

Violencia Obstétrica durante las prácticas hospitalarias de la Licenciatura en Obstetricia de Santiago del Estero, desde la mirada de los/as estudiantes

Selene Danahe Santillán¹



Recibido: 30 de julio de 2021/ Aceptado: 11 de abril de 2022

Resumen: Este artículo se propone analizar las experiencias de los/as estudiantes de la carrera de Licenciatura en Obstetricia de la Universidad Nacional de Santiago del Estero en sus prácticas hospitalarias desde la cátedra Concurrencia Preprofesional. Recupera las voces de los y las estudiantes, como así también sus opiniones y vivencias, relacionadas con la violencia obstétrica. Además, este trabajo apunta a dar cuenta sobre cómo esta problemática influirá en ejercicio de los/as futuros/as profesionales ya que es habitual que, después de un proceso de entrenamiento, estos terminen por aceptar, naturalizar y adoptar las normas, prácticas y valores establecidas en el sistema médico tecnocrático predominante en la sociedad.

Durante el cursado de la carrera de la Licenciatura en Obstetricia, los/as estudiantes aprenden que las mujeres gestantes no son pacientes y que el embarazo y el parto son procesos naturales en el que ellas son las protagonistas y el o la profesional debe acompañar y facilitar esas experiencias. Sin embargo, estas concepciones se conflictúan durante el proceso de enseñanza- aprendizaje, en particular en la cátedra Concurrencia Preprofesional, porque allí los alumnos/as deben asumir el rol de un/a obstétrico/a y actuar en consecuencia. En las instituciones la mayoría de los partos y embarazos son asistidos de modo estandarizado y tecnocrático por lo que las personas gestantes son consideradas pacientes y como proceso existe un exceso de medicalización e intervencionismo. Es en este contexto donde aparecen situaciones de violencia obstétrica. Temática que este trabajo pretende investigar y evidenciar algunos resultados acerca de la temática antes mencionada.

¹ Licenciada en Obstetricia por la UNSE.

Este trabajo se llevó a cabo con una investigación cuanti-cualitativa, de tipo exploratorio descriptiva, llevada a cabo en la provincia de Santiago del Estero, entre enero del 2020 y marzo del 2021.

Palabras Claves: Violencia Obstétrica; Formación Obstétrica; Modelo tecnocrático; Habitus Autoritario.

Summary: This article intends to analyze the experiences of the students of the Obstetrics degree course at the National University of Santiago del Estero during their hospital internships. Recovering the voices of the students as well as their opinions and experiences related to obstetric violence. In addition, this work aims to account for how these circumstances will influence the way future professionals practice. Since it is usual that after a training process, students end up accepting the norms established in the technocratic medical system, naturalizing and adopting as norms its practices, conceptions and values.

During the course, in the classroom and from the theory, the students learn that pregnant people are not patients and that pregnancy and childbirth are natural processes in which women are the protagonists and the professional must accompany and facilitate these experiences. However, these conceptions come into conflict throughout the teaching-learning process, especially in pre-professional concurrences, where they must assume the role and carry out actions of an obstetrician. In institutions, most births and pregnancies are assisted in a standardized and technocratic way, where pregnant people are considered patients and there is an excess of medicalization and interventionism. It is in this context where situations of obstetric violence appear.

This work was carried out within the framework of my final degree project presented to obtain the title of Bachelor of Obstetrics at the University of Santiago del Estero. It was a quantitative-qualitative research of descriptive exploratory type, carried out in the province of Santiago del Estero, between January 2020 and March 2021.

Keywords: Obstetric Violence; Obstetric Training; Technocratic model; Authoritarian Habitus.

Introducción

Es conocido que la mayoría de los partos acontecido en las instituciones hospitalarias se asisten de manera estandarizada y tecnocrática. Esto implica que toda gestante que ingresa al servicio recibe la misma atención y es obligada a parir del mismo modo. Esto es en la misma posición, bajo las normas impuestas por la institución y los/as profesionales de

salud que allí trabajan. En estos espacios, los/as profesionales de Obstetricia cumplen el rol de controlar, dirigir, intervenir y realizar los partos en el que el exceso de medicalización y la falta de contención se hacen manifiestos. Buscan asistir los partos de modo eficaz, de modo que no ocupen demasiado tiempo ni interfieran en el proceso natural. Consideran que todos los partos son patológicos, es decir factibles de complicarse y, en este sentido, conciben a las personas gestantes como un conjunto de factores de riesgo. El rol activo y protagonista de las mujeres queda invisible en este sistema que las inmoviliza, las silencia y las olvida.

En la carrera de Licenciatura en Obstetricia, se asume que el parto es un proceso fisiológico, que las personas gestantes no son pacientes porque no existe enfermedad y que son ellas quienes tienen el protagonismo del trabajo de parto, el parto mismo y que los/as obstétricos/as están para acompañar, aconsejar y facilitar esa experiencia única e individual de las personas. Sin embargo, estas concepciones entran en conflicto durante el proceso de enseñanza aprendizaje cuando los/as estudiantes llegan a las prácticas hospitalarias. Estos conflictos persisten una vez que concluyen su formación, en particular al entrar en la residencia obstétrica o comenzar a trabajar en una institución a cargo de la asistencia de partos.

En la carrera de Licenciatura en Obstetricia de la Universidad Nacional de Santiago del Estero, los estudiantes desde primer año toman contacto con instituciones de salud, Unidades Primarias de Atención y hospitales públicos de la provincia. En los primeros años, a modo de ambientación, conocen estos nuevos espacios, pero, finalmente, en los últimos años realizan las prácticas profesionales desde la cátedra Concurrencia Preprofesional en el Hospital Regional Ramón Carrillo. En ese espacio de cursado, realizan actividades propias de un/a obstétrico/a, lo hacen acompañados de profesores de la cátedra y otros/as profesionales que trabajan en la institución que no tienen necesariamente vínculos con la universidad. En este espacio de intervención, encontrarán diversas contradicciones entre lo aprendido desde la teoría con lo que la realidad de las prácticas y la asistencia institucional les presenta.

Esta disparidad se relaciona con el hecho de que en la asistencia obstétrica existen al menos dos posturas contradictorias entre sí: por un lado, se hace hincapié en que el embarazo y el parto son un suceso natural y fisiológico del cuerpo de la persona gestante. Esto se contrasta con la concepción de parto como evento médico que necesita ser controlado e intervenido para evitar complicaciones. Los discursos médicos que imperan están relacionados con el dolor y los riesgos que conllevan estos procesos y justifican así el

suministro de medicamentos y la incorporación de tecnologías para reducir la mortalidad materna e infantil (Martínez y Orobich, 2018).

Otro aspecto que se sostiene en la formación obstétrica universitaria es la jerarquía dentro del sistema de salud en la que los/as estudiantes últimos en la escala, las mujeres se encuentran aún por debajo de estos. Los/as obstétricos/as están por debajo del poder y las decisiones médicas, en las que a veces se cumplen funciones que están fuera de las incumbencias por órdenes de estos. Para Friedson (1970), el papel del poder médico es tal que se observa que puede subordinar ocupaciones adyacentes y afines, asignándoles el estatus de cuasi profesionales, o grupos paramédicos (citado en Turner, 1999).

Por otro lado, los/as estudiantes dentro de la jerarquía médica deben acatar las órdenes y seguir conductas y prácticas que forman parte de los protocolos de la institución a la que concurren en sus prácticas pre profesionales. A veces, tales protocolos no existen por escrito, ni se basan en estudios científicos que los respalden. Además, los/as practicantes son quienes reciben el mayor número de actividades indeseables, malos tratos y tareas que no tienen que ver con el rol profesional que desempeñarán en el futuro ni tampoco con fines educativos.

Estamos frente a un aparato en el que la educación médica juega un papel central en la génesis de un *habitus*² profesional que, junto con el currículum oficial, desarrolla otro currículum paralelo (u oculto) basado en el castigo como forma de transmisión de los conocimientos, en la interiorización de jerarquías, su posterior encarnación y defensa y en la desigualdad de género (Castro, 2014).

Pese a que los/as estudiantes pueden llegar a reconocer algunas contradicciones en los ámbitos de enseñanza, y a que muchas veces las situaciones vividas les generan frustraciones, enojos y hasta un sentimiento de impotencia, luego de un tiempo, han realizado y -cuanto menos- participado o sido testigo de las mismas acciones que antes cuestionaban o les indignaba. Muchas veces, estas prácticas son justificadas en la necesidad de aprender, o aprobar y, a veces, actúan contra de su voluntad para no contradecir a los/as tutores/as u otros/as profesionales de la guardia que, al fin y al cabo, son quienes saben o quienes los evalúan.

² Comprendo el *habitus* como el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la incorporación (lo social hecho cuerpo) de las estructuras objetivas del campo médico. Tales predisposiciones las adquieren los profesionales de este campo —en primer lugar, los médicos— a través de la formación que reciben en la facultad de medicina y en los hospitales de enseñanza. Al mismo tiempo, dichas predisposiciones se recrean cotidianamente a través de su práctica profesional, y engendran todas las conductas “razonables” y de “sentido común” posibles en tanto profesionales (Castro, 2014).

Todo esto no concluye con la finalización de las prácticas, ya que los/as nuevos/as profesionales toman las actitudes y prácticas aprendidas para adoptarlas como normas, es decir, aprenden la asistencia de los partos de ese único modo, terminan convencidos/as de que es la forma correcta de hacer las cosas, y se alejan de formas de atención alternativas. De esta manera, sobrevaloran el modelo tecnocrático con énfasis en lo biológico. Con la naturalización estas prácticas que se caracterizan por ser invasivas, innecesarias y violentas, las más perjudicadas son las personas gestantes.

Según la antropóloga Robbie Davis Floyd (2004), los/as estudiantes atraviesan un ritual de pasaje durante su entrenamiento médico en los largos años de formación. Este no solo tiene la carga de transmitir conocimientos y habilidades prácticas, sino también introducir a los/as estudiantes en el sistema de valores y creencias básicas del paradigma tecnocrático de la medicina. Este ritual asociado al parto proporciona para los/as futuros/as profesionales una estructura ordenada al caos que representa la naturaleza y crea la ilusión de que los partos ocurren así porque no hay otra alternativa para controlar y contener los procesos naturales que los impulsan y la vivencia de algunos partos complicados supone ese adiestramiento en la idea de que todo parto es una bomba de tiempo. Pareciera, pese a que las investigaciones científicas demuestran lo contrario, que si no se atienden los partos siguiendo esas líneas del modelo estos podrían terminar en un verdadero desastre (Yañez, 2013).

En el campo del conocimiento, hay numerosos trabajos referidos a la violencia obstétrica³ en nuestra provincia, en el país y en América Latina (Camaro Cuevas, 2009; Canevari, 2011; Canevari, et al. 2019; Castro, 2004, 2010; Castro y Erviti, 2014, 2015; Chiarotti, García Jurado, Aúcia y Arminchiardi, 2003; Gainza, Labastie, Magnone Alemán, 2013; entre otros/as), sin embargo la indagación acerca del proceso de formación profesional y su vinculación con el ejercicio de prácticas intervencionistas sobre el nacimiento y violencia obstétrica ha sido una problemática poco desarrollada. Por lo cual, este trabajo se propone analizar las experiencias de los/as estudiantes de la carrera de Licenciatura en Obstetricia de la Universidad Nacional de Santiago del Estero en su paso por sus prácticas hospitalarias realizada desde la cátedra Concurrencia Preprofesional a través de la recuperación de las

³ La ley 26.485 sancionada en el año 2009 permite nominar a la violencia obstétrica como una de las modalidades de la violencia de género. La violencia obstétrica se comprende como una de las formas en las que se expresa la violencia de género, situada puntualmente en el ámbito institucional de la salud pública o privada. En ese espacio se identifican un conjunto de sujetos/as que la ejercen, el personal sanitario y una población que la padece que son las personas gestantes y los/as recién nacidos. Cabe destacar que la violencia obstétrica se puede expresar en los diferentes tipos expresos por esta ley, por lo cual puede ser física, sexual, psicológica, económica y simbólica (Canevari, 2017).

voces de los y las estudiantes, sus opiniones y vivencias, relacionadas a la violencia obstétrica en estos espacios de formación. Además, este trabajo apunta a dar cuenta de cómo estas circunstancias influirán en el modo de ejercer de los/as futuros/as profesionales.

Estrategias Metodológicas

Este trabajo es una parte del trabajo final de grado presentado para la obtención del título de Licenciada en Obstetricia en la Universidad Nacional de Santiago del Estero. Se trató de una investigación cuanti-cualitativa de tipo exploratorio descriptivo que permitió realizar un acercamiento al problema investigado. Se llevó a cabo en la provincia de Santiago del Estero, en el periodo comprendido entre enero del 2020 y marzo del 2021.

La población objeto de estudio está comprendida por los y las estudiantes de la carrera que hubieran cursado cátedra de Concurrencia Preprofesional entre los años 2013-2019. Se seleccionó a las/os participantes a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional o deliberado.

En cuanto a las técnicas e instrumentos para la recolección de datos, se realizaron 38 encuestas virtuales a la muestra seleccionada mediante formularios de Google, la encuesta fue difundida virtualmente entre agosto y septiembre del año 2020. Para el análisis de los datos obtenidos se efectuó un proceso de ordenamiento y codificación de la información para su posterior análisis a través del programa Excel. La encuesta tuvo un total de 26 preguntas y una sección final para que los/as encuestados/as puedan escribir observaciones, comentarios y sugerencias sobre la encuesta. De las 26 preguntas, las primeras 6 fueron referidas a datos personales con preguntas cerradas de opción múltiple (género, edad, hijos/as, trabajo, situación académica, formación complementaria, cursos de actualización profesional), Las siguientes preguntas se dividieron en dos secciones con preguntas abiertas y cerradas, en la primera sección se interrogó sobre la carrera universitaria en general, materias y plan de estudios. Y, luego, la segunda enfocada en la concurrencia pre profesional, en la que se indagó acerca de las sensaciones durante la concurrencia, los conflictos entre la teoría y la práctica, el intervencionismo, la medicalización de los nacimientos, la atención y las sanciones durante la concurrencia y las situaciones de violencia obstétrica.

Por otra parte, se realizaron cinco entrevistas en profundidad a estudiantes avanzados de la carrera pertenecientes a la muestra encuestada, mediante video llamadas por Zoom en

enero del año 2021. Dichos encuentros fueron grabados para su posterior transcripción y análisis. Cabe aclarar que se solicitó a los/as participantes de este trabajo la firma de un consentimiento informado y que los nombres a lo largo de este texto son ficticios para preservar la identidad de los mismos.

Resultados

La práctica médica reproduce relaciones de poder, posiciones de clase, jerarquías, incluso sujeción y formas de violencia por lo que supone ubicar a las usuarias del sistema de salud - en este caso en su mayoría mujeres que concurren a la maternidad- desde un lugar subalternizado y pasivo. En esas relaciones asimétricas se dan las condiciones que habilitan la violencia obstétrica (Castrillo, 2016).

Durante la atención de los partos, las mujeres habitualmente sufren diversas formas de violencia y violaciones de sus derechos humanos y reproductivos. Siguiendo a Villanueva-Egan (2010), las expresiones de violencia incluyen burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de información y negación al tratamiento, la no derivación o referencia a otras instituciones para recibir servicios oportunos, el aplazamiento en la asistencia, la indiferencia frente a pedidos por parte de las usuarias, no consultarles o no informarles, utilizarlas como objeto de prácticas sin ningún respeto a su dignidad humana, entre otras.

Pese a que las mujeres deberían ser consultadas e informadas de que son atendidas por un estudiante o residente, en ocasiones esto se esconde de forma intencional, a veces por órdenes de las mismas tutoras, tal como refleja el relato de una estudiante entrevistada:

“Yo fui a la guardia con un cartelito que decía *Estudiante de Concurrencia* y mi nombre; me lo hicieron sacar porque decían que las pacientes no iban a dejar que las toque. Entonces no podía decirles que era estudiante y era algo que me molestaba mucho. Lo primero que la tutora dijo al grupo fue que no era nuestra profesora ni tutora, que no éramos estudiantes, sino que éramos colegas. Entonces, los primeros días si nos equivocábamos y se nos escapaba un ‘profe’ nos retaban, hasta nos pellizcaban (risas). Ese fue como el primer contrato que realizamos. No podíamos nombrar al docente ni siquiera durante el parto y también nos pidieron que no dijéramos nuestros nombres por cuestiones legales para cuidarnos en ese sentido, para preservar nuestra identidad” (Victoria).

El ocultamiento de información y el hecho de que una paciente no pudiera saber el nombre de la persona que la está asistiendo o el hecho de que no se informe a los/as usuarios/as

que se encuentran en un hospital escuela en el que pueden recibir asistencia por parte de un/a estudiante puede considerarse violencia obstétrica sobre todo cuando se realizan prácticas sobre los cuerpos de las mujeres sin su consentimiento para fines educativos. Con respecto al relato anterior la justificación por parte de la docente es que las mujeres no dejarían que las asista un/a estudiante. En otra entrevistada, una de las participantes relataba algo similar:

“Las mujeres se daban cuenta igual pese a que no le podías decir que eras estudiante, te decían ‘*vos sos muy buenita*’ cuando hacías algo mínimo diferente o te dicen ‘*¿vos recién empiezas no?*’ No tenían problema, cuando estaba sola yo les decía que era estudiante” (Alicia).

Según lo antes expuesto, las mujeres/pacientes pueden diferenciar entre un profesional con experiencia de otra que no la tiene, es decir, pueden darse cuenta de que son asistidas por estudiantes o profesionales expertos/as como consecuencia en la diferencia en el trato recibido. Las usuarias de los servicios –principalmente de salud pública- esperan del gremio plantel obstétrico, así como de otros/as profesionales de salud, el trato indiferente y poco amable, entre otras actitudes que suelen ser comunes y que serán aprendidas por los/as practicantes en el día a día de las rutinas hospitalarias (Fernández Moreno, 2007).

Con respecto a este tema, en las encuestas realizadas se preguntó a las participantes si las gestantes sabían que eran asistidas por estudiantes. Los datos obtenidos arrojaron que: 24 estudiantes contestaron que “A veces”, 13 estudiantes contestaron que “Sí” y 1 encuestado/a contestó que “No”. Como se aprecia en el Gráfico N° 1.

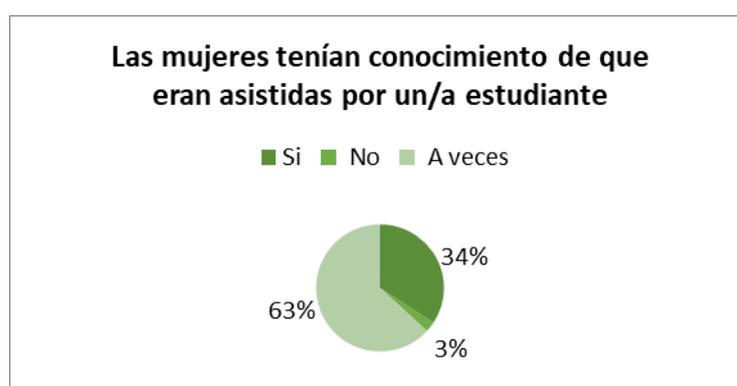


Gráfico N° 1

Podemos decir que el porcentaje de respuestas depende de varios factores, entre ellos si los/as estudiantes pueden y quieren informarles a las mujeres y también de las actitudes de los/as docentes de las guardias en las que se encuentren. En la formación del hábitus y el

currículum profesional no solo se transmiten conocimientos y habilidades sino que también, paralelamente, se transmiten a los/as estudiantes cuestiones referidas al currículum oculto⁴. Debido a la dificultad en su identificación y evaluación, sumado al hecho de que generalmente no es trabajado ni reconocido por parte de la casa de estudios o los/as docentes, este puede llegar a ser determinante para la formación y aquí entra en juego un elemento central en la docencia en salud que será el comportamiento ético de los/as profesionales (Rojas, 2012).

En cuando a la realización de prácticas con fines puramente educativos que no eran necesarias en la asistencia, en las encuestas se realizó la siguiente pregunta: ¿Alguna vez sintió que se priorizaba la necesidad de aprender alguna práctica por sobre los derechos de las mujeres en los servicios? ¿Recuerda alguna situación en particular?

Obteniendo como respuesta 25 encuestados/as que contestaron afirmativamente, mientras que 13 respondieron que no. Como se observa en el Gráfico N° 2.

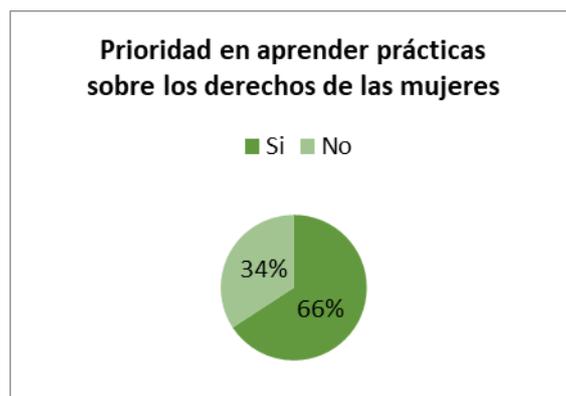


Gráfico N° 2

En las respuestas afirmativas se mencionaron 12 prácticas que según los estudiantes se priorizan por sobre los derechos de las mujeres, como se ilustra en el Gráfico N° 3:

⁴ El currículum oculto representa un trasfondo de normas, valores y reglas latentes en el proceso formativo, que los estudiantes han de asumir y adoptar para desempeñar convincentemente un papel social. Es evidente que no todo lo que se enseña en la facultad o durante la residencia está contemplado en los programas. En realidad, una gran parte de lo que se enseña –y desde luego mucho de lo que se aprende– tiene lugar fuera de los cursos o explicaciones formales. Desde un punto de vista práctico, se podría definir como el conjunto de ‘reglas, regulaciones y rutinas’ institucionales no escritas. Aunque el aprendizaje formal es importante, es el currículum oculto el que proporciona los elementos que permiten comprender las influencias existentes en el comportamiento del estudiante. La mayor potencialidad educativa se consigue cuando ambos currículos, formal e informal, están alineados, lo que lamentablemente no siempre ocurre (Rodríguez de Castro, 2012).

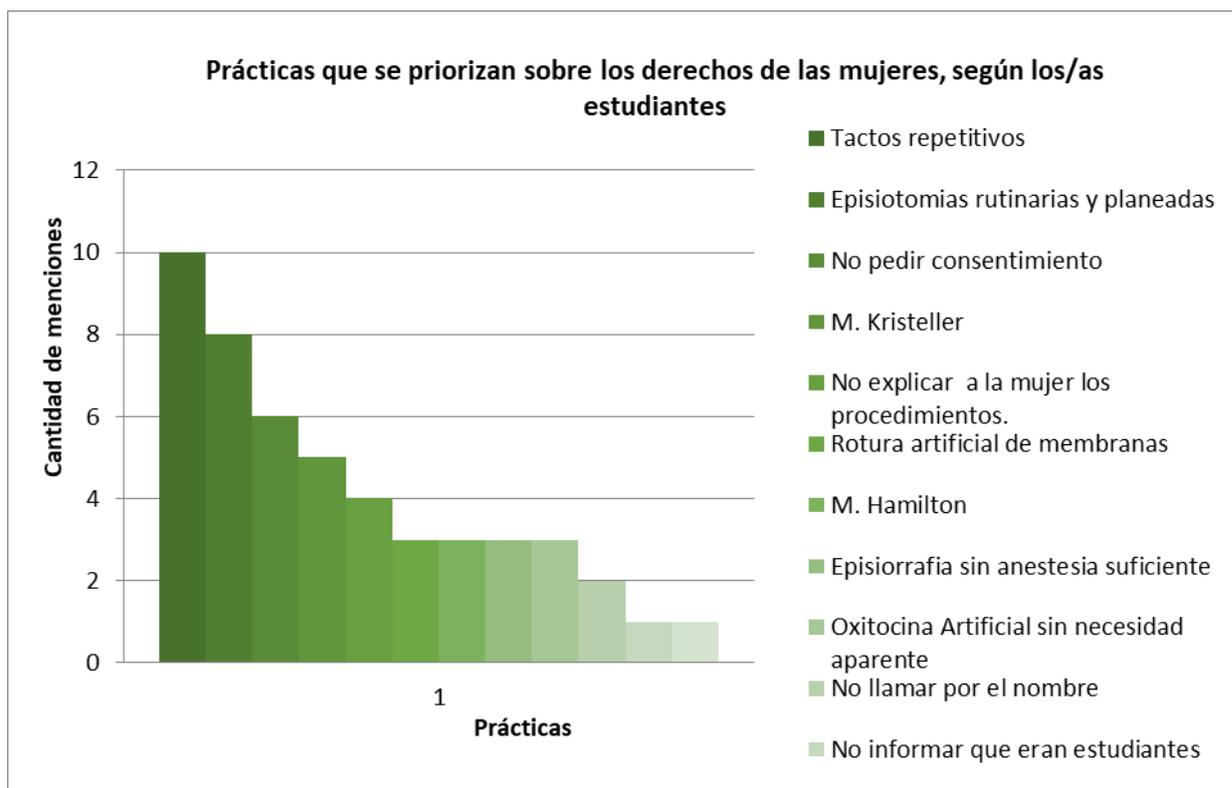


Gráfico N° 3

En las entrevistas también se interrogó acerca de si alguna vez habían sentido que se estaba interviniendo sobre los cuerpos de las mujeres sin necesidad solo como método de aprendizaje y las respuestas también reflejan cierta cotidianidad en priorizar el aprendizaje sobre el respeto por la dignidad de esas mujeres que acuden a los servicios de salud. Una de las entrevistadas dice:

“Al principio de la concurrencia eran los tactos, si éramos dos practicantes en cada consultorio, tactábamos las dos además de la tutora o algún otro profesional, o sea eran tres personas que tactaban a una mujer y no se le preguntaba nada. La tutora tactaba primero y nos decía ‘siento algo raro, ¿puedes corroborar, compañera?’. Como no podíamos decir que éramos estudiantes teníamos que hacer de cuenta que eras obstétrica e ibas y tactabas. Emitíamos nuestro punto de vista y el tutor a cargo corregía, pero para corregir hacía intervenir a la otra practicante: ‘para que estemos seguras hazlo vos también’. Con la otra tutora, directamente tactábamos todas y listo. No le pedían permiso a la mujer. Y después en los partos las episiotomías⁵ rutinarias, te imponían que sí o si hagas y a veces con él bebe en planos altos y el periné muy engrosado, todo lo que no hay que hacer, con una tijera que ni cortaban.” (Virginia).

⁵ Se entiende Episiotomía como una incisión quirúrgica en la zona del periné femenino, cuya finalidad es la de ampliar el canal de parto y facilitar la salida del feto

El hecho de que se considere el cuerpo de las mujeres como objeto dentro del sistema de salud permite que los/as profesionales se sientan con la autoridad de realizar cualquier tipo de intervención sin la necesidad de explicarlo o, incluso, mintiendo y preocupando a una mujer al decirle que sienten algo raro solo para justificar ser tactada por tres supuestos profesionales diferentes sin ninguna necesidad y, de esta manera, violentarla. Algo que vale la pena mencionar es el hecho de que las estudiantes señalan que además de que las episiotomías y las episiorrafias⁶, se realizan de forma inoportuna y rutinaria, incrementa la violencia el hecho de que se realizan con tijeras con poco filo que genera en algunas estudiantes una sensación desagradable al realizarla.

Esta característica de la realización de esta práctica tan polémica no es un detalle menor ya que probablemente incrementa el dolor al tener que hacer más fuerza sobre la piel para cortar o incluso repetir el corte y también incrementa la violencia en una práctica que de por sí es señalada como violenta por diversos autores/as (Fornes, 2009; Gainza, Labastie y Magnone Alemán, 2013). Sobre esto nos relataba otra estudiante:

“Episiotomías siempre se hacía en todos los partos de primigestas y a veces cuando no eran primigestas también, todas las que yo hice fueron solo para que aprenda, nunca fue para ampliar el canal de parto como se supone que debería ser. Encima pasa que las tijeras del regional están muy desafiladas tienes que hacer muchísima presión como si quisieras cortar madera con una tijerita de jardín así te sientes...” (Virginia)

Acercas de esto, se interrogó en las encuestas acerca de si los/as estudiantes realizaron u observaron episiotomías de forma rutinarias a lo largo de sus prácticas de concurrencia. Se obtuvo la respuesta de 27 encuestados/as que contestaron afirmativamente, mientras que 11 respondieron que no. Como se observa en el Gráfico N° 4.

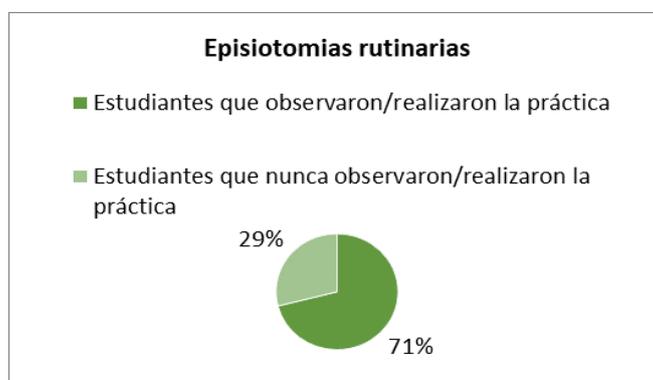


Gráfico N° 4

⁶ Las Episiorrafias consisten en la sutura de la episiotomía, se realiza posterior al alumbramiento o salida de la placenta, finalizado el parto.

Las entrevistadas señalan que la violencia obstétrica se manifiesta en acciones cotidianas en las guardias, que está muy naturalizada y reconocen esto como contradictorio a lo aprendido desde las aulas universitarias y lo teórico sobre todo referido a la Ley N° 25.929 que es la “Ley de Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento” también conocida como “Ley sobre Parto Humanizado”. Esto se expresa en el siguiente testimonio:

“Durante toda la carrera, estuvo muy marcada la presencia de la Ley sobre Parto Humanizado en muchas actividades, charlas. Muchos docentes hablaban de estos temas y muchas materias te remarcaban los derechos de las mujeres. Al escuchar o al leer algo sobre violencia pensabas que era algo que se hacía antes y que no era una problemática actual. Ahora, me acuerdo haber leído capítulos del libro de la profe Canevari [referencia a *Cuerpos Enajenados* de Cecilia Canevari (2011)] en Bases [Materia cuatrimestral de 1° año: Bases Socioantropológicas] y después horrorizarme pensando que eran prácticas totalmente antiguas que ya había cambiado todo, pero la verdad que cuando empezamos a ir al hospital el choque con la realidad fue muy fuerte, todo lo del libro seguía igual, era el mismo escenario muy violento.” (Victoria)

El reconocimiento formal de derechos no garantiza su cumplimiento en la práctica, pese a las leyes existentes vinculadas a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, a las recomendaciones internacionales de diversos organismos que apuntan a des-intervenir y des-medicalizar los nacimientos. En la realidad se continúan vulnerando los derechos, el embarazo y el parto siguen ubicándose como acontecimiento médico y ejerciendo violencia en todas sus expresiones y tipos sobre las mujeres. Estas situaciones dejan en evidencia que no basta solo con adquirir normas y leyes que reconozcan derechos.

En las encuestas se preguntó si los/as estudiantes observaron o fueron parte de situaciones de gritos, insultos, descalificaciones y/o amenazas a las mujeres. Las respuestas fueron: 36 de los/as encuestados/as respondieron que presenciaron al menos una vez alguna situación, y solo 2 contestaron negativamente. Esto se puede apreciar en el Gráfico N° 5.

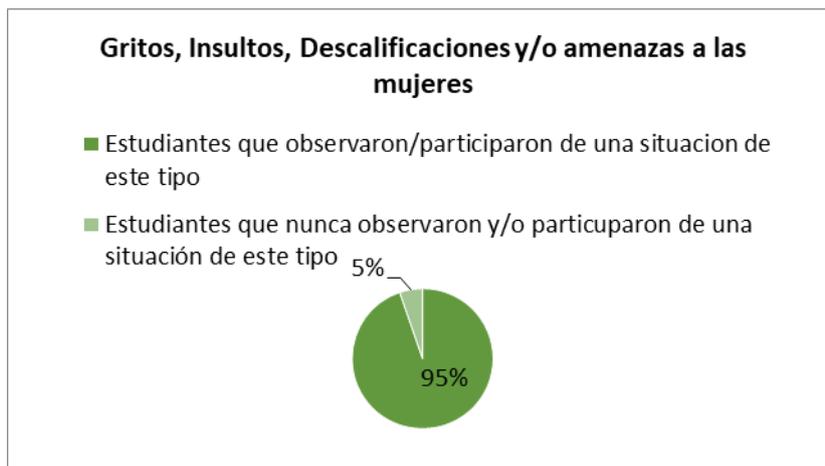


Gráfico N° 5

Es prioritario un trato digno en el servicio de salud y reflejar el respeto por los derechos humanos y el reconocimiento de las individualidades de las mujeres, brindarle información completa, verdadera y que sea entendida por la mujer, acompañado de un trato amable porque lo que los/as pacientes reclaman es simplemente el respeto a su dignidad, no buscan sustituir a los/as profesionales en la toma de decisiones, el único reclamo es el respeto (Villanueva-Egan; Ahuja Gutiérrez; Valdez Santiago; Lezana Fernández, 2016).

Las situaciones de violencia obstétrica que las estudiantes entrevistadas identifican, generalmente, se asocian al exceso de medicación, al intervencionismo, a la no información, a ignorar deliberadamente a las mujeres, a prácticas contraindicadas o realizadas de forma inoportuna, a los malos tratos y gritos, entre otras prácticas y conductas violentas como las que podemos identificar en el siguiente fragmento de una entrevistada dando su opinión general de la violencia obstétrica en las prácticas:

“Violencia Obstétrica he visto desde el día uno, desde cómo tratan a las mujeres; si se quejan o gritan mucho; las retan si no quieren abrir las piernas para un tacto, les dicen cosas como ‘bueno si te ha gustado tener relaciones ahora báncatela’; no las dejaban estar acompañadas; no las llamaban por el nombre, sino por la patología o por el número de cama; las infantilizaban, les decían apodos –mamita, gordita, corazón. En sala de parto, no las dejaban gritar y si gritaban mucho lo primero que hacían era darles el camisón para que muerdan y que solo pujen. Yo recién cuando hice mi trabajo final me di cuenta que eso también era violencia porque nosotros repetimos tanto lo que nos dicen que se nos hace verdades y no hacemos por buscar otras vías para mejorar la calidad de atención y para que esas mujeres puedan tener un parto respetado como se debe. Y nos quedamos con lo que nos enseña la formación...

adquirimos malas prácticas y más si trabajamos en un lugar como el Regional. La ley sobre Parto Respetado no se respeta” (Sara).

Con respecto al comentario de Sara sobre el hecho de que muchos/as estudiantes las naturalizan y “vuelven verdades” prácticas y conductas violentas, es habitual que después de un proceso de entrenamiento los/as estudiantes terminen por aceptar las normas establecidas en el sistema médico naturalizando y adoptando como normas el modelo tecnomédico con sus prácticas, concepciones y valores porque la formación de los/as obstétricos/as sirve de rito de pasaje transformándolos en profesionales que coinciden con las ambiciones del campo médico⁷ (Davis-Floyd, 2004). Al terminar la formación, generalmente, los/as nuevos/as profesionales encarnan la institución a la que aspiraron pertenecer, hablan en su nombre y suelen justificar todo aquello negativo como parte del proceso de entrenamiento (Castro y Erviti, 2015).

Los/as encuestados/as ante la pregunta si alguna vez observaron y/o realizaron ciertas prácticas asociadas a la violencia como “censurar y/o prohibir expresiones espontaneas de las mujeres”, respondieron 36 de forma afirmativa que habían presenciado y/o sido parte de una situación de violencia en donde se censuró a las mujeres y solo 2 respondieron negativamente, como se aprecia en el Gráfico N° 6.

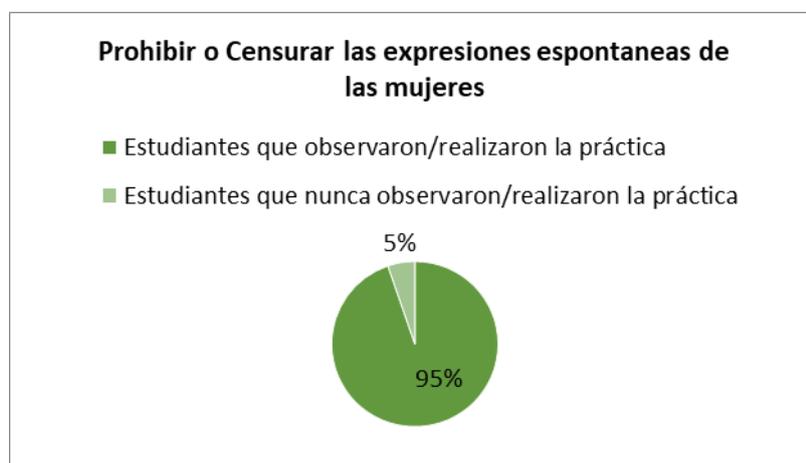


Gráfico N° 6

⁷ Considero campo médico como el conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre ellos relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello. Así, junto con las instituciones de salud, son elementos centrales del campo médico las instituciones que forman los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a ser parte del campo (las facultades de medicina y los hospitales de enseñanza), los agentes que operan estas instituciones, los profesores y estudiantes de las especialidades médicas (Castro, 2014).

Y ante la pregunta si alguna vez habían presenciado que se les prohiba a las mujeres su derecho de estar acompañadas durante sus procesos de embarazo, parto y/o puerperio, 31 estudiantes encuestados/as respondieron afirmativamente y solo 7 respondieron que nunca habían observado dicha situación planteada, estas respuestas se reflejan en el Gráfico N° 7.

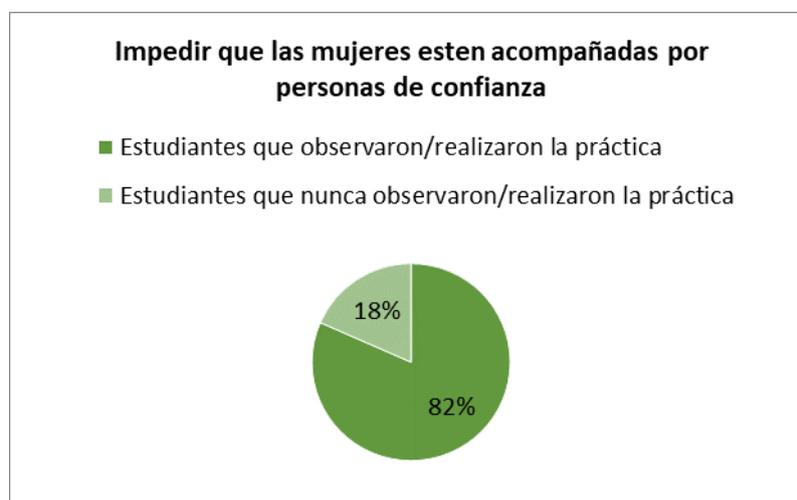


Gráfico N° 7

Otras prácticas que los/as estudiantes reconocen como violentas surgen en el testimonio de otra entrevistada:

“Yo en el hospital he visto hacer alumbramiento manual sin anestesia; maniobras de Kristeller son moneda corriente; la violencia de no permitir el acompañamiento de un familiar, he visto hasta enemas con... con el dedo, o sea, manuales, y eso... eso a vos te congela en el momento como que hasta yo me sentía violentada y te paraliza, y qué vas a hacer... (voz quebradiza) yo como estudiante no podía sacarle la mano a la doctora, porque eso lo vi de una doctora, te paraliza la violencia” (Victoria).

La Maniobra de Kristeller, consiste en ejercer presión sobre el vientre de la mujer que está en parto en el momento de la expulsión del bebé. Habitualmente, los/as profesionales le llaman “hacer un apoyo o dar una ayuda”. Es una maniobra que es considerada una mala práctica y está desaconsejada por la Organización Mundial de la Salud porque además de ser dolorosa puede ocasionar daños en el periné, en el útero y en el feto. Además, tampoco hay suficientes estudios al respecto que validen su utilización (OMS, 1996). En las encuestas, también se interrogó acerca de si los/as estudiantes habían observado y/o realizado esta maniobra durante sus prácticas, 36 de los 38 estudiantes respondieron afirmativamente, como se observa en el Gráfico N° 8.



Gráfico N° 8

Los/as practicantes perciben que no hay nada que hacer contra la violencia porque la impunidad también desempeña un papel central en el proceso de silenciamiento y normalización de la violencia tanto en estudiantes como en las mujeres. Por un lado, los/as concurrentes carecen de redes de apoyo para tratar estos temas y de espacios de contención y una de las estrategias de legitimación de la violencia es que en el interior del campo se construyen narrativas que distorsionan los hechos y ponen en duda a las víctimas. A los/as estudiantes que se quejan de la violencia en cualquiera de sus formas se les señala como malos/as estudiantes, débiles o perezosos/as para ejercer la obstetricia (Castro y Villanueva Lozano, 2018). Por otro lado, a las mujeres, se las etiqueta como no colaboradoras durante el parto, en un mecanismo culpabilizador que les transfiere la responsabilidad. Se trata de un orden institucional que va a presuponer que en el parto las mujeres deben aceptar su posición de no poder, debido a que los/as profesionales de la salud son los/as expertos/as y protagonistas que detentan la autoridad (Castro y Erviti, 2015).

Además, las mujeres atraviesan un ritual en su paso por los hospitales, que está cargado de una serie de mensajes que van a servir para la aceptación del orden jerárquico establecido. Las prácticas hospitalarias que se realizan habitualmente tienen una carga simbólica asociada a las concepciones de incapacidad y enfermedad de las mujeres y personas gestantes, a la concepción del hospital como una gran fábrica que realiza los nacimientos y por lo tanto, los/as profesionales son los protagonistas de ese evento en donde las mujeres van a tener un rol pasivo, pese a que ellas son las que paren, la institución se hace cargo de apropiarse del proceso imponiéndose como necesaria a través de los rituales en torno al parto (Davis Floyd, 2009).

Algunos/as estudiantes viven las situaciones de violencia obstétrica como violentas hacia ellos/as mismos, habitualmente se sienten como cómplices y culpables de la violencia que

presenciaron e incluso que pudieron haber llegado a ser partícipes. Se ha planteado que el personal expuesto a la violencia en la atención del parto puede llegar a sufrir estrés traumático secundario, definido como la exposición a estresores traumáticos externos similares a los vividos por las mujeres víctimas (Beck y Gable, 2012 en Sadler, 2016). Esto podría relacionarse con el hecho de que algunos/as estudiantes refieren no querer volver al hospital luego de haber atravesado las prácticas:

“Vos ejerce violencia y es horrible, te sientes sucio, yo no quiero volver a sentirme más así. Por eso digo que yo no tengo ansias de trabajar, porque trabajar en hospitales... me da miedo esa rutinización y que cuando entres queriendo hacer algo diferente, la pases mal y tu salud mental se venga abajo, tienes que ser muy fuerte para intentar cambiar algo o tienes que hacerlo acompañado porque son muy insensibilizados... yo aspiro al control prenatal a la preparación integral porque a mí esa violencia me espantó. A mí me encantó acompañar partos, pero todo es tan violento que arruina todo y no podría...” (Virginia).

La formación obstétrica funciona también como un proceso que propicia un quehacer médico rutinario con un pobre proceso de reflexión, basándose en aprender habilidades y técnicas de manera mecánica y rutinaria sin un proceso de reflexión o pensamiento crítico (Loría Castellano; Soria; Márquez; Chavarría; Rocha; Cazales, 2010). Se visualiza el parto como un proceso mecánico en donde los aspectos emocionales y sociales de la persona que se encuentra siendo asistida, son considerados secundarios. En este contexto las mujeres en ocasiones son vistas como obstaculizadoras de la cadena de montaje que se aprende y sobrevienen situaciones de violencia obstétrica.

En el siguiente fragmento de una de las entrevistas, podemos apreciar otras expresiones de la violencia obstétrica reconocidas por las estudiantes:

“Me llama una docente que iba a hacer un parto, para observar solamente porque eran los primeros días. Ella era una jovencita de 15 años y me acuerdo que cerraba las piernas y llamaron como a tres enfermeras para agarrarla. La profe le gritaba: ‘no ves que se te va a morir el bebé, ¡abrí las piernas!’ Ella no quería que la toquen. Le seguían diciendo ‘¡pero abrí las piernas!’ y cada vez que le decían que el bebé iba a morir ella cerraba más las piernas. Era reevidente que el embarazo era no deseado. Entonces, tuvieron que llamar a otras compañeras agarrarla y como que la obligaron a parir prácticamente. Me acuerdo que nació ese bebe lo ponen en el servo cuna y le dicen a la nena ‘mira ahí está tu hijo, míralo’ y ella cerraba los ojos entonces le decían ‘¿qué te pasa? ¡qué clase de madre sos!’ y cosas así. Bueno y sale la placenta y la profe tactaba y le decía ‘a ver déjame que tengo que ver que no haya restos’. Entonces la chica le decía

que no quería que la toquen. Era como esos casos que no sabes si se trata de una violación o qué pasó. Entonces la profe le dice ‘Bueno ¿sabes qué? yo no pienso renegar con estas mujeres’ tira los guantes y le dice ‘mira si te desangras es problema tuyo y que quede en constancia que ella no se deja tocar’ y era una nena que lloraba y se tapaba los ojos y no quería ver al bebe después yo nunca supe qué pasó con ella, pero cuando salimos de ahí le digo a la docente ‘profe a usted no le parece que esa mujer... tiene como una gran posibilidad de rechazar a ese bebe’ o no me acuerdo como le dije pero le pregunté si iban a llamar a un equipo de psicología o a alguien para que vea que está pasando. Porque para mí era muy evidente aparte era chiquita y le hablaban como a una mujer adulta con sentido de maternidad y me contestó ‘No, eso es el común de todos los días y no puedes hacer nada, no es algo que nos compete’. Ese día me fui muy triste” (Sara).

El hecho de que casos de sospecha de violaciones o situaciones de violencia sean definidos como el común de todos los días y aun así para los/as obstétricos/as y demás profesionales sea visto como algo fuera de sus competencias y como algo sobre lo que no hay nada que hacer es preocupante, porque transmite un mensaje erróneo a los/as estudiantes de que no deben involucrarse y contribuye a invisibilizar y normalizar esta problemática además de que el equipo de salud, cuenta con leyes, guías y protocolos que los/as obligan a actuar en caso de sospecha y detección de violencias y abusos.

Otro punto a analizar es que para los equipos de salud prevalece la concepción de la maternidad obligatoria y la idea de que un embarazo es siempre bienvenido. Entonces, la idea de que una adolescente, que para la institución es una mujer adulta, manifieste señales de que no desea ese embarazo contradice ese orden moral y social (Castro y López Gómez, 2010).

Los profesionales clasifican a las mujeres desde una mirada dualizadora, del bien y del mal: las que cooperan, que obtienen recompensa a su sufrimiento —el dolor de parto— y obediencia, necesarios para el logro de un hijo/a sano/a y las que no cooperan, que sufren las consecuencias de la falta de predisposición de los/as profesionales para asistirles y resultados que pueden ser negativos, asumiéndolas como responsables únicas en el caso de alguna complicación (Castro y López Gómez, 2010): “si te desangras es problema tuyo”, como en el testimonio de Sara.

La falta de amabilidad y respeto, los malos tratos y los gritos hacia una paciente que ya aparentemente se encontraba desbordada por cursar un embarazo no deseado y estar totalmente vulnerable, el agarrarla para obligarla a parir y el hecho de poner todo el foco de

atención en la vida del bebe y no prestar un mínimo de sensibilidad ni preocupación hacia el bienestar de esa adolescente, las amenazas y el castigo final de no registrar su malestar y sufrimiento y de culpabilizarla por posibles complicaciones reflejan mucha falta de sensibilidad y todas las expresiones posibles de violencia obstétrica.

Reflexiones finales

Los/as profesionales obstétricos/as fieles al campo médico tienen una formación que responde a los intereses del campo y sus prácticas son acordes al modelo de atención de salud predominante en las sociedades occidentales: el modelo tecnomédico. Este se caracteriza por un exceso de medicalización e intervencionismo, por considerar el cuerpo como una máquina, por su interés exclusivo en los componentes biológicos de la salud, por la concepción del / de la paciente como objeto, entre otros aspectos que se reflejan en la formación de los/as obstétricos/as.

Al indagar acerca de las experiencias de los/as estudiantes en sus prácticas hospitalarias, se logró un primer acercamiento a la problemática planteada. Se pudo evidenciar que los/as estudiantes encuestados/as y entrevistados/as reconocen múltiples expresiones de violencia obstétrica en sus guardias como acciones y conductas que los/as profesionales e incluso tutores/as realizan habitualmente. Además, consideran esto contradictorio con lo teórico y el discurso en las aulas, en los que se intenta promover el parto respetado y los derechos de las mujeres en los espacios de salud. Esto tiene repercusiones en los/as estudiantes y sobre todo en las personas gestantes que acuden a esos servicios y son víctimas de la violencia.

En las prácticas hospitalarias, se observa una mirada acotada a lo biológico, a las patologías, con un marcado enfoque de riesgo en el accionar profesional. Se evidencia que los aspectos psico-emocionales y sociales son poco tenidos en cuenta, pero registrados como parte de la documentación rutinaria, con fines estadísticos o de investigación no aplicable ni complementaria con la práctica, a diferencia de los factores biológicos que son centrales en la asistencia obstétrica. Para poder mejorar los modos de atención es necesario trabajar desde una mirada integral aprovechando las diferentes materias teóricas y prácticas para lograr esa integración entre conocimientos biológicos y los contenidos sociales o humanísticos.

Por otro lado cabe destacar que las prácticas de violencia más reportadas son la violencia psicológica y simbólica, generalmente, asociadas a malos tratos, humillaciones, gritos y

burlas hacia las mujeres. Se encontró que el 95% de los/as encuestados/as expresaron haber presenciado y reconocido este tipo de violencia durante sus prácticas hospitalarias. El contexto en el que se desarrolla la formación hace que mucha violencia sea invisible tanto para los/as profesionales como para las víctimas. Además, en muchas ocasiones, se justifican porque sirven para adquirir el nuevo estatus, en las que se observa el desgaste emocional que generan las prácticas como un sacrificio para pertenecer al gremio obstétrico y adquirir una mejor posición en el campo.

Aquellos que completaron el camino de transformación en profesionales que no cuestionan el tipo de práctica y asistencia que se realiza en las instituciones de salud, tampoco cuestionarán las prácticas de violencia hacia los/as usuarios/as de los servicios. Habitualmente, pasarán a considerar los maltratos y sanciones dentro de su formación como necesarias y posteriormente pueden llegar a adquirir muchas de las conductas y acciones que antes cuestionaban, sufrían y les indignaban. Es importante revisar el tipo de pedagogía que se emplea en estos espacios y las consecuencias de este tipo enseñanza-aprendizaje. Hacen falta espacios donde los/as estudiantes puedan recibir contención al respecto de cuestiones como la violencia obstétrica al igual que la violencia hacia ellos mismos, un ambiente de escucha segura, para que tanto estudiantes como profesores puedan trabajar en desnaturalizar todas las expresiones de violencia. Por otro lado, si no se realizan cambios en la organización jerárquica de las instituciones y si no se revisan las prioridades en la enseñanza, será muy difícil cortar con la cadena de violencia y la transmisión intergeneracional de prácticas violentas en la formación.

Aún queda mucho por indagar al respecto acerca de esta problemática, pero no se puede ignorar el hecho de que la formación de los/as profesionales obstétricos/as en las universidades pueda tener un papel fundamental para prevenir y erradicar la violencia obstétrica y debe contribuir con ese fin. Es fundamental para poder cambiar la asistencia por una que respete los derechos de las mujeres, y sobre todo que no ejerza violencia hacia las personas gestantes y recién nacidos/as, hacer foco en la formación que reciben los/as profesionales, en sus experiencias en las materias prácticas y contribuir a reforzar y cambiar la pedagogía por un modo de enseñanza que promueva la empatía como valor fundamental para ejercer la obstetricia.

Referencias Bibliográficas

- Camacaro Cuevas, Marbella (2009). “Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica”. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. 14 (32), 147-162. Recuperado en 03 de julio de 2020, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100011&lng=es&tlng=es
- Canevari, Cecilia (2011) *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero: UNSE y Barco.
- Canevari, Cecilia (coordinadora) (2019). *Los laberintos de la violencia patriarcal*. Santiago del Estero: Barco Edita y Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud-UNSE.
- Castrillo, Belén (2016) “Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica.” *Sexualidad, Salud y Sociedad. Revista Latinoamericana* (Rio de Janeiro), (24), 43-68. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>.
- Castro, Roberto (2004). “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”. *Revista mexicana de Sociología*, 76, (2), 167-197.
- Castro, Roberto (2010) *Teoría Social y Salud*. Cuernavaca, Morelos: El Lugar Editorial.
- Castro, Roberto y Erviti, Joaquina (2014) “25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México”. *Revista CONAMED* 19 (1) 37-42.
- Castro, Roberto y Erviti, Joaquina (2015) *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Castro, Roberto y Villanueva Lozano, Marcia (2018) “Violencia en la práctica médica en México: un caso de ambivalencia sociológica” *Estudios Sociológicos*, 36, (108), 539-569. DOI: 10.24201/es.2018v36n108.1648
- Chiarotti, Susana, García Jurado, Mariana, Aúcia, Analía y Arminchiardi, Susana (2003) *Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Buenos Aires: INSGENAR, CLADEM.
- Davis-Floyd, Robbie y St. John, Gloria (2004). *Del médico al sanador*. Buenos Aires: Creavida.
- Davis-Floyd, Robbie (2009). *Perspectivas Antropológicas del parto y el nacimiento*. Buenos Aires: Creavida.
- Erviti, Joaquina (2010) “Construcción de los Objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos”. En Castro, R., y López, A. (eds.) *Poder médico y ciudadanías*.

- El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: UdelaR/CRIM-UNAM
- FASGO, (2010) “Consenso sobre Inducción al Trabajo de Parto” XLII Reunión Nacional Anual. Centro de Convenciones: Limache, Salta.
- Fernández Moreno, Sara Yaneth. (2007) “La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud”. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6 (12), 59-76. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54561202>
- Fornes, Valeria Lucia (2009) “Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto.” Actas 1º Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las Violencias de género. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.
- Gainza, Patricia; Labastie, Mariana y Magnone Alemán, Natalia. (2013). “La atención contemporánea del parto: jaque a la perspectiva de derechos humanos”. *Uña*, 22,175-196.
- Loría C., Jorge; Soria H., Angélica; Márquez A., Guadalupe; Chavarría I., Rafael Alejandro; Rocha L., Juan Manuel; Cazales E. Víctor H. (2010) “Actitudes docentes de médicos de Urgencias de un hospital de 2º nivel”. *Archivos de Medicina de Urgencia de México*, 2 (2) 47-54. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/urgencia/aur-2010/aur102b.pdf>
- Magnone Alemán, Natalia (2013). “Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian.” *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*. 5 (12) 79-92. ISSN: 1852-8759.
- Martínez, Berenice y Orobich, Ludmila (2018) “De la casa al hospital: Una breve historización de la atención del embarazo y el parto.” *X Jornadas de Sociología de la UNLP*. 5 al 7 de diciembre de 2018, Ensenada, Argentina. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.11615/ev.11615.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1996) “Cuidados para el parto normal: una guía práctica.” Ginebra, Suiza.
- Rodríguez de Castro, Felipe (2012). Proceso de Bolonia: el currículo oculto. *Educación Médica*, 15 (1), 13-22.
- Rojas, O. Alberto (2012) “Currículum Oculto” en medicina: una reflexión docente.” *Educación Médica*. Rev Med Chile, 140, 1213-1217. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000900017>

- Sadler Spencer, Michelle (2016) “Etnografías del Control del Nacimiento en el Chile contemporáneo” *Revista Chilena de Antropología* 33 (1) 45-57. DOI: 10.5354/0719-1472.2016.43388
- Turner, Bryan (1999) “Profesiones, conocimiento y poder”. En Cuesta Benjumea, Carmen, *Salud y Enfermedad. Lecturas básicas en sociología de la medicina, Colección Yuluka/Salud pública*. (pp.187-222). Colombia: Editorial Universidad de Antioquia.
- Villanueva-Egan, Luis Alberto (2010) “El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”. *Revista CONAMED* 15 (3) 147-151.
- Villanueva-Egan, Luis Alberto; Ahuja Gutiérrez, María; Valdez Santiago, Rosario; Lezana Fernández, Miguel Ángel (2016) “¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia?” *Revista CONAMED*, 21 (1), 7-25. ISSN 2007-932X
- Yáñez Sabrina (2013) “De la caza de brujas en Europa a los mandatos eugenésicos en Argentina: reflexiones sobre algunos hitos del proceso de institucionalización de la maternidad”. *Nómadas Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas, Universidad Complutense de Madrid*, N° 37, 1-17

Como citar: Santillán, S. D. (2022). Violencia Obstétrica durante las prácticas hospitalarias de la Licenciatura en Obstetricia de Santiago del Estero, desde la mirada de los/as estudiantes, en *Revista Yachay*, 2, pp. 31-53.