conocimiento, todo eso. Porque a veces como te digo, uno va, no sabe nada, entonces a veces el doctor, el obstetra hace lo que quiere, a veces no y nadie ve nada y no se quejan tampoco, entonces yo creo que deberían tener conocimiento sobre eso.*
- **¿Cuál crees, también, que es el rol del Estado en esta situación?**
- *Hmmmm, yo creo que deberían... este, debería haber una ley, ¿no? Para que las gestantes, sean, a la hora de dar parto, deberían tener un mejor trato, ¿no?*
- **Y también, ¿cuál crees que es el rol o lo que debe hacer el personal que está a cargo de la atención?**
- *Yo creo que es eh... hacer más seguimiento, verificar, este, ¿no? cómo tratan a los pacientes pues ¿no? a veces no, no se ve eso. Vienen, te gritan, te dicen esto y lo otro y nadie dice nada. Debería haber alguien pendiente de verificar que no haya eso. Porque somos seres humanos.*
- **Y, por último, ¿tú consideras que es importante contar con una norma que regule estos supuestos, que regule este listado que te he mencionado?**
- *Sí.*
- **¿Por qué?**

- *Porque, este... porque yo te digo que, para mí, es importante que haya una norma así, creo que yo... como personas que somos vulnerables, nos sentimos más seguras. Cuando una norma sale, esto... te sientes protegida, para mí sí es importante.*
- **¿Qué consideras que debería incluirse en esta acción que me comentas? ¿Qué debería quizás decir, a quién debería estar dirigido?**
- *Yo creo que el Ministerio de Salud debería ver eso. Decirle que hay que tener más... más este, ¿cómo puedo decir? Más, yo diría que haya una protección a las mamás gestantes, que a la hora de dar a luz que hay alguna norma de que, como ya le he vuelto a decir, de que uno se sienta segura, protegida en ese... en la posta o ese hospital, pero no, no lo... no lo encontramos a veces. Peor, es que si tú no tienes plata, claro. Peor que todo.*

Sujeto 3

Datos del participante:

- Edad: 88
- Partos: 5
- Institución: Privada

* A las mujeres se les presenta el cuestionario validado previo a las preguntas, a modo de recolección de data auxiliar.

- **Empezamos con el cuestionario. Como te comentaba, voy a leer 14 oraciones sobre la atención en el parto. Primera afirmación, ¿el personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en un tono de chiste acerca de tu comportamiento?**
- *Sí, claro que sí.*
- **Después, ¿te trataron con algún sobrenombre diminutivo como mamita, gordita, amiguita, etcétera, como si fueras incapaz de comprender los procesos por los cuales estabas atravesando?**
- *Sí.*
- **¿Te sentiste infantilizada o anulada por el equipo médico como si fueras incapaz de tomar decisiones?**
- *No, no.*
- **¿Fuiste criticada de algún modo por expresar tus emociones, llorar, gritar de dolor durante el trabajo de parto?**
- *Sí, sobre todo en la última. El doctor... lo tuvieron que localizar no sé por dónde, vino todo agitado, llegó y ya yo estaba con la obstetriz. Entonces, la obstetriz este... pero él no, no interrumpió el trabajo de la obstetriz, se quedó en la puerta, y la obstetra me dice, "¿Qué parto es? ¿Qué número de parto es?" Pero así con prepotencia, y porque ninguna me ha tratado así. Siempre es "señora, cálmese, qué número es, qué número es, qué esperaba, varoncito...". Porque sí, esas cosas así que como que te dan más confianza. Pero ya, me dice: "¿Qué número de parto es?", pero así bien enojada, creo que era domingo, algo así, interrumpió alguna reunión de ella. Y yo le dije que el quinto. "Ay", me dijo. "El quinto y cómo grita". Entonces, yo no, no me quedé callada, gritaba más ¿no?, porque a mí me importó muy poco lo que ella me decía, estaba con tanto dolor la verdad, que como si fuera la primera. Entonces el doctor entró y le dijo, "Señora, hágame el favor de presentar su renuncia por usted misma, porque no quiero despedirla. Es una mala profesional", dijo despacio. Eso último ya me lo contaron, porque eso ya no lo oí. Lo que sí, sí que le dijo, "Señora, por favor, venga a la oficina". Eso fue lo que oí. Y después ya me contaron el resto, porque yo lo único que hacía era chillar, gritar y cuánta cosa. Y era la quinta, era la quinta.*
- **¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?**
- *Sí, claro, cuando ya el doctor entró y me dijo: "¿Cómo se siente?", me pidió disculpas y yo no decía, ni sabía de qué me pedía disculpas. Yo lo quería mucho al doctor porque él me vio los tres partos y siempre estuvo ahí, porque cuando yo esperé a la última, no esperaba tenerla.*
- **¿Te realizaron procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o sin explicarte por qué eran necesarios?**
- *No, no, no, todo normal, ya desde ahí partió todo normal.*
- **En el momento del parto, ¿te obligaron a permanecer acostada, aunque estuvieras incómoda?**
- *En el momento del parto, sí.*
- **¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar alguna posición según tus necesidades?**
- *No, no, no.*
- **¿Se te impidió estar acompañada por alguien de confianza?**
- *No.*

- **¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hijo recién nacido?**
- *No, para nada.*
- **Después del parto, ¿te hicieron sentir que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti?**
- *No.*
- **¿La experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido?**
- *No, para nada, después fue una muy buena atención.*
- **¿Después del parto se te negó la posibilidad de utilizar algún dispositivo o algún procedimiento del control de natalidad?**
- *No.*
- **Y, por último, durante el trabajo de parto o después, ¿te sentiste expuesta a la mirada de personas desconocidas para ti?**
- *No.*
- **Bueno, ahora entramos a la tercera parte ya son preguntas basadas en su experiencia, y de opinión. Entonces, primera pregunta, ¿cuáles crees que son los principales o los más relevantes derechos que tienen las mujeres en Lima en la atención en el parto?**
- *¿Derechos? Se ven tantas cosas que no sé qué contestarte. No, no sé por qué no hablé mucho de eso. Y evito, evito esa conversación porque es muy doloroso. Claro, mucho maltrato.*
- **Claro, para reformular la pregunta, por ejemplo, eso podría ser un derecho, ¿derecho a que no las maltraten?**
- *Atención. Atención, tanto ella como él... como se llama, el bebé que viene, ¿no? Porque yo creo que los primeros momentos son los más importantes y es tan estresante dar a luz, pero encima te tratan tan mal. Es muy... es muy doloroso cuando te dicen, "y que esto, y, ¿dónde está él?". Que pregunten sobre tu vida porque en ese momento no te deben preguntar. Es muy doloroso... Y, bueno, eso es lo que yo pienso, que no se debe tratar mal a la mujer, al contrario. ¿Saben lo que es tener nueve meses y tener una criaturita? Lejos de decir que que ha venido bien, ¿Te maltratan? No, no me parece de ninguna manera, ni el rico ni el pobre, ni en hospitales ni en nada.*
- **Bueno, en ese sentido, ¿tú crees que esos derechos se están respetando en Lima?**
- *No, por supuesto que no. Mira, yo creo que no lo han respetado nunca. Porque yo he visto cómo son maltratadas. Nunca ha sido la mujer... este... nunca le han dado su lugar, y ahora menos, creo. Pero ahora ya la mujer sabe. Es más, ya no hay mucha ignorancia, entonces, la verdad que no sé hasta qué punto se puedan cuidar y no sé, no dejarse maltratar. Yo nunca me dejé maltratar. Nunca, nunca.*
- **El listado que te acabo de leer, o sea, esas afirmaciones que te comenté, ¿las conocías como ejemplos de violencia obstétrica?**
- *No como tal, pero sí se ve. No sé por qué, no hay ese respeto. A mí me da mucha pena.*
- **En ese caso, entonces, ¿en tu entorno se habla de este concepto de alguna manera?**
- *Sí.*
- **En ese sentido, ¿qué acciones consideras las más apropiadas en este momento para que la población en Lima y, especialmente las mujeres, conozcan y comprendan el concepto de violencia?**
- *Bueno, ahora, yo siempre digo, ahora saben leer, escribir, eh... se ganan el pan, trabajan, no necesitan de alguien. Hay, ¿cómo se dice? Falta comunicación. No sé por qué no se respeta.*
- **¿Cuál crees que es el rol del Estado y del personal a cargo, el personal médico, en este tipo de atención?**
- *Mira, primero a preparar a las chicas desde ... no es el hecho que las preparen que a los 9 meses vas a tener el bebé, que vas a quedar embarazada. No, prepararlas para la vida. Porque hijita, ¿quién no quiere tener un hijito? Pero prepararse para que no sufra ni el hijo ni ella.*
- **Y sobre el personal a cargo de la atención del parto, ¿cuál crees que es su rol?**
- *El personal, en ser menos duros, yo tengo entendido que en las clínicas y en los hospitales tratan como si lo único que les falta decir: "Bueno, después que te diste el gusto, vienes acá con tu disgusto". Y dicen: "Ahora qué lloras, si sabías que iba a ser así, si siempre te han*

dicho que no esto y que no lo otro, e igual lo haces". Entonces, a veces hay que saber lo que se va a decir. Y ahora no sé, la gente ya no tiene cuidado de no herir y hiere no más.

- **¿Consideras que es significativo o importante el contar con una norma jurídica que regule estos supuestos, por ejemplo, este listado que he leído?**
- *Algo sobre el respeto a la mujer, nadie respeta. En todo sentido. En todo sentido. Yo no sé si dejamos que nos maltraten. No sé. Pero la mujer siempre va a ser maltratada. No sé por qué la mujer cuando, si no fuera por la mujer, no habría ni profesionales.*
- **Por último, si es que hubiera una norma o algo similar que pudiera hablar de este tema, ¿qué consideras que podría incluir esa acción?**
- *De un comienzo se le debe tratar. ¿Ya? En cualquier sitio a la mujer embarazada, porque si no la tratan desde un comienzo, la criaturita no sabes cómo viene. Porque con experiencia de cinco hijas, sé que desde el primer mes tienes que tener un tratamiento, un examen para saber cómo viene esa criatura. Y eso es lo que deben hacer, no para evitar que venga, al contrario, justo para que la mujer pueda tener la criatura. Porque hay muchas que ya salen embarazadas, pero el que le dicen es que ahora tú te sabes cuidar, hay esto, hay lo otro, lo otro, le sacan como 10 cosas. Y no la defiende nadie, por supuesto. Claro. Y si va a dar a luz tampoco la tratan bien. Cómo decir, "Ahora vienes a llorar y a gritar." ¿Cómo que no vas a gritar?, si sale una cabeza así, por favor. Por más fuerte que seas, tienes que decir un "ay".*
- **De acuerdo, muchas gracias.**

Sujeto 4

Datos del participante:

- Edad: 34
- Partos: 1
- Institución: Privada

* A las mujeres se les presenta el cuestionario validado previo a las preguntas, a modo de recolección de data auxiliar.

- **Sobre el cuestionario, son 14 afirmaciones de respuesta sí o no, pero cualquier comentario adicional es bienvenido. Primero, ¿el personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de mi comportamiento?**
 - *No, no para nada.*
- **¿Te trataron con sobrenombres o diminutivos como mamita, gordita, amiguita, etcétera, o como si fueras incapaz de comprender alguno de los procesos por los que estabas atravesando?**
 - *No.*
- **¿Te sentiste infantilizada o anulada por el equipo médico como si fueras incapaz de tomar decisiones?**
 - *Para nada.*
- **¿Fuiste criticada de algún modo por expresar en algún modo tus emociones?**
 - *No.*
- **¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?**
 - *No, todo lo contrario.*
- **¿Te realizaron procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o sin explicarte por qué eran necesarios?**
 - *Tampoco.*
- **¿En el momento del parto te obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?**
 - *Tampoco.*
- **¿Fuiste obligada a quedarte en cama y pidiendo de caminar o buscar posiciones según tus necesidades??**
 - *No.*
- **¿Se te impidió estar acompañada por alguien de tu confianza?**
 - *No.*
- **¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hijo antes de que se lo llevara el neonatólogo?**
 - *No.*
- **¿Después de parto te hicieron sentir que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti?**
 - *No.*
- **¿La experiencia de la atención de parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido?**
 - *No, todo lo contrario.*
- **¿Después del parto se te negó la posibilidad de utilizar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de natalidad?**
 - *No.*
- **Y durante el trabajo de parto o con posterioridad a este, ¿te sentiste expuesta a la mirada de otras personas desconocidas para ti? Más allá del equipo médico.**
 - *No.*
- **Okay, listo. Ahora pasamos a las preguntas centrales. La primera pregunta es ¿Cuáles crees que son los principales o más relevantes derechos de las mujeres de Lima en la atención obstétrica o parto?**

- *Pienso que el derecho, primero, debería ser por igual para todas, y en mi caso fue una experiencia totalmente positiva, y es la que me gustaría y espero todas puedan vivir, o al menos saber que tienen la posibilidad de vivir una experiencia así. Primero, para llegar sin miedo al momento del parto para llegar más bien con la emoción y con la ilusión de saber que tienes el derecho a todo lo que te apetezca y todo lo que tú consideras necesario para vivir una experiencia positiva. Porque estás eh... viviendo probablemente el momento más importante de tu vida y estás eh... culminando un proceso mágico que es el embarazo al dar a luz. Entonces, no necesitas nada menos que la perfección por todo el esfuerzo que has hecho como mujer, como madre, todo el sacrificio, toda la maravilla que has realizado al concebir un bebé, no mereces nada menos que la mejor atención, el máximo respeto y vivir un momento feliz y tal como tú lo soñaste, ¿no? O muchas madres que en su mayoría probablemente han buscado tener un bebé, esperan cumplir ese sueño de la mejor manera. Entonces, creo que el derecho que... que todas tenemos es que al menos sea positivo. Y si a eso le sumas que además sea hermoso, como fue en mi caso, es lo que me gustaría que todas podamos vivir. No solo en Lima, sino en todo el mundo, porque en realidad sí he escuchado también muchos casos en todo el mundo, ¿no? Hasta en los países más grandes, que hay atenciones muy terribles, experiencias muy terribles. Entonces, creo que todas las mujeres por igual merecemos al menos eh, una experiencia positiva.*
- **¿Consideras que estos derechos que me mencionas, sí se manifiestan en Lima?**
- *No, sé que no. Lamentablemente sé, no de primera mano, porque gracias a Dios las mamás o amigas que conozco que han dado a luz han tenido experiencias muy similares a las mías porque de hecho también me he apoyado mucho en sus recomendaciones al momento de elegir una clínica, un doctor, un obstetra, ¿no? Entonces, no conozco experiencias cercanas negativas, sin embargo, si sé que en general en otros círculos sociales hay muchos casos negativos eh bueno, por las noticias, por también familiares tal vez que ¿no? Que años anteriores han vivido o han tenido que pasar experiencias negativas. Eh... creo que he tenido un perfil tal vez privilegiado en no tener el miedo nunca de creer que yo podría pasar por lo mismo, porque desde mucho antes de embarazarme supe que cuando me tocara el momento iba a buscar la mejor clínica, entre comillas, o el mejor espacio para para mi bebé, ¿no? Para nosotros. Pero sí, sí siempre supe que existen otras realidades y otros escenarios y que lamentablemente he creído siempre que desde mi posición no hay mucho que yo pueda hacer al respecto. ¿No? Eh, lo que sí trato a veces de hacer cuando me entero de algún embarazo, cuando alguna amiga mía me cuenta que está buscando tener un bebé, es siempre recomendar eh desde mi experiencia, la clínica en la que yo confié, los doctores que conocí y un poco como les respondí en la pregunta anterior, las recomendaciones que tengo de asegurarse siempre de sentirse cómodas, felices y seguras con las decisiones que tomen tanto para su proceso de embarazo como para el momento del parto, ¿no? Pero claro, eso es algo que yo puedo opinar solo a las personas cercanas o a las personas cercanas.*
- **¿Conocías el listado de intervenciones que te dije hace unos minutos, como ejemplos de violencia obstétrica?**
- *Los que me preguntaste en el listado dices, ¿no? Eh Tal vez hay mucho más que desconozco y que no me imaginaría que hoy en día sigue existiendo. Tal vez lo pienso más como algo de por allá por los 80, por los 90, seguro las cosas eran así. Y tal vez en mi mundo ideal, yo digo, hoy en día, el 2025 no puede ser que se siga viendo estas cosas, no puede ser que, con tanto avance tecnológico, médico, en la ciencia, etcétera, y tantas campañas que hay no solo en el aspecto eh médico, sino también en el del respeto y en el de la inclusión, etcétera y de la igualdad de género y tal, se siga... que se menosprecia así a una mujer encima de una madre y que se trate eh o que ocurran esas cosas de, de menospreciarla o minimizarla. Es algo que cuesta trabajo creer. Eh, o sea, me imagino que o quiero creer que tal vez eh es un tema de falta de educación, y que sucede tal vez en lugares recónditos o en pueblos, pero tal vez no es así, tal vez a la vuelta de la esquina es que sí pasa en las clínicas que uno piensa que son buenas y porque son privadas va a recibir la mejor atención tal vez no necesariamente es así. Y tal vez no todos tenemos ese conocimiento porque pasa desapercibida esa información. Sobre todo, porque son mamás, pienso, o porque están viviendo un momento tan vulnerable y tan difícil, porque es un parto, es difícilísimo. Si es que pasan por una experiencia así, lo último que quieren es luego*

salir a reclamar o a quejarse y a contar lo que les pasó. Entonces, también probablemente es que es un tipo de información que pasa desapercibida porque la víctima en ese momento lo último que quiere es presentar un reclamo y pasar por algún tipo de proceso difícil cuando está dando o está teniendo que enfocarse en atender a un recién nacido. Claro. ¿No? Entonces, eh sí tal vez es algo que no es información que no, no manejo en el día a día y que no me imaginaba tal vez que existan tantos tipos de maltratos.

- **¿En tu entorno se habla de este concepto de alguna manera?**

- No, en mi entorno hablamos mucho hoy en día del... sí del embarazo y el dar a luz porque por mi edad, bueno, tengo muchas amigas que están en ese proceso y hablamos mucho de qué doctores, qué obstetras están digamos de moda o son reconocidos por dar buena atención, pero nunca hemos tocado un tema delicado de de alguna experiencia negativa. Entonces, este... sí, pues, de nuevo, parece que es como una posición privilegiada de que todo aparenta ser muy bonito y no hemos nunca conocido una experiencia cercana negativa.

- **Después, con eso en mente, ¿tú qué acciones consideras las más apropiadas para que la población de Lima, especialmente las mujeres, conozcan y comprendan este concepto?**

- Bueno, sí, yo creo que algo positivo puede ser que, como mencionaba hace un ratito, siento que de acá a una parte de los últimos años hay más intención en general de alzar la voz, ¿no? No solo en este tema, sino en varios temas en los que algún sector o algún nicho se siente menos, creo que es más común empezar a ver ciertos tipos de activaciones o movimientos o eventos en los que salga a la luz la molestia de algún tipo de grupo. Nunca he visto ni he escuchado nada relacionado a este tema, entonces creo que sí podría ser una gran oportunidad, por ejemplo, se me ocurre ahorita empezar a hacer en las redes, ¿no? Creo que es la manera más fácil de hacerte notar y hemos visto muchas mujeres, lamentablemente ahorita, quejándose, por ejemplo, de algún abuso físico, de algún esté maltratador físico, podríamos también empezar a hacer bulla de esa manera de ya no fulanito de tal me.... me.... abusó de mí y me pegó, sino el doctor fulanito de tal me trató de esta manera era a la hora del parto, o sea, sería interesante empezar a generar ese ambiente de confianza en el tema de maternidad y en las mujeres de que, oye, también te puedes sentir maltratada por un doctor que es supuestamente un perfil con educación, o una persona con educación, una persona con un nivel socioeconómico decente o alto, también te puede atacar y también se puede sentir mal dentro de un espacio seguro que es el momento del parto. Entonces, también ten la confianza de decirlo y hacerlo bulla en las redes. Entonces, por ahí hacer tal vez algún tipo de movimiento digital sería interesante para empezar a... a generar esa confianza en, en todas nosotras, ¿no?

- **En esa línea, ¿cuál crees que es el rol del estado en este en esta situación?**

- Bueno, yo creo que desde el estado hay mucho, o sea, tan enfocados en problemas o en cosas tan dispersas o tan diferentes a algo como lo que es la atención médica a la mujer. Creo que hay mucho trabajo por ese lado para empezar primero a reconocer qué está pasando en las clínicas o en los hospitales, bueno, en todos los niveles. Como digo, creo que es un problema que debería estar pasando en cualquier tipo de atención médica, ¿no? Sea privada o pública. Entonces, creo que primero hay mucho por investigar y hacerse cargo de, realmente, poner atención o prestar atención en cómo se está manejando el tema, ¿No?

- **¿Y el personal que está a cargo de la atención, o sea, el equipo médico?**

- Bueno, el equipo médico, por ejemplo, mi experiencia que fue... sí, fue muy bonita, algo que me di cuenta es que al menos en mi caso hay mucho personal involucrado, ¿no? Muchos perfiles, desde la enfermera, el... el obstetra, la ginecóloga, el pediatra, etcétera. Entonces, eh... yo creo que también hay que estar muy atentos o... o el estado, bueno, el personal tiene que estar muy atento en que todo ese gran equipo que está detrás de, de la experiencia del parto, manejen por igual o lleven por igual experiencia, ¿no? Porque por ahí que, al ser tantas personas involucradas, no sé si pasa lo mismo en todas las clínicas, en mi caso fue así. Pero todas las personas involucradas mientras mantengan, creo que el mismo eh... no sé si la misma inducción o la misma educación o la misma, no sé, reglas o parámetros que ponga la institución médica pueden todos en conjunto generar eh... una buena experiencia para la madre. Eh, entonces creo que sí, o sea, creo que sí debe haber bastante chamba por hacer porque por ahí también, si es que hay tantas personas involucradas, y de esas tantas, una no está a la altura de respetar y tratar con con, con ese, eh, de esa forma positiva a la mamá, ya rompe toda la

experiencia, ¿no? Ya arruina todo, entonces creo que todos en principio deberían sí asegurar de manejar de la misma manera los protocolos que la clínica o el hospital les proponga.

- **Entonces, con ello en mente, ¿consideras significativo el contar quizás con una norma jurídica que regule los supuestos de la violencia obstétrica?**
- *Por supuesto, o sea, yo no entiendo mucho de normas, de leyes, ni de nada del derecho, pero, eh, entiendo y quisiera creer que es un paso importante y una manera de hacer algo al respecto para reducir o evitar que esto siga sucediendo. Entonces, si no existe, que no tenía tampoco ni idea de que no existiera ninguna ley al respecto, sí, me parece sumamente básico y necesario que se ponga atención y se tome acción.*
- **¿Y qué aspectos consideras que deberían incluirse en esa acción? O sea, ¿Qué crees que podría incluirse dentro de esa norma, tanto como contenido o como para quién va dirigido?**
- *No sé si es soñador, pero decir o incluir y considerar que todas las mujeres sean atendidas con la misma eh... O sea, en el mismo espacio seguro y respetado de igual manera sea en el sector público privado sea que cuente con seguro privado o sin seguro, o sea, en pocas palabras, tenga plata o no tenga plata la mamá merece el mismo trato. Entonces, como dije al inicio también, es una bendición y es una maravilla que una mamá dé a luz y traiga al mundo a una persona. Entonces, lo mínimo que necesita es ser tratada con respeto y en un ambiente seguro. Creo que todas por igual lo merecen, sea donde sea que vivan y sea cuanto sea que paguen en esa clínica por esa atención. Entonces, algo como un trato equitativo para todas todas, no sé si existe la forma, pero eso sería increíble.*
- **¿Algo más que añadir?**
- *Ahm... No sé si es algo muy personal, pero también pienso que es super importante el tema de la primera conexión, creo que me hice la pregunta también en el..la primera conexión con el bebé. Eh, creo que es muy importante también que se respete que el bebé es tuyo. Entonces, si tú decides tener el primer contacto y que no se lo lleven a ningún lado y que no se haga absolutamente nada más, que sea lo que tú digas como mamá, sea respetado desde el momento que pisas la clínica es también clave para vivir una experiencia positiva.*
- **Muchas gracias por las respuestas.**

Sujeto 4

Datos del participante:

- Edad: 50
- Partos: 3
- Institución: Pública

* A las mujeres se les presenta el cuestionario validado previo a las preguntas, a modo de recolección de data auxiliar.

- **Después de haber recabado su consentimiento, procederemos con el cuestionario que le comentamos. Empezamos, la primera pregunta es ¿El personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en un tono de burla acerca de su comportamiento?**
- *Sí.*
- **¿Le trataron con sobrenombres o diminutivos como mamita, gordita, amiguita o como si fueras incapaz de comprender lo que estabas pasando?**
- *Sí.*
- **¿Te sentiste infantilizada o anulada por el equipo médico como si fueras incapaz de tomar tus propias decisiones?**
- *Ay, señorita.*
- **No se preocupe, tómese su tiempo.**
- *Ajá, sí, no hubo empatía y eso que la mayoría eran mujeres. Me trataron como si fuera cualquier cosa menos una persona. Porque creo que así no tratan a las personas. Era algo... fue algo horrible porque yo quería... yo sentía que... era mi primer bebé, y yo sentía que algo ya se venía, algo se salía, era mi primer embarazo. Y no, no me dejaron dar a luz porque es, yo... porque yo llego, eh, en hora de cambio de turno, me cruzaron de piernas, me apretaron las piernas y no me dejaron. No me dejaron, tenía que llegar, tenía que esperar al cambio de turno para yo poder dar a luz. Y... y eso fue. Y me pasó la cruzada de piernas que me apretaron ahí duro, me pasó toda la contracción, todo. Antes de cambiar de turno, todo. Y cuando ya llega el cambio de turno, me examinan, se asustan porque ya no había latido ahí, donde corren para aquí, corren para allá, pero ya mi bebé se había asfixiado. Eso pasó.*
- **Muchas gracias por contarlo. Usted tiene toda la libertad de contarnos lo que usted desea, como nos está contando y lo que no, no es necesario que nos comente detalles ni nada. La idea es que usted se sienta cómoda. Muchas gracias por abrirse con nosotras. Si necesita una pausa, no hay ningún problema.**

(Pausa)

- **Comentando lo anterior, ¿entiendo que quizás también fue criticada de algún modo por expresar sus emociones?**
- *Sí.*
- **¿Le fue difícil o quizás imposible preguntar o manifestar una inquietud?**
- *Estaba asustada, ¿no? Como le digo era primeriza. Asustada, asustada, total.*
- **¿Le realizaron algún procedimiento médico sin preguntarle, sin consultarle su consentimiento o explicarle por qué quizás algo era necesario?**
- *Después de que pasó todo ya recién quisieron auxiliarme, quisieron hacer de todo, pero ya era tarde ya.*
- **En el momento del parto, y también puede responder nuestras preguntas sobre sus otros dos partos, no hay ningún problema, ¿la obligaron a permanecer acostada a pesar de que usted quizás quisiera moverse o buscar una posición en la que se sintiera más cómoda?**
- *En la primera vez.*
- **¿Se le impidió estar acompañada por alguien de confianza?**
- *No dejaron entrar a nadie.*

- **¿Se le impidió el contacto inmediato con el recién nacido?**
- *No, no, con los dos siguientes normal.*
- **Después del parto, ¿se le hizo sentir que no había estado a la altura de lo que se esperaba?**
- *Sí.*
- **¿La experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido?**
- *En el primero. Sí, me sentí culpable. Luego me encerré, me encerré por 4 meses, no salía de mi cuarto, recibía comida por la puerta, tiraba todo, solita me encerré, no quería nada, nada. Por 4 meses estuve aislada de todo de todo.*
- **¿Después del parto se le negó la posibilidad de utilizar algún dispositivo o algún procedimiento como para controlar la natalidad ya sea ligadura de trompas o algo similar?**
- *No, nunca.*
- **¿Durante el trabajo de parto o después se sintió expuesta a la mirada de personas desconocidas, más allá del equipo médico?**
- *Sí, sentía que me miraban porque no tenía bebé. Era muy deprimente.*
- **Ahora pasaremos a la siguiente parte. Son cuatro preguntas y son basadas en su opinión y experiencia. ¿Cuál cree usted que son los principales o los más relevantes derechos que tienen las mujeres en Lima para el parto?**
- *Debería haber una atención inmediata, eh, atender, estar ahí en el momento. Y no debería de... de... de predominar eso de que están en cambio de turno o que venga el médico o que no está el jefe, ¿no? Creo que si tiene la vocación de enfermería es para salvar vidas, no para matarlas. Entonces, eh, si tú trabajas en eso al menos tienes una noción de lo que puedes hacer en ese momento. Ayudar al paciente. No esperar a que venga el jefe recién a decir: "Ya que dé a luz o que no dé a luz". Ellos no son quién para decidir. En qué momento va a nacer tu bebé. El bebé viene porque viene, es... es la naturaleza de una mujer que cuando el bebé quiere venir, quiere salir. Ellos no pueden, este, programar eso. Claro, ¿no? Eh, en el caso de que el bebé venga en otra posición, que ahí sí hay la cesárea programada, ¿no? Pero en mi caso no era así. Y pasó lo que pasó.*
- **¿Usted cree que estos derechos se están manifestando en Lima de alguna manera?**
- *Creo que la negligencia sigue sucediendo. O sea, en vez de progresar está empeorando el trato hacia la... hacia los pacientes en los hospitales. Porque hasta el día de hoy uno va y se atiende y no tienes nada, no tienes nada o le dan un básico, ¿no?*
- **El listado de las intervenciones que le mencioné hace un rato, ¿usted los conocía quizás como ejemplos de violencia obstétrica?**
- *Para mí fue violencia obstétrica, lo que me sucedió.*
- **¿En su entorno se habla de este concepto?**
- *No, porque saben que es muy delicado y me afecta demasiado. Y soy la única que le pasó esto en toda la familia, ¿no? Bueno, en lo que es mi entorno.*
- **¿Qué acciones considera usted que podrían ser las más apropiadas para que la población en Lima, especialmente las mujeres, conozcan y comprendan este concepto y que esto está sucediendo?**
- *Deberían tener un apoyo legal, señorita. Lamentablemente no lo hay. Porque yo eh mi esposo no sabía en aquel entonces quiso proceder contra el hospital, pero no se pudo porque el hospital estaba con unos abogados, pucha por más uno hubiese querido con su plata no puedes hacer nada contra esos abogados de los hospitales. Como dicen que están bien amarrados ellos. Ellos los protege el gobierno y mientras que uno se muere, te mataron, te dejaron en coma y con ellos no es.*
- **En ese sentido, ¿cuál cree que es el rol del estado en esta situación?**
- *Deberían ponerse más fuertes y... y darle de porque a la población tienen que atenderlo como debe de ser, no así. Nosotros no somos animales, somos personas como ellos. El hecho de no tener dinero para ir a particulares no quiere decir que nos van a tratar como quieren.*
- **En el caso del personal a cargo, es decir, el personal médico, ¿Cuál cree que es su rol en este caso?**

- *Como vuelvo a decirte, tienen que tener la vocación, para eso están ahí desde un enfermero hasta, hasta...el, hasta el médico general, saben que ellos están ahí para salvar vidas, auxiliarlos, no para dejarlos ahí a su suerte. Y si se muere se murió y si vivió, no, eso no es suerte, ellos tienen que auxiliar, desde que uno pisa el hospital lo tienen que auxiliar.*
- **Y como última pregunta, ¿usted cree que es significativo o importante contar con una norma que regule esta situación y el listado que le mencioné?**
- *Claro, debería haber una ley, señorita, donde ya ampare a todas a las mujeres que lleguemos así o tenemos el riesgo de perder nuestro bebé, qué sé yo, que nos ampare y no, no esté siempre a favor de los de los hospitales, ¿no?*
- **¿Qué aspecto considera que debería incluirse en esta acción? Es decir, ¿qué cree que debería decir quizás esta norma y a quién debería estar dirigida?**
- *Deberían sancionar a los médicos que no auxilian a sus pacientes en el momento del parto. O sea, llegas a que te auxilie. Debería haber una sanción y no la hay, por eso es que abusa.*
- **Eso sería todo. Muchas gracias.**

Sujeto 6

Datos del participante:

- Edad: 32
- Partos: 1
- Institución: Privada

* A las mujeres se les presenta el cuestionario validado previo a las preguntas, a modo de recolección de data auxiliar.

- **La primera parte, como te comentaba, es un cuestionario.**
- *Perfecto, va.*
- **Primero, ¿el personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de broma acerca de tu comportamiento?**
- *Sí.*
- **¿Te trataron con sobrenombres o diminutivos como mamita, gordita, amiguita o como si fueras incapaz de comprender los procesos por los cuales estabas atravesando?**
- *Sí.*
- **¿Te sentiste infantilizada o anulada por el equipo médico, como si fueras incapaz de tomar tus propias decisiones?**
- *Sí.*
- **¿Fuiste criticada de algún modo por expresar tus emociones, ya sea llorar, gritar de dolor durante el trabajo de parto o el parto?**
- *Sí.*
- **¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de manera mala de mala manera?**
- *Sí.*
- **¿Se realizaron procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o sin explicarte porqué eran necesarios?**
- *No.*
- **En el momento del parto ¿Te obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?**
- *No.*
- **¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades??**
- *No.*
- **¿Se te impidió estar acompañada por alguien de confianza?**
- *No.*
- **¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hijo recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo para control?**
- *Sí.*
- **¿Después del parto te hicieron sentir que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti??**
- *No.*
- **¿La experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido?**
- *Sí.*
- **¿Después del parto se te negó la posibilidad de utilizar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de natalidad?**
- *No.*
- **¿Durante el trabajo de parto o con posterioridad a este, te sentiste expuesta a la mirada de otras personas desconocidas para ti??**
- *Sí.*

- **Okay. Listo, sobre las siguientes preguntas, sí te invitamos a explayarte. Todo basado en tu experiencia. Primero, ¿cuáles crees que son los principales o más relevantes derechos que tienen las mujeres en Lima en la atención obstétrica?**
- *Derechos. Bueno, creo que uno tiene derecho primero a saber por qué te van a hacer qué tipo de parto porque al margen de que tú planees hacer, o sea, ya sea que tú tengas en mente que sea natural o no, de todas maneras, tienes el derecho de saber por qué tomaron esa decisión y que no sea un "porque se necesita y ya". Este, fuera de eso creo que también uno tiene derecho a elegir ciertas cosas como, por ejemplo, yo desde entonces estudiaba medicina y quería mucho como que no sé si ustedes han escuchado eso de que cuando nace tu hijo te quedas con él un rato, que la sangre termine de pasar por el cordón antes de que la corten, o sea, hay como procesos y no te dejan elegir, es como que "no, tiene que cortarse ya", o sea, como que no respetan esos procesos, ¿no? Este, creo que también uno tiene derecho a saber qué es lo que está pasando mientras estás dando a luz y muchas veces en mi caso no me lo dijeron. Esto, y yo no lo entendía bien y por ende tenía más miedo y encima se sumaba a mi caso, que como yo tenía 19 años, era como que creían que era una chibolita nerviosa, ¿no? y en mi caso no era así, sino que realmente pasó algo bastante incómodo, bastante feo. Entonces, creo que realmente yo hubiese necesitado tener la información de qué era lo que estaba pasando para calmarme, ¿no? Fuera de eso, como que también creo que tienes el derecho a que te crean lo que estás diciendo, porque a veces, no sé, por ejemplo, yo tenía dolor, sabía que la epidural no había hecho efecto y no me creían. Me decían: "No, lo que sientes es presión". No, no es presión, es dolor. O sea, yo gritaba y lloraba, ¿no? Entonces, eh, creo que tienes derecho a estar informado en general y que se respeten también tus puntos de vista, ¿no?*
- **En esa línea, ¿consideras que estos derechos que estás mencionando se están manifestando en Lima en este momento?**
- *No, para nada, y te lo digo porque yo, o sea, como te dije, estudié medicina, entonces estaba en la posición de estudiante, he atendido partos y también he estado como mamá dando a luz. Entonces, en ambos casos no se respeta, o sea, no hay forma.*
- **En la segunda pregunta, este listado que te he mencionado de intervenciones, ¿los conocías como ejemplos de violencia obstétrica?**
- *No, o sea, si me lo hubieses mencionado sí lo hubiese identificado, pero no es que he pensado en eso antes, ¿no? O sea, como que uno normaliza mucho algo que en verdad no debería ser normalizado.*
- **¿En tu entorno se habla de este concepto?**
- *No.*
- **¿Qué acciones consideras que serían las más apropiadas para que la población en Lima, especialmente las mujeres, conozcan y comprendan que este concepto este concepto como concepto y que esto está sucediendo?**
- *Creo que debería de ser, o sea, un tema más informativo, ¿no? Pero el tema es que justamente en Lima hay mucha gente que no hace, no le interesa mucho la información, entonces es algo digamos complicado, pero en todo caso, por ejemplo, cuando salió de lo de las mascotas que se podía denunciar si alguien maltrataba una mascota, todo el mundo empezó a denunciarlo. Entonces tal vez que haya alguna especie de sanción para el médico en la clínica o el hospital este o la posibilidad de denunciar y estar informado de que puedes hacer eso, ¿no?*
- **¿Cuál crees que es el rol del estado en este en este en este caso y el personal a cargo de la atención?**
- *O sea, deberían de supervisar mejor las situaciones, pero es que es prácticamente imposible porque por ejemplo yo te lo digo, ¿no? En los hospitales muchas veces pasa que se encubren todos, o sea, hasta siendo estudiante puedes fregarla y igualito te van a cubrir. Y cuando estás y cuando he estado del otro lado como paciente en un lugar privado igual es como... como si fueran todos amigos, entonces se encubren, ¿no? Entonces eh no creo que haya una a menos que pongan alguien a que inspeccione, lo cual también es complicado, ¿no? O sea, es algo complicado. Creo que más va por la información que tienes como paciente y poder defenderte.*
- **Con eso en mente, ¿consideras significativo el contar con una norma jurídica que regule los supuestos de violencia obstétrica?**

- *De todas maneras, sí. Como te digo, creo que se podrían prevenir muchísimo más cosas, ¿no? Este, sobre todo que es un momento bastante vulnerable para la mujer en general, entonces como que pasar por ese tipo de cosas es como que agrava la situación, ¿no?*
- **Y, por último, ¿Qué aspectos consideras que podrían incluirse en esta acción o norma? ¿Y para quién podría estar dirigido?**
- *Hmmm. Creo que también sería complicado, ¿no? Pero en... en la norma, este, creo que debería estar clarísimo que...que una persona que, que te tratan como una cosa o o como que no respetan, digamos, tus sentimientos, es una especie de violencia o que sea que esté claro como tal, definido y que, no sé, te pueden hacer, qué sé yo, una encuesta al final, no sé, o sea, es complicado, ¿no? O un área de repente en la clínica que claro, hablando de clínica sería más fácil en la que un paciente tuyo pueda ir y quejarse de eso, ¿no? Porque ahorita creo que hoy por hoy si tú vas a atención al cliente de una clínica decir, "Oye... no te van a hacer caso."*
- **Perfecto. Muchas gracias.**

Sujeto 7

Datos del participante:

- Edad: 65
- Partos: 2
- Institución: Pública

* A las mujeres se les presenta el cuestionario validado previo a las preguntas, a modo de recolección de data auxiliar.

- **Empezamos. La primera pregunta es: ¿El personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?**
- *No.*
- **¿Te trataron con sobrenombres o diminutivos, por ejemplo, mamita, gordita, o como si fueras incapaz de comprender los procesos por los cuales estabas atravesando?**
- *No.*
- **¿Te sentiste infantilizada o anulada por el equipo médico como si fueras incapaz de tomar decisiones sobre lo que te ocurría antes, durante o después del parto?**
- *No.*
- **¿Fuiste criticada de algún modo por expresar de algún modo tus emociones (llorar, gritar de dolor, etc.) durante el trabajo de parto y/o el parto?**
- *No, todo bien.*
- **¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te respondían o lo hacían de mala manera?**
- *No. Solamente bueno, en mi caso fue un poco traumático porque, ese fue, para mi segundo hijo, que no pensé... fue por cesárea y yo no pensé que iba a ser así. Entonces tuvo que venir el director que era que era un amigo, el director del hospital este Rebagliati de ginecología, perdón, este, y me tuvo que hacer firmar para que me hagan la cesárea. Porque estaba en peligro la vida del bebé y la mía. Porque yo no quería que me cortaran, ¿no? Entonces este ...eso fue lo único, eh, lo único malo y aparte de eso, que habían muchos practicantes. Entonces yo como mujer me sentí este, eh, que te digo, avergonzada porque están viendo y tú en ese momento que estás en todo el momento del parto, eh, es de repente, fue eso una de las cosas que no salió, que no qué, que volvió el bebé, ¿no? Pero, según me dijeron, que tenía el cordón en el cuello.*
- **¿Le realizaron algún procedimiento médico sin pedirle consentimiento o sin explicarle por qué eran necesarios?**
- *No, porque me explicó... él me dijo por qué tenía que hacer eso.*
- **¿En el momento del parto le obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque se manifestara incomodidad?**
- *No.*
- **¿Fue obligada a quedarse en cama impidiéndole caminar o buscar posiciones según sus necesidades?**
- *No.*
- **¿Se le impidió estar acompañada por alguien de confianza?**
- *No.*
- **¿Se le impidió el contacto inmediato con su hijo recién nacido?**
- *No.*
- **¿Después del parto le hicieron sentir que no había estado a la altura de lo que se esperaba de usted?**
- *No.*
- **¿La experiencia de la atención en el parto le hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido?**
- *Sí, este... hubo sentimientos encontrados por el hecho de que el doctor se me acercó porque yo me puse a llorar. Eh, "¿por qué lloras?" y me dice, "¿pasó algo? ¿te duele algo?" No, claro,*

que dolió pues la anestesia que te ponen atrás es horrible. Eso es lo más doloroso, incluso creo más que el dolor de parto. Y le dije que no quería que me cortaran y el me respondió "pero ya te dije por qué te tuvimos que cortar". Porque yo ya me estaba hinchando y el bebé salió un poco moradito. Entonces, eh, realmente fue cierto, ¿no? Lo que me dijeron, porque yo lo vi.

- **¿Después del parto se le negó la posibilidad de utilizar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de natalidad como, por ejemplo, una ligadura de trompas?**
- *No, en ningún momento me dijeron sobre eso... bueno, como cuidarme, ¿no?*
- **Y por último, ¿durante el trabajo de parto o con posterioridad a este se sintió expuesta a la mirada de personas desconocidas?**
- *Eh, cuando estaba este...el médico, los practicantes, ¿no? Que están ahí.*
- **Ahora sí pasamos a las preguntas más amplias. Todo es en base a su opinión y en base a lo que considera necesario comentar también. La primera pregunta es: ¿Cuáles cree que son los principales o más relevantes derechos de las mujeres en Lima en la atención al parto?**
- *Derechos, eh, bueno, es una buena atención porque he escuchado de otras personas que a veces las mismas enfermeras te recepcionan de mala gana o qué sé yo, ese día tuvieron un mal día, ¿no? Eso es lo que... lo que he visto y también lo que me han comentado, ¿no? No ha sido mi caso, pero sí, creo que en ese momento necesitamos mucho cariño, eh, más seguridad, ¿no? Que nos dé más seguridad, eh, porque son cosas básicas porque cuando son primerizas, o sea, las primeras que vas a... vas a dar a luz, este es un poco traumático porque son los dolores y el temor en ese momento que va a pasar, ¿no? Porque todos te dicen, "ay, qué doloroso, que no, que no te viene nada." O sea, son diferentes opiniones porque todas las personas manifiestan los dolores o el momento del parto de diferente manera, ¿no? Entonces eso también es muy importante, que te den seguridad, tranquilidad, sobre todo que necesitas en ese momento, ¿no? Que te dejen ahí sufriendo, como escuché en muchos casos, ¿no? Está con el dolor ahí, no hacen nada, pasan y o sea son indiferentes al dolor de los demás, ¿no? Que pasa en muchos sitios.*
- **Según estos derechos que usted nos comenta, ¿considera que se manifiestan, que se están respetando, en este momento en Lima?**
- *De repente, más que todo de repente en las clínicas, ¿no? Que donde tú pagas y te cobran pues este desde que entras. Pero en los hospitales no creo. Porque escucho casos como te digo, ¿no?*
- **El listado que le mencioné hace un ratito de intervenciones, ¿usted la conocía como ejemplos de violencia obstétrica?**
- *No.*
- **¿En su entorno se habla de este concepto?**
- *Tampoco.*
- **¿Qué acciones considera que serían las más apropiadas para que la población en Lima, especialmente las mujeres, conozcan y comprendan este concepto?**
- *Claro, eso debería difundirse más para que muchas mujeres no pasen ese maltrato, como dice. Para mí es un maltrato, ¿no? Por el hecho de que no tengan recursos, no quiere decir que se les va a maltratar a todas las personas, todos los seres humanos creo que merecemos un buen trato, ¿no? Eh, no hay... no debe haber discriminación ni de raza, ni de sexo ni de ¿Cómo se llama este? ... monetario, ¿no? No sabía decir eso cómo explicarlo eh de que tengas o no tengas el dinero, ¿no? Eso es.*
- **¿Y cuál cree que es el rol del Estado en este caso y del personal de salud?**
- *El rol del Estado pues, este, poner, eh, de repente estar más alertas, más atentos a eso. Eh, ellos mismos deberían encargarse de verificar en cada hospital o centro de salud, ¿no? Que hay mucho en los pueblos jóvenes que no debería suceder esas cosas, ¿no? Como digo, todos tenemos los derechos, ¿no? Y de ser bien atendidos porque es, eh, el ser.. el dar... el traer un hijo al mundo es aparte que es una bendición, ¿no? Es una experiencia, eh, cómo dije, para uno puede ser traumático, pero otro no porque es algo hermoso en ese momento tú ves, ¿no? Que das vida, ¿no? Das vida a un ser humano. Y creo que debería en ese aspecto debería fijarse más, centrarse más en esas cosas y difundirlo, ¿no? De repente, eh, por medio de la televisión, ¿no? Que hay tantas redes sociales, ¿no? Tantas cosas que hay actualmente. Yo pienso que las mujeres deberían saber también sus derechos y que hay muchas que no lo saben.*

Y por eso estos acatan lo que les dicen, ¿no? El maltrato. Se ve mucha discriminación en ese aspecto.

- **Con ello, ¿considera importante o significativo el contar quizás con una norma jurídica?**
- *Yo pienso que sí. Creo que debería haber eso, ¿no? O sea, mientras que de repente no haya leyes que amparen a esas personas no se va a hacer nada. Porque pasa desapercibido, es una queja más, o sea, como digo, depende de dónde y de quién. Ese es el gran problema.*
- **Y, ¿qué aspectos considera deberían incluirse en esa acción? Es decir, ¿Qué puntos podrían tocar en ese en esa norma? ¿A quién podría dirigirse?**
- *Eh, al momento que, que las personas llegan y ese estado, o sea, a veces como he visto en la misma televisión que pasan que la señora tuvo que dar a ahí prácticamente en el piso y eso pues es...es algo tan verdaderamente, tan terrible. Eh, es ya pues un maltrato ya muy fuerte, ¿no? De la forma como en ese momento todo lo que pasa aparte del dolor y encima ese maltrato. Y que el derecho bueno, que cada mujer que vaya pues, en ese estado, creo que merece lo mejor, ¿no? Porque está trayendo un hijo al mundo, un ser humano, ¿no? Creo que viene también con sus derechos.*
- **Ok, muchas gracias.**

Sujeto 8

Datos del participante:

- Edad: 50
- Partos: 3
- Institución: Pública

* A las mujeres se les presenta el cuestionario validado previo a las preguntas, a modo de recolección de data auxiliar.

- **Bueno, empecemos con el cuestionario. La primera pregunta es la siguiente: ¿El personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?**
- *Normal. La primera vez te tratan de atender mejor. No, no te llaman la atención, claro, si tú te sientes mal y te pones a, ¿cómo dice? Ahí gritan, ¿no? Los que vamos a luz con el dolor que es muy fuerte. Hay personas que gritan más y hay quienes menos, entonces te dicen que te calles, que aguantes, que por qué tienes que estar gritando, que es normal. Ya, pues bueno y eso pasó con mi hija, me atendieron mejor con ella, pero en el segundo ya fue diferente. Ahí como ya estás por segunda vez, ya no es igual. Ahí te ponen en tu camilla y ahí tú tienes que... uno tiene que aguantar hasta... hasta que dilates. Tienes que dilatar hasta ocho. Y si tú no dilatas a ocho no puedes estar molestando a la... a la persona que te está atendiendo. Pero mayormente ahí las que te atienden son mujeres. No varones. Los varones te atienden cuando te vas a las consultas en, en las citas, son durante el embarazo, pero el momento que uno va a dar a luz, ahí no hay casi varones, más atienden mujeres. Y sí son bien este...te llaman la atención bien feo. Ya pues eso pasó con el segundo que di en la maternidad de Lima, pero sí la atención ahí con los doctores que te ven sí son buenos sí. El momento que los que te atienden ahí para dar a luz, ahí es muy diferente. Claro, hay una diferencia.*
- **La segunda pregunta es, ¿le trataron con sobrenombres o diminutivos como por ejemplo mamita, gordita, amiguita, etcétera, o como si fuera incapaz de comprender algún proceso?**
- *No.*
- **¿Se sintió infantilizada, o sea, se sintió como que le estaban tratando como si fuera usted una niña o el equipo médico le hizo creer que usted no podía tomar sus propias decisiones?**
- *No, tampoco.*
- **¿Fue criticada de algún modo por expresar sus emociones? Es decir, ¿llorar, gritar, dolor durante el parto?**
- *Durante el parto no. En bueno... en el último podría ser. Acá en, acá en el Alcántara Ahí sí fue diferente porque los que te atienden ahí, por ejemplo, yo dentro en la mañana por decir, para dar a luz, pero en todo ese día no di a luz. Por la noche al amanecer el siguiente día ya en la mañana. A las 5 de la mañana yo di a luz en el último. Pero ahí es durante de eso, que está uno ahí con los dolores, ahí te dejan, te examinan, ¿no? Y te dejan y te dicen: "Usted tiene que llegar a ocho y si no, que no." Pero como uno el dolor es tan grande, no, no se puede, ¿no? Está ahí en eso, sí. Pero en eso que yo estaba así, había dos camas más a mi costado. Entonces este hay un...una señora dijo que, que ya yo estaba ya para dar a luz, ¿no? Que me llevaran y de ahí apareció dice: "Apareció un doctor". Y él me examinó y dijo que ya, ya estaba pasando, pero para dar a luz y que me tenían que llevar rápido y que por qué no me atendieron, pero la persona que me estaba atendiendo antes no, no quería pues eso me pasó en el último, pero de ahí todo tranquilo.*
- **¿Le fue difícil o hasta imposible preguntar o hasta decir algo sobre sus miedos o alguna inquietud que pudiera de tener?**
- *No.*
- **¿Le realizaron algún procedimiento médico sin preguntarle si usted estaba de acuerdo o sin explicarle el por qué eran necesarios?**
- *No.*

- **En el momento del parto, ¿la obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque usted quizás estuviera incómoda?**
- *Siempre te obligan a que estés boca arriba. Sí. Te ponen una posición y ahí boca arriba y ahí ya te atiende pues.*
- **¿Se le impidió estar acompañada de alguien de confianza?**
- *Sí, ahí si no puede acompañarte, no entra nadie ahí. Por acá en la maternidad peor. Solo ahí te deja en la puerta.*
- **¿Le permitieron el contacto inmediato con su hijo recién nacido?**
- *No, te lo llevan en una hora a 2 horas depende, te lo pueden traer para tarde la tarde.*
- **¿Después del parto le hicieron sentir en algún momento que no había estado a la altura de lo que se esperaba de usted?**
- *No.*
- **¿Después del parto se le negó la posibilidad de utilizar o de acceder a algún anticonceptivo, quizás usar una ligadura de trompas o un dispositivo?**
- *No, no, no, en la primera me querían hacer, me llevaron para ver qué de... con qué me podría cuidar para decidir, pero no, no llegué a acordar yo nada.*
- **Y por último, ¿durante el trabajo de parto o después se sintió expuesta a que la vean desconocidos?**
- *No.*
- **Con eso pasamos a las preguntas centrales, esto es enteramente de su opinión y experiencia. Entonces la primera pregunta es, ¿Cuáles cree usted que son los principales o quizás los más relevantes derechos que tienen las mujeres ahorita en el momento del parto?**
- *Los derechos...que deben atendernos, ¿no? A todos por igual porque a veces no hay atención en realidad para todos...todos igual. Por decirte, como en la maternidad, la atención, con los doctores sí son buenos, pero ahí, las salas ahí de los cuartos que uno da luz son unas salas por decir como unas 40 camas por cada sala. Pero este en acá, en el Alcántara no, ahí son dos a tres. Es diferente. O sea, tiene sus contras y sus pros por decir, ¿no? Que acá te atienden así, la atención es más personal, pero en el otro lado no puede decir sí, yo di a luz en ese momento porque no sabes si ese día te atienden. Te hacen las curaciones que deben hacer porque depende, cuando esa es área diferente y cuando es normal también te hacen puntos. Entonces, esos puntos, ellos solo te curan una vez. De ahí, una misma tiene que lavarse, curarse y si no, si no la haces, ahí sí te llaman la atención. Ahí sí te llaman la atención porque si tú misma no te... no te curas, ya pues esa herida se infecta, ¿no? Y ahí no te van a decir que es culpa de ellos, ahí sí te tratan mal. No fue mi experiencia, pero yo sí viví como una prima mía que también dio a luz justo cuando yo di a luz a mi hija. Mhm. Y ella como era menor de edad y no le interesaba, yo ya salí y ella se quedó todavía. Porque yo... a mí me asustaba, me asustó lo que yo tenía mi prima acá y ya pues me asustó, yo la llevé, le dejé a ella en la maternidad y de ahí nomás yo regresé. Y como ella era una persona rebelde, le enseñaron para que ella se cure, como digo, y no lo ha hecho. Se quedó ahí como un mes y medio internada. Y le quitaron su bebé porque tampoco lo atendía. Cuando yo ya salí me...me había ido a visitarle, porque sí me daba pena bastante porque su único familiar acá era yo. Yo la encontré a ella bien enferma, me acuerdo, en el parquecito afuera y yo le dije: "¿Qué ha pasado?" Y estaba bien mal que no podía ni caminar, la infección... se había infectado bien los puntos que lo han cortado en sus partes, ¿no? Entonces ahí me dijo: "Ya no me quieren curar." Yo le dije, "Pero tú misma tenías que curarte, igual que hice yo" La primera vez, te curan, te dicen: "Así te vas a curar." Ahí hay tal cola y todo en el baño, ahí tiene que ir una curarse. Como te digo, no, no es para todos igual.*
- **En ese sentido, ¿usted considera que los derechos que debieran tener las mujeres se cumplen en Lima?**
- *No, debe ser... mhm... sí, debe ser como, por sobre todo como yo le digo así, en un hospital grande que es la maternidad de Lima, porque como hay bastante, o sea, hay demasiados pacientes, mhm. Ya se cansarán también los doctores, pues no, ya, ya no les interesa tanto si uno no pone de su parte ahí ya no, no...no sale bien pues.*

- **La segunda pregunta es: este listado que yo le hice hace unos momentos son ejemplos de lo que se llama violencia obstétrica. ¿Usted conocía este listado?**
- *En ese tiempo no. Mhm. Ahora ya vas con tu uno ya más va avanzando y ya ya va entendiendo las cosas, ¿no? Porque en ese tiempo, por decirlo por primera vez, yo empezaba normal, bueno el trato que te dan, todas esas cosas, ¿no?*
- **En su entorno, en este momento, ¿se habla de ese concepto?**
- *Sí.*
- **¿Usted qué cree que podría hacerse o qué sería una acción apropiada para que la población, toda la población en Lima, especialmente las mujeres, puedan conocer de este concepto y de que estas cosas suceden en este momento?**
- *No sé, dialogar más o que den charlas, por decir a las mujeres para que se den cuenta pues lo que, lo que está pasando, ¿no? Eso podría ser, otra cosa más que no sé qué podría contestar.*
- **Está bien. ¿Usted qué cree que podría hacer el Estado al respecto?**
- *No sé, pues el estado no como dice, no, no, no le interesa pues lo que está pasando, si es que ellos hicieran algunas cosas para eso, cambiaría, pues, pero si no, no se ve cambios, nada, ¿qué se puede pedir al estado?*
- **Y en el caso del personal de la salud, ¿usted cuál cree que es su rol en esta situación?**
- *No sé, ósea como ellos estudian para eso de repente deberían tener más conocimiento, paciencia y tratar bien a los pacientes. Pero de repente algunos no tienen esa paciencia y no lo hacen, pues. Como te digo en el momento del parto es así, pero, por ejemplo, cuando te vas a los controles ahí, ahí te tocan médicos así de mayores, ellos sí son buenos doctores que atienden muy bien.*
- **¿Usted cree que quizás sería importante contar con una norma para que pueda regularse ese tipo de casos?**
- *Claro, debería haber una ley para que no, no ... para que prohíban esos tipos de violencias, ¿no? Para que haya mejor tratamiento para las mujeres.*
- **¿Usted cuál cree que sería el punto más importante que debería estar mencionado ahí?**
- *A ver que este que como digo, que los doctores cambien que traten mejor a las mujeres. Sería una norma que si ellos estudian por algo que les gusta que lo apliquen, pues, ¿no? Pero que no, como dice, no se vayan a trabajar solamente por ganarse el dinero y no hacer lo que han estudiado.*
- **Okay, muchas gracias.**

Sujeto 9

Datos del participante:

- Edad: 39
- Partos: 2
- Institución: Privada

* A las mujeres se les presenta el cuestionario validado previo a las preguntas, a modo de recolección de data auxiliar.

- **Empecemos con el cuestionario. Primero, ¿el personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?**
- *Sí.*
- **¿Te trataron con sobrenombres o diminutivos como mamita, gordita, amiguita o como si fueras incapaz de comprender los procesos por los cuales estabas atravesando?**
- *Sí.*
- **¿Te sentiste infantilizada o anulada por el equipo médico como si fueras incapaz de tomar tus decisiones?**
- *Sí.*
- **¿Fuiste criticada de algún modo por expresar tus emociones? Ya sea llorar, gritar de dolor, etcétera, durante el trabajo de parto o el parto.**
- *No.*
- **¿Te fue difícil o imposible preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque o no te respondían o lo hacían de mala manera?**
- *No.*
- **¿Te realizaron procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o sin explicarte por qué eran necesarios?**
- *Hm, no.*
- **En el momento del parto ¿Te obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?**
- *No.*
- **¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?**
- *Sí, sí.*
- **¿Se te impidió estar acompañada de alguien de confianza?**
- *No.*
- **¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hijo recién nacido antes de que se lo llevara el neonatólogo?**
- *Hm, o sea, sí, pero era necesario porque hubo una emergencia. Entonces, no podía estar con las bebés.*
- **¿Después del parto te hicieron sentir que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti?**
- *No.*
- **¿La experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido?**
- *Sí.*
- **¿Después del parto se te negó la posibilidad de utilizar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de natalidad?**
- *Sí.*
- **¿Durante el trabajo del parto o con posterioridad a este te sentiste expuesta a la mirada de personas desconocidas para ti, como exposición a extraños, practicantes, etcétera??**
- *No.*

- **Pasamos, entonces, a las preguntas centrales, basadas en tu opinión y experiencia. La primera pregunta es: ¿Cuáles crees que son los principales o más relevantes derechos de las mujeres en Lima en la atención obstétrica o en el parto)**
- *Eh, bueno, primero que puedas decidir si quieres tener una cesárea o un parto natural. Porque lo que pasa mucho es que cuando tú vas al ginecólogo por primera vez a decir que estás embarazada y que quieres que esta persona vea tu... todo tu embarazo y tu parto, siempre te meten por todos lados que tiene que ser cesárea sí o sí. Entonces, muchas veces las mujeres quieren tener un parto natural porque es lo natural, pero te meten un montón de miedo de que no deberías de hacerlo y que la mejor opción es una cesárea. Entonces, muchas mujeres por miedo toman la opción de la cesárea. Yo estuve embarazada de gemelas y mi idea era dar a luz natural, ¿no? Entonces, mi doctor me decía: "No vas a poder porque son dos, tú eres muy chiquita, no tienes buenas caderas." Me decía un montón de cosas para que yo le diga: "Ya, okay, vamos a hacer un parto programado, una cesárea programada y tal, ¿no? Entonces creo que lo primordial es eso, ¿no? Que, que tengas, que la mamá pueda elegir cómo dar a luz y no al médico y que no te metan ningún miedo que te quedan los pros y contras de cada cosa, ¿no? Y que a partir de esa información tú puedas decidir, ¿no? Creo que es lo más importante de todo.*
- **¿Tú crees que este derecho que tú me estás mencionando ahorita se manifiesta en Lima, está sucediendo, se cumple?**
- *No, no se cumple para nada.*
- **El listado que te hice hace un rato, las afirmaciones, ¿los conocías quizás como ejemplos de violencia obstétrica?**
- *Eh, no todos, o sea, por ejemplo, ese que mencionaste de que te digan mamita, eso no lo veía así. Pero, por ejemplo, otros como que no te dejan elegir ligarte las trompas, sí.*
- **¿En tu entorno actual se habla de este concepto?**
- *Mi entorno actual depende, o sea, por ejemplo, a veces hablo con mi hermana que también sufrió de violencia obstétrica con su segunda hija y... y sí conversamos de eso, ¿no? Pero en general no, no es un tema de conversación habitual, digamos, ¿no?*
- **¿Qué acciones crees que son las más apropiadas para que toda la población de Lima, especialmente las mujeres, conozcan y comprendan este concepto?**
- *Yo creo que es, desde, de repente, podría ser desde la primera vez que vas a un ginecólogo que te que... que te informen de todo, pues no, no solamente es que te revisen y eso, sino que te que te informen de absolutamente todo lo que conlleva ser mujer, quedar embarazada, etcétera, ¿no? Entonces siento que es desde la adolescencia, incluso en el colegio se debería tocar el tema, ¿no? No necesariamente solo cuando estás embarazada hablar del tema, sino desde el colegio que las niñas y adolescentes ya sepan lo que es la violencia obstétrica justamente para que cuando se encuentren embarazadas puedan este defenderse o poner a las personas en su lugar o hacer lo que lo que se tenga que hacer, pues, ¿no?*
- **¿Cuál crees que es el rol del Estado en este caso y del personal a cargo de la atención?**
- *El rol del Estado creo que sería justamente ese, promover la información y la educación en la población tanto en mujeres como en hombres, ¿no? Porque muchas veces las mujeres al momento del parto estás tan asustada porque puede pasar una emergencia como me pasó a mí, y que no te da para pensar, ahí no piensas, pero si estás con tu mamá o tu novio, tu esposo o cualquier otra persona, que esas personas también sepan cómo, cómo ayudarte, cómo defenderte, ¿no? Como que no me creían que no me funcionaba la epidural, y esas cosas, ¿no? Entonces este... de parte del estado es ver el tema de educación a la población en general de alguna manera, o sea, desde el colegio y para los que ya pasaron el colegio no sé, pues por, por echar las redes sociales, televisión, no sé, ¿no? Y por parte del personal médico, ¿no? Es la otra. Sí. También, también que... que estén informados, ¿no? O sea, porque yo, de repente, hay muchas personas que creen que esa es la manera correcta y de repente no son conscientes de lo que están haciendo, ¿no? Otras me imagino que sí son conscientes y lo hacen porque simplemente son malas personas y están molestas con la vida o no lo sé. Entonces este, sí, creo que también por parte del personal médico, ellos también informarse, educarse, sobre todo, ¿no? Más que información educarte, ¿no? Educarte en el tema y también en la empatía, en el respeto, habilidades blandas, o sea, no se solamente saber qué es violencia obstétrica para*

ellos, ¿no? Sino habilidades blandas, porque tienen que darse cuenta que están tratando con una persona que está en un estado de vulnerabilidad total y no, no puedes hacer, entonces necesitas tener la empatía no el 100, sino el 200 por ciento.

- **¿Tú consideras importante o significativo el contar quizás con una norma jurídica que regule los supuestos que hemos mencionado?**
- *Sí, yo creo que sí, de repente, eh, yo sí creo que se sería importante porque si te ves envuelta en una situación así, sí se necesitaría de todas maneras que tú puedas, eh, agarrarte o sostenerte de la ley para para para que estas personas se den cuenta de que han cometido un acto que no deberían haber hecho y que tú puedas tener como que un cierre, o sea, no sé si un cierre es la palabra, ¿no? Pero sí, sí pienso que es necesario, ¿no? O sea, por ejemplo, me pongo en, en uno de los casos más graves que es cuando te dicen que no te puedes ligar. Y simplemente no te ligan, o sea, te dicen que no. Y tú estás decidiendo, o sea, tú vas a pagar por eso, no ellos. En el caso de una privada, digamos, no sé cómo será en una pública ese tema, si se paga o no, ¿no? Pero simplemente te dicen que no y al final, o sea, puede salir embarazada otra vez y culpa de quién es finalmente, ¿no? Entonces este sí, sí creo que debería existir una base jurídica para esos temas.*
- **¿Y qué aspectos consideras que deberían incluirse en esta acción?**
- *Primero, pues, pondría, o sea, como norma que... que se tenga que firmar un... que el médico tenga que firmar un papel o algo donde diga que va a respetar todas las decisiones de la mujer y de, y del papá, o sea, bueno, más que nada la mujer, ¿no? Porque ella es la que está embarazada, ¿no? Pero de la familia en sí, ¿no? Da a luz natural, que me ligen las trompas al momento del parto, o sea, qué sé yo, no sé, esas cosas, ¿no? Que el médico tenga que firmar un papel donde se comprometa a cumplir todas las cosas que la mamá quiere, ¿no? Dentro de lo posible, ¿no? Porque a veces pasan cosas médicas que no se no se va a poder, ¿no? Y ya, eso.*
- **Listo. Muchas gracias.**

Sujeto 10

Datos del participante:

- Edad: 59
- Partos: 2
- Institución: Privada

* A las mujeres se les presenta el cuestionario validado previo a las preguntas, a modo de recolección de data auxiliar.

- **Empezamos, primero con el cuestionario. ¿El personal de salud hizo comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste acerca de tu comportamiento?**
- *No.*
- **¿Te trataron con sobrenombres o diminutivos como mamita, gordita, amiguita, etcétera o como si fueras incapaz de comprender los procesos por lo que estabas pasando?**
- *No.*
- **¿Te sentiste infantilizada o anulada por el equipo médico como si fueras incapaz de tomar decisiones sobre lo que te ocurría?**
- *Sí.*
- **¿Fuiste criticada de algún modo por expresar tus emociones, llorar, gritar de dolor, etcétera, durante el trabajo de parto o el parto?**
- *No.*
- **¿Te fue difícil preguntar o manifestar tus miedos o inquietudes porque no te responden o lo hacían de mala manera?**
- *No.*
- **¿Te realizaron procedimientos médicos sin pedirte consentimiento o sin explicarte por qué eran necesarios?**
- *Sí.*
- **¿En el momento del parto te obligaron a permanecer acostada boca arriba, aunque manifestaras tu incomodidad en esa posición?**
- *No.*
- **¿Fuiste obligada a quedarte en cama impidiéndote caminar o buscar posiciones según tus necesidades?**
- *No.*
- **¿Se te impidió estar acompañada por alguien de confianza?**
- *No.*
- **¿Se te impidió el contacto inmediato con tu hijo o hija recién nacida?**
- *No.*
- **¿Después del parto te hicieron sentir que no habías estado a la altura de lo que se esperaba de ti?**
- *No.*
- **¿La experiencia de la atención en el parto te hizo sentir vulnerable, culpable o insegura en algún sentido?**
- *Insegura, sí.*
- **¿Después del parto se te negó la posibilidad de utilizar algún dispositivo o realizar algún procedimiento de control de natalidad, como la ligadura de trompas?**
- *No.*
- **¿Durante el trabajo de parto o con posterioridad a este te sentiste expuesta a la mirada de personas desconocidas para ti, extraños eh practicantes, residentes?**
- *No, no.*
- **Listo, pasamos a las preguntas centrales. Basado en tu experiencia, en tu opinión. ¿Cuáles crees que son los principales o más relevantes derechos de las mujeres de Lima en la atención durante el parto?**

- *Lo más relevante es que escuchen tu opinión, lo que tú quieres, lo que necesitas, ¿no? que sean acogedores, que te digan exactamente lo que tienes, ¿no? Qué es lo que, qué es lo que requieres. Eh, que te expliquen detalladamente qué es lo que va a suceder antes, durante y después.*
- **¿Consideras que esos derechos se manifiestan en Lima actualmente?**
- *No, no, no, definitivamente no. Eh, en base a mi experiencia no fue así. Yo desde un inicio sentí que no estaba bien algo y decía que, por favor, necesitaba una cesárea que se fije que en ningún momento se me hizo caso. Estuve horas de horas hasta que ya prácticamente amenacé con que yo misma me la iba a practicar, la cesárea, por decirlo así, y este... ahí ya pues entraron todos a tallar y efectivamente tuvieron que hacerme una cesárea de emergencia, ¿no? Después de la cesárea de emergencia encontraron que tenía, eh, cuatro, eh, fibromas, ese es el tema. Cinco fibromas que estaban obstruyendo el paso del bebé. Y es por eso que no, ni... eh, tenía las contracciones, pero no dilataba. Y eso nunca se vio en la ecografía. Bueno, estoy hablando de hace 30 y tantos años. No sé en las ecografías de ahora. Mhm. Eh, eso es lo que me pasó.*
- **¿Conocías el listado de las intervenciones que te hice hace un rato con el cuestionario, como ejemplos de violencia obstétrica?**
- *Sí. Eh, lo pude palpar en mi vida hace muchos años, cuando era joven. Yo soy maestra y nosotros... Mmm practiqué en un centro del estado, entonces nosotros también teníamos que aprender sobre primeros auxilios y varias cosas médicas y en una de esas nos mandaron para ver cómo eran los partos y todo eso porque podíamos trabajar en la serranía, etcétera. Mhm. Y cuando fui y como fui con...con bata y todo esto al, al hospital. Eh, nos confundieron prácticamente con un practicante de, de obstetricia o enfermería, que sería, y ahí pude ver palpar así de jovencitas cómo eran tratadas las señoras, cómo las gritaban, cómo las trataban mal, cómo les ponían apodos, este cómo no ni les hacían caso. Eh, él fue fue una experiencia muy muy traumática. Tanto es así que yo ya no quería ni saber nada de eso, no. Y lo conté, hice una especie de denuncia en la universidad de lo que yo había visto, ¿no? Entonces, ya no mandaron más jóvenes profesores ahí, lamentablemente eso es lo único que pudieron hacer.*
- **Entonces, ¿en tu entorno se habla de este concepto?**
- *Sí. con mi... en mi entorno de trabajo sí, lo hemos hablado varias veces en, en el entorno del trabajo, porque yo trabajo con padres de familia y niños y sí lo hemos hablado en varias oportunidades.*
- **¿Qué acciones considera que son las más apropiadas o importantes, para que la población de Lima, especialmente las mujeres, conozcan y comprendan el concepto de violencia obstétrica?**
- *¿Qué acciones? Es que las mujeres deben saber sus derechos, o sea, que hacer así como cuando uno va a un restaurante y te dice: "no estás contenta." y dices: "mandaré para poner mi reclamo." Uno debe saber sus derechos qué es cómo te cómo debe ser atendida, qué qué es lo que deben hacer, quién te debe tratar, ¿no? Y eso es importantísimo, estar estar este saber sobre esto, ¿no? Tener que... claro a qué podemos acceder y cuáles son nuestros derechos para que no sean vulnerados de ninguna manera.*
- **¿Cuál crees que es el rol del estado en esta situación?**
- *El rol del estado, bueno, aparte de mejorar lo que es la educación en todo sentido, que eso es lo principal, lo principal que debe hacer es la educación. Eh, definitivamente también debe tomar cartas en asunto en lo que son las entidades médicas, ¿no? Públicas y privadas, ¿no? Saber lo que está pasando, eh, de repente dar talleres, estar eh no sé, más en contacto con la con los médicos sobre todo cuando ya tienen años pues también de experiencia, ¿no? En todo sentido, o sea, cómo renovar, ¿no? Renovar, eh, este, no solamente modernizarse, sino renovar lo que es lo principal, ¿no? El, por qué, eres médico, ¿qué es lo que te llevó? ¿Lo fundamental? Las bases, ¿no? El amor por la práctica. Que eso es muchas veces lo que se pierde y lo que deshumaniza su labor.*
- **¿Considera significativo o importante el contar con una norma jurídica que regule los supuestos de violencia obstétrica que mencioné hace un rato?**
- *Sí, sí considero super importante eso.*
- **¿Por qué y qué aspectos considera que deberían incluirse en esta norma?**

- *Eh, considero que es importante por lo mismo que ya mencioné, ¿no? Para que la gente, este, eh, sepa cuáles son sus derechos. Al saberlo ya pues uno los puede conocer, puede saber qué a qué atenerse, que...que reclamar, qué es lo que tiene que...que, ¿cómo se llama? Qué puede obtener, qué hacer, ¿no? En caso de cualquier cosa que, que yo le ocurra. Eh, definitivamente puede ser pues de eh cómo ser tratada antes de y durante y después del parto, solamente durante el parto. Por ejemplo, si hay mamás que eso es lo que pasa comúnmente, gente muy humilde que va en su tercera, cuarta gestación a ser atendida, la tratan muy mal en todos los que son sus controles, ¿no? Humillan a esa gente, entonces desde ahí uno tiene que saber las normas y saber cómo poder decir que no tienen por qué tratarte de, de esa de una manera u otra, ¿no? No descalificando.*
- **¿Y qué aspecto consideras que debería incluirse en esta norma?**
- *Lo primero que pondría en la norma sería respetar la vida de la mamá. Lo primero. La mamá es la número uno, ¿no? Y después el bebé, pero la mamá a respetar su vida, su integridad, este su salud física, mental. Todo*
- **Gracias. Eso es todo.**

Sujeto 11

Especialización del participante: Ginecobstetra

- **Para comenzar ¿cuáles cree que son los principales o los más relevantes derechos que tienen las mujeres en Lima en la atención obstétrica?**
- *Antes de responder a tus preguntas me gustaría contextualizar un poco. Los partos los atienden los médicos, ¿correcto? Entonces, ¿qué hace la obstetrix? La obstetrix controla el parto. “Doctor, está yendo así, o está yendo bien, o no, no está yendo bien, ¿qué hacemos?”. Ese es su rol.*

En la atención de un parto hay tres... dos... bueno, tendríamos hasta tres personajes: la paciente - o la que está pariendo -, quien la atiende- es decir, el médico - y el que depende de los dos anteriores, que es el niño que está por venir al mundo, ¿no es cierto?

Entonces, a través del tiempo esta relación entre la paciente y el médico ha ido cambiando. Cambió a partir de, más o menos, 1970, cuando aparece en el escenario algo que se llama bioética. Y con la bioética aparecen los cuatro principios fundamentales: beneficencia, que es hacer el bien; no maleficencia, es decir, no hacer daño; justicia, o sea, un trato igual para todos; y uno que apareció y ha condicionado este tipo de cosas de las que estamos hablando: la autonomía, que es la capacidad o el derecho que tiene toda persona de estar informada y aceptar lo que se le va a hacer.

Primero, informarse: ¿qué me va a hacer esto?, ¿acepto o no acepto?, ¿sí?, pero ese “aceptó o no acepto” tiene mucho que ver con su desarrollo cognitivo, con su preparación. No es lo mismo explicarte a ti lo que te voy a hacer, que explicarle a una analfabeta lo que le voy a hacer, ¿no es cierto? Entonces, es más difícil a ese nivel. O, en todo caso, la información tiene que ser dirigida de acuerdo a su capacidad de poder entender. Pero esta autonomía, con el tiempo se ha ido -diría yo, desde mi opinión - distorsionando. Se ha distorsionado desde el derecho que tiene el paciente a estar informado a aceptar, a pretender hacer lo que ella piensa o quiere, frente a un profesional que se ha preparado para hacerlo mejor por esa persona, ¿no? Entonces yo he tenido pacientes que han venido acá y me dicen: “Yo quiero que usted me atienda el parto así, así, así, así, así.” ¿Entonces yo para qué estoy acá? Si usted me dice qué es lo que yo tengo que hacer, se supone que esto es al revés. Se supone que yo tengo que decirle a usted cómo son las cosas y usted las acepta o no las acepta. Si no las acepta, la puerta está allí, usted se puede ir. Pero en el camino, se ha ido distorsionado, ¿no?

Entonces, esa relación, que antes tampoco estaba bien, donde el médico cae y la paciente cae en una relación vertical, se ha convertido en una relación horizontal. Pero horizontal desde el punto de vista de la información, no de la jerarquía en cuanto a la responsabilidad. Porque, finalmente ¿quién tiene la responsabilidad? El médico. Si algo se complica, ¿a quién le van a hacer el juicio? Es al médico, no a la paciente.

La paciente va a decir: “Ah, bueno, usted no me explicó bien, yo no le entendí.” O sea, entonces, en cuestión de responsabilidades, el médico debe tener una jerarquía en ese nivel, porque asume la responsabilidad. Entonces, dentro de ese escenario aparece esto que le han llamado violencia obstétrica, porque antes no existía esto; este término ha aparecido con el tiempo. Y junto con esto de violencia obstétrica, han aparecido un par de términos que yo detesto, que son “el parto respetado” y “el parto humanizado”.

¿Qué quiere decir? ¿Que, si hay parto humanizado, hay un parto deshumanizado? Entonces, ¿cómo puede haber un parto deshumanizado? No puede existir. O sea, nadie atiende, deshumanizando. Y en la otra variación de parto humanizado, conocida como parto respetado,

¿qué quiere decir? Que, si un parto es respetado, hay uno que no es respetado... ¿Respetado de qué? ¿Qué es... qué respeto?

Se entiende que el respeto es lo que la paciente quiere que yo haga. Oiga, pero lo que la paciente quiere que yo haga debe estar en función de lo que la paciente necesita para cuidar de su salud y de ese recién nacido.

La paciente puede indicar: "Yo quiero dar parto vaginal." Oye, pero hay mucho riesgo por esto, por lo otro... "No, pero yo quiero parto". A mí me han venido y me han dicho: "Solamente si se está muriendo, usted me hace una cesárea." Yo les he dicho: "Si se está muriendo, ¿ya para qué te hago la cesárea? Que se muera nomás." Porque yo no voy a esperar hasta que se esté muriendo para yo comerme la responsabilidad de que ese niño salga mal y a mí me hagan un juicio.

Entonces, quién decidió prolongar eso, que asuma su responsabilidad de lo que ocurrió, ¿no es cierto?

Entonces, hay la tendencia acá, en el país, de que los médicos ginecobstetras hacen violencia obstétrica, y las obstetras hacen el parto respetado, humanizado. Y, es más, está en sus páginas. Tú entras y, sí, si vas al ginecólogo, te van a hacer cesárea. Y yo te atiendo...y hacen una serie de verbalidades, y ponen en riesgo a las pacientes, incluso atendiéndolas en su casa, ¿no?

Pero dicen: "Pero si en Inglaterra, en Austria se atienden en su casa." Sí, pues, en Inglaterra, en Londres, en Austria ocurren dos partos al día en un determinado pueblo, ¿no es cierto? Con una ambulancia en la puerta de la casa. Si hay cualquier cosa, la lleva. Anda pues acá, a un pueblo joven, ¿no es cierto?, a las doce del día, que se te complique... y anda sal y llega al hospital con el tráfico que hay. No. O sea, no puedes comparar, ¿no?

Entonces, ¿a qué se llama violencia obstétrica? Bueno, con el paso de los años, el índice de cesáreas ha aumentado. Con el paso de los años, una de las cosas a lo que más se refieren cuando hablan de violencia obstétrica es al aumento del índice de cesáreas. Y si lo comparas con treinta años atrás, sí pues, el aumento es notorio. Pero hay que entender que hace 30 años no había la tecnología que hay ahora para detectar anomalías que las vas a prevenir haciendo una cesárea.

Por lo tanto, la tecnología ha condicionado que el índice de cesáreas aumente, pero probablemente el índice - o la...la tasa - de niños que nacían con problemas o asfixia haya disminuido. Entonces, una de las cosas de las que se habla cuando se menciona violencia obstétrica es a lo que se llama cesáreas innecesarias. "No necesita la cesárea, pero yo le hago la cesárea", según dicen, "porque voy a cobrar más".

Una de las cosas que yo he hecho, por ejemplo, es que, si el parto es natural o cesárea, cobro lo mismo. Para que no me diga: "Ah, porque cesárea... porque me vas a cobrar más, me haces cesárea."

Entonces, es difícil establecer cuándo es una cesárea innecesaria. Tendríamos que estar, en cada caso, con una auditoría viendo si eran necesarios o no era necesario realizar una cesárea.

Pero hay otro componente más que ha parecido en este escenario, interesante, relacionado con lo que te decía ahora de autonomía. Así como hay mujeres que te dicen: "Yo quiero parto natural, y parto, y como sea parto", que es su derecho, en tanto ese niño no esté en riesgo...ahora, también hay mujeres que te dicen: "¿Sabe qué? Yo quiero, y vengo para que me hagan una cesárea. Yo no quiero estar "empujando."

Entonces, ¿por qué va a tener más derecho aquella mujer que dice: "Yo quiero parto natural", que aquella que dice: "Yo quiero cesárea." El derecho es el mismo. ¿Quiere cesárea? Cesárea. ¿Y por qué tendría que ser, en este caso, violencia obstétrica? Ella lo está pidiendo.

Ahora, es diferente que alguien le haga creer a una paciente que está en riesgo sin estarlo, que su niño va a salir mal sin que exista ese riesgo, y le diga: "Te voy a operar porque, además, voy a cobrar más." Eso ya no es violencia obstétrica, eso ya es engaño, es estafa, mala praxis, ¿no? Este... no sé si es un ejercicio ilegal de la medicina, pero sí es una mala praxis, ¿no es cierto? Y eso también está penalizado.

Pero el límite entre establecer en qué momento es una mala praxis y en qué momento es violencia obstétrica es difícil. Tendrías que estar en cada caso para determinar, mediante un auditoría, el seguimiento de esa hoja de trabajo de parto, para ver si eso podía salir o no podía salir. Pero acuñar de frente el término de violencia obstétrica porque se hizo una cesárea, porque la hizo un médico ginecobstetra, pero cuando es una una obstetriz no es violencia, "porque le va a atender un parto" ... El problema no es atender el parto, el problema es como sale ese niño. Eso es lo importante.

Para mí, más violencia obstétrica es obstinarse en atender un parto con un niño que salga mal, y al cual todo su futuro esté...todo su futuro se vea ensombrecido por un parto que se obstinaron a que tenía que salir por abajo. O no solo se obstinaron en que tenía que salir por abajo, sino que si hubo una complicación no tienen la forma de poder resolverla. Si tienes que hacer una cesárea, no tienes forma de poder hacerla, porque una obstetriz no está preparada para hacer una cesárea.

Entonces para mí es todo un riesgo que una obstetriz vaya a atender un parto en una casa. Eso es muchísimo más violencia obstétrica que aquel que hace una cesárea - podríamos decir - no innecesaria, sino cuestionada, ¿no? Porque esa obstetriz - y hay muchísimas- y te dice: " Yo te atiendo en tu casa, porque si vas a la clínica te va a hacer cesárea".

Es muchísimo más violencia exponer a una mujer a atender un parto en la sala de su casa, con los perros dando vueltas, sin las medidas de asepsia. Y si hay una complicación, no solamente no la puede resolver ahí, sino - lo que es peor - que así pudiera resolverla, no está capacitada, no puede hacer una cesárea. Eso es más violencia obstétrica.

Entonces hay que estar claros de qué entendemos por violencia, ¿no es cierto?

Sí... Lo otro es que estoy en contra de este "terminajo" de parto humanizado y parto deshumanizado. Para mí, todos los partos son humanizados. Si por "parto humanizado" se entiende que yo voy a hacer todo lo que la paciente me diga y si no lo hago, soy un deshumanizado...no es así. Si la paciente viene me dice: "Doctor, yo quiero, ¿sabe qué? Este... poner musiquita, perfecto", perfecto. "Yo quiero que haya una pelota ahí, sentarme ahí", perfecto. "Yo quiero caminar, perfecto". "Quiero que mi esposo esté ahí", perfecto. Pero le digo: "¿Sabes qué? En el trabajo de parto, tienes que tener una vía aquí." Porque si ocurre cualquier complicación yo tengo que llevarte a cesárea, y en ese momento de complicación - o que te bajó la presión, o que estás sangrando - yo ya no voy a encontrar la vía que me permita salvarte la vida.

Todo lo que tú pienses, pero con una vía aquí puesta, que me permita tener conexión con el médico. Si ella me dice: "No, eso yo no quiero", entonces simplemente le digo: "No te puedo atender el parto", ¿no es cierto? Eso ya no es parto respetado. Eso ya es poner en riesgo la vida de esa paciente, y por eso es que los términos me quedan tan mal "respetados" o "humanizados".

El parto tiene una serie de condiciones y requisitos que se dan para todas las personas, independientemente de su condición social, ¿no es cierto? Se pueden aceptar las cosas que te

he dicho que se pueden aceptar. Pero hay cosas que no puedes aceptar. Hay gente que te dice: "Oye, sí, pero yo no quiero que me examine." ¿Y cómo, miércoles, voy a darme cuenta si ese parto está avanzando o no está avanzando, si el niño está rotando, si está bajando, si está dilatando?, ¿no? Entonces, los tactos vaginales son necesarios y el número de tactos está en función de cada parto. Si es más rápido, si es más lento... Entonces, si es rápido, pues serán no sé - tres o cuatro tactos. Si es lento, si están 12 horas, 18 horas...bueno, serán pues 10, 12, los que sean necesarios.

Entonces, yo creo, como te digo, que hay que estar muy claro en qué cosa es un parto humanizado, respetado, que.... Yo discrepo de esos términos. El parto es el parto. Y se tiene que atender con humanismo en todo aspecto. En todo aspecto. El parto, como cualquier procedimiento o intervención médica, tiene dos componentes y dos personas. Las dos personas son el médico y el paciente. Y los dos componentes, que están a cargo del médico, son: el conocimiento y humanismo. Para todas.

No puede haber, pues un parto humanizado, porque con ese término estoy diciendo que hay uno deshumanizado. ¿Y cuál es el deshumanizado? ¿Si no le hago caso a lo que la paciente dice? ¿Para qué estudié? ¿Para qué hice una especialidad? Si yo voy a estar sometido a lo que la paciente me diga qué tengo que hacer...Entonces, eso no es así. Por eso es muy importante tener los conceptos adecuados. No hay necesidad, pienso yo, de decir que tiene que ser con respeto, con cariño. Eso es inherente a la acción del médico. Para eso se ha formado, ¿no?

Yo lo puedo decir a nivel de mis clases en la universidad, con los alumnos de formación, para meterles en la cabeza cómo deben actuar. Pero ya con la paciente, ya ni siquiera tengo que pensar que tengo que hablar con respeto, con cariño, que tengo que informarle, que tengo que tratar humanamente, como quisiera que traten a mi esposa, a mi hija...a mí, no sé. Eso es inherente. O sea, es parte de. No tengo que estar diciendo que tiene que ser así, ni con nombres como estos huachafos que existen, ¿no? Entonces si es que yo le voy a hablar mal, si es que yo no le voy a informar lo que voy a hacer antes de hacerlo, si es que yo no sé para qué lo estoy haciendo...si eso se puede considerar violencia obstétrica, bueno, es el término que utilizan. Yo diría, simplemente, que es una atención inadecuada, sin utilizar ese terminajo que me parece tan violento, ¿no? Que es parte, creo yo, del momento que vivimos, donde todo es violencia... ¿También hay que ponerles términos violentos a estas cosas?, ¿no? Yo diría que es una atención inadecuada, simplemente porque no estoy cumpliendo las formas de atender ese parto.

Entonces...este. Pero ¿por qué se hace una cesárea, que la necesita, eso es una violencia obstétrica? ¿Por qué se tenga que colocar un un vacuum para aligerar la salida de un niño, eso no es violencia obstétrica? El asunto es adelantar todas estas cosas para no tener que hacerlas, ¿no es cierto? Para garantizar que ese niño salga bien.

Eso sería una introducción y resumen de lo que yo considero. Ahora, si ya tienes alguna pregunta en específico...

- **No, sí, está...Es más, las dos primeras preguntas que quería hacerle ya me las ha resuelto, que son básicamente: cuáles son los derechos de las mujeres que usted considera deberían tener, y si en su entorno se ha hablado de este concepto. Sobre ello, nos gustaría saber, usted, ¿Cuál cree que sería la mejor acción para que las mujeres puedan conocer lo que es la violencia obstétrica?**
- *Dentro de esta relación médico-paciente, hay algo que es sumamente importante, que se llama consentimiento informado. El consentimiento informado es un documento que plasma las características de la atención, los riesgos de la atención, los beneficios de la atención.*

El cual no solamente debe estar escrito, sino explicado explícitamente a un nivel que la paciente pueda entender. Por eso es que yo estoy en contra de que ese consentimiento sea solo un papel. Porque ese papel lo puede entender alguien que es, no sé, abogado, que es ingeniero,

que es profesora...pero de repente una ama de casa o alguien que es analfabeto, no lo va a entender.

Entonces, lo importante no es lo que diga el papel. Lo importante es lo que yo le informe. Y no solo que le informe, sino que tenga la seguridad de que la informada entienda lo que yo le he dicho; sino, no tiene sentido que yo lo haga. Y luego de eso, ya esto es simplemente la certificación de que me entendió, de que yo le di la información y de que ella acepta.

Bueno, tiene otra connotación también legal, ¿no? Si hay cualquier complicación: "Bueno, yo le expliqué, le dije, se supone que entendió y ella me autorizó.

- **En ese sentido, nosotras estamos haciendo las entrevistas a mujeres que han sido atendidas, tanto instituciones públicas como privadas ¿Considera usted que existe un rol del estado en este en este concepto? ¿Debería intervenir?**
- *El Estado a través del ente rector, que es el Ministerio de Salud, tiene la obligación de garantizar una atención adecuada de todas las personas. Si lo llevamos al parto tendría la obligación, que no la cumple, pero tiene la obligación de garantizar una atención adecuada. Desgraciadamente, nuestro precario sistema de salud no te brinda esa oportunidad. No es lo mismo dar a luz en esta clínica o en otro sitio de Lima que dar a luz en, no sé... en algún barrio marginal que, aun siendo Lima, está mucho mejor que en los lugares más alejados de nuestro país. Hay sitios donde hay uno o dos especialistas para todo un departamento y, en muchos sitios, ni siquiera hay médicos.*

Entonces, el derecho a la salud, como garantía, es muy difícil que se cumpla, de acuerdo a la realidad de nuestro país y a la precariedad de nuestro sistema de salud. Entonces, yo siempre digo que en nuestro país hay ciudadanos de primera, segunda y tercera categoría. Los ciudadanos de primera categoría, hablando de mi especialidad, lo atiende el médico ginecobstetra, ¿no? A los de segunda categoría, donde no hay médico, lo atiende la obstetrix, porque alguien tiene que atenderla... Y de tercera categoría, ya ni siquiera obstetrix sino la comadrona del pueblo. Con los riesgos que ello implica.

Ahora, atender un parto tiene sus riesgos. Pero la mayoría de veces, si no hay complicaciones, un niño hasta en el taxi nace, hasta la policía lo recibe. Pero eso no ocurre en el cien por ciento de los partos. Hay partos que son complicados y con efectos adversos, a veces catastróficos, donde muere el niño y muere la madre. Entonces, el Estado tiene un rol fundamental, a través del ente rector, que es el Ministerio de Salud, en garantizar una atención adecuada. Primero, dotando de profesionales, que no los hay; hay un déficit de profesionales, médicos en general y médicos especialistas. Y como no hay, entonces, le dan facultades y competencias a otros profesionales de la salud que no tienen la preparación adecuada, les hacen sentir que pueden hacer cosas que no pueden hacer. El caso de las obstetricas, ¿no?

Las obstetricas están preparadas, dentro de su perfil, para atender un parto natural y, deben estar preparadas para detectar lo que no es normal o, que está dejando de ser normal para derivarlo como complicación, para que lo puedan atender en otro sitio. Pero muchas veces eso no ocurre. Se sienten todopoderosas y, lo que es peor, se meten a hacer cosas para las cuales no están preparadas, que van más allá de la atención del parto.

El especialista se llama gineco-obstetra. Obstetra tiene que ver con todo lo que es la mujer embarazada, y gineco tiene que ver con toda la patología de los problemas de mujer que no está embarazada. Bueno, estas obstetricas, que se preparan para eso, se meten a este lado de la ginecología y participan en detección de cáncer, tratamientos, enfermedades infecciosas...o sea, cosas para las cuales no han sido formadas y el Ministerio, muchas de las veces, las avala diciendo: "Bueno, donde no hay médico, alguien tiene que ser."

- **Claro, en ese sentido, le quería preguntar: viendo que usted quizás no está al 100% de acuerdo con el término, ¿cree que debería haber una norma jurídica que regule los supuestos de este tipo de violencia obstétrica?**

- *¿Cuándo hablamos de intervención jurídica, de qué estamos hablando?*
- **Por ejemplo, podría ser reglamentación, una ley, entre otros. En este caso nosotras tenemos algunos ejemplos de conductas consideradas como violencia obstétrica, como: hacer comentarios irónicos, descalificadores o en tono de chiste según el comportamiento de la mujer; tratarla con sobrenombres o diminutivos como “mamita”, “gordita”, etcétera; hacerlas sentir infantilizadas, sin poder tomar ningún tipo de decisión. También pueden ser criticadas, de algún modo, por expresar sus emociones, por llorar, por expresar el dolor; realizar procedimientos médicos sin informar, sin consentimiento e impedir que esté acompañada de alguien de confianza. Esos son algunos ejemplos que tenemos en un listado, que se consideran como conductas que perpetúan violencia obstétrica. No sé si usted lo considera de esa manera y si podría considerar significativa su inclusión en alguna norma jurídica al respecto.**
- *El Ministerio de Salud tiene una Norma Técnica Sanitaria, que es la 105, si no me equivoco, en relación a la atención materna. Ahí están definidas todas las...este, las partes del proceso de atención del embarazo y en el parto.*

Considero, de las cosas que tú me has dicho, este que ese tipo de situaciones coloquiales no están, pues, dentro de esa norma, ¿no? Escapan a eso.

Eso de hacer chistes o bromas...no, eso no está ahí. Que diga: "No se deben hacer." Porque eso, más allá del término que yo no considero adecuado, yo diría es una atención inadecuada del parto. Pero encuadrado dentro de lo que es violencia...Mhm, yo diría que depende. Depende de quién lo dice, de cómo lo dice y quién lo recibe. Habrá gente que diga: "Mamita, ¿cómo estás?" "¿Qué tal?" "y le agrada que la traten así, porque es un trato habitual. De repente, otra estirada dirá: "¿por qué me dice mamita, este qué se cree", ¿no? Entonces, todo depende. Y meter todo eso dentro de si es o no, violencia obstétrica me parece muy riesgoso. Generalizar, ¿no? Porque va a depender de quién lo recibe. Por ejemplo, se considera el acoso sexual ahora, antes no. Antes se llamaba galantería, cuando decía algo bonito a una chica, ¿no? Ahora ya le han puesto el nombre de acoso. Pero ahí también hay una variable. ¿Por qué? Porque si quien dice el piropo es guapo, bien plantado: "¡Que halago!". Pero si es un cholo: "¿Y este cholo, ¿cómo me dice eso?"

Entonces, es bastante relativo lo que se dice, por parte de quien lo toma. Y no solo es lo que se dice, sino cómo se dice, el tono en que se dice, ¿no? Entonces, yo creo que, de las cosas que has dicho ahí, la mayoría...estoy de acuerdo. Uno no debe burlarse, este...no debe ponerle apodos. O de repente porque es gordo: "oye, chancha", por decirte, no. Pero expresiones como "mamita", no. Me parece totalmente válido, porque es una muestra, al contrario, de que la estás atendiendo con cariño. Entonces este yo sacaría lo de mamita. Quizás lo de cholita ahora es un poco sensible, ¿no? Porque se asocia a chola, y ya suena un poco despectivo, así le pongas el el ita. Pero... ¿Mamita? Otros ya utilizan otros términos, ¿no? Este... "corazoncito" o cosas como esas. Como te digo, todo depende de quién lo dice, cómo lo dice y de quién lo recibe, ¿no? Lo que sí pienso es que el trato debe ser horizontal. No es que yo soy el médico y yo te impongo lo que digo. Yo te informo y me encargo, no solamente de informar, sino de que entiendas lo que yo te estoy informando, porque si no, no tiene sentido. Y dentro de ese nivel de horizontal como te digo, tiene que haber respeto y, si en alguna de esas cosas que has puesto no hay respeto, no hay consideración, para mí, como te digo, es atención inadecuada. Caería dentro de eso, ¿no? No me gusta el término, como te digo, porque exalta más la violencia que ya vivimos en este momento.

Ok, perfecto. Muchas gracias.

Sujeto 12

Especialización del participante: Obstetrix

- **En primer lugar, ¿cuáles cree usted que son los principales o los más relevantes derechos que tienen las mujeres en Lima en la atención obstétrica?**
- *El derecho a ser atendida con esmero, con puntualidad, digamos, de los profesionales, es más que nada lo que pienso.*
- **¿Usted cree que esto que me comenta se está manifestando en Lima actualmente?**
- *En lo que respecta a mí experiencia, no se están cumpliendo porque, si bien es cierto, hay una atención diferenciada para la mujer gestante acá, hay demasiada población y, en ese sentido, los profesionales de la salud no nos estamos abasteciendo, no sé, del todo. Lo que hace que ahí empiece, digamos, un maltrato, ¿no? Tanto en el tiempo para que pueda ser atendida una paciente.*
- **¿Usted conocía el concepto de violencia obstétrica?**
- *Sí, como que hay un abuso, que hay este un maltrato en lo que se refiere a las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio.*
- **Ahora, le voy un listado de afirmaciones, ejemplos de situaciones que podría experimentar una mujer y me gustaría que usted me diga si considera que esto podría incluirse en lo que usted conoce como violencia obstétrica. (Se lee listado).**
- *Sí, esas afirmaciones son correctas. No al 100%, pero sí se dan. Cuando una paciente viene muchas veces no se le trata desde su nombre sino le dicen cholita, mamita. Entonces no a todas les va a gustar, o gordita. Que no la dejan entrar con su familiar que ella elija porque no tenemos el espacio a veces necesario como para entrar, o sea, dejar que entren con un familiar. Y ese familiar también está viendo cómo se está comportando el mismo personal, o sea, no tenemos en lo que se refiere al hospital de la policía espacio exclusivos para una paciente. Porque yo no puedo hacer pasar a un familiar si tengo la sala de dilatación completamente abierta, o sea, tengo cinco camas y no hay separadores. Entonces, eso evita, ¿no? De que podamos hacer que el paciente ingrese con alguien. Cuando no hay, digamos, eh... ese tipo de, o sea, si no hay muchas gestantes a la vez, porque puede ser 2 de la mañana y de repente tuvo la suerte de estar sola, se puede hacer de que el familiar ingrese, pero esas son cosas que no se dan al 100%. Eh, de que se hacen comentarios, a veces sí, eh, que no corresponden porque dicen: "ay, pero si ya tiene cinco hijos. ¿Cómo se le ocurre tener otro? ¿De dónde va a sacar dinero para poder criar a ese nuevo niño, ¿no?" Entonces, eso no nos corresponde porque eso depende de cada persona. Eh, o se dice: "Mira, ni siquiera tiene para ella misma y va, va... va a poder estar con otro, con otro bebé, ¿no?" Entonces, pero eso no tenemos por qué, pero se habla a veces y este se da ese tipo de comentarios que para uno digamos, puede ser muy humillante, ¿no? Entonces, no debemos de hacer ese tipo de violencia.*
- **¿Qué acciones considera usted que serían las más apropiadas para que la población de Lima, especialmente las mujeres, conozcan el concepto en sí y lo puedan comprender realmente?**
- *En el sentido de que se, eh, eh, pongan, digamos, a ver en todo caso en las redes, ¿no? ¿Qué es lo que significa tener un parto? O sea, que no vayan a lo desconocido, que también vean eh qué significa eh alzar tu voz, no quedarse callada. Entonces, no..no dejar, o sea, está bien que uno sea un profesional, pero no significa que tú no sepas nada, porque tú puedes exigir. No, no tanto exigir, pero sí puedes comentar. Esto no me parece, o puede explicarme, pero hay muchas de las gestantes que se quedan calladas porque ven al personal de salud como en un pedestal. Entonces, ¿cuál es la última palabra y qué debe ser así? Eh, por ejemplo, dicen Yo quiero parto normal, pero el médico dice, "No, debo hacer cesárea." ¿Pero por qué? "No, es que el bebé está mal." Pero no le explica más. Entonces uno se siente, eh, atemorizado, ¿no? Y muchas veces no es así que debe terminar. Es por eso que debemos empaparnos, ¿no? O sea, el paciente debe empaparse de lo que significa un parto. Ahora tenemos lo que es la preparación para el parto que nosotros las obstetras hacemos lo que es la psicoprofilaxis obstétrica que es la preparación para lo que es un parto. En este caso nosotros atendemos*

partos por vía vaginal. Y explicamos muchas de las cosas y también evitamos que vayan con miedo a lo que es en sí el desarrollo de su embarazo hasta llegar a un término. Entonces eso también podría ser, pero que se masifique, ¿no? No solamente que sea en un grupo, porque todo eso se necesita personal especializado

- **¿Cuál cree usted que es el rol del estado en esta situación?**
- *Tener más profesionales que puedan atender no solamente Lima, sino diferentes partes de lo que es el Perú. Es lo que pienso.*
- **Y del personal que está a cargo de la atención, ¿cuál sería su rol o su responsabilidad?**
- *El personal, el rol... debe ser, de ser empático, de no ser indiferente, de tratar de ponerse en los zapatos de la persona que está uno atendiendo y siempre atender con responsabilidad.*
- **¿Usted considera significativo el contar quizás con una norma jurídica que regule los supuestos de violencia obstétrica?**
- *Sí, sí, claro que sí, debería. Nosotros tenemos nuestra ley también de la ley de la obstetricia que es la 27 669 que regula, ¿no? nuestra profesión, y si no cumplimos como corresponde también eh nosotras somos sancionadas. Mhm. Y eso es lo que también podría, eh, atribuirse a una ley específica de... ley de violencia.*
- **¿Y qué aspecto considera que debería incluirse en esta acción?**
- *Uhm... el derecho de escuchar al paciente. O sea que debe de tomar en cuenta lo que quiere también el paciente y lo que el paciente diga. Por ahí el parto humanizado ahora es la nueva tendencia de atención, digamos, de acuerdo a las preferencias de la gestante. Eh, es importante. Sin embargo, eso más lo realizan en la práctica privada que en la práctica de la parte del MINSA, de salud o Fuerzas Armadas y Policía Nacional. Justamente porque no se da uno abasto para atender en forma personalizada esa y canalizar, digamos, todas sus emociones que pueda estar manifestando, ¿no? En el trabajo de parto. También hay que ver qué pasa si hay una irregularidad. Por ejemplo, que los latidos fetales están disminuyendo en un, en una gestante que estoy monitorizando y yo doy mi diagnóstico. Acá hay un sufrimiento fetal, ¿no? Eh, considero que la vía por la que debe terminar debe ser vía alta. Entonces, yo le escribo en la historia clínica. Y el médico, eh, si decide o no, y ese bebé que nace mal, yo estoy, digamos, comunicando ya que mi diagnóstico era que no iba a dar esa paciente vía vaginal iba a ser eh digamos iba a nacer el recién nacido iba a tener problemas. Entonces, ahí es donde cada uno tiene una responsabilidad, pero igual se tiene que tratar, o sea, no necesariamente el médico tiene que ser siempre el que tenga mayor responsabilidad, porque yo también doy mi diagnóstico.*
- **Perfecto. Muchas gracias.**

Sujeto 13

Especialización del participante: Gineco-obstetra

- **Para empezar, ¿cuáles cree que son los principales o los más relevantes derechos que tienen las mujeres en Lima en la atención obstétrica?**
- *Las mujeres tienen derecho a, a una atención respetuosa, con un médico especialista. Derecho también a la decisión de tener un parto por vía vaginal o un parto por vía abdominal, que está de moda. Eh, involucra mucho la...la fase cultural del momento porque no es lo mismo tener un parto a los 20 años o 30 años que tener un parto a los 40 años. Entonces, eh, el parto en sí el momento del nacimiento del bebé del producto de la gestación, correcto, entonces el parto puede dividirse en varios momentos o tener varias formas de acceder al parto que es lo quizás lo que le interesa mucho a la mujer. Cuando la mujer habla de parto, ya va a ser parto por vía vaginal o parto por vía abdominal. Casi desde los años 90 el acceso al parto es cada vez más sesgado porque no hay muchas chicas que quieran tener parto vaginal. Casi todas ellas he orientadas por temas culturales, orientadas por temas económicos, orientada por el tema de trabajo, de volver rápidamente al trabajo o del tiempo que va a demorar un parto vía vaginal versus el contraste que hay con un parto vía abdominal deciden por el parto abdominal. Eh, las oportunidades son las mismas en ambos casos porque eso lo decide la gestante. La gestante es la que decide por dónde quiere dar a luz.*
- **¿Usted considera que estos derechos se están cumpliendo en Lima?**
- *Para la parte de control natal, en Lima hay dos grandes vertientes. Una de ellas es lo que significa atender un embarazo en los hospitales de Seguro Social y en los hospitales de salud del Minsa. Y otra cosa es la vertiente que es totalmente privada. En el parto o en el embarazo controlado en las entidades estatales y paraestatales, como son el MINSA y Seguridad Social, 99% de las mujeres son enfrentadas al parto vaginal. Casi es una norma enfrentar a la mujer en parto vaginal. Incluso en condiciones en las que, en otras entidades, también del estado, está proscrito el parto vaginal, ¿me explico? Por ejemplo, una mujer tuvo un parto a los 16 años. Un parto, digamos, a temprana edad. Y después tiene su hijito. Dio parto por cesárea, porque a esa edad es muy poco, muy difícil eh enfrentarlo a un a un parto abdominal. Mejor dicho, vaginal. Pero después tiene un compromiso. Y este compromiso es a los 25 años. Entonces va al hospital y el hospital de salud o de Minsa la enfrenta al parto vaginal. En algunas entidades del estado, por ejemplo, los hospitales militares, toda mujer cesareada no debe ser enfrentada al parto vaginal. La oportunidad de ella de tener un parto más seguro es diferente. ¿Por qué? Porque puede existir el riesgo de que ese útero no tolere el trabajo parto se rompa. Y eso condicionaría una urgencia obstétrica que podría en riesgo tanto la vida de la mamá como la vida del bebé.*
- **Entiendo. ¿Usted conoce el concepto de violencia obstétrica?**
- *Eh, no. No me imagino este, ósea lo entiendo, pero no lo sabría definir tal cual.*
- **¿Entonces, en su entorno no es algo que se comente?**
- *No.*
- **Le voy a leer un listado de afirmaciones para que usted me comente si, en su entendimiento, esto podría calificar como violencia obstétrica. (Se lee listado).**
- *Bueno, he visto todo. Yo tengo más de 40 años de médico y mi formación en la especialidad de gineco-obstetricia empieza por los años 70. Entonces, he tenido oportunidad de conocer de esas afirmaciones, casi todas. Pero creo que la identidad de cada profesional se basa en, en observar, tamizar qué cosa es bueno y qué cosa es malo y sacar en, en provecho propio una conducta en el proceder de la conducción del trabajo de parto y sobre todo de la atención madre y niño. Porque la prioridad en una cirugía, por ejemplo, es vamos a ponernos un ejemplo, hay que operar un apéndice. Entonces yo tengo un solo paciente. Mi paciente es el que estoy operando, pero en un parto son dos. Entonces el binomio madre-niño es una unidad y la responsabilidad es doble. Entonces, eh, vamos a poner un, un ejemplo, el personal de salud sufre de apatía en el trato de, de, se distancia del paciente, cree saberlo todo. Es más, repite frases estereotipadas que, que, que se usan en, en la... en, en el ámbito del del trabajo, pero a veces sin sentido. Y eso lo he podido palpar. Entonces, depende de quién está conduciendo el*

momento y depende de quién está conduciendo el... el trabajo de parto para poner a la gente a trabajar desde el punto de vista científico. Porque el trabajo de parto es un momento de la naturaleza en que uno tiene que valorar todos los, todos los espacios. Saber en qué momento hacer cada procedimiento. Eso va a llegar a tener un trabajo de parto adecuado en el tiempo necesario con los peldaños de la escalera que hay subir o bajar, dependiendo de cómo vaya el trabajo de parto. Si uno no controla el trabajo de parto, el trabajo de parto se puede... puede terminar mal. Pero si uno conduce el trabajo de parto, ¿sabe si el trabajo de parto está yendo bien o no está yendo bien? Y va a tener que terminar en una cesárea. Es cierto lo de los diminutivos de la forma veces, este es de minimización del del paciente, pero eso es eso más... está relacionado a la atención de mujer a mujer. La mujer es muy peyorativa en el trato con otra mujer. Y las personas empiezan a valorar esto cuando van a la consulta ginecológica. Y encuentran una doctora en lugar de encontrar un doctor. Todos piensan que la... el trato con la doctora va a ser extraordinariamente bueno. Pero normalmente la mujer al atender a la, a la mujer es bastante distante. Entonces ahí empiezan a aparecer varias de las de las cositas que están en, en la relación tuya y que determinan este sentirse vulneradas o sentirse afectadas. Pero en realidad ninguna de las que de las cosas que suceden ahí son parte de de un trato inadecuado. Sencillamente es parte del argot que se utiliza por parte del personal, ¿no? Médico, en el momento del control. Y que, este, probablemente, eh, tengan mucha relación con los hospitales de salud o los grandes centros de atención. Porque no sucede eso en la práctica privada, por ejemplo. No sucede eso en donde yo me he formado, por ejemplo. No sucede eso. Pero sí lo he visto donde yo inicié mi trabajo. Donde es un médico por turno, hay 300 pacientes dando a luz, 300 trabajos de parto, las que atienden son personal profesional de obstetras y el trato pasa por la deshumanización. Que es quizás la causa principal de ese problema.

- **¿Qué acciones considera usted que son las más apropiadas para que la población de Lima, especialmente las mujeres, conozcan este concepto?**
- *Yo creo que lo más importante es difundirlo. Mhm. Eh, si uno, eh, enfrenta este con información el momento del, del parto, lo más importante es que va a haber una réplica, ¿no? Un feedback. Desde el otro lado de la de los actores que atienden el momento. Porque mientras nadie les diga qué está pasando en el sentimiento del paciente que se fue, no va a cambiar el sistema.*
- **¿Y cuál cree usted que es el rol del Estado en esta situación?**
- *El Estado... hm... no tiene mucho que ver ahí. Lo que tiene que ver ahí es la universidad. Porque la calidad de la atención depende de la formación de la persona. El Estado no, bueno pone el centro médico y lo dota con personas, no lo dota con personas de calidad. Entonces, el Estado no es, bueno, es el culpable final sí. Pero yo creo que es importante la calidad de la persona, la calidad de la persona que está atendiendo el momento. El que lidera el equipo médico en ese momento. Él es el responsable. Él es el que puede decir: “¿Sabes qué? No trates a mi paciente así”, o antes de romper la membrana le vas a explicar a la paciente que tienes que hacerle. Tienes que enseñar a respirar. Tienes que decirle que la sensación de angustia que ella está pasando con el dolor es un momento que va a durar hasta que ella cuente 90 segundos y después va a pasar el dolor y eso se va a ir incrementando, vas a darle eh salvavidas. Porque si tú abandonas un paciente de trabajo en parto, la paciente entra en pánico. Entonces, la idea es enfrentarlo con cultura y con conciencia. Yo creo que esos son los valores que hay que... que hay que cuidar.*
- **En esa línea, ¿consideraría significativo importante contar con una norma que regule los supuestos que mencioné? ¿Por qué?**
- *Sí, sí es importante. Porque eso no está escrito. Ese es este, digamos, eh..eh el recabar la es... el recabar esa información. Eh, no tiene una norma escrita por parte del Ministerio de Salud en el trato del paciente. Está escrito de manera general, ¿no? Claro. Como cualquier atención de, de salud. Pero específicamente así con detalle no existe. Entonces es importante tener una norma.*
- **¿Y qué aspecto considera que debería incluirse en esa acción?**
- *Bueno, lo más importante es, eh... primero nutrir... nutrir al a la paciente sobre cuáles son sus, sus derechos durante la atención. Yo creo que eso es lo más importante. Eh, como que existiera un libro de reclamaciones en la sala de parto. Entonces dónde, dónde ir a quejarse, con quién reclamar el momento, eh qué cosa es lo que le corresponde como paciente, qué es lo*

que le corresponde como, como madre que está dando a luz. Yo creo que eso tiene que estar escrito. No está escrito, yo no conozco ninguna norma en salud que lo detalle así con con digamos con finesse, ¿no? Sobre la violencia obstétrica, eh, yo creo que habría que poner un apellido, ¿no? Violencia en la atención obstétrica, podría ser. No, porque violencia obstétrica significa pegarle a la paciente, ¿no? Y así suena como violencia a la mujer y que engloba más ¿no? Por ejemplo, aspectos emocionales, aspectos físicos. Aquí violencia en la atención en la atención obstétrica creo que resumiría más y centraría más en el tema. Es más, hay escuelas donde la gente cree que... que por meter a la gestante en el agua esté el niño va a nacer mejor. Entonces son corrientes progresistas que en realidad más es lo que complica el manejo general de nacimiento, que es una cosa totalmente natural. Entonces, por eso es que es importante la información, la parte científica que la madre debe tener. Ahí había algunas escuelas de... que enseñaban a las gestantes psicoprofilaxis. Yo creo que debería volverse universalizar ese tipo de formación, donde le enseñan a respirar. Claro que yo conozco muchísimas personas, muchísimas personas que han pasado por la escuela de psicoprofilácticas. Pero cuando pasan de cuatro a cinco de dilatación, el dolor las transforma de tal manera que se olvidan de cualquier de cualquier escuela que haya... que hayan seguido, ¿no? Entonces, todo está en el nivel emocional que la paciente mejor maneje. Hay pacientes que se quieren tirar por la ventana, literal. A mí me han agarrado pacientes del pelo. Así y no me he tenido que atender el parto con mi cabeza pegada a su barriga. Porque el dolor cambia a la persona. Y... yo creo que la norma debería involucrar a todos. Porque la guardia obstétrica tiene un jefe que es el médico jefe de turno de guardia. Ese señor es el responsable de todo lo que pase en la sala. Si hay un auxiliar, una técnica que comete un error, es responsabilidad de él no haber educado a su personal. Por eso, cuando uno entra a una guardia, uno reúne su equipo de guardia. Él dice, "yo soy el doctor fulano de tal, tengo a mi cargo este equipo y en este equipo yo soy el que toma las decisiones. Cada uno en su nivel va a darme parte de cómo va la cosa en forma escalonada, la auxiliar le da a la obstetriz, la obstetriz le da a la obstetra de piso, a la obstetra de piso le da al jefe". Por ejemplo, en la Maternidad Lima, son 300 mujeres dando a luz, en el primero, segundo y tercer nivel. Había un médico que portaba la guardia, pero habían 30 o 40 obstetrices atendiendo partos y debajo de ellas las alumnas de obstetricia, y por encima de ellas las internas de obstetricia. Entonces son varios estratos del nivel y cada uno tiene una responsabilidad. Y eso es importante porque en la obstetricia se tiene que anotar todo. Si yo atiendo y examino a una paciente, no es porque a mí se me ocurre examinarla, sino porque tiene un momento en el que yo tengo que saber cómo va ese progreso. Porque no soy yo el único que examina. La verdad que yo voy a examinar a esa paciente, leo su historia. Y veo cómo va a ir la hoja de trabajo de parto escrita por mi colega. Porque de repente yo entro a la guardia y no da a luz conmigo la paciente, sino con la guardia siguiente. Entonces, esa concatenación de datos es importantes para la conducción del parto de la persona humana que está echada en esa cama y de la responsabilidad de ese binomio madre y bebé. Mhm. Y lo más importante es cuidar que todo salga bien, ¿no? Eso es lo más importante.

Sujeto 14

Especialización del participante: Enfermera

- **Para empezar, la primera pregunta es: ¿cuáles cree usted que son los principales o los más relevantes derechos de las mujeres de Lima en la atención obstétrica?**
- *Eh, bueno, yo diría que este... estar preparada para el momento, estar emocionalmente, física, físicamente preparada y tiene el derecho de elegir. Y este, ser atendida correctamente tanto ella como al bebé que está por venir, ¿no? O sea, completamente seguridad emocional, física en el momento de parto. Apoyo de la familia, apoyo del personal médico y de todo el entorno del personal de salud para ella.*
- **¿Usted considera que esto que nos está mencionando sucede en Lima actualmente?**
- *No necesariamente. Lamentablemente no sucede en todo Lima. En la parte privada, yo he trabajado años en la parte privada, entonces y también he trabajado en la parte de salud en el Hospital Naval, que es un hospital. Entonces, eh... la atención eh... la parte privada puedo decir que es casi personalizada. Eh, en la parte de salud el Hospital Naval es un hospital muy bueno. O sea, yo he estudiado ahí, he trabajado ahí toda mi vida y yo no podía comparar ese hospital con otro hospital a los que yo he ido como, eh, alumna o para pasar un stage de algo. Donde hemos vivido en realidad la hemos visto la necesidad que tienen, por ejemplo, Minsa, el seguro, que no tienen las mismas condiciones de atención. Este, la logística que podría ser en una parte privada o digamos en los hospitales armados, ¿no? Donde yo... de donde yo vengo. Entonces este, y por este, personas amigas que me han contado cuando han sido atendidas en el seguro social, me contaban cosas que, lo que habían pasado, que era totalmente indiferentes el personal. Una amiga licenciada, enfermera que pasó por, por seguro, la regresaron hasta tres veces. Entonces yo decía: "Dios, ¿cómo puede pasar eso?" Quizás porque yo no sentí eso. Yo di a mis dos hijos también en el hospital Naval. Pero quizás por lo que era mi casa y que era la familia Naval, de repente tuve, este, una buena, pero no sucede cuando digamos uno no tiene padrino/madrina entre comillas, uno tiene un conocido dentro del hospital, digamos, este, de salud o de Minsa, ¿no? Entonces, lamentablemente no todas son atendidas como deberían ser. Sus derechos no se cumplen al 100%.*
- **¿Usted conoce el concepto de violencia obstétrica?**
- *Eh... Sí, pero no tanto, por ahí comentando con una de las obstetrices, me dice "es que realmente desde que entran puede haber violencia, desde el momento que la atiende y después, todo lo que le espera para el parto, ¿no? Cómo la tratan, el tratamiento que le den emocionalmente, físicamente, no sé, moralmente." Pero yo personalmente no lo he vivido directamente.*
- **Le voy a leer un listado de situaciones y usted me comenta si considera que con lo que ha conversado, con lo que sabe de violencia obstétrica, sí eso podría calzar dentro de ese concepto. (Se lee listado).**
- *Creo que todos. Absolutamente todos. Como te digo, no lo he vivido directamente, por lo que te cuento que vengo de un hospital, eh, de la Fuerza Armada. Eh, pero sí me lo han contado, eh, amigas que han pasado por eso. Licenciadas, me han contado en técnicas que han pasado por esos hospitales y me cuentan que, al momento de dar el parto, a luz, generalmente son atendidas con las obstetrices y hay obstetrices de todo, ¿no? De todo. Pero en ese momento sí las tratan como, o sea, se quejan de dolor y, y que ya no pueden más y efectivamente les dicen así: "ahora te duele, ¿no? Y para abrir las piernas no te dolió." O sea, desde ahí no más, obviamente, no puedes quejarte porque inmediatamente te dicen todo lo que tú has leído en el listado. Y también lo otro que la pueden, este, venir a revisar desde alumnos, internos, qué sé yo, no, no el mismo médico directamente, ¿no? Su médico. En los hospitales no tienes un médico para ti. Es un médico, o sea, te puede tocar cualquier médico. Tú vas a una consulta, te toca un médico, vas a otra consulta, te toca otro médico y así. Y cuando te das parto no sabes ni quién te va a atender nada, nadie, ¿no? Entonces, es verdad, eso es muy diferente a ser atendida en una clínica o en un hospital, digamos que, creo que hay hospitales que pagan algo. Mhm. Y que de repente pueden atenderse con un mismo médico personal, pero en la parte pública si hay mucho esta violencia.*

- **¿Usted qué acciones considera las más apropiadas para que la población de Lima, especialmente las mujeres, conozcan este concepto?**
- *Yo creo que, haciendo charlas, llevando a charlas, ahora yo veo que...que la tecnología ha cambiado mucho, las redes. Generalmente yo me enteraba por la televisión. En la televisión cuando comienzan a, eh, quieren, por ejemplo, decir el día del cáncer hacer tal día. Eh, las mujeres ya tienen que cuidarse. Ahora existe, ya se pueden cuidar haciéndose solamente una mamografía, ya tú puedes prevenir un cáncer de mama, ¿no? Y eso, si lo, y si lo dan, y si lo ponen, y si lo ponen todos los días, la televisión creo que llega mucha gente y yo creo que eso ayuda mucho, las charlas. Creo que en los hospitales hay obstetras o personal que se encarga de llegar a las a las pacientes que generalmente no, no tienen mucho conocimiento y todo eso, y le dan charlas, yo creo que por ahí o la misma atención cuando van a atenderse personalmente, tendría que haber grupos en ese momento, no sé, agruparlas. Yo creo que podrían llegar por ahí ahora. Yo no soy muy tecnológica, pero yo creo que si alguien se encarga de también alimentar todo esto por medio de, de las redes y darle una charla sobre eso, no sé, de repente podrían llegar a más personas, a más gente.*
- **¿Y cuál cree que es el rol del Estado en esta situación?**
- *El rol del Estado, bueno, debería ser que todas que se cumplan todos los derechos de, de la mujer de ser atendidas como debe ser, como personas que somos. Este y dándole ehm, su... cosa que yo lo veo difícil por todo lo que veo y escucho, pero debería el Ministerio de la Mujer, no sé, hacer algo más para que, para evitar poco a poco estas estas violencias obstétricas, ¿no? Este, no sé, y también llegar eh llegar a los hospitales, llegar a...a los grupos que pueden ayudar para que todas las mujeres sean atendidas como deberían ser atendidas.*
- **En el caso del personal a cargo de la atención, ¿cuál sería su rol o responsabilidad?**
- *Bueno, eso también esto no es siempre lo mismo porque tenemos un personal de salud, el personal de salud puede trabajar hasta los 70 años. Eh, es muy diferente tener a una persona de salud que tenga, no sé, pues 30 años o 25 que tú entras con las ganas de servir, de apoyar, de ponerte la camiseta y con personal también que ya están casi de salida. Te hablo un poco como un ejemplo de las veces que yo he podido ir a visitar a alguien a los hospitales del seguro de Minsa. Eh, veo enfermeras jóvenes y enfermeras este ya, ya, digamos, que están tienen su edad. Eh, y el personal no actúa como... como debería ser. Yo creo que la vocación la van perdiendo poco a poco por el cansancio. Pero también depende de cada persona, te voy a decir. Yo estoy casi ya, me falta poco, pero yo tengo el mismo espíritu y la misma camiseta cuando llego a mi trabajo hasta que salgo 100%. Entonces, este si hubiera más, eh, empatía de parte del, del personal de salud y mejorar su atención con ellas y este abogar por ellas, digamos, con las jefaturas, con todo lo que esté al alcance de las manos de ellas, mejorar la atención, mejorar la logística, qué sé yo, podríamos hacer algo más.*
- **En esa línea, ¿considera significativo o importante contar con una norma jurídica que regule los supuestos, por ejemplo, del cuestionario?**
- *Sí, yo creo que sí. Es importante. Yo no sé si legalmente haya muchas cosas que las mujeres podrían hacer para valerse si en algún momento hay daño para ella, ¿no? O físicamente. Tenemos tantos casos que yo escucho en la televisión que pasó esto, se perdió el bebé porque no lo atendieron, llegó y no la atendieron, llegó a las justas y le hicieron esperar y cuando ya la atendieron, perdió el bebé. Entonces, eh, no sé cómo estará la parte legal ahí. Eh, sé que cuando llega a salir se hace se hace evidente es porque la familia algo denuncia. Si no denuncian, nadie sabe nada. Solamente si denuncian, se llega a hacer ver algo y si sale la televisión y los y todo, llegan incluso a estar en el colegio médico que..que pasan por ahí y ya el decanato, todo eso, como te dice: "Bueno, está pasando esto." Llega si llega donde ellos, entonces ya comienzan a saber qué cosa ha pasado de investigar y comienzan a decir: "Bueno, ha pasado esto." Porque a veces también no es que hay que creerle todo lo que dice la familia, ¿no? Entonces hay que saber lo que dice la familia y hay que saber también lo que dice el médico qué pasó, porque a veces pasan cosas, yo te lo hablo como enfermera. A veces tú crees que es negligencia, que había alguien y no así, no es así. Muchas veces este, eh, los pacientes entran y les preguntas "¿Eres alérgica a algo? No, no soy alérgica nada." Ya... "¿Ha tomado antiinflamatorios?" "Sí, he tomado esto", y entramos así, sabiendo todo, todo lo que la paciente tiene y lo que no tiene. Con laboratorio, con riesgo, con todo, pero de repente hay algo que se*

usó, que nunca su cuerpo recibió y de repente reaccionan y, no ha sido una negligencia, como que ha sido un hallazgo en ese momento. Y a veces puede ser este mal final, ¿no?

- **¿Qué aspecto considera que sería el principal o más importante que poner en esa acción?**
- *No sé mucho de leyes, pero este, cuando firmamos un consentimiento de algo para alguna operación, algo, se pone los beneficios y también las cosas negativas. Entonces, el doctor te da acá, te va a hacer esta operación y puede este que consiste en esto, en esto, en esto, pero la parte también negativa que puede reaccionar, puedes tener adherencia, puedes tener unos queloides, puedes tener este... cosas que el doctor no sabe que tu piel va a reaccionar así. Entonces, de repente tú, "Doctor, ¿qué es esto? Me ha operado mal porque es un queleide, pero no es el doctor, es tu piel." Y así cosas, ¿no? Entonces, cuando firmemos los consentimientos, la persona cuando hay personas que no quieren firmar el consentimiento porque basta que pongan, les asusta, mejor dicho, les asusta, puede darte esto, puede darte un paro cardíaco, puede darte esto, puede darte lo otro, puede darte uno de aquellos. Entonces, tiene que venir su médico a explicarle que son puntos que se tiene que poner. No es que te va a pasar. Si no, se tiene que poner, porque por ahí ninguno de nosotros puede saber cómo reacciona tu cuerpo, todo y qué tiene que asegurar al paciente para su bienestar, hay que asegurar también al médico, como asegurar a la entidad que es la clínica o es el hospital. Por eso se hace esos consentimientos informados firmados. Entonces, este... toda ley tiene su beneficio y también, también tienen que aclarar que si puede pasar esto y la paciente quizás al firmar tiene que aceptar que efectivamente sí puede pasar eso, porque no va a ser culpa ni del médico ni la institución, incluso ahí dice: "Salvo de todo este... al, al profesional de toda culpa y a la al instituto, ¿no? Ahí donde estoy atendiéndome." Mhm. Quizás este, eh, que tengan la atención, eh, digamos que, que tengan la atención mínima indispensable que les pueda dar a ellas toda la seguridad en el momento de hacer atendidas, este, emocional y físicamente, ¿no? No sé, se me ocurre.*
- **Genial, muchas gracias.**

Sujeto 15

Especialización del participante: Interna

- **Entonces, basado en la experiencia que estás teniendo en este momento, ¿tú cuáles crees que son los principales o más relevantes derechos que tienen las mujeres en Lima en la atención obstétrica?**
- *Yo creo que uno de los, bueno, uno de los principales derechos que tiene una mujer en el ámbito obstétrico es el derecho a conocer, ¿no? A ser informada sobre todo lo que se vaya llevar a cabo en...en el proceso, ¿no? En este caso, que yo estoy en el área del centro séptico donde entran las mujeres que están en dilatación. Este, el derecho a saber de qué cada cierto tiempo se le va a hacer un tacto, este se le va a medir la barriga, ¿no? O sea, el hecho de informarle antes de realizar el procedimiento. Muchas veces veo que muchos profesionales como que no sé, por X motivos llegan y de frente actúan, ¿no? No avisan. Entonces, eh yo, yo veo que yo, como soy, este, todavía interna, te puedo decir que estoy un poco... no estoy tan fría como la mayoría. Este, veo que las pacientes te miran y te preguntan cómo qué está pasando, ¿no? Ya después sentarnos a explicar. Y eso es muy importante, ¿no? El hecho de darles a conocer qué es lo que va a pasar y a partir de eso qué es lo que va a suceder. Mhm. ¿No? Eh, también pienso que un derecho principal es estar acompañada. Pero también tiene sus aristas. Eso de estar acompañadas. Algunas no lo desean, otras sí, pero no hay alguien lo suficientemente fuerte emocionalmente como para estar acompañando ese momento, ¿no? Pero sí, tiene que haber un soporte, alguien de su soporte que esté acompañándolos durante todo el proceso. Normalmente en el hospital donde yo estoy hacen el parto acompañado, pero el proceso de dilatación puede durar horas, puede durar incluso 12 horas. Eh, las mujeres están solas. Obviamente con las obstetras, ¿no? Las obstetras, los médicos, que lo único que van y pasan el balón, y ya. Pero están solas, ¿no? Y creo que es muy importante tener en cuenta el acompañamiento no solo durante el parto, sino también durante ese momento, ¿no? Que creo yo, es el más difícil.*
- **Con eso en mente, la siguiente pregunta es: ¿Tú consideras que los derechos que me estás comentando se manifiestan realmente en Lima?**
- *No. La verdad creo que no. Mhm. Y eso yo eh me he puesto a pensar va a lo que es la cómo que ¿Cómo decirlo? Cuando... Cuando no se abastece. Mhm. No hay mucho, el centro de salud o el hospital no se abastece con la cantidad de pacientes. Entonces, por ejemplo, ¿qué pasa? A nosotros nos gustaría que las mujeres, mientras están dilatando, estén acompañadas. Pero no solamente estamos con una en esa sala, están cuatro o cinco pacientes en donde cada cierto tiempo se les hace un tacto, se les ve sus partes íntimas y pues imagínate que esté el esposo de la otra viendo eso, el entonces, en ese sentido como que también, ¿no? Este, poder pensar en el resto, o sea, por eso te digo que es una, es una situación que tiene muchas...que no se, por el momento creo que no se podría aplicar por esa razón. La falta de abastecimiento, la aglomeración de personas que necesitan una atención. ¿No? Y eso.*
- **Voy a leer una un listado de de afirmaciones, quisiera saber si es algo que tú consideras que podrían ser ejemplos de violencia obstétrica. (Se lee listado).**
- *Yo creo que todas, de cierta manera todas. Si bien puedo decir que, en nuestra realidad, bueno, en la realidad donde yo estoy se busca la mejor manera de abarcar, siempre va a haber eso. Y la verdad, yo hasta ahorita no entiendo por qué, porque también conozco colegas que seguro llegan mal, mal de su casa, no sé, tratan mal a una paciente, no le tienen paciencia, ¿no? Entonces este yo creo que es, o sea, Y la verdad no sé por qué todavía. Todavía creo que soy muy, muy bebé en ese sentido, ¿no? Este, porque yo siento que con todas las pacientes hay que tener paciencia. Cada una pasa un momento muy, muy diferente, algunas lo llevan bien, otras lo llevan mal, algunas son muy calladas, otras son las que más te hablan y tienes más empatía con ellas, ¿no? Porque, porque están constantemente hablándote, ¿no? En todo el proceso. Como también hay otras que no están bien educadas y no saben nada del proceso, son un poco ignorantes en ese sentido. Pero para eso creo que estamos nosotros, ¿no? para explicarles. Como también hay mujeres que vienen super preparadas y es una lástima cuando ves a mujeres super preparadas que saben todo y el parto no termina como ellas querían, ¿no?*

- **En tu entorno, ¿se habla del concepto de violencia obstétrica de alguna manera?**
- *La verdad no le he escuchado. No he escuchado que en sí tengan cuidado con esto, no hagan esto, no. Lo he estudiado en la universidad, pero que haya escuchado en el entorno del hospital que tengan cuidado porque eso es violencia. No.*
- **¿Tú qué acciones consideras que son las más apropiadas para que la población de Lima, especialmente las mujeres, conozcan y comprendan este concepto?**
- *Yo creo que la educación. En la obstetricia nosotros este un ámbito de nuestro trabajo es la psicoprofilaxis obstétrica. Y ese, esa área tiene como finalidad educar durante el embarazo a toda mujer para que aprenda sobre el embarazo, el parto y después del parto incluso incluso eh... conozcan a su bebé, ¿no? Que tiene, que signos de alarma, información sobre qué deben hacer. Hay una fase en donde incluso la llevan a conocer las instalaciones del hospital en donde acá van a hacer esto, acá van a hacer esto, esto. Pero sí creo que es muy importante también qué profesional da ese curso, ¿no? Porque en parte es una especialidad de la obstetricia... y es ehh... yo creo que no cualquiera puede dar un taller de psicoprofilaxis obstétrica, porque también se presta a que lo lleve sus propias creencias, sus propias convicciones, ¿no? Mhm. Porque se hace así y así, ¿no? Entonces, yo creo que uno en ese caso se debe enseñar de forma neutral. Para que la mujer esté bien informada. Y también me he dado cuenta que lastimosamente por más que tú des una buena charla, una buena clase, no todas van. Y ahí es cuando se presta para otras cosas, ¿no? Claro. Entonces lo ideal sería que todas, que sea como que obligatorio, ¿no? Educar más a la población para decir, "Embarazo es igual a psicoprofilaxis obstétrica" porque les ayudaría demasiado.*
- **¿Y cuál crees que es el rol del estado y del personal a cargo de la atención en esta situación?**
- *Yo creo que el Estado debe invertir un poco más en las instalaciones. Las instalaciones son mayormente un hospital público, tú vas a ver que son frías, de un color tal, que no sé cuánto. Por ejemplo, este la vez pasada decía a una de las obstetras le comentaba: "Ay, hay que poner letreros, ¿no? Porque en la sala de parto hay un letrero que dice: "Soy una mujer fuerte y capaz." Pero está bien chiquito, ni se lee. Y yo le, y yo le digo: "¿Por qué no ponemos más letreros acá en la sala de dilatación? Para que las mujeres estén como que más distraídas, se den fuerza, porque hay mujeres que lo leen y se lo toman a pecho, mujeres que mientras están empujando dicen: "Yo soy fuerte, yo soy fuerte, yo soy fuerte." y la verdad que es lindo escuchar eso por parte de ellas. Y este, entonces yo le decía eso y la obstetra me mira y me dice: "ay, acá no quieren nada." Entonces, este, yo creo que va más allá, dejar de ser un poco cuadriculados, el Estado debería invertir un poco más en tener instalaciones más grandes para que se pueda dar lo que es el acompañamiento, ¿no? Tal vez eso es una utopía pensar en eso. Ah, sí, entonces en una clínica, uf, eso se lleva bien. Creo... creo que en la clínica Delgado se ofrece ese tipo de atención personalizada en lo que es este acompañamiento del parto. Pero en un hospital del estado, instalaciones pequeñas, una sala para un conglomerado de gente en cantidad que están en trabajo de parto, o sea, claro, es un poco difícil. Yo creo que invertir en espacios por parte del personal capacitarse, llevar tal vez algún curso, ser obligatorio algún curso de inteligencia emocional. Para poder afrontar esos momentos, ¿no? Uno puede estar mal en casa todo, pero la paciente no tiene la culpa.*
- **¿Y considera importante contar con una norma jurídica que regule los supuestos, como el listado que te comenté, de violencia obstétrica?**
- *Podría ser que sí, yo creo que sí, sí debería haber, pero este y se debería dar a conocer no solamente para como para generar miedo a los profesionales que tienen, sino también como un incentivo, ¿no? De que de mejorar esta atención. Y en el caso de las personas que reciben esa atención si escribiera esta ley, sí hay, sí hay, pero muchas no la, no las conocen, entonces no se quejan, incluso uno mismo estando, eh, mal en un hospital y te tratan mal. ¿Con qué ganas vas a decir que, si estás mal, pues, ¿no? Lo que sí vi, me acuerdo una vez en el en el hospital me contaron que hubo un caso de una señora que querían que lo operen cesárea y el doctor no lo veía prudente todavía porque para variar también creo que hay solamente dos salas de operaciones y tienen que priorizar emergencias. Entonces, una mujer puede estar con dolores, puede estar sufriendo, pero si te viene una paciente, una gestante que los latidos del bebé están bajando, obviamente vas a priorizar esa mujer.*

- **¿Y qué aspecto considera que debería incluirse en esta acción, en esta norma?**
- *Para el profesional... pondría una para el profesional como que una normativa para el profesional en su atención y otra normativa en general, ¿no? para cualquier centro de salud que brinde ese servicio. Para el profesional sería este, tal vez llevar algún curso obligatorio antes de, de...de colegiarse cuando uno cuando para trabajar tienes que estar colegiado. O durante la colegiatura en donde te brindan este... inteligencia emocional, trato al paciente, eso no hay. Eso tú lo aprendes en el campo, pero ese tipo de cursos no hay. Y debería ser o tal vez es inculcar en la misma universidad durante el durante el pregrado, no un curso de educación emocional, trato al paciente, basado en la ley. Que sea obligatorio. Hm, y en cuestión de los centros de salud, tal vez brindar más acceso al familiar. Hablo de otros centros de salud públicos. Mhm. Más acceso a los familiares. Hay mucho recelo en ese sentido, incluso antes no dejaban que entren con celular, ahora ya están dejando. Pero también es un arma de doble filo. Yo me doy cuenta con las personas con las que estoy ahí, ya sea técnicos, doctores, etcétera, enfermeros... este, no les gusta mucho que estén con celular porque se presta a que estén grabando. Haces algo y lo pueden tomar a mal tu sabes cómo son ahora las redes sociales. Mhm. Entonces, también por ese lado, ¿no? Pero eso sí, brindar más acceso al familiar.*
- **Eso sería todo. Muchas gracias.**