

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Análisis de la Experiencia Laboral en Investigación de la Violencia Obstétrica: Sistematización de una Oportunidad para Generar Dialogo y Puentes Interdisciplinarios

Trabajo de Suficiencia Profesional para obtener el título profesional de Licenciada en Antropología
presentado por:

Iguñiz Romero, Ruth Anunciación

Asesor:

Castillo Guzmán, Gerardo Manuel


Lima, 2024

Informe de Similitud

Yo, Castillo Guzmán, Gerardo Manuel docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado Análisis de la Experiencia Laboral en Investigación de la Violencia Obstétrica: Sistematización de una Oportunidad para Generar Dialogo y Puentes Interdisciplinarios del/de la autor (a)/ de los(as) autores(as) Iguñiz Romero, Ruth Anunciación dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 17%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 09/09/2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 11 de septiembre del 2024

Apellidos y nombres del asesor: <u>Castillo Guzmán, Gerardo Manuel</u>	
DNI: 07976242	Firma 
ORCID: 0000-0002-2854-5585	

Resumen

Las mujeres vivimos expuestas cotidianamente a distintas formas de violencia que han sido naturalizadas e interiorizadas a tal punto que no son reconocidas por los victimarios y en algunos casos ni por las víctimas. La violencia obstétrica (VO) es una forma de violencia invisibilizada inmersa en prácticas médicas individuales e institucionales que nace de y reproduce otras formas de violencia estructurales. La experiencia de trabajo profesional que se presenta reflexiona acerca cómo la formación y experiencia laboral han contribuido en el desarrollo teórico y metodológico en un proyecto de investigación interdisciplinario e interinstitucional. Así como, acerca de los aportes y oportunidades que brinda la antropología al estudio de los problemas de salud, acceso a la salud y ejercicio de derechos reproductivos de las mujeres. Esta aproximación antropológica permitió analizar cómo se relacionan las prácticas médicas y las normativas sanitarias con las concepciones socio-culturales del proceso reproductivo y las relaciones de poder dentro de sistema de salud como institución/organización social. Una aproximación antropológica es particularmente importante como herramienta para recoger, analizar y visibilizar la existencia de prácticas de VO de los mismos profesionales de salud a pesar de no ser nombradas o reconocidas como tales, las relaciones de poder subyacentes.

Violencia obstétrica, medicalización del parto, investigación cualitativa, antropología médica.



Índice

Introducción	1
1. Contexto profesional (justificación)	5
1.1. Objetivos del trabajo de suficiencia profesional	7
1.2. Aproximación metodológica	8
2. Aproximaciones teóricas al estudio de la violencia obstétrica.....	10
2.1. Reconocimiento legal-oficial de la violencia obstétrica y los derechos humanos	11
2.2. Los estudios sobre reproducción en la antropología.....	14
2.3. Aportes teórico-conceptuales de la antropología de la salud y las relaciones de poder	16
2.4. Gobernanza reproductiva.....	20
2.5. Justicia reproductiva	22
3. El Caso de la experiencia profesional	24
3.1. Descripción del proyecto de investigación	25
3.2. Resultados de la investigación que constituye la experiencia profesional	29
3.2.1. Atención de calidad en el contexto biomédico y violencia obstétrica..	31
3.2.2. Tipologías para el análisis de las prácticas de violencia obstétrica	33
3.2.3. Experiencias de atención de partos y precepciones de violencia por parte de los profesionales de salud	36
3.3. Participación como antropóloga en la experiencia profesional de investigación interdisciplinaria e interinstitucional.	42
4. Conclusiones	44
4.1. Reflexiones del caso: la investigación interdisciplinaria e interinstitucional	45
4.2. Reflexiones desde y para la antropología	48
Referencias bibliográficas.....	50



Índice de Tablas

Tabla 1.	Participantes en el estudio de investigación	27
Tabla 2.	Tipologías de Violencia Obstétrica Comparadas	34
Tabla 3.	Tipología de Violencia Obstétrica de Castro y Savage	35



Índice de Gráficos

Gráfico 1. Cronología de la experiencia profesional de investigación24



Introducción

La experiencia profesional que sistematizo involucra mi participación como investigadora en el proyecto de investigación titulado “Violencia obstétrica y la patologización del parto en el Perú: antecedentes históricos, aproximaciones actuales, e impacto en la salud y en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres” que se realizó durante el período 2016 - 2017. Mi participación tuvo lugar como parte de mi trabajo profesional en calidad de profesora e investigadora en la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Como antropóloga, mi participación liderando un componente del estudio tuvo como objetivos diseñar el proyecto, conducir y supervisar el recojo de información a través de entrevistas, realizar el análisis de los datos recogidos a través de las entrevistas, así como participar en el análisis conjunto de los hallazgos históricos y de campo para la presentación de resultados del proyecto en diferentes espacios.

La experiencia empezó con la preparación de un proyecto de investigación multidisciplinaria e interuniversitaria para postular al concurso – Premio de Investigación Interdisciplinario e Interinstitucional (PIIM) 2016 - promovido por el Consorcio de Universidades. En este contexto, el proyecto fue presentado por la UPCH y la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP) (por el carácter interinstitucional) y por una antropóloga y analista de políticas públicas (yo) y un historiador (Jorge Lossio) (por el carácter interdisciplinar). A partir de un interés común por el estudio de la salud materna, los derechos reproductivos y de la historia de la medicina, identificamos en conjunto el objetivo y diseño del proyecto.

Mi interés por la salud emerge en mis años de estudiante de pregrado en antropología en la PUCP. Durante la carrera, el interés acerca de la salud materno-infantil y la relación entre las condiciones/desigualdades estructurales y las experiencias/prácticas de las personas (Scheper-Hughes, 1992) surge motivada por la profesora Jeannine Anderson. Este interés por la salud como campo de análisis se fue consolidando y ampliando a través de mi estudios y tesis de maestría en antropología que exploró el debate entre la iglesia católica y las organizaciones feministas en el contexto del programa nacional de planificación nacional de los años 1990s en Perú (Iguñiz Romero, 2007); y de doctorado en políticas públicas que analizó la relación entre los espacios institucionales de participación social y los cambios en las políticas de prevención de mortalidad materna en el Perú de 1990 al

2010 (Iguñiz-Romero, 2016). El análisis de las condiciones socio-político-económicas estructurales que afectan la salud (Farmer, 1999; Farmer, 2003), así como las relaciones de poder entre actores sociales y políticos en los procesos de las políticas de salud reproductiva en la década de los 90; en particular los debates entorno a las políticas de planificación familiar, la mortalidad materna y los derechos humanos (Iguñiz Romero, 2007) sumado al énfasis antropológico en la relevancia de los contextos específicos (institucionales, sociales y culturales) en los cuales se desenvuelven e interactúan las personas y se toman las decisiones políticas se complementaba con una mirada histórica orientada a dar cuenta de los procesos sociales de mediana y larga duración para situar y entender las experiencias actuales. Me acerco a los estudios e investigadores de la historia y las políticas de salud, a través del trabajo de Anne-Emanuelle Birn (asesora de tesis doctoral) y de Marcos Cueto (profesor de UPCH cuando me incorporo a dicha universidad), quienes influyen mi interés por las políticas de salud sexual y reproductiva en Perú (Iguñiz-Romero, 2016) e interés en salud materna en términos más amplios. Al culminar mis estudios y regresar a Lima conocí a Jorge Lossio y su trabajo en historia de la salud en el Perú.

La convocatoria del concurso de investigación del Consorcio de Universidades promoviendo investigaciones interdisciplinarias e interinstitucionales fue un gran incentivo e impulso para retomar contacto con Jorge Lossio e identificar puntos de interés comunes en el marco de la convocatoria. El trabajo de investigación planteó identificar y comprender los impactos del proceso histórico de medicalización del parto a partir de la experiencia de los profesionales de salud (obstetras y gineco-obstetras) y de los procedimientos a las que son sometidas las mujeres durante el proceso de gestación, parto y puerperio en la actualidad; en muchos casos percibidos y denunciados como agresivos y violentos. La mirada antropológica permitió mirar al sistema de salud como un sistema u organización socio-cultural y político que refleja y reproduce las relaciones de poder de la sociedad en la que se inscribe. En el segundo capítulo se describe con más detalle la experiencia y el proyecto de investigación.

Mi interés académico por la salud reproductiva de las mujeres empezó en la década de 1990 con preguntas sobre las oportunidades que tenemos las mujeres de tomar decisiones respecto al ejercicio de nuestra sexualidad y reproducción, así como de influir en decisiones de políticas de salud e intervenciones que afectan

directamente nuestro acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, y nuestras vidas. Esa década estuvo marcada, por un lado, por las conferencias de Naciones Unidas de Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y sobre la Mujer (Beijing, 1995) en las cuales los movimientos feministas y de mujeres estaban muy activos y presentes en la discusión de propuestas de políticas que ampliaron el reconocimiento de los derechos de las mujeres, en general, y los derechos sexuales y reproductivos, en particular. Por otro lado, las políticas neoliberales y los ajustes estructurales en el gasto público y la provisión de servicios de salud afectaron directamente en el ejercicio de los derechos sociales ganados. Las contradicciones, avances, retrocesos y violaciones de derechos que tuvieron lugar en esa década en el país, por intervenciones y políticas sustentadas en el logro de indicadores orientados por objetivos de crecimiento económico y de desarrollo (como los Objetivos de Desarrollo del Milenio al 2020), han sido ampliamente estudiados desde las ciencias sociales (Barrig, 2001, 2002; Birn et al., 2016; Boesten, 2003, 2007; Ewig, 2006, 2010; Iguiniz Romero, 2007; Rousseau, 2006, 2007).

Mi práctica profesional en investigación y docencia en el campo de las políticas de salud pública, me ha llevado a expandir ese interés en el análisis de la formulación y diseño, al campo de la implementación de las políticas de salud reproductiva, en el cual las mujeres (individual y colectivamente) tienen otras (aún menores) oportunidades de influir en las decisiones relacionadas con la puesta en práctica de esas políticas en sus propios cuerpos y en espacios concretos de la prestación de servicios de salud.

Mi trabajo e interacción directa con personal de salud en el ámbito de la formación e intercambio académico han nutrido mi interés en estudiar cómo se transfieren importantes conocimientos y prácticas médicas, cómo son las relaciones entre personal de salud, y entre ellos y las personas a quienes atienden. Mi formación profesional como antropóloga me posiciona en calidad de “observadora participante” (Andrea Cornwall, 2018) en un espacio de docencia-investigación prioritariamente médico/sanitario, en el cual puedo visibilizar, reflexionar y cuestionar los procesos y circunstancias en las que se reproducen las jerarquías de poder y relaciones asimétricas características de los sistemas de salud.

El objetivo de este trabajo de suficiencia profesional es reflexionar acerca de cómo mi formación y experiencia antropológica ha contribuido en el desarrollo teórico y metodológico del proyecto de investigación que se presenta como experiencia

profesional. Así mismo, busca reflexionar acerca de los aportes y oportunidades que brinda el incorporar una mirada antropológica al estudio de los problemas de salud, acceso a la salud y ejercicio de derechos reproductivos de las mujeres.

Con este objetivo en mente, presento, en el capítulo segundo, una síntesis de los principales enfoques que desde la antropología han abordado el estudio de la salud reproductiva y las relaciones de poder en el campo de la salud, dentro del cual se enmarca el estudio de la violencia obstétrica. Estos son el campo de la antropología de la salud, el campo de los estudios de (violencia de) género, y el campo de salud pública/biomédico. En un tercer capítulo, describo la experiencia de trabajo de investigación desde el proceso de identificación del interés interdisciplinario en el tema, las distintas personas involucradas, sus objetivos y métodos y principales resultados. Así como, mi participación como profesional de antropología durante los distintos momentos de la experiencia. En el cuarto capítulo, comparto las reflexiones que surgen a partir de la experiencia profesional de investigación sobre violencia obstétrica en dos niveles: aquellas que surgen del trabajo profesional como parte de un equipo interdisciplinario de investigación; y aquellas reflexiones que esta experiencia de trabajo profesional puede aportar a la antropología como disciplina, y a la formación antropológica e interdisciplinaria.

1. Contexto profesional (justificación)

Sistematizar esta experiencia como investigadora profesional es importante porque sitúa los procesos y aportes de la investigación antropológica en un contexto de promoción de la interdisciplinariedad, entendida como la aproximación a la complejidad de todo problema social desde distintos abordajes en diálogo; como el análisis histórico, antropológico y de salud pública.

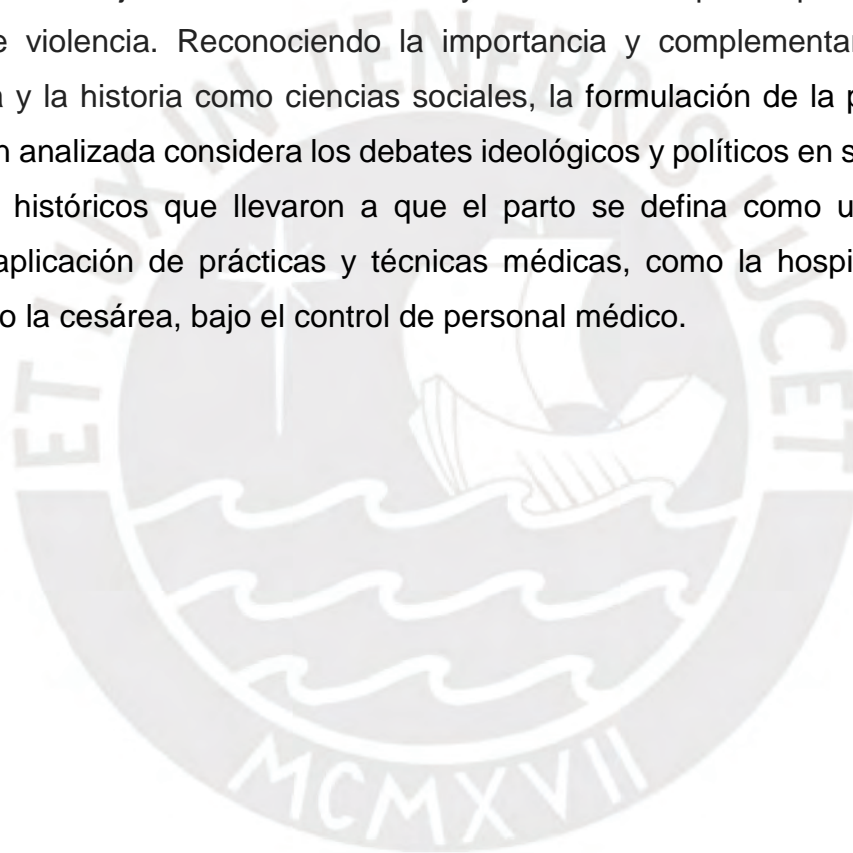
Las herramientas metodológicas y teóricas de la antropología y las ciencias sociales contribuyen al análisis crítico de las relaciones de poder entre individuos y actores sociales en diferentes espacios institucionales y socio-culturales. A su vez, permiten analizar las relaciones de poder entre las disciplinas científicas en el mundo académico y profesional. En el primer caso, nos permiten aproximarnos a las experiencias de las mujeres y personal de salud, visibilizando situaciones de violencia obstétrica. En el segundo caso, nos permiten situar los campos de acción médica y los sistemas de salud como espacios en interacción con otras esferas de la vida social, estableciendo relaciones y dinámicas de poder propias y susceptibles de ser estudiados. La experiencia de investigación que sistematizo en este informe buscó explorar en qué medida las relaciones de poder de la práctica médica - al apropiarse de los procesos de atención del embarazo y el parto- se sustentan en una supremacía “técnica” o científica, que intenta opacar otras causas de desigualdad y dominación interseccionales (Crenshaw, 1989).

Los estudios desde la salud pública y desde los estudios de género se enfocan prioritariamente en recoger las experiencias de atención y/o violencia que viven las mujeres en los establecimientos de salud, el embarazo y parto; pero por distintas razones, no se aproximan a las y los trabajadores de salud, quienes son el otro sujeto en la interacción. En cierta medida, la experiencia de investigación puede ser vista como estudio de las “élites” al partir de reconocer la posición de poder de los trabajadores de salud sobre las mujeres dentro de las instituciones de salud. Posición que también hace más difícil acceder a ellos como sujetos de estudio.

La importancia política de la experiencia profesional que se presenta, por su temática y abordaje interdisciplinar, va más allá de la contribución académica de sus hallazgos, ya que permite cuestionar o pensar alternativas de intervención y cambios sociales. Como se verá más adelante, entre los estudios y normas vinculadas a la violencia obstétrica predominan aquellos que se centran en las experiencias y

demandas de las mujeres víctimas por una atención de calidad. La experiencia de investigación, al identificar aspectos de preocupación comunes entre personal de salud y las mujeres, logró identificar y analizar las prácticas y experiencias del personal de salud involucrado en la atención obstétrica, como primer paso para promover e incidir en el dialogo necesario para la prevención y el cambio en las relaciones de poder existente y/o en las formas de ejercicio de dicho poder.

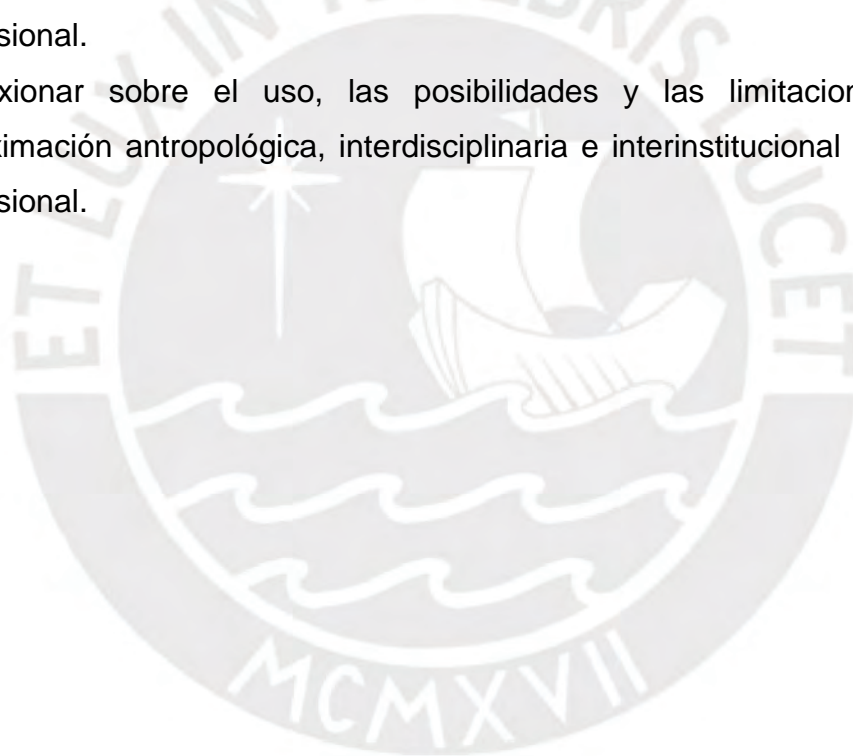
Por otro lado, la presentación de esta experiencia profesional en investigación interdisciplinaria es importante porque para comprender y abordar las relaciones de poder actuales también es necesario considerar los procesos históricos desde los cuales se han ido forjando dichas relaciones y estructuras de poder que sustentan las prácticas de violencia. Reconociendo la importancia y complementariedad de la antropología y la historia como ciencias sociales, la formulación de la propuesta de investigación analizada considera los debates ideológicos y políticos en sus contextos y desarrollo históricos que llevaron a que el parto se defina como un asunto de atención y aplicación de prácticas y técnicas médicas, como la hospitalización, la episiotomía o la cesárea, bajo el control de personal médico.



1.1. Objetivos del trabajo de suficiencia profesional

Los objetivos centrales del presente informe de suficiencia profesional son los siguientes cuatro:

1. Describir y analizar la experiencia profesional como miembro de un equipo multidisciplinar e interinstitucional de investigación y mi participación como antropóloga en dicha experiencia.
2. Presentar las diferentes aproximaciones conceptuales para el estudio de la violencia obstétrica desde la antropología y la salud pública; resaltando la participación de los distintos actores en los debates académicos.
3. Presentar los principales resultados de la investigación y reflexiones sobre el trabajo antropológico realizado, que forman parte de esta experiencia profesional.
4. Reflexionar sobre el uso, las posibilidades y las limitaciones de una aproximación antropológica, interdisciplinaria e interinstitucional en el campo profesional.



1.2. Aproximación metodológica

La experiencia de trabajo profesional que se presenta consiste en la realización de una investigación interdisciplinaria exploratoria acerca de la violencia obstétrica, que se sitúa en el campo del análisis histórico y de la antropología de la salud. Los hallazgos y reflexiones que se presentan emergen de más de seis años de trabajo en la Facultad de Salud Pública y Administración de la UPCH (ya arriba se explicó el acrónimo), como docente e investigadora de políticas de salud, priorizando una metodología cualitativa que recoge la experiencia directa de las personas involucradas como actores sociales y ciudadanos (individuales); y un enfoque analítico crítico que los sitúa en contextos históricos, institucionales y socio-culturales específicos, interactuando en relaciones de poder.

Metodológicamente, mi formación en antropología me permitió aportar un enfoque analítico que considera las relaciones de poder e incorpora los enfoques de los derechos de las mujeres y la violencia contra las mujeres dentro de los estudios de políticas de salud materna e intervenciones de atención médica. En la experiencia de trabajo haciendo la investigación que se analiza, se aplicaron como técnicas y herramientas principales las entrevistas a profundidad con trabajadores de salud y mujeres gestantes que habían pasado por algún establecimiento de salud público y/o privado, la revisión bibliográfica y los grupos focales.

La mayor parte de la investigación sobre la salud materna y reproductiva y la violencia obstétrica tiene como punto de partida u objeto de estudio a las mujeres y su experiencia durante sus procesos reproductivos, el acceso a los servicios y a las tecnologías médicas. La experiencia de investigación priorizó identificar y aproximarnos a las instituciones de salud como campo social, a los profesionales de la salud como actores sociales con capital cultural; y a sus prácticas como *habitus*¹, utilizando conceptos desarrollados por Bourdieu (1980). El análisis se centró en explorar la violencia obstétrica desde el punto de vista de los profesionales de salud con la expectativa de evidenciar y generar conocimientos que contribuyan a crear

¹ El *habitus* se constituye en la práctica y cumple funciones prácticas que están asociadas a las condiciones asociadas a alguna clase o grupo humano particular (como los profesionales de salud). Este constituye «sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predisuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios que generan y organizan prácticas y representaciones que pueden adaptarse objetivamente a sus fines sin presuponer una búsqueda consciente de los mismos” ni una consciencia de su contribución a reproducirlos (Bourdieu, 1980, pp. 52-55). Traducción libre.

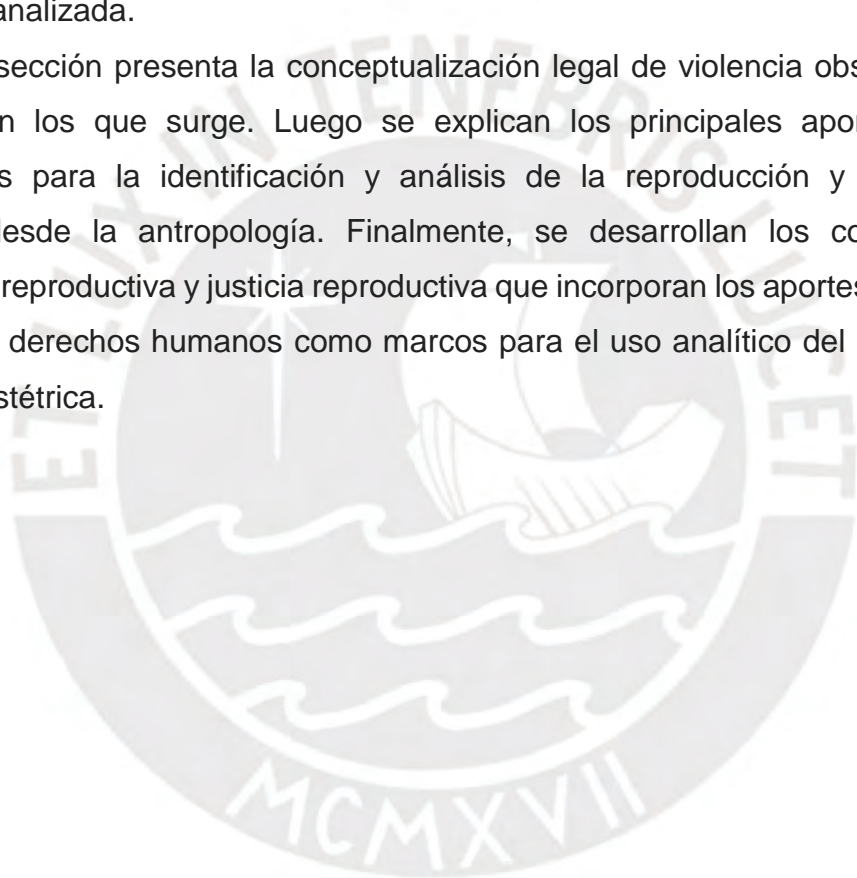
puentes de diálogo entre ambos interlocutores (mujeres y personal de salud); tomando en cuenta que en la mayoría de los casos estas interacciones ocurren durante los procesos e intervenciones de salud reproductiva que tienen lugar en espacios médicos institucionalizados.



2. Aproximaciones teóricas al estudio de la violencia obstétrica

La discusión teórico-conceptual acerca de la violencia obstétrica se enmarca en al menos tres grandes campos de conocimiento: el legal-normativo, el sociocultural/antropológico y el biomédico. En las siguientes secciones abordo los aportes desde el campo legal y de la antropología médica y de los derechos humanos y de género por su pertinencia con el objetivo del presente trabajo de suficiencia profesional en antropología. El campo biomédico, será incorporado en el capítulo tercero, en el marco de los hallazgos de la investigación que conforma la experiencia profesional analizada.

Esta sección presenta la conceptualización legal de violencia obstétrica y los contextos en los que surge. Luego se explican los principales aportes teórico-conceptuales para la identificación y análisis de la reproducción y la violencia obstétrica desde la antropología. Finalmente, se desarrollan los conceptos de gobernanza reproductiva y justicia reproductiva que incorporan los aportes de la teoría de género y derechos humanos como marcos para el uso analítico del concepto de violencia obstétrica.



2.1. Reconocimiento legal-oficial de la violencia obstétrica y los derechos humanos

El concepto de “violencia obstétrica” adquiere reconocimiento oficial en el 2006 cuando Venezuela se convierte en el primer país en el mundo en incorporarlo en su normativa. Diez años después, en el Perú, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) reconoce a la violencia obstétrica como "una modalidad específica de violencia institucional ejercida por el sistema de salud [...] como una forma de dominación y control sobre el cuerpo y la autonomía de la mujer"; que “comprende todos los actos de violencia por parte del 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” (“Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016- 2021”, DS N°008-2016-MIMP., 2016).

Sin embargo, la definición de la violencia obstétrica se viene gestando desde inicios de 1980 cuando las iniciativas feministas (como el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres – CLADEM en Perú) y de mujeres (como el grupo Espelho de Venuz, en Brasil) comenzaron a recoger e investigar sistemáticamente los testimonios de mujeres y describiendo explícitamente los partos institucionales como una experiencia violenta (CLADEM, 1998).

El estudio de la violencia obstétrica desde la mirada de los derechos humanos, promovidos por los movimientos feministas y organizaciones de mujeres, han sido fundamentales en el desarrollo de este marco y la visibilidad del problema. Desde esta mirada, se evidencia que la violencia obstétrica es una práctica de violencia verbal, física o emocional enmarcada en la violencia de género, por ser consecuencia de su posición de menor poder y autoridad frente al personal de salud (sea hombre o mujer). Bajo este enfoque legal y amplio de derechos, se pueden incluir el acoso, la violencia física y sexual en contextos de atención institucionales y la coacción de mujeres embarazadas durante su etapa reproductiva. Etapa que incluye el periodo no-gestacional (planificación familiar), el periodo gestacional, el parto y posparto por parte del personal de salud. Es así que toda cirugía forzada (como las realizadas en las campañas de esterilización de los 90 o cesáreas sin consentimiento), imposición de uso y tipo de método anticonceptivos, decisiones (acciones u omisiones) “médicas” sin consentimiento de la mujer o contra su voluntad, es clasificada como violencia obstétrica. En este sentido, la violencia obstétrica se concibe como violencia de

género (en tanto la condición de género femenino es requisito para la gestación y parto², pero, sobre todo, porque refleja situaciones de poder institucional que establecen y refuerzan las relaciones de poder que existen entre el/a proveedor de salud y la mujer receptora “paciente” de atención.

En situaciones y casos en los cuales la violencia ejercida por personal de salud femenino, la relación de poder se sustenta en la jerarquía de saberes que organiza a las instituciones sanitarias. En estos contextos, se refleja más claramente el valor del saber profesional, el saber biomédico frente al saber práctico del personal técnico o de la mujer acerca de su propio cuerpo. La preponderancia del paradigma tecnocrático y biomédico que legitima el “conocimiento autorizado”/ “autoritative knowledge” y legítimo (Davis-Floyd, 1994; Davis-Floyd & Sargent, 1996) contribuye a no reconocer e invisibilizar prácticas y experiencias de violencia.

Esta aproximación de derechos humanos, permite un análisis del problema de la violencia obstétrica con una mirada integral que abarca desde el nivel individual hasta el estructural de la violencia institucional o del sistema sanitario que experimentan las mujeres. Los enfoques de gobernanza reproductiva y justicia reproductiva que emergen de los derechos humanos permiten un abordaje académico/teórico y aplicado/práctico a través del generar cambios con acciones legales e intervenciones sociopolíticas. Estas fueron utilizadas para orientar el análisis de las experiencias de los profesionales de salud entrevistados y se presentarán en la siguiente sección, junto con los resultados de las entrevistas.

El avance en el reconocimiento de la violencia obstétrica en las normativas nacionales, aún no se ve reflejado en igual proporción a nivel de intervenciones y cambios en la atención de las mujeres. Asociaciones de mujeres (como El parto es nuestro, en España (Villarme et al., 2015)), empezaron a analizar y participar en diversos procesos de debate y reforma del sistema de atención obstétrico, y proponer la incorporación de espacios de escucha y soporte entre mujeres. En alianzas, principalmente con parteras, doulas, midwives y obstetras, se impulsa el movimiento por el parto humanizado o parto respetado en Sudamérica (Biurrun-Garrido & Goberna-Tricas, 2013; Diniz et al., 2015; Pozzio, 2016; Silva et al., 2020; Vela, 2015; Villarme et al., 2015).

El abordaje enmarcado en el movimiento de parto humanizado, tiene elementos

² Salvo algún caso excepcional reportado a la fecha y potenciales avances en las tecnologías reproductivas para la concepción y embarazos fuera de útero.

comunes con el enfoque de derechos y con el de calidad de atención. Centra la atención en la mujer quien, en tanto ser humano, debe recibir un trato digno y de respeto. En el Perú, el enfoque de “parto humanizado” ha sido incorporado en los lineamientos normativos de atención en el sistema de salud; sin embargo, existen muchas limitaciones para su comprensión e implementación. Los trabajadores de salud, como se evidenció en las entrevistas, han empezado a incorporar discursos de reconocimiento del derecho de las mujeres a recibir una atención de “parto humanizado”. También incorporan algunas (pocas) prácticas que no cuestionan o interfieren con las técnicas biomédicas (por ejemplo, los entrevistados relatan que ofrecen un “parto humanizado” porque permiten el acompañamiento de la pareja o persona que la gestante elija; mientras no interfiera con sus prácticas normales).

Hasta el momento, este enfoque pareciera ser el único punto de intersección que permitiría tanto a los trabajadores de salud como a las mujeres, empezar a dialogar en términos de derechos y de cambio en las prácticas atención y del sistema de salud.

Acompañando estos procesos políticos desde sus inicios en la década de 1970, resurge en la antropología la preocupación académica por comprender las vivencias de las mujeres durante la atención de los proceso reproductivos en el marco de la antropología médica (Davis, 2019; Davis-Floyd, 1994; Davis-Floyd & Sargent, 1996; Ginsburg & Rapp, 1991).

2.2. Los estudios sobre reproducción en la antropología

Desde una aproximación sociocultural, la antropología tiene una larga trayectoria estudiando la sexualidad; como enmarcada en contextos sociales específicos (Malinowski, 1987; Mead, 1928, 1930, 1950); como moldeadas por las instituciones sociales, económicas y políticas de las sociedades en las cuales ocurren (Foucault, 1978, 1985; Gagnon & Simon, 1973, 1987; Gordon, ed., 1980); y entendidas a partir de su relación con los roles de género y los sistemas de género culturalmente establecidos (Sherry Ortner & Whitehead, 1981; Vance, 1991)³.

Por su parte, los estudios socioculturales sobre reproducción buscan describir y comprender el cuidado del embarazo y parto; la fertilidad e infertilidad; abortos (espontáneo y provocado); las tecnologías reproductivas. Más recientemente, se han incorporado estudios sobre genética y discapacidades; en su mayoría relacionados con modelos e ideas de maternidad y familia que reflejan y dan forma a valores y estructuras sociales, morales y políticas (las reproducen y/o cambian)⁴.

Fuertemente influenciados por los movimientos feministas de la década de 1970 y los estudios de género, este campo de la antropología de la reproducción (y de la “anthropology of birth”) ha contribuido con la descripción y el análisis etnográficos de prácticas y significados relacionados a los procesos de embarazo, parto y puerperio en distintas culturas (Jordan, 1978). Así mismo, se han abierto camino en el campo de la antropología médica a través del análisis crítico del “crecimiento de la dominación institucional masculina sobre la reproducción y la mujer como paciente” (Browner & Sargent, 2007, p. 233).

El estudio de Jordan (1978), *Birth in Four Cultures*, es considerado pionero por argumentar que el parto y las prácticas de atención del parto son resultado de una producción cultural, ya sea en sistemas de atención biomédicos, como en sistemas de atención locales o tradicionales. A través de su análisis comparativo Jordan plantea que el conocimiento que vale o cuenta a la hora de tomar decisiones y actuar durante el parto es establecido a través de la interacción entre gestante/parturienta y quien la atiende/cuida. Acuñando así el concepto de “authoritative knowledge” o “conocimiento autorizado”.

³ Para más referencias, ver Lancaster & di Leonardo, 1997; Vance, 1991.

⁴ Por ejemplo, ver Browner & Sargent, 2007; Davis-Floyd & Sargent, 1997; Ginsburg & Rapp, 1991; Singer & Erickson, 2011.

La década de los 1980s en el contexto de la aparición del SIDA, los estudios antropológicos sobre la salud, el género y la sexualidad cobraron mayor relevancia también para el campo de la salud y la salud pública. La necesidad de entender esa pandemia abrió un espacio para la crítica al estudio del sexo y la sexualidad desde una perspectiva biológica y médica (evidentemente insuficiente para mitigarla). En este contexto, cobra fuerza la difusión y el desarrollo de una perspectiva socio-constructivista y de género, que permita no solo describir las prácticas sexuales sino entender sus matices en contextos socioculturales, económicos y políticos específicos y contribuir al desarrollo de acciones e intervenciones.



2.3. Aportes teórico-conceptuales de la antropología de la salud y las relaciones de poder

En esta sección presento cuatro aportes teóricos-conceptuales de la antropología de la salud que considero importantes para el estudio de la violencia obstétrica y para el análisis de esta experiencia de trabajo profesional.

Un primer concepto importante para posicionar este y otros trabajos de investigación sobre violencia obstétrica es el de “sistema de salud” (“health care system”) entendido como sistema de estructuras y funciones social y culturalmente construido. Por tanto, una “realidad social” susceptible de ser objeto de estudio antropológico (Kleinman, 1980, p. xiii). Traduciendo a Kleinman, “Los sistemas de atención de la salud existen y funcionan sustentados en normas socialmente legitimadas que rigen la forma en que el grupo social y el individuo del grupo reaccionan ante la enfermedad, así como a través de la percepción social y el uso de los recursos de atención de la salud disponibles a nivel local” (Kleinman, 1980, p. 38). A pesar que el embarazo y parto no son enfermedades, en el Perú su atención ha sido totalmente incorporada a un “sistema de salud” hospitalario recuperativo de patologías. Los modelos de atención, las relaciones interpersonales, y los roles asociados a los individuos en el contexto clínico institucional legitiman y/o recrean comportamientos y creencias legitimados socialmente, “cumpliendo una función no solo atención médica sino también de control social que se superpone y fusiona con las tareas clínicas/médicas” (Kleinman, 1980, p. 83).

Un segundo aporte importante para la conceptualización y análisis de la violencia obstétrica, es el llamado a prestar atención e investigar los problemas e inequidades en salud como resultado de condiciones de desigualdad social, económica, política y de género estructurales. El análisis de la situación de las mujeres con SIDA en Haití y de pacientes con tuberculosis en Perú que realiza Paul Farmer evidencia que “su enfermedad es resultado de la violencia estructural: ni las culturas ni la pura voluntad individual tienen la culpa; más bien, procesos y fuerzas históricamente dados (y a menudo impulsados económicamente) conspiran para restringir la agencia individual. La violencia estructural afecta a todos aquellos cuyo estatus social les niega el acceso a los frutos del progreso científico y social” (Farmer, 1999, p. 79). La conceptualización de la violencia obstétrica, como resultado de prácticas de atención de salud reproductiva basadas en desigualdades de género, al

interior de establecimientos de salud y como parte del funcionamiento de los sistemas de salud permite ir más allá de la sanción legal/individual de quienes ejercen la violencia, para entender y modificar las situaciones de desigualdad e injusticia desde las cuales emergen y reproducen.

Un tercer aporte de la antropología de la salud fundamental para entender el concepto y estudiar las manifestaciones de la violencia obstétrica, es situarla como una expresión del ejercicio de poder y control sobre las mujeres gestantes. A través de la medicina y la profesión médica como instituciones disciplinarias, desde las cuales el estado vigila y controla los espacios más íntimos de la vida de los individuos (Foucault, 1973, 1978).

El concepto de biopoder desarrollado por Foucault, permite mirar a la violencia obstétrica en el contexto de un proceso histórico de medicalización y patologización del parto, como una forma no solo de ejercer el poder sobre los cuerpos de las personas que emana del conocimiento médico, sino también como forma de represión (Gordon, ed., 1980). En el caso de la historia de la medicalización del parto y la conceptualización del parto como de inminente riesgo, los profesionales de salud (cada vez más especializados) se han ido apropiando de los conocimientos de las mujeres sobre sus propios cuerpos; y las han obligado a depender de la atención brindada en espacios instituciones de salud.

Históricamente, la autoridad del paradigma biomédico en el campo de la reproducción y la atención obstétrica se ha sustentado en un largo proceso de medicalización y patologización del parto⁵ y de los procesos reproductivos (Davis-Floyd et al., 2001; Lossio et al., 2018; Mannarelli, 2018; Necochea López, 2014, entre otros). Proceso que ha estado acompañado del desarrollo creciente de tecnologías reproductivas⁶ complejas y el consecuente traslado de la atención del espacio doméstico al institucional. Esto ha contribuido que las mujeres vayamos perdiendo progresivamente el protagonismo y el control de nuestros cuerpos, y procesos reproductivos. Aunque, simultáneamente, nos encontremos demandando y exigiendo nuestros derechos sexuales y reproductivos y su ejercicio con autonomía.

Esta pérdida de autoridad y poder de las mujeres se encuentra no solo entre

⁵ Se refiere a la comprensión y definición biomédica del embarazo, parto y puerperio como patologías que requieren expertise tecnológica y supervisión médica.

⁶ Por ejemplo: fórceps, anestesia, cesárea, ecografía, estimulación ovárica, fertilización in-vitro; diagnósticos genéticos pre-implantación (preimplantation genetic testing -PGT), cirugías intrauterinas, etc.

aquellas que viven el proceso en sus propios cuerpos (gestantes), sino también entre aquellas que acompañan y cuidan durante el proceso de embarazo, parto y puerperio. Mientras las mujeres gestantes son atraídas a los establecimientos de salud; las comadres, parteras, y obstetras (antes llamadas obstetrices), han ido perdiendo funciones, presencia y reconocimiento social. Han sido reemplazadas por médicos gineco-obstetras y alejadas de los establecimientos de salud de mayor complejidad. En los hospitales el profesional de salud (titulado) representa y ejerce la autoridad, dada por el conocimiento biomédico-tecnológico reconocido institucionalmente y valorado socialmente. Es así que, a la autoridad de la medicina profesional, históricamente masculina, se le suma además la autoridad que le da los privilegios de género, clase y raza/etnicidad en la sociedad. A través del estudio de las prácticas de sanación y cuidado en contextos culturales e institucionales en distintos contextos temporales y culturales, la historia y la antropología han evidenciado y analizado críticamente las relaciones de poder en distintos sistemas socio-culturales.

Siguiendo a Arguedas, haciendo uso de Foucault en su análisis de la violencia obstétrica; el saber de las mujeres “es descalificado por la institucionalidad médica; es definido como un saber ingenuo, insuficiente, acientífico. Es, por lo tanto, un saber subyugado. Está doblemente subyugado, además, en razón del lugar social que las mujeres ocupan de acuerdo con la dominante estructura social de género que privilegia lo masculino sobre lo femenino” (Arguedas Ramírez, 2014).

El análisis de las relaciones de poder y apropiación de conocimientos médicos es útil también para analizar las relaciones de poder al interior de los sistemas de salud (el sistema médico) donde los profesionales médicos gineco-obstetras han concentrado la autoridad para el ejercicio de su práctica médica en espacios institucionales, dejando a las parteras y obstetras sin competencias.

Sin embargo, para Foucault “donde hay poder, hay resistencia” (Foucault, 1978, pp. 95-96), por lo que el propio desarrollo y uso del concepto de violencia obstétrica evidencia una creciente resistencia al poder médico y la medicalización del parto como forma de control sobre nuestras vidas.

Un cuarto aporte importante de la antropología de la salud, es el que brinda Good cuando propone que la medicina debe estudiarse también por su “carácter simbólico” de aprehender y actuar en el mundo. Y en ese sentido, “el conocimiento médico no es sólo un medio de prescripción, una "mirada", como se podría tomar de Foucault. Es un medio de experiencia, un modo de compromiso con el mundo. Es un

medio dialógico, de encuentro, interpretación, conflicto y a veces transformación” (Good, 1994, p. 86). Desde esta perspectiva, “para entender cómo la medicina construye sus objetos, necesitamos juntar el estudio crítico de las prácticas y el análisis de la experiencia encarnada” (Good, 1994, p. 69), a través de las narrativas que describen/cuentan, representan y da sentido y coherencia a esas experiencias (Good, 1994, p. 139).

El estudio de las narrativas en el caso de la conceptualización de la violencia obstétrica como forma de violencia estructural es útil porque, como explica Good, “narrativa no es solamente lo que se presenta en la historia terminada (escrita, contada o actuada), sino que esta historia debe ser apropiada por el interlocutor lector o la audiencia”. De esta manera las experiencias y prácticas interpersonales de violencia obstétrica se transmiten y reproducen, y convierten las relaciones de poder existentes en parte del “sentido común” o pensamiento hegemónico.



2.4. Gobernanza reproductiva

En el contexto de los debates y la implementación de políticas públicas y los derechos sexuales y reproductivos desde la década de los 90 como, por ejemplo, los programas de planificación familiar y de atención de parto institucional, el concepto de gobernanza reproductiva permite analizar cómo estos y otros mecanismos legales e institucionales influyen en la definición y construcción de ciudadanos y ciudadanas a partir de sus prácticas y comportamientos reproductivos. Estos “mecanismos a través de los cuales diferentes configuraciones históricas de actores, como instituciones financieras estatales, religiosas e internacionales, ONG y movimientos sociales, utilizan controles legislativos, incentivos económicos, mandatos morales, coerción directa y medidas éticas para producir, monitorear y controlar comportamientos reproductivos y prácticas poblacionales” (Morgan & Roberts, 2012, p. 243). La construcción de ciudadanía asume como ciudadano a aquellas personas que personifican y reproducen los valores, conductas y comportamientos priorizados por el estado a través de su políticas y programas sociales. Por ejemplo, identifica y define como sujeto de derecho reproductivos a las mujeres adultas en unión principalmente en zonas urbanas y periurbanas; mujeres que acuden a sus controles prenatales y cumplen las indicaciones durante la atención de sus partos, como símbolo de mujeres responsables y comprometidas con su rol de madres. En contraposición con aquellas que no lo hacen y son identificadas como personas irresponsables, ciudadanas que no merecen los derechos que tiene y hasta peores servicios de atención durante el parto.

Uno de los aportes principales del concepto es que, al analizar los regímenes morales vinculados a la construcción e identificación de ciudadanos o sujetos de derechos⁷ a partir de sus prácticas y comportamientos reproductivos o su identidad, es posible visibilizar que están intrínsecamente entrelazados con procesos político-económicos globales. De esta manera, busca también promover a que los estudios presten atención a las intersecciones que existen entre las políticas internacionales, por ejemplo relacionadas a la migración, la salud y la reproducción y las políticas nacionales donde se implementan y experimentan y analizan sus efectos (Morgan & Roberts, 2012, p. 244).

⁷ “derechos de la mujer”, “derechos del concebido”, “derechos indígenas”, “derechos del consumidor”.

Este enfoque es particularmente útil para situar el análisis de las políticas internacionales de ajuste estructural y su impacto en la construcción y tipificación de los ciudadanos a los cuales el estado reconoce con derecho y brinda servicios de salud materno infantil, por ejemplo. También es útil para evaluar el impacto que las metas y objetivos de desarrollo sostenible tiene en la elaboración de políticas y programas de salud o educación y la población beneficiaria; así como en la forma en que representan o promueven un ideal político imaginario.



2.5. Justicia reproductiva

En movimiento por la justicia reproductiva promovido inicialmente por feministas afroamericanas busca ampliar el enfoque centrado en los derechos reproductivos (acceso legal al aborto y anticoncepción, principalmente) para centrarse y llamar la atención en los contextos sociales de la “opresión reproductiva” que impiden el ejercicio de la “decisión individual” libre de restricciones económicas y sociales que asume un ejercicio de derechos. En ese sentido, el enfoque de la justicia reproductiva, se encuentra simultáneamente en “el derecho humano a tomar decisiones personales sobre la propia vida, y en la obligación del gobierno y la sociedad de asegurar que las condiciones sean adecuadas para implementar las propias decisiones” (Ross et al., 2017, p. 174).

Basada en la teoría de la interseccionalidad (Crenshaw, 1989), el movimiento de justicia reproductiva ubica los problemas reproductivos dentro de una red entrelazada de relaciones de poder. Por lo tanto, propone un marco para identificar problemas estructurales y problemas sistémicos que deben abordarse para apoyar los derechos sexuales y reproductivos (Luna & Luker, 2015) y el análisis de los derechos humanos.

Uno de los aportes más novedosos de este marco analítico es que se ancla en tres principios fundamentales: 1) el derecho a *no* tener hijos, 2) el derecho a *tener* hijos, y 3) el derecho a *criar* hijos en espacios seguros y saludables (Ross & Solinger, 2017, p. 9). De esta manera este enfoque, plantea que las decisiones individuales (defendidas por un enfoque clásico de derechos) solo han sido tan capacitantes y empoderadoras como los recursos con los que puede contar cualquier mujer en su comunidad. Al mismo tiempo que reconoce que, históricamente, “las políticas e intervenciones de salud reproductiva que usan los cuerpos de las mujeres como mecanismos de opresión contra ellas mismas y sus comunidades, tienen impacto no solo en las mujeres de manera individual sino también en sus comunidades” (Ross & Solinger, 2017, p. 16). Por ejemplo, cuando incentivos para el parto institucional implican la movilización de la gestante a casas de espera, dejando de cumplir tareas familiares y comunitarias; o cuando el sistema de salud impone penalidades por partos domiciliarios que deben ser ejecutadas por los propios líderes comunitarios.

Como Morison (2021) resume, las activistas de la justicia reproductiva, cuestionan la homogenización de las mujeres dominante en los discursos sobre

derechos individuales y opciones disponibles en el mercado (Ross et al., 2017) del feminismo convencional, porque favorece principalmente a las mujeres blancas de clase media que son capaces de tomar decisiones reproductivas con mayor facilidad que la mayoría de mujeres pobres o de bajos recursos, indígenas, que no forman parte del grupo reducido de mujeres privilegiadas en la sociedad.

A manera de conclusión, podemos decir que en la construcción del concepto de violencia obstétrica existe un reconociendo a su origen como reivindicación política ante una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos que viven las mujeres en situación de vulnerabilidad dentro de los sistemas de salud y la sociedad, que incluyen violación de los derechos a la igualdad, a la no discriminación, a la información, a la integridad, a la salud y a la autonomía reproductiva. (Barragués Fernández, 2020; Berer, 2011; Bourgeault et al., 2001; Freedman, 2002; Grilo Diniz et al., 2018; Physicians for Human Rights, 1993). Las investigaciones antropológicas y sociales en este campo proponen una aproximación crítica a las relaciones de poder establecidas en los contextos de la atención de parto (Austveg, 2011; Dahan & Cohen Shabot, 2022; Diniz et al., 2015; Samuel, 2015; Silva et al., 2020), como resultado de procesos históricos y socioculturales y que van cambiando y medicalizando la atención y tratamiento del embarazo y el parto (Davis-Floyd, 1994; Davis-Floyd & Davis, 1996; Guerra-Reyes, 2014; Lossio et al., 2018; Löwy & Sanabria, 2016), así como, los mecanismos de control social e institucional alrededor del cuerpo femenino y los procesos reproductivos.

3. El Caso de la experiencia profesional

En esta sección presento la experiencia profesional de realizar una investigación interdisciplinaria a través de la descripción de las características y los procesos del proyecto de investigación desarrollados y de algunos de los hallazgos principales resultado de mi participación como antropóloga y líder del componente cualitativo en el proyecto de investigación.

La experiencia la he dividido en cinco momentos, los cuales incluyen un momento inicial de preparación y presentación de la propuesta para financiamiento; el momento del trabajo de investigación en sí mismo (que se ha dividido en tres etapas); y un último momento posterior a la culminación oficial del proyecto y la entrega del informe de cierre reportando el cumplimiento de los objetivos y acuerdos de financiamiento del proyecto de investigación. El primer momento, se ha descrito en el capítulo inicial y se analizará como parte de las reflexiones finales por ser de carácter más organizativo-administrativo. El quinto momento, no constituye parte de este informe de trabajo profesional debido a que continúa en curso y sus actividades forman parte de la difusión y la publicación de resultados y en mi caso, de posteriores análisis de la información como parte de mis líneas de investigación (ver gráfico 1).

Gráfico 1. Cronología de la experiencia profesional de investigación



Fuente: Elaboración propia.

3.1. Descripción del proyecto de investigación

El trabajo de investigación planteó identificar y explorar los impactos del proceso de medicalización del parto a partir de la experiencia de los profesionales de salud y los procedimientos a las que son sometidas las mujeres durante el proceso de gestación, parto y puerperio; y de las propias mujeres. Se realizaron entrevistas con obstetras (10) y médicos gineco-obstetras (20) hombres y mujeres que trabajaban en establecimientos de salud públicos y privados de Lima; y entrevistas (20) y un grupo focal con mujeres que habían tenido un hijo en el último año sobre su percepción acerca del trato que recibieron durante sus procesos de parto, con la intención de explorar puntos de coincidencia entre las percepciones y maneras de entender la violencia obstétrica por parte de ambos actores.

En el marco del proyecto PIIM, se realizaron tres etapas: Una primera etapa, liderada por el coinvestigador historiador entre enero y abril de 2017, con participación de dos asistentes de investigación. Esta implicó la búsqueda de fuentes primarias en archivos y repositorios de Lima, identificando tesis médicas sobre el parto, revistas médicas y jornadas eugenésicas, entre otros documentos. En esta primera etapa también se revisaron fuentes secundarias de historia de la obstetricia y de salud de la mujer.

Simultáneamente, se realizó una revisión de literatura secundaria sobre violencia obstétrica en Perú y América Latina. Coordinada por mí, con el apoyo de dos asistentes, permitió identificar los diferentes enfoques conceptuales desde los cuales se viene abordando el tema de la violencia obstétrica en las últimas décadas. Se hicieron búsquedas en web con las palabras clave: violencia obstétrica, parto humanizado, patologización del parto, medicalización del parto. La revisión permitió identificar tres enfoques principales desde los cuales se ha venido abordando la violencia obstétrica: desde los derechos (lo que se denomina *gender-based violence*); desde el parto humanizado y “lo natural” (las subjetividades) y desde el enfoque biomédico (o como ellos identifican la violencia obstétrica). Los datos recogidos en las entrevistas, así como la información obtenida de fuentes primarias y secundarias fueron analizadas en dialogo con estos tres enfoques o conceptualizaciones.

Los resultados principales encontrados en ambos procesos de búsqueda y análisis preliminar fueron compartidos y discutidos por los dos investigadores principales (yo, la antropóloga y Jorge Lossio, el historiador).

Una segunda etapa, también liderada por mí, entre mayo y setiembre de 2017, durante la cual preparé las guías de entrevistas y presentamos el proyecto, guías y consentimiento informado al Comité de Ética de la UPCH para su aprobación. Recibida la aprobación en agosto 2017, se realizaron las entrevistas, con el apoyo de una asistente de investigación.

En la etapa inicial, la propuesta metodológica contempló realizar entrevistas a médicos gineco-obstetras (10) y obstetras (10), varones y mujeres, así como a 20 mujeres que hubieran vivido los procesos de gestación y parto, en establecimientos públicos y privados de Lima, para recoger las concepciones individuales y experiencias personales en relación con los procesos de gestación, parto y puerperio. Así como, tres grupos focales con profesionales de la salud para explorar las concepciones y prácticas compartidas y aceptadas socialmente sobre los procesos de estudio y dos grupos focales con mujeres. En consideración de la sensibilidad que el tema genera en los trabajadores de salud y los problemas disciplinarios o legales que podría causarles reconocer o identificar (consciente o inconscientemente) hechos de violencia ante colegas⁸; así como la dificultad de convocar a profesionales de la salud para participar en grupos focales, se decidió solo realizar entrevistas con profesionales de salud para recoger información sin perjudicar los objetivos de la investigación.

La guía de entrevistas no incluyó preguntas explícitas a cerca de la violencia obstétrica, para no predisponer a la persona entrevistada. Se inició preguntando por experiencias positivas y experiencias negativas de atención de parto que recordarán mejor o les dejaron una huella. Sólo en los casos en que las personas entrevistadas mencionaron la violencia explícitamente, se exploró directamente la problemática.

Tanto las entrevistas como los grupos focales fueron realizadas en su mayoría por una asistente de investigación, con formación en antropología y género, quien preparó informes escritos de cada una de ellas y luego los presentó al equipo, preparó un informe general con los principales hallazgos identificados por ella y discutidos en grupo. Unos meses después, las grabaciones de audio de las entrevistas fueron transcritas y continúan siendo analizadas utilizando el programa Atlas ti.

En la tabla 1 se presenta el resumen de las personas entrevistadas, cuyas experiencias fueron incluidas en la investigación.

⁸ Entre otras recomendaciones brindadas por el comité de ética.

Tabla 1.
Participantes en el estudio

Participantes/entrevistadas	Sector público	Sector privado	Total
Mujeres que habían gestado	10	10	20
Médicos Gineco-obstetras (mujeres)	2	3	5
Médicos Gineco-obstetras (varones)	5	0	5
Obstetras	7	3	10
Total	24	16	50

Fuente: elaboración propia.

La tercera etapa, de octubre a marzo 2018 (que acaba el periodo de ejecución del financiamiento), estuvo abocada a analizar la información recogida en las dos etapas previas. En los análisis histórico- antropológicos del equipo, por un lado, se identificaron prácticas actuales que mantenían o podrían explicarse a partir de hechos y tendencias históricas; por otro lado, se problematizaron las narraciones y hechos históricos que reflejaban relaciones de poder y género a partir de enfoques teóricos provenientes de las ciencias sociales.

Producto de la revisión sistemática de fuentes históricas y literatura secundaria escribimos un primer documento con los alcances de la investigación que se presentó en el Mes de la Investigación PUCP titulada "Medicalización del parto en el Perú del siglo XX" (2017) y al año siguiente publicamos un artículo de investigación en la revista *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* (Lossio et al., 2018).

Esta experiencia de investigación ha logrado identificar, visibilizar y problematizar visiones extendidas en la actualidad sobre la naturaleza de los procesos reproductivos asociados a los procesos de gestación y parto y contribuye al acercamiento entre las perspectivas biomédicas y de justicia reproductiva; entre actores del sistema de salud y las mujeres; así como a generar evidencias que puedan transformarse en intervenciones o políticas sanitarias que promuevan los derechos de las mujeres y la equidad de género. El informe de cierre del proyecto que se entregó a los financiadores incluyó hasta este nivel del análisis de resultados, cumpliendo con los objetivos y acuerdos del convenio en los plazos establecidos. La presentación de los resultados en las "Jornadas de evaluación del PIIM" se realizó en noviembre del

2018⁹.

Como continuación del proyecto, presentamos los resultados en el Seminario “Profesiones Sanitarias, Género y Estado en América Latina Siglo XX” en la Universidad Alberto Hurtado- Universidad Santo Tomás en Santiago, Chile (2018), en el II Taller de la Asociación Peruana de la Historia de la Ciencia, Tecnología y Salud (UNI,2019); en la UNMSM (2019). En la actualidad continúo analizando y difundiendo los resultados en distintos espacios: 2021 IUAES: International Union of Anthropological and Ethnological Science, Yucatán; 2021 Ciclo de charlas de divulgación científica de CONCYTEC, Lima y 2023 Reproductive Justice Seminar Series, Kings College London. Se ha publicado un artículo del estado del arte en el estudio de violencia obstétrica y sus aportes para reflexionar sobre la educación y práctica médica, en la revista *Spirat* (Iguñiz-Romero & Valdivia Del Rio, 2023).



⁹ <https://cdn02.pucp.education/investigacion/2018/09/05210418/Jornada-Evaluacion-PIIM.pdf>

3.2. Resultados de la investigación que constituye la experiencia profesional

Los resultados de la investigación que se presenta como experiencia profesional contribuyeron a responder al objetivo de identificar y explorar los impactos que el proceso de medicalización del parto tiene en las prácticas de violencia obstétrica de los profesionales de salud a partir de las experiencias de los profesionales y de las experiencias que viven las mujeres. Así como a cumplir satisfactoriamente con los compromisos asumidos con los financiadores del concurso de investigación.

Los resultados del componente histórico - basado en archivos y revisión de literatura - fueron publicados en la revista *Manghinos* (Lossio et al., 2018) donde pueden consultarse. En síntesis, podemos decir que el proceso de medicalización del parto en Perú evidencia por un lado, que el desarrollo de nuevas tecnologías médicas para la atención de partos como la anestesia, cesáreas y la criminalización del aborto “contribuyeron de manera significativa en la configuración de relaciones jerárquicas y de poder entre médicos, obstetras y parteras y la mujer” (Lossio et al., 2018) y por otro, que su expansión y el posicionamiento de las profesiones médicas tiene lugar a costa de deslegitimar el conocimiento y prácticas de las mujeres. Estas configuraciones, contribuyeron a su vez a la expansión de la autoridad – basada en el conocimiento autorizado – que se legitima por encima de la autoridad de las mujeres sobre sus propios cuerpos, tanto en el ámbito sociopolítico como en el ámbito más íntimo del proceso reproductivo.

Los resultados de la revisión de literatura académica sobre violencia obstétrica en América Latina y el Perú, disponible a la fecha en que se realizó esta experiencia profesional (2017), evidenció una producción bastante reducida. Para el caso de Perú se limitaba a informes de organizaciones de sociedad civil e instituciones públicas como la Defensoría del Pueblo (literatura gris) dirigidos a incidir en la formulación de políticas; y a pocas tesis universitarias de carreras de salud, recogiendo experiencias de atención de parto en hospitales específicos. Actualmente, sigue siendo reducido su abordaje y los estudios más recientes aportan nuevos datos descriptivos y evidencias correspondientes a los mismos enfoques que se identificaron como parte de la revisión realizada en la experiencia de investigación que ahora describo.

En síntesis, identificamos que el estudio de la violencia obstétrica en Perú se viene abordando desde tres enfoques principales: desde un enfoque de derechos

humanos y legal en tanto expresión de violencia de género, desde un enfoque socio-cultural-naturalista o de “parto humanizador” que busca dar respuesta a la desnaturalización del proceso social y femenino del parto¹⁰ y desde un enfoque biomédico/sanitario institucional y de gestión en tanto expresión de mala calidad del servicio y maltrato. En el capítulo 2, como parte de las aproximaciones teórico-conceptuales se ha presentado el análisis de los dos primeros enfoques identificados. El tercer enfoque, identificado como biomédico/sanitario institucional y de gestión en tanto expresión de mala calidad del servicio, se resume a continuación.



¹⁰ El movimiento por el “parto humanizado” o “parto respetado” emerge en la década de 1970 fue promovido por los movimientos de mujeres, parteras y obstetras (midwives), principalmente en Europa y USA, en oposición a la excesiva medicalización y experiencias negativas de las mujeres durante el parto atendido por personal de salud.

3.2.1. Atención de calidad en el contexto biomédico y violencia obstétrica

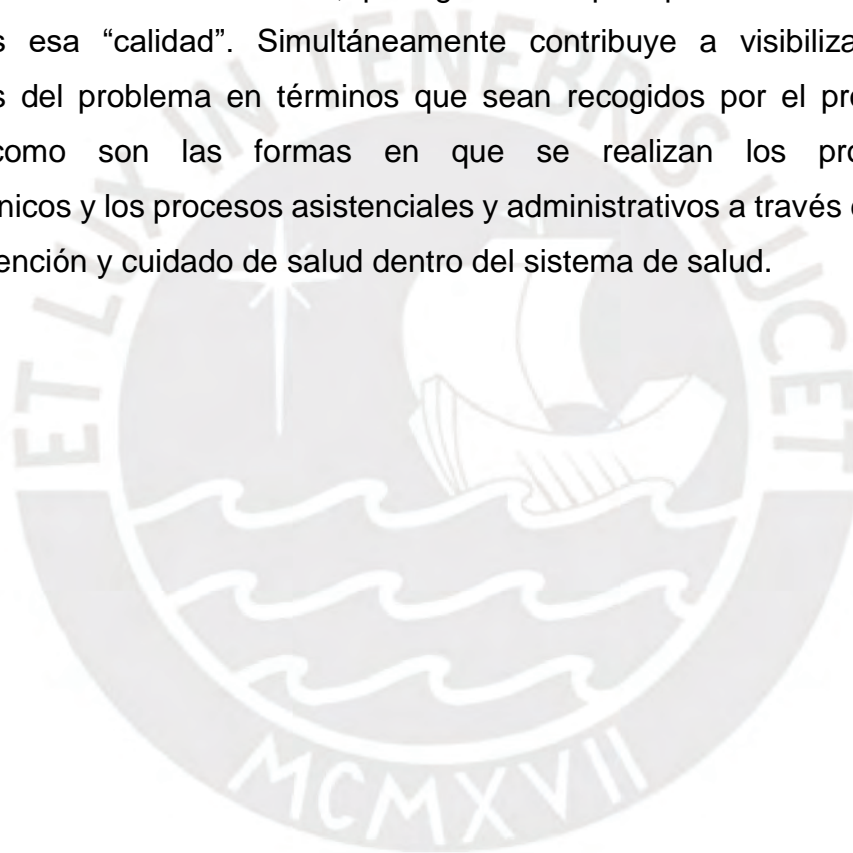
Los estudios encontrados desde una aproximación o mirada de biomédica evidencian que el término de “violencia obstétrica” no se utiliza ni reconoce como concepto o indicador para evaluar las prácticas o procedimientos de atención médica. La discusión del problema se identifica como el “maltrato” y “abuso” que viven las mujeres; éste se entiende como un problema que impacta en el acceso de las gestantes a los establecimientos de salud y se aborda en términos de la calidad de la atención y los procedimientos médicos que el personal de salud realiza.

Este maltrato es medido a través de las encuestas de satisfacción frente a la atención brindada por los trabajadores de salud en los servicios de salud, que experimentan las mujeres al finalizar la atención. La experiencia de la mujer se puede convertir en termómetro de la práctica y desempeño profesional y del centro de atención, para el sistema el profesional de salud y la gestión institucional se convierten en la preocupación principal. Una atención de mala calidad puede incluir sin duda el ejercicio de prácticas y comportamientos violentos hacia la mujer, pero al estar definida y medida en términos de la efectividad de la atención o el procedimiento médico realizado, un parto exitoso es aquel que tiene un resultado exitoso: del cual la madre y el recién nacido están vivos. De esta manera, el énfasis está en el procedimiento médico, los procesos administrativos y los mecanismos de atención para lograr el resultado esperado: una madre y un bebé vivos en tanto cuerpos latentes y, en menor medida, como sujetos sintientes o afectados por violencias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que “muchas mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante el parto en los centros de salud”; sin embargo, declara que “no hay consenso internacional sobre cómo definir y medir, científicamente, el maltrato ni la falta de respeto” (OMS, 2014). La supremacía del análisis epidemiológico en la salud pública para aproximarse y priorizar los problemas sanitarios a atender sustentados en niveles de incidencia y prevalencia contribuyen a invisibilizar la violencia obstétrica. Un estudio en 14 hospitales en distintas regiones del Perú, para medir la prevalencia de violencia obstétrica realizado por René Montesinos-Segura y colaboradores en el 2017, muestra que casi todas las puérperas encuestadas (97.4%) habían experimentado durante el parto al menos una de las cinco categorías de falta de respeto y abuso utilizadas en la elaboración del instrumento (Montesinos-Segura et al., 2018).

Por un lado, la conceptualización del problema que responsabiliza a los profesionales de salud y critica al propio sistema médico como generador y reproductor de violencia puede ser una limitante para generar espacios de autocrítica y estrategias de mejora, por temor a la penalización y sanciones por mala práctica. Por el otro, la atención a la gestión de la calidad, suele centrarse en procesos y flujos de atención que buscan eficiencia y eficacia en el logro de indicadores medibles “objetivos”, lo que hace más difícil evaluar y mejorar la interacción entre personas en los distintos momentos en los que se brinda la atención.

El abordaje de la calidad de atención, permite un espacio para discutir el derecho a una atención de la calidad, que significa e implica para los diferentes actores involucrados esa “calidad”. Simultáneamente contribuye a visibilizar y estimar dimensiones del problema en términos que sean recogidos por el propio sistema sanitario, como son las formas en que se realizan los procedimientos médicos/técnicos y los procesos asistenciales y administrativos a través de los cuales se brinda atención y cuidado de salud dentro del sistema de salud.



3.2.2. Tipologías para el análisis de las prácticas de violencia obstétrica

Como resultado de la revisión de la literatura identificamos las tipologías de violencia obstétrica propuestas por distintas autoras, y su incorporación en nuestro análisis. Una primera tipología muy usada en desde el enfoque biomédico o del campo de la salud, fue la propuesta por Bowser y Hill en el 2010, como parte de un informe para la agencia de desarrollo USAID, donde elaboran una definición de maltrato y abuso (disrespect and abuse) en la atención de partos en establecimientos de salud (Bowser & Hill, 2010). Esta definición incluye siete categorías centradas en las experiencias de violencia vividas por las mujeres: maltrato físico, atención sin consentimiento, atención sin confidencialidad, atención indigna (sin dignidad), discriminación, abandono de los cuidados o atención, y detención en los establecimientos. Unos años después, Bohren y colaboradores (2015) y Castro y Savage (2019) desarrollan nuevas tipologías que no se sustentan solamente en las experiencias vividas por las mujeres, sino que están vinculadas a los procesos institucionales y procedimientos médicos /técnicos que sitúan a los profesionales e instituciones que brindan los servicios en el centro de las intervenciones. Además de incorporar dimensiones institucionales y estructurales en las cuales las mujeres viven las violencias y que al mismo tiempo permiten dar cuenta de sus condicionantes estructurales.

La tabla 2 compara las tipologías propuestas por Bohren y colaboradoras (2015) y por Castro y Savage (2019). Las dos columnas bajo el subtítulo Third-order themes, muestran en paralelo los tipos identificados por cada una de las publicaciones consideradas. En la primera tipología, Bohren y colaboradores proponen siete categorías para clasificar la violencia, mientras que, Castro y Savage proponen seis categorías de violencia. La reducción se explica porque que en el primer caso hacen la diferencia entre abuso sexual y abuso físico; mientras que, en el segundo caso, la categoría abuso físico incluye al abuso sexual. El análisis desarrollado durante el periodo correspondiente a la experiencia profesional que se presenta, solo llegó a incluir una clasificación inicial a partir del análisis de las experiencias que los propios profesionales identificaban como violentas. Para el análisis posterior que se presenta en este informe (y en publicaciones de resultados en proceso) se toma como referencia a la tipología de Castro y Savage, por incluir un criterio o descriptor adicional como es la “falta de cuidado intercultural” y por ser la más reciente.

Tabla 2.

Tipologías de Violencia Obstétrica Comparadas

Tipos por autor (Third-Order Themes)		Descriptorios (Second-Order Themes)
Castro & Savage (2019)	Bohren, et al. (2015)	Comunes en ambas autoras
1. Verbal abuse	1. Verbal abuse	Harsh language Threats and blaming
2. Sociocultural discrimination	2. Stigma and discrimination	Discrimination based on sociodemographic characteristics Discrimination based on medical conditions Lack of intercultural care
3. Physical abuse	3. Sexual abuse	Sexual abuse
	4. Physical abuse	Use of force Physical restraint
	5. Failure to meet	Physical examinations and procedures
4. Failure to meet professional standards of care	professional standards of care	Lack of informed consent and confidentiality Neglect and abandonment
5. Poor rapport with women	6. Poor rapport between women and providers	Ineffective communication Lack of supportive care Loss of autonomy
6. Health system conditions and constraints	7. Health system conditions and constraints	Lack of resources Lack of policies Facility culture

Fuente: Elaboración propia.

Las experiencias recogidas y registradas en los informes de campo de la asistente-entrevistadora, así como en las transcripciones de los audios, fueron codificada por mí utilizando el programa Atlas ti, utilizando la tipología de Castro y Savage (2019) traducida (libremente por mí) y presentada en la tabla 3.

Tabla 3.
Tipología de Violencia Obstétrica de Castro y Savage

	Categoría/ Tipo	Descripción /Ejemplo
1	Abuso verbal	Lenguaje soez, rudo, amenazas y acusaciones
2	Discriminación sociocultural	Estigmatización basada en características socio demografías o en condiciones médicas
3	Abuso físico	Abuso sexual, uso de la fuerza, amarrar o retener, exámenes o procedimientos físicos
4	Incumplimiento de estándares profesionales de atención	Falta de confidencialidad y/o consentimiento informado, abandono y negligencia
5	Pobre relación con las mujeres	Comunicación no efectiva, falta de apoyo, pérdida de autonomía
6	Limitaciones y condiciones del sistema de salud	Falta de recursos, políticas, cultural institucional

Fuente: Elaboración propia a partir de la traducción libre de Castro y Savage 2019.

En una primera lectura de análisis y codificación se identificaron en los discursos de los profesionales (médicos gineco-obstetras y obstetras, sin distinción) en relación a sus prácticas de atención de parto como: 1) las prácticas médicas o no-médicas que reconocen como violentas, agresivas o abusivas, 2) las prácticas que no reconocen, pero clasifican como violentas según tipología utilizada y 3) las explicaciones o justificaciones que le dan a dichas prácticas. En una segunda etapa de análisis se analizaron las practicas reconocidas como violentas, para clasificarlas según la tipología de violencia correspondiente, con el objetivo de analizar la existencia de relación entre el carácter violento y la condición de “procedimiento” o “técnica” médica que podría existir, según nuestro supuesto de relación entre medicalización de parto y violencia. Una tercera etapa incluyó el análisis preliminar por género, por profesión y tipo de establecimiento. Dado que la muestra fue pequeña no encontraron diferencias que permitan presentar tendencias claras, por lo que no se incluyen en los informes hasta la fecha.

3.2.3. Experiencias de atención de partos y precepciones de violencia por parte de los profesionales de salud

En esta sección presento de manera resumida algunas de las experiencias de los y las profesionales de salud entrevistados, clasificadas según fueron “reconocidas como violentas”, como “violentas teóricamente” agrupadas siguiendo la tipología descrita y las explicaciones o criterios que utilizan los profesionales de salud para justificarlas.

Prácticas identificadas como violentas por los profesionales de salud: en los testimonios recordando sus experiencias negativas de atención de partos, pocos profesionales de salud explícitamente reconocen que han realizado o han sido testigo de prácticas que les han dejado experiencias negativas o de incomodidad. En los casos que, si la reconocen, estas prácticas son principalmente identificadas como realizadas por otros (por ejemplo, un/a médico ve obstetras maltratar), o inherentes al procedimiento médico que deben realizar y por tanto “inevitables” (por ejemplo, los tactos vaginales periódicos), llegando en algún caso a reconocerlas abiertamente como violentas, abusivas o agresivas hacia una mujer gestante. Por ejemplo, un médico cuenta que,

“Sí ha habido varias ¿no? Desde pacientes que les incomoda que les examinen con cierta periodicidad, pero es parte del trabajo para ver si la dilatación está avanzando bien ¿no? pero eso, bueno, conversando con la paciente, al final generalmente lo entiende ¿no?” (Gineco-obstetra varón: D22).

Y una médica gineco-obstetra mujer cuenta que,

“Estuve un tiempo rotando en el hospital (público); espero nunca más regresar en mi vida porque, ahí sí, si hablamos de maltrato obstétrico, ahí sí es terrible... Sí. Te tienen que hacer a la hora del parto un corte que es la episiotomía para que el bebé salga con más facilidad; la obstetra corta como si estuviera cortando carne y te sutura con lo que tenga a la mano, como si estuviera suturando pues a un chanco en el mercado ¿no? Tal cual. O sea, ‘¿te duele, hijita?’ ‘Sí’. ‘Aguántate pues’. Ya está. O sea, nunca más pasaría yo por ahí, definitivamente. Es inhumanizado, totalmente” (Gineco-obstetra mujer: D26).

Muchos médicos gineco-obstetras, no son conscientes o no se han detenido a pensar en la posibilidad de haber realizado alguna práctica violenta; porque su

práctica terapéutica la realizan mecánica y rutinariamente. Muchas obstetras, aunque también realizan prácticas violentas, suelen tomar conciencia de que están ejerciendo violencia, principalmente porque se identifican con las mujeres, o porque se sienten forzadas ellas mismas (por sus superiores) a realizarlas.

“Cuando estuvimos en un parto; sí, era un parto y yo estaba haciendo cirugía, entonces, la obstetra quería que como sea, yo haga la cirugía de cortar. Entonces fue como que dije 'ya'; pero se demoraba. Ese bebé era un bebé grande y no salía, se demoró una hora en salir desde que llegué y entraban médicos. Entró todo el mundo a hacer la maniobra de Kristeller, que es como aplastarle el abdomen; entonces yo me desesperaba y con toda mi fuerza utilizaba, 'señora puje'. Y te juro que yo salí sudando. Y, no se podía más; y yo no entendía por qué. O sea, me cuestionaba y decía 'por qué sigo en esto', o sea 'por qué sigo aquí', por qué no digo que la manden ya a cesarí. No querían porque la sala se tenía que preparar y dijeron que no, que todavía no. ...Al final ya, cuando lo vio coronando, lo único que me dijo fue 'ya corta' y yo, cortaba y yo recién tuve que sacar al bebé” (Obstetra mujer: D32).

En estos casos las prácticas identificadas pueden clasificarse según la tipología de Castro y Savage (2019) como correspondientes a las categorías de “violencia física”, “falla en el cumplimiento de estándares profesionales de calidad” y “mala relación/comunicación con las mujeres” principalmente.

Prácticas no reconocidas pero que clasifican como violentas por la tipología: los siguientes ejemplos /citas clasifican como violencia de manera transversal a varias categorías de la tipología presentada, principalmente las dos últimas referidas a la pobre relación con las mujeres (pérdida de autonomía) y a las limitaciones y condiciones del sistema de salud (normas y protocolos).

“Como por ejemplo lo hacemos y sí hemos hecho. Que es poner la ampolla de tres meses a una paciente que recién ha dado a luz y que tiene cinco hijos. O sea, claro, está con su consentimiento. Pero prácticamente la obligamos. Sí, o sea, ya para ¿no? porque en verdad son cinco hijos, te aumenta la pobreza, te baja la calidad de vida, te aumenta la probabilidad de muerte materna en el siguiente parto. Además, toda la confluencia social que tiene de acá en adelante ¿no? Entonces, y la mujer, muchas veces por el machismo, porque el esposo, sí ella se cuida, va a pensar que está con otro; entonces, la mujer como

que se asusta y no da un paso. Entonces, 'bueno, se te pone tu ampolla mamita y después ya vemos cómo hacemos'. Así de simple. Nosotros, son riesgos que tenemos que tomar, ser hasta denunciados, pero bueno, tampoco se puede invadir ¿no? a lo que es una ligadura, que es un proceso permanente. Es una ampolla de tres meses que dentro de tres meses vendrás y te la seguiremos poniendo porque ya habrás decidido, ya habrás visto lo difícil que es. No, sí hasta ahí podemos entrar. No, después, más allá de eso. Ya pues, bueno, y hablar de planificación familiar es un tema super amplio. Es super amplio porque el machismo acá le gana a la planificación familiar" (Gineco-obstetra mujer: D26).

"Por ejemplo, una paciente, cuarta cesárea, no se quiere ligar. Por derecho de salvaguardar la vida de la mamá, se le debe ligar. Aun así haga la denuncia, usted tiene que darle el sustento legal. Por qué; porque si una madre muere, los hijos, cuántos desamparados quedan ¿no? Todo eso implica, o sea hay justificaciones suficientes y legales. O sea, uno tampoco quiere inventar las cosas para pasarse. No, no. Todas las guías de atención, los protocolos de manejo, las guías de atención, ya son tan claras y son generales que no viene de la [práctica] clínica, viene según la OMS, según el MINSA, las normas técnicas, entonces eso está claro. [...] Según estadísticas se ha considerado hasta tres cesáreas como óptimo. En la tercera cesárea la paciente debe hacerse una ligadura, no es recomendable una cuarta" (Obstetra mujer: D31).

Explicaciones o justificaciones que dan los y las profesionales de salud a sus prácticas: como se puede ver en las citas previas, algunas de las justificaciones que dan los profesionales de salud para sus prácticas tienen que ver con las normas y protocolos existentes, o la interpretación que ellos y las instituciones donde trabajan tienen de las mismas. La Defensoría del Pueblo en su informe del año 2020 insta a las autoridades competentes a revisar las normativas y eliminar o modificar procedimientos que atentan contra los derechos de las mujeres como, por ejemplo, exigir autorización del esposo o no dar explicaciones ni pedir consentimiento informado a las gestantes antes de algún procedimiento.

Uno de los objetivos del estudio fue identificar qué elementos de la misma práctica médica y de este proceso de medicalización son puestos en práctica

independientemente de si son reconocidos o no como prácticas identificadas como violencia por parte de los profesionales de salud. Es importante mencionar que, aunque algunas prácticas rutinarias en los protocolos estandarizados de atención, como la episiotomía, estaban reconocidas y recomendadas por la OMS, estas recomendaciones han ido cambiando y la misma OMS las reconoce como potencialmente violentas y de uso discrecional según criterio médico. Sin embargo, esa práctica de atención sigue siendo explicada por los profesionales como rutinaria, parte del protocolo que ni cuestionan y, por tanto, sin consentimiento explícito previo de la gestante (asumiendo que tendría la posibilidad de negarse).

“Te tienen que hacer a la hora del parto, un corte que es la episiotomía para que el bebé salga con más facilidad; la obstetra corta como si estuviera cortando carne y te sutura con lo que tenga a la mano, como si estuviera suturando pues a un chanco en el mercado ¿no? Tal cual...” (Gineco-obstetra mujer: D26).

Esta práctica además suele estar explícita o implícitamente relacionada a las limitadas condiciones y la excesiva demanda de atención institucionales que requiere de atenciones rápidas para liberar espacio para la siguiente persona o para otras prioridades del personal.

Por otro lado, un hallazgo importante fue el de una obstetra que reflexiona acerca de la tecnología como los monitores fetales y su impacto en la atención que se brinda. Este puede ser visto como un instrumento tecnológico que limita y evita el contacto constante con la gestante para registrar el ritmo cardíaco fetal. Sin embargo, para la obstetra, esta tecnología - entre otras cosas - ha contribuido a una despersonalización de la atención, pobre comunicación y distanciamiento entre el personal de salud y la gestante

“Entonces el residente tenía como un compromiso de permanecer en la sala de parto, de estar con la paciente, de tocar a su paciente; en aquellas épocas no teníamos monitores, tenías que controlar la dinámica uterina con tu mano encima de la barriga de la mamá. Quieras o no, eso ya te daba un contacto, un acompañamiento. Aparecieron los monitores y se acabó el acompañamiento. Entonces, ya no está eso. Tú ya no ves al residente que, se quede al lado de la paciente. No está. Se ha perdido eso. Porque quieras o no, el hecho de estar con la paciente, ya estás con ella, ya la escuchas; hasta puedes detectar alguna patología. Pero ahora no. No hay eso, ni siquiera se parece. No. Mandan al interno con el paciente. ‘Oye, con qué residente está’. ¿No? Ah, es que mandó

para hacer el monitoreo. O sea, lo toman como si fuera una cosa más ¿no? Pero no es ese don de, 'mire señora, está conmigo, yo la acompaño...'" (Obstetra mujer: D36).

Dentro del sistema de salud, las parteras y obstetras se sitúan en un escalón intermedio en las relaciones de poder entre el profesional médico y la mujer gestante; desde el cual pueden ejercer violencia obstétrica (ser victimarias) y a la vez ser estar en constante negociación/confrontación con los médicos gineco-obstetras por competencias y responsabilidades en la atención de partos superiores. Es así que ellas también se convierten en un actor importante en la identificación y denuncia de la violencia obstétrica y los abusos que experimentan las gestantes y las mujeres en general dentro del sistema de salud.

"Desde el punto de vista institucional la responsabilidad es médica. Entonces, la obstetra es nuestra colaboradora estrecha, ella participa con nosotros. Entonces, por ejemplo, en puerperio, no puedes estar presente desde las ocho de la mañana hasta las ocho de la mañana del día siguiente pero la obstetra está de manera permanente, de ahí cuando tiene alguna complicación me llama. Durante el parto, igual ¿no? Yo tengo que ver, en un ambiente tengo que ver 15 partos, entonces estoy yendo de sala en sala. La obstetra es la que está atendiendo el parto directamente" (Gineco-obstetra varón D20).

"En el contexto de parto; el trato, no por menospreciar, pero es muy frecuente, de tanto el ginecólogo, pero más con la obstetra que apoya en el parto. Es un personal muy frío. Muy frívolo, o sea ellos creen que un parto es, cómo te explico, ¿ir al baño? 'Puja mamita, puja, apúrate; apúrate, puja, para eso abriste las piernas, ábrelas de nuevo'. O sea, el maltrato, la violencia obstétrica está en todos lados, está todo el tiempo. Entonces, esas experiencias son totalmente frecuentes. Agarra una obstetra en un parto normal a las 11 de la noche, terminando su guardia, yéndose a dormir y es fatal ¿no? O sea, es fatal, incluso ya hasta por un tema personal porque le pasó a un familiar en clínicas particulares" (Gineco-obstetra mujer D26).

En todos los casos, la decisión final en una sala de parto es del médico gineco-obstetra y nadie la discute. Sin embargo, las obstetras refieren que están en una situación de inferioridad y dependencia ante los y las médicos gineco-obstetras, lo que restringe su capacidad de actuar frente a situaciones de violencia que puedan observar y/o realizar porque se lo exigen sus superiores. Muchas reconocen, también, que ellas sufren y experimentan violencia verbal por parte sus superiores obstetras y/o del médico, cuando se percibe que no han cumplido bien con sus funciones o

expectativas o cuando han pasado por una gestación y parto ellas mismas como paciente.

En una de las experiencias recogidas, una obstetra narra cómo se sintió y fue forzada por su superior (obstetra jefe) a realizar una episiotomía y sutura para terminar con el parto en lugar de esperar unos minutos más para llevarla a una cesárea. En este caso no contaban con médico gineco-obstetra responsable y a pesar de estar un médico pediatra presente, la autoridad y decisión final de cómo proceder en el parto recae en la obstetra.

“Estaba el pediatra, pero lo que pasa es que ella [obstetra] era una persona muy prepotente, imponía mucho ¿no? Como, ‘acá mando yo’. Entonces, sí; ella tenía, porque el médico le dijo: ‘Pero hay que pedir; dicen que lo pueden tener en un rato’. Igual el tiempo alcanzaba porque habíamos tenido ahí una hora, pues. Y todavía no pasaba la hora, recién empezábamos. Entonces él [médico pediatra] dijo, ‘mira esto no va a avanzar porque...’, pero ella [obstetra] como sea, quería llegar al parto... Y, ella decidió que no; que no, que no, que no” (Obstetra mujer D32).

A modo de síntesis del análisis realizado como parte de la experiencia profesional realizada durante el periodo del proyecto, encontramos bastantes menciones a situaciones de falta de poder y de capacidad de negociación (no solo de las mujeres, sino también de las obstetras frente a los médicos, de las practicantes/pasantes y los jefes) dentro de la estructura jerárquica del sistema de salud y de la supremacía del paradigma biomédico. En estos contextos institucionalizados, el criterio y la profesionalización médica, la autoridad médica, deja en una posición aún mayor de incertidumbre o de inseguridad a la mujer a la hora de tomar decisiones, respecto a procesos que ocurren en su propio cuerpo.

Los datos recogidos me han permitido continuar realizando el análisis de diversas temáticas tomando en cuenta los marcos conceptuales y teóricos presentados en el capítulo dos. Dichos resultados están siendo presentados en congresos científicos y por publicarse en revistas académicas.

3.3. Participación como antropóloga en la experiencia profesional de investigación interdisciplinaria e interinstitucional.

Mi experiencia profesional como antropóloga ejerciendo docencia e investigación en una universidad de ciencias de la salud, me ha permitido interactuar e identificar la necesidad de crear puentes entre la aproximación antropológica/ciencias sociales y la aproximación biomédica a los problemas de salud y enfermedad individuales y comunitarias (salud pública). Académicamente, me ha incentivado a plantear preguntas de investigación que contribuyan a comprender las interacciones sociales y profesionales que tienen lugar en el campo de la salud y en el ejercicio de las prácticas médicas (o prácticas clínicas), en tanto construcciones sociales.

Mi participación en el proyecto de investigación descrito significó un aporte y un reto para el proyecto interdisciplinario e interinstitucional, y para mi profesional/personalmente, en varios sentidos.

En términos del proyecto, propuse la incorporación del análisis de las relaciones de poder y de género en la aproximación conceptual al estudio de las interacciones entre profesionales de salud y gestantes desde el inicio de su formulación, en el análisis de los datos y en las presentaciones de los resultados. La mirada antropológica de los sistemas de salud como sistema/organización social, político y cultural me permitió aportar en la problematización y el análisis crítico tanto de los resultados históricos como de las entrevistas cualitativas. Metodológicamente, fui responsable del diseño cualitativo que incluyó los criterios de inclusión de participantes, la elaboración de las guías de entrevistas y grupos focales, incorporación de consideración y criterios éticos en la investigación. Colaboré con el investigador responsable del componente histórico en el análisis de la información de archivos e histórica contribuyendo a problematizar y analizar críticamente las descripciones históricas recogida. Fui la responsable principal del análisis de las entrevistas con profesionales de la salud y gestantes.

En términos profesionales y personales esta experiencia me permitió iniciar una línea de investigación más estrechamente ligada al ejercicio profesional biomédico y el sistema de salud; además de establecer y fortalecer lazos profesionales y redes con historiadores de la salud, con profesionales de salud haciendo investigación social y promoviendo prácticas de salud materna respetuosas de los derechos sexuales y

reproductivos y la equidad.

El requisito de trabajar en equipos interdisciplinarios e interinstitucionales significó un reto que permitió desarrollar habilidades para transmitir eficazmente los objetivos y modos del trabajo disciplinar con el objetivo de co-construir enfoques, argumentos e hipótesis consensuadas y/o complementarias con otras disciplinas como la historia y la salud pública, desde el inicio del proyecto.

Considero que la formación antropológica centrada en la valoración, reconocimiento y respeto del conocimiento del “otro” me han ayudado a tener un papel de articulación y respeto por los distintos enfoques y aproximaciones disciplinares, así como la incorporación de las ideas, perspectivas académicas e intereses de investigación propios y de las demás integrantes del equipo interdisciplinar.

Personalmente, al haber atravesado por un problema de salud durante el periodo de la experiencia descrita, un reto importante fue el aprender a delegar en manos de las asistentes de investigación la realización de gran parte de revisión de la literatura y las entrevistas y grupos focales y a supervisar a distancia el trabajo de campo e investigación. El trabajo en equipo implicó aprender a transmitir los objetivos y expectativas, así como confiar en las interpretaciones y análisis preliminar que cada asistente realizaba y presentaba en los informes de campo. La generación de espacios de presentación de las entrevistas y la discusión e intercambio de interpretaciones fueron fundamentales para lograr acuerdos y consistencia en relación a la información analizada.



4. Conclusiones

Para concluir, después de haber descrito la experiencia profesional como antropóloga en una investigación interdisciplinaria, así como algunos de los hallazgos principales de la investigación misma, cierro este informe de trabajo profesional con algunas reflexiones respecto a dos aspectos. Primero, respecto al trabajo profesional en equipos de investigación multidisciplinaria que se presenta como caso. Segundo, respecto a los retos y oportunidades que esta experiencia identificó y pueden aportar a la formación antropológica y la antropología.



4.1. Reflexiones del caso: la investigación interdisciplinaria e interinstitucional

La iniciativa de promover y financiar proyectos de investigación por parte del Consorcio de Universidades tuvo lugar durante los años 2014 al 2016 (no he encontrado registros de convocatorias en fechas anteriores ni posteriores). A pesar de no haber encontrado informes de evaluación de la experiencia o resultados de los estudios realizados, considero importante mencionar algunas reflexiones acerca de la iniciativa a partir de la experiencia de investigación que se presenta como parte de este informe de suficiencia profesional. El potencial conflicto de interés que podría existir por el hecho de haber participado de la iniciativa como beneficiaria del fondo, se minimiza al explicitarlo y resaltar el carácter de reflexiones individuales propias de la experiencia.

La investigación interdisciplinaria es fundamental para comprender mejor los fenómenos sociales complejos. Como con un caleidoscopio, las distintas miradas o los diversos abordajes académicos y disciplinares permiten identificar múltiples patrones emergentes de una misma fuente o situación que deben ponerse en diálogo unos con otros. En el caso de esta experiencia profesional, la combinación de fuentes, métodos y el análisis histórico y antropológico de problemas sociosanitarios, permitió poner en diálogo y contrastar argumentos y teorías sobre la práctica médica y la atención del parto a lo largo del tiempo, con las prácticas e interacciones actuales en la atención médica que reciben las mujeres gestantes. Esta interdisciplinariedad permitió evidenciar en las prácticas la presencia y vigencia de concepciones que muchas veces son consideradas pasadas o superadas en los discursos o el sentido común. Por su lado, los enfoques teóricos de las ciencias sociales, la metodología de la antropología y de la historia en diálogo permitieron problematizar las descripciones históricas y actuales que los profesionales de la salud hacen de sus prácticas de atención a gestantes y visibilizar las relaciones de poder y de género en distintos contextos históricos, así como sus cambios y permanencias en la trayectoria en el tiempo.

La interdisciplinariedad es aún más importante cuando se piensa en investigación para el desarrollo y la política pública, que implica la comprensión de problemas sociales y la puesta en práctica o transferencia de los resultados de investigación obtenidos para el cambio en la sociedad. En estos casos el contar con profesionales - o equipos de personas de distintas disciplinas - con competencias

teóricas, analíticas, técnicas y prácticas que se complementen contribuye a mejores resultados, desde el inicio de la concepción de un proyecto o intervención.

El reto principal aún continúa estando en la formación de investigadores con la apertura, sensibilidad y disponibilidad para seguir conociendo y aprender de otros con horizontalidad, en trabajo en equipos interdisciplinarios. En el Perú, el peso que tiene el reconocimiento normativo o legal del campo profesional al que uno se adscribe es una limitación en la medida que impulsan la construcción de campos disciplinares específicos diferenciados o diferenciables unos de otros. Por ejemplo, el contar con un título profesional y pertenecer a un colegio profesional, se vuelve no solo un requisito para ejercer en algunos sectores, sino también parte de la identidad profesional de las personas.

La investigación interinstitucional por su parte, también presenta grandes oportunidades y retos. Los retos principales están relacionados a las características institucionales y los procesos administrativos. Cada institución, organización, o en este caso universidad mantiene procesos administrativos específicos siguiendo lógicas internas. El trabajo colaborativo de docentes/investigadores de instituciones distintas requiere de una intensa coordinación (tiempos, espacios, recursos) entre ellos si se aspira a ser realmente colaborativo e interdisciplinar. Por ejemplo, no todas las universidades administran las cargas horarias de sus docentes o asignan horas para investigación de la misma manera. Esto puede generar distribuciones inequitativas de los fondos y/o responsabilidades entre los miembros de los equipos de investigación.

El reto principal en este sentido, está dado por la creciente competencia entre universidades por posicionarse en un mercado académico que prioriza los rankings basados en números de publicaciones (con afiliación institucional) y alianzas internacionales (internacionalización). En un país como el nuestro, esta competencia profundiza la desconfianza y limita las colaboraciones entre universidades pares que puedan y/o busquen los mismos beneficios y/o contribuir al desarrollo de conocimiento y el país.

Si bien la investigación interdisciplinaria es cada vez más relevante y sigue en aumento, es necesario fomentar el desarrollo y formación de estudiantes e investigadores para el trabajo interdisciplinario con incentivos y financiamiento para embarcarse en esos proyectos. Sin embargo, la investigación interinstitucional no se promueve o visibiliza lo suficiente. Por el contrario, cada universidad tiende a posicionar y difundir información de su participación en determinando evento o

proyecto minimizando o invisibilizando la participación de colaboradores pares y coorganizadores.



4.2. Reflexiones desde y para la antropología

Mi formación antropológica ha sido fundamental en el momento de identificar y definir las preguntas de investigación que planteamos para esta experiencia profesional. Estas surgieron de experiencias concretas de mujeres y proveedores de salud, como actores que comparten un mismo escenario, pero que juegan papeles que evidencian relaciones de poder, desigualdades sociales, de género e injusticias para el acceso a salud reproductiva. Como hemos visto en las secciones anteriores, la antropología tiene una larga y profunda influencia en el estudio y la comprensión de la salud, la reproducción humana y las políticas de salud que han sido fundamentales para aproximarnos a la violencia obstétrica como hecho social susceptible de estudio y de transformación.

Mi experiencia profesional como antropóloga ejerciendo docencia e investigación en una universidad de ciencias de la salud, me ha permitido interactuar y crear puentes entre la aproximación antropológica/de ciencias sociales y la aproximación biomédica de los procesos de salud; enfermedad individuales y poblacionales (salud pública). Académicamente, me ha permitido analizar críticamente la atención de los profesionales de salud y las prácticas médicas (clínicas, usando los términos de Kleiman), como construcciones sociales.

“Medical anthropology in the main has either been cut off from practical issues by having its scope restricted to the academic interests of anthropology departments or has followed the positivists, value-neutral biomedical approaches within school of the health sciences that, as we have seen, functions as an ideology supporting the interests of the health professions” (Kleiman, 386).

La reflexión acerca de la experiencia profesional de investigación descrita, no solo evidencia un intento por cuestionar y desafiar la mirada positivista, “value-neutral” de la medicina como ciencia. Al incorporar la perspectiva de la Salud Pública, busca, sobre todo, llamar la atención acerca de: los supuestos ideológicos, económicos y políticos que sostienen y mantienen a dichas prácticas y del impacto que tienen esas prácticas a nivel organizacional, comunitario, en la sociedad en su conjunto y en el ejercicio de los derechos de las mujeres.

La antropología también me ha permitido aproximarme críticamente a las políticas de salud, programas e intervenciones en el sistema de salud como “campo

social”¹¹ (Bourdieu, 1980) específico donde las relaciones de poder entre los diferentes actores tienen efectos directos en la salud de las mujeres; donde se manifiestan y cobran vida propia creencias, prácticas y expectativas heredadas y que se heredaran.

La formación profesional en antropología que recibimos y que se sigue impartiendo prioritariamente en la mayoría de universidades, nos enseña a trabajar de manera autónoma e individual en todas y cada una de las etapas de investigación. Ser un investigador autónomo capaz de desarrollar un proyecto de investigación desde su concepción teórica y metodológica, de recoger la data en campo y de realizar el análisis cualitativo personal y directamente es invaluable. Sin embargo, no promueve la investigación colaborativa, en equipo o interdisciplinaria. La formación metodológica recibida y el entrenamiento en campo se orienta fuertemente a lograr competencias para recoger la información personalmente en entrevistas/conversaciones, observaciones e interacciones directas, a través de las cuales y en simultáneo vamos interpretando, procesando y analizando la información y comprendiendo el fenómeno social. Si bien esa aproximación cualitativa se comparte con la historia y otras ciencias sociales, no es tan clara en un campo de la salud pública orientado mayoritariamente al análisis epidemiológico, donde la recolección y análisis de los datos se realiza de manera secuencial (recoger todos los datos, iniciar el análisis de los datos completos, en algunos casos desconectado del contexto de donde se obtuvieron).

Uno de los retos en la aplicación de metodologías cualitativas encontrados estuvo relacionado con los grupos focales con profesionales de salud inicialmente propuestos. No pudimos realizarlos debido a la limitada disponibilidad de tiempo y oportunidad de juntar varios médicos en un mismo lugar y hora. Por otro lado, su (auto) posicionamiento en los niveles más altos de reconocimiento/autoridad en el campo médico les da más poder para negociar las condiciones de su participación con investigadores que otros sujetos de estudio puedan tener. Puede decirse que para estudiar a los médicos debe tenerse en cuenta las metodologías de estudios de élites y considerar las limitaciones y ventajas que tienen los investigadores siendo externos a la jerarquía institucional.

¹¹ El “campo social”/“social field” es entendido como un conjunto de reglas explícitas e implícitas resultado de un largo y lento proceso de autonomización en el cual los agentes o participantes equipados con el habitus necesario se desenvuelven y actúan (Bourdieu, 1980, pp. 66-68).

Referencias bibliográficas

- Andrea Cornwall. (2018). Acting anthropologically. Notes on Anthropology as Practice. *Antropologia Pubblica*, 4(2), 3-20. <https://doi.org/10.1473/anpub.v4i2.134>
- Arguedas Ramírez., G. (2014). La violencia obstétrica: Propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1).
- Austveg, B. (2011). Perpetuating power: Some reasons why reproductive health has stalled. *Reproductive Health Matters*, 19(38), 26-34.
- Barragués Fernández, A. (2020). Accountability for sexual and reproductive health and rights in development practice: Building synergies. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 28(1), 1848399. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1848399>
- Barrig, M. (2001). Latin American Feminism: Gains, losses and hard time. *NACLA report on the Americas*, Mar/April, 29-35.
- Barrig, M. (2002). La Persistencia de la Memoria. Feminismo y Estado en el Perú de los 90. En A. Panfichi (Ed.), *Sociedad Civil, Esfera Pública y Democratización en América Latina: Andes y Cono Sur* (pp. 578-609). Fondo de Cultura Económica.
- Berer, M. (2011). Repoliticising sexual and reproductive health and rights. *Reproductive health matters*, 19(38), 4-10. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(11\)38596-5](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(11)38596-5)
- Birn, A. E., Nervi, L., & Siqueira, E. (2016). Neoliberalism Redux: The Global Health Policy Agenda and the Politics of Cooptation in Latin America and Beyond. *Development and Change*, 47(4), 734-759. <https://doi.org/10.1111/dech.12247>
- Biurrun-Garrido, A., & Goberna-Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: Necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Prof.*, 14(2), 62-66.
- Boesten, J. (2003). Poor Women in Peru: Reproducers of Poverty and Poverty Relievers. *Women's studies quarterly*, 31(3/4), 113-128.
- Boesten, J. (2007). Free Choice or Poverty Alleviation? Population Politics in Peru under Alberto Fujimori. *Revista Europea de Estudios Latinoamericanos y del Caribe / European Review of Latin American and Caribbean Studies*, 82(April), 3-20.
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Saraiva Coneglian, F., & Et.al. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Medicine*, 12(6), 1-32. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>

- Bourdieu, P. (1980). *The Logic of Practice*. Stanford University Press.
- Bourgeault, I., Declercq, E., & Sandall, J. (2001). Changing birth. En *Birth by Design: Pregnancy, Maternity Care and Midwifery in North America and Northern Europe*.
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth* (USAID-TRAction Project) [Report of a Landscape Analysis].
- Browner, C., & Sargent, C. (2007). Engendering Medical Anthropology. En F. Saillant & S. Genest (Eds.), *Medical Anthropology: Regional Perspectives and Shared Concerns* (pp. 233-251). Blackwell Publishing.
- Castro, A., & Savage, V. (2019). Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. *Medical Anthropology*, 38(2), 123-136. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1512984>
- CLADEM. (1998). *Silencio y Complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*.
- Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*.
- Dahan, O., & Cohen Shabot, S. (2022). Not just mechanical birthing bodies: Articulating the impact of imbalanced power relationships in the birth arena on women's subjectivity, agency, and consciousness. *Mind, Culture, and Activity*, 29(3), 256-268. <https://doi.org/10.1080/10749039.2022.2110262>
- Davis, D.-A. (2019). Obstetric Racism: The Racial Politics of Pregnancy, Labor, and Birthing. *Medical Anthropology*, 38(7), 560-573. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>
- Davis-Floyd, R. (1994). Culture and birth: The technocratic imperative. *The Birth Gazette*, 11(1), 24-25.
- Davis-Floyd, R., Cosminsky, S., & Pigg, S. (2001). Daughters of Time: The shifting Identities of Contemporary Midwives, special triple issue. *Medical Anthropology*, 20(2-4).
- Davis-Floyd, R., & Davis, E. (1996). Intuition as authoritative knowledge in midwifery and homebirth. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2), 237-269. <https://doi.org/10.1525/maq.1996.10.2.02a00080>
- Davis-Floyd, R., & Sargent, C. (1996). The social production of authoritative knowledge in pregnancy and childbirth. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2), 111-120. <https://doi.org/10.1525/maq.1996.10.2.02a00010>
- Davis-Floyd, R., & Sargent, C. (1997). *Childbirth and Authoritative Knowledge: Cross-Cultural Perspectives*. University of California Press.

- Diniz, S. G., Salgado, H. de O., Andrezzo, H. F. de A., de Carvalho, P. G. C., Carvalho, P. C. A., Aguiar, C. de A., & Niy, D. Y. (2015). Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: Origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *Journal of Human Growth and Development*, 25(3), 377-382. <https://doi.org/10.7322/jhgd.106080>
- Ewig, C. (2006). Global Processes, Local Consequences: Gender Equity and Health Sector Reform in Peru. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 13(3), 427-455. <https://doi.org/10.1093/sp/jxl002>
- Ewig, C. (2010). *Second Wave Neoliberalism. Gender, race, and health sector reform in Peru*. Pensilvania State University.
- Farmer, P. (1999). *Infections and Inequalities: The modern plagues*.
- Farmer, P. (2003). *Pathologies of Power. Health, human rights, and the new war on the poor*. University of California Press.
- Foucault, M. (1973). *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception* (A. Sheridan, Trad.). Routledge.
- Foucault, M. (1978). *The History of Sexuality*. Pantheon Books.
- Foucault, M. (1985). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.
- Freedman, L. P. (2002). Shifting visions: «delegation» policies and the building of a «rights-based» approach to maternal mortality. *Journal of the American Medical Women's Association* (1972), 57(3), 154-158. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12146607>
- Gagnon, J., & Simon, W. (1973). *Sexual Conduct. The Social Sources of Human Sexuality*. Aldine Transaction.
- Gagnon, J., & Simon, W. (1987). Sexual Theory: A Sexual Scripts Approach. En J. Geer & W. O'Donahue (Eds.), *Theories and Paradigms of Human Sexuality* (pp. 363-383). Plenum Press.
- Ginsburg, F., & Rapp, Rayna. (1991). The politics of reproduction. *Annual Review of Anthropology*, 20, 311-343. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.20.100191.001523>
- Good, B. (1994). *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge University Press.
- Gordon, ed., C. (1980). *Michel Foucault, Power/Knowledge: Selected interviews and other writings, 1972-1977*. Pantheon Books.
- Grilo Diniz, C. S., Rattner, D., Lucas d'Oliveira, A. F. P., de Aguiar, J. M., & Niy, D. Y. (2018). Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: Social activism, public

- policies and providers' training. *Reproductive Health Matters*, 26(53), 19-35. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1502019>
- Guerra-Reyes, L. (2014). Changing birth in the Andes: Safe motherhood, culture and policy in Peru. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences*, 75(3-A(E)), No Pagination Specified. <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc11&AN=2014-99170-498>
- Iguiniz Romero, R. (2007). Antagonismos y consensos. El lenguaje de los derechos humanos y las esterilizaciones quirúrgicas en el Perú. En N. Palomino & M. Sala (Eds.), *Claroscuros. Debates pendientes en sexualidad y reproducción*. (pp. 181-191). Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Iguíñiz-Romero, R. (2016). *Unpredictable shifts in maternal mortality prevention policy agendas, 1990 – 2010: Governance and civil society's participation in Peru*. [PhD]. The New School University.
- Iguíñiz-Romero, R., & Valdivia Del Rio, F. (2023). Aproximaciones para comprender y prevenir la violencia obstétrica. *Spirat*, 1(2), 43-54.
- Jordan. (1978). *Birth in Four Cultures*.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.
- Lancaster, R., & di Leonardo, M. (Eds.). (1997). *The Gender/Sexuality Reader. Culture, History, Political Economy*. Routledge.
- Lossio, J., Iguíñiz-Romero, R., & Robledo, P. (2018). For the good of the nation: Scientific discourses endorsing the medicalization of childbirth in Peru, 1900-1940. *Historia, ciencias, saude--Manguinhos*, 25(4), 943-957. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000500004>
- Löwy, I., & Sanabria, E. (2016). A biomedicalização de corpos brasileiros: Perspectivas antropológicas. *Historia, Ciências, Saude - Manguinhos*, 23(1), 14-16. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702016000100002>
- Luna, Z., & Luker, K. (2015). Reproductive justice. En *Reproduction and society: Interdisciplinary readings* (Vol. 9, pp. 327-352). Routledge.
- Malinowski, B. (1987). *The Sexual Life of Savaes in North/Western Melanesia*. Beacon Press.
- Mannarelli, M. E. (2018). *La domesticación de las mujeres. Patriarcado y género en la historia peruana S/. 59.00 Detalles Autor: María Emma Mannarelli*. La Siniestra.
- Mead, M. (1928). *Coming of Age in Samoa*. William Morrow.
- Mead, M. (1930). *Growing Up in New Guinea*. William Morrow.

- Mead, M. (1950). *Sex and Temperament in Three Primitive Societies*. Mentor.
- Montesinos-Segura, R., Urrunaga-Pastor, D., Mendoza-Chuctaya, G., Taype-Rondan, A., Helguero-Santin, L., Martinez-Ninanqui, F., Centeno, D., & Jimenez-Meza, Y. (2018). Disrespect and abuse during childbirth in fourteen hospitals in nine cities of Peru. *Int J Gynecol Obstet*, 140, 184-190. <https://doi.org/doi.org/10.1002/ijgo.12353>
- Morgan, L., & Roberts, E. (2012). Reproductive governance in Latin America. *Anthropol Med.*, 19(2), 241-254. <https://doi.org/10.1080/13648470.2012.675046>. PMID: 22889430.
- Morison, T. (2021). Reproductive justice: A radical framework for researching sexual and reproductive issues in psychology. *Social and Personality Psychology Compass*, 15(e12605), 1-10.
- Naciones Unidas. (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo 5-13 setiembre 1994*. Naciones Unidas.
- Necochea López, R. (2014). *A History of Family Planning in Twentieth-Century Peru*. University of North Carolina Press.
- OMS. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Declaración de la OMS*. WHO/RHR/14.23.
- Physicians for Human Rights. (1993). Deadly Delays Maternal mortality in Peru. A rights-based approach to safe motherhood. En *Revista peruana de población* (3; pp. 33-56). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19597198>
- “Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016- 2021”, DS N°008-2016-MIMP., Pub. L. No. Decreto Supremo N°008-2016-MIMP. (2016).
- Pozzio, M. R. (2016). La gineco—Obstetricia en México: Entre el “parto humanizado” y la violencia obstetrica. *Revista Estudios Feministas*, 24(1), 101-117. <https://doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>
- Ross, L., Roberts, L., Derkas, E., Peoples, W., & Bridgewater Toure, P. (Eds.). (2017). *Radical Reproductive Justice. Foundations, Theory, Practice, Critique*. Feminist Press at CUNY.
- Ross, L., & Solinger, R. (2017). *Reproductive justice: An introduction*. California University Press.
- Rousseau, S. (2006). Women’s Citizenship and Neopopulism: Peru Under the Fujimori Regime. *Latin American Politics and Society*, 48(1), 117-141. <https://doi.org/10.1353/lap.2006.0012>
- Rousseau, S. (2007). Las políticas de salud reproductiva Perú: Reformas sociales y derechos ciudadanos. *Revista de Estudios Feministas*, 15(2), 309-331.

- Samuel, J. (2015). *Struggling with the State: Rights-based Governance of Reproductive Health Services in Puno, Peru* [Doctor of Philosophy]. University of Toronto.
- Scheper-Hughes, N. (1992). *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*.
- Sherry Ortner, & Whitehead, Harriet. (1981). *Sexual Meanings: The Cultural Construction of Gender and Sexuality*. Cambridge University Press.
- Silva, A., Pantoja, F., Millón, Y., Hidalgo, V., Stojanova, J., Arancibia, M., Papuzinski, C., Sánchez, L., & Campos, M. (2020). Stakeholders' perceptions of humanized birth practices and obstetric violence in Chile: A scoping review. *Medwave*, 20(9), e8047. <https://doi.org/10.5867/medwave.2020.09.8047>
- Singer, M., & Erickson, P. (2011). *A Companion to Medical Anthropology*. Blackwell Publishing.
- Vance, C. (1991). Anthropology Rediscovered Sexuality: A Theoretical Comment. *Social Science and Medicine*, 33(8), 875-884.
- Vela, G. (2015). *Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015* [Licenciatura en Obstetricia, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina]. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4278/Vela_cg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Villarmea, S., Olza, I., & Recio, A. (2015). El parto es nuestro: El impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico de España. *Dilemata*, 7(18), 157-183. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5106942>