

SIMPOSIO: GÉNERO Y SALUD

# MUJERES EN EMBARAZO, PARTO, Y POSPARTO: UNA MIRADA DESDE EL PENSAMIENTO FEMINISTA\*

Libia A. Bedoya-Ruiz <sup>1,a</sup>, Andrés A. Agudelo-Suárez <sup>1,2,b</sup>, Diego A. Restrepo-Ochoa <sup>1,3,c</sup><sup>1</sup> Escuela de Graduados. Universidad CES. Medellín, Colombia.<sup>2</sup> Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.<sup>3</sup> Facultad de Psicología. Universidad CES. Medellín, Colombia.<sup>a</sup> Médica, magister en Salud Pública; <sup>b</sup> odontólogo, doctor en Salud Pública; <sup>c</sup> psicólogo, doctor en Salud Pública.

\* El presente ensayo forma parte de la tesis: Bedoya Ruiz LA. Configuración de la relación de las mujeres en embarazo parto y posparto con los servicios de salud en diferentes niveles de atención según la clase social. Bogotá (Colombia). [Tesis de doctorado]. Medellín: Escuela de Graduados. Universidad CES de Medellín; 2020.

## RESUMEN

Este ensayo analiza los aportes del enfoque de género del pensamiento feminista para comprender la relación de las mujeres en el embarazo, parto, y posparto con el personal de los servicios de salud. Se analizaron investigaciones originales de diseño cualitativo en las cuales se visualiza la relación de las mujeres con el personal de salud. Se concluye que el enfoque de género del pensamiento feminista es una aproximación útil para comprender la problemática de las relaciones de las mujeres con el personal de los servicios de salud en aspectos como la violencia obstétrica, el cuidado y la intersección del género con otras categorías, en el marco del sistema de salud.

**Palabras clave:** Género; Embarazo; Parto; Periodo Posparto; Relaciones Interpersonales; Servicios de Salud Materna; Feminismo; Violencia de género; Medicalización; Derecho a la Salud (fuente: DeCS BIREME).

## WOMEN IN PREGNANCY, DELIVERY, AND POSTPARTUM: A LOOK FROM THE FEMINIST POINT OF VIEW

### ABSTRACT

This essay analyzes the contributions of the gender approach of feminist thinking to understand the relationship of women in pregnancy, childbirth, and postpartum with health service personnel. Original qualitative design research was analyzed, where the relationship of women with health personnel is visualized. It is concluded that the gender approach of feminist thinking is a useful approximation to understand the problem of women's relations with health service personnel in aspects such as obstetric violence, care and the intersection of gender with other categories, in the framework of the health system.

**Keywords:** Gender; Pregnancy; Childbirth; Postpartum Period; Interpersonal Relations; Maternal Health Services; Feminism; Gender-Based Violence; Medicalization; Right to Health (source: MeSH NLM).

## INTRODUCCIÓN

El género como categoría analítica es relevante en las ciencias sociales y de la salud, dentro del pensamiento feminista, pues permite comprender cómo la sociedad está organizada y jerarquizada socialmente y en las instituciones de salud <sup>(1-4)</sup>. Sin embargo, existen atolladeros del género en algunos ámbitos académicos, que lo desvinculan del carácter emancipatorio, político <sup>(5)</sup>, colectivo y asociativo de las luchas de los movimientos feministas <sup>(6)</sup>. Esto provoca que el género adquiera posiciones acrílicas afectando las condiciones sociales <sup>(5)</sup> y la salud de las mujeres <sup>(6)</sup>.

La teoría social del género nació en el siglo XX <sup>(2)</sup>. Scott hace un recuento histórico de las posiciones teóricas feministas, como la teoría del patriarcado, el marxismo y el psicoanálisis <sup>(3)</sup>. También se exponen sus límites, porque en ellas el problema radica en lo biológico y, por lo tanto, es de difícil transformación. El género no puede reducirse a aspectos domésticos y deben incluirse otros elementos, como lo político.

**Citar como:** Bedoya-Ruiz LA, Agudelo-Suárez AA, Restrepo-Ochoa DA. Mujeres en embarazo, parto, y posparto: una mirada desde el pensamiento feminista. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2020;37(1):142-7. Doi: <https://doi.org/10.17843/rp-mesp.2020.371.4981>

**Correspondencia:** Libia A. Bedoya-Ruiz; Escuela de Graduados, Universidad CES, Calle 10 A No. 22-04. Medellín, Colombia; [bedoya.libia@uces.edu.co](mailto:bedoya.libia@uces.edu.co)

**Recibido:** 19/11/2019  
**Aprobado:** 12/02/2020  
**En línea:** 23/03/2020

Connell <sup>(2,7)</sup> plantea que la investigación científica evidencia diferencias psicológicas no significativas entre hombres y mujeres. Su propuesta define el género a partir de las relaciones sociales y se entiende como una estructura que involucra una relación específica con los cuerpos, los cuales son afectados por procesos sociales (trabajo, medicina, educación) y son las conductas sociales las que explican las diferencias reproductivas biológicas. Esta propuesta dialoga con el enfoque de género como determinante de la salud <sup>(1)</sup>, que se interesa por investigar los modelos culturales, los cuales construyen diferentes identidades y roles tanto masculinos como femeninos. Esta perspectiva se instaura más en lo relacional que en las diferencias, y desarrolla el paradigma hermenéutico crítico. En este contexto se realizan investigaciones sobre el discurso médico referente a la maternidad y el control de lo femenino por la tecnología médica.

Se pretende, por lo tanto, visibilizar la utilidad del enfoque feminista para comprender la relación de las mujeres en embarazo, parto y posparto (EPP) con el personal de salud.

## METODOLOGÍA

Se realizó previamente una revisión narrativa sobre aspectos teóricos que analizan la relación de las mujeres en EPP con el personal de salud <sup>(8)</sup>. Los artículos originales encontrados en las bases de datos de salud pública no daban cuenta del género como categoría analítica con perspectiva feminista, por lo cual se seleccionaron algunas investigaciones con el fin de develar alternativas teóricas. Con esta información se construyó este documento, que intenta trascender los límites de un ensayo académico <sup>(9)</sup> para construir una propuesta reflexiva <sup>(5)</sup> especialmente en el contexto de la salud pública.

## DISCUSIÓN

A continuación, se discute el pensamiento feminista en aspectos relacionados con la violencia obstétrica, el cuidado en los servicios de salud y las intersecciones del género con otras categorías en el marco de los sistemas de salud.

### La violencia obstétrica

Investigaciones realizadas en Latinoamérica <sup>(4,10-16)</sup> muestran violencia caracterizada por la a) Brusquedad del personal hacia las mujeres, especificado por golpes, utilización del cuerpo para causar dolor, empujones de las piernas para facilitar el parto y abuso verbal dado por comentarios relacionados con la vida sexual de las mujeres, interpretándose el dolor del parto como un castigo por haber tenido placer en el proceso de la concepción. Se invalida lo que la mujer conoce de sí misma, se silencia y juzga cuando no obedece las órdenes médicas. b) Abandono durante el parto incurriéndose así en negligencia médica. c) Personal con actitud antipática, donde es normalizada la no respuesta, la verbalización mínima,

y la banalización del sufrimiento. d) Realización de prácticas medicalizadas no recomendadas por la evidencia científica <sup>(17)</sup> donde la mujer no puede tomar decisiones sobre su propio cuerpo y se excluyen los aspectos fisiológicos y naturales del proceso de EPP.

El enfoque de género del pensamiento feminista podría aportar elementos complementarios, pues el tema sobre el castigo a las mujeres ha sido estudiado en investigaciones sobre violencia contra la mujer y, aunque se enfocan en la violencia doméstica, valdría la pena resaltar lo siguiente:

Ariza <sup>(18)</sup> mostró que se puede rastrear históricamente una categoría denominada el «derecho masculino al castigo», definido como las facultades que tiene el esposo o padre de familia para corregir a la esposa o hijas(os) cuando estos violan el honor patriarcal, por ejemplo, con la desobediencia de la mujer. Este derecho se adquiere porque las mujeres dependen económicamente del hombre, existe una fuerte valoración del matrimonio y las religiones cristiana y musulmana influyen en las costumbres sociales que ayudan a explicar el modelo cultural de género en occidente.

El patriarcado es una estructura, objeto de análisis del feminismo, que está presente en el estado y en sus instituciones, donde la normatividad sobre la violencia de género no es eficaz, dado que se requiere incidir políticamente en las prácticas naturalizadas de las personas que ejercen el poder <sup>(6)</sup>. Lo anterior se relaciona con los servicios de salud, pues la medicina ha sido masculinizada históricamente, y el personal de salud necesita comprender la historia y transformar su formación y sus prácticas <sup>(4,19-21)</sup>.

La formación médica está jerarquizada y los métodos de enseñanza, históricamente, no buscan reflexividad sobre las prácticas biologicistas. La forma de aprendizaje de los estudiantes de la salud consiste en largas jornadas de trabajo y ayuno <sup>(6,11)</sup>, lo cual afecta sus derechos.

Por otro lado, el cuerpo y la autonomía sobre éste, han sido categorías que explican la generización del cuerpo por prácticas disciplinarias <sup>(7)</sup>. En el contexto del EPP las prácticas médicas son normalizadas por mujeres, acompañantes y personal de salud <sup>(22)</sup>. Son vistas como aspectos técnicos exigidos por protocolos médicos, no se reconocen como violentas y en algunos contextos se reproducen en los servicios de salud como reflejo de la violencia y degradación de valores que vive la sociedad <sup>(12)</sup>.

La violencia obstétrica puede ocurrir en momentos diferentes al parto. Badinter <sup>(23)</sup> critica la presión social que recae sobre la madre para amamantar. Dicha presión social es ejercida también por el personal de salud que estigmatiza a la mujer que no logra la meta de lactancia materna exclusiva los primeros seis meses, y promovida históricamente por una institución biomédica, católica estadounidense, denominada La Liga de la Leche.

En ese contexto la lactancia materna deja de ser un derecho y se convierte en una obligación en horarios y rutinas

impuestas en el hospital <sup>(22)</sup>. Adicionalmente, se responsabiliza a la mujer por la reproducción social y por el trabajo doméstico y reproductivo, el cual no es remunerado por fuera de la licencia de maternidad, promoviendo así la feminización de la pobreza <sup>(2)</sup>, que hace parte de la violencia estructural fomentada por el capitalismo global <sup>(5)</sup>.

### El cuidado y sus roles

Müller y Silva <sup>(24)</sup> mostraron que el puerperio es una experiencia compleja para la familia, pues el hecho de lactar genera ansiedad y dolor en las mujeres. El acompañamiento del personal de salud y de sus redes sociales es fundamental para superar las dificultades y optar por la opción de amamantar.

Para el pensamiento feminista es relevante el cuidado olvidado en los servicios de salud <sup>(22,25)</sup>, pues es importante visibilizar el trabajo femenino en el proceso de atención <sup>(4,20,22)</sup>. Al respecto, Ehrenreich y English <sup>(21)</sup> analizaron el nacimiento de la medicina moderna en Europa y cómo esta desplazó a las mujeres sanadoras y parteras de sus prácticas en salud. Lo anterior coincide con otro estudio realizado en Colombia <sup>(20)</sup>.

Fernández <sup>(4)</sup> muestra que la división del trabajo es jerárquica en las instituciones de salud, donde las mujeres se encargan del cuidado y los hombres de aspectos directivos. El saber clínico-científico asumido por hombres y mujeres está masculinizado y sobrevalorado por la responsabilidad. Esto provoca la subvaloración de áreas no médicas como el trabajo social, la enfermería y la psicología.

Lorber <sup>(19)</sup> explica cómo los significados de la relación médico-enfermera se construyen desde la segunda guerra mundial, por el traspaso de los roles familiares a los servicios de salud. En ese sentido, las enfermeras adquieren un rol materno (atención a las necesidades emocionales); el médico, un rol paterno (da órdenes), y el paciente es el hijo que obedece.

El proceso de EPP no es solo una cuestión biológica, sino también cultural que muestra la manera como se organiza la sociedad, sus valores e interacciones. En la atención sanitaria se visibilizan los mandatos que la sociedad espera de las mujeres. Dada la relevancia de este asunto, el estado necesita controlar y vigilar este proceso íntimo <sup>(22)</sup>.

Al respecto, Sánchez <sup>(26)</sup> analiza los discursos médicos a finales del siglo XIX, los cuales incorporan los arreglos sociales de género en los servicios de salud. En estos discursos se devela que el significado de mujer corresponde a su capacidad para ser madre y esposa, dependiente del marido, lo cual la coloca en condiciones de debilidad y subordinación, siendo lo anterior un concepto relevante para la construcción patriarcal de las relaciones de género. De esta manera, los médicos se apropian de la capacidad de hablar de la mujer y esta es considerada un objeto de observación y análisis en el proceso de atención de la salud.

### El género y sus intersecciones

El análisis de la realidad visualizado solo a partir de la categoría género es insuficiente, ya que las intersecciones entre categorías sociales (género, etnia, clase social) crean ubicaciones sociales complejas que se ajustan más a la naturaleza de las experiencias sociales. Se evidenciaron algunos artículos donde la categoría género se cruza con otras categorías y es necesario discutir otros enfoques de género diferentes a los propuestos en la introducción.

Binder *et al.* <sup>(27)</sup> muestran que los profesionales de la salud tienen dificultades para aceptar la cultura (relacionada con el origen musulmán de las mujeres en EPP), la cual critican pues determina aumento de la mortalidad materna. Esto provoca que se impongan prácticas, como la cesárea, sin tener en cuenta lo que piensa la mujer.

Valdría la pena potenciar los resultados anteriores, teniendo en cuenta la teoría de la interseccionalidad, que se desarrolla con el pensamiento negro feminista (Davis, Hooks, Hill, Crenshaw) en Estados Unidos, y se conceptualiza como un modelo de análisis de las diferencias sociales, desde las relaciones de poder representadas en las diferencias de clase social, etnia y género. Esto significa que atributos biológicos como el sexo y la raza, que se instauran en el cuerpo, se visualizan como naturales e inmutables y sirven de instrumento para determinar desigualdades sociales asociadas con procesos discriminatorios y de injusticia social <sup>(28)</sup>.

En el contexto de la investigación de Binder *et al.* <sup>(27)</sup>, sería importante profundizar sobre la configuración de la relación de las mujeres en EPP con el personal de salud, teniendo en cuenta que las mujeres entrevistadas fueron inmigrantes de países africanos, región en donde confluyen diferentes modelos culturales, religiosos y políticos diferentes a los modelos construidos en occidente.

Álvarez Ossa <sup>(29)</sup> mostró que las mujeres afrodescendientes con escasos recursos económicos, están sometidas a un proceso de triple discriminación en Medellín. Mediante la teoría de la interseccionalidad se concluye que el hecho de ser mujer, negra y pobre, predispone a este colectivo a la marginalidad y a la miseria con pocas oportunidades para moverse en la escala social.

En Chile se visualizan aspectos similares a los encontrados por Binder *et al.* <sup>(27)</sup> desde el punto de vista étnico. Alarcón y Nahuelcheo <sup>(30)</sup> muestran que el contexto socio-cultural de las mujeres indígenas Mapuche en EPP, no es tenido en cuenta, pues en las instituciones de salud la medicina tradicional indígena es excluida de las prácticas médicas occidentales. Lo que se relaciona con la teoría feminista poscolonial <sup>(2)</sup> donde se excluye y se discriminan los saberes diferentes a los occidentales.

Latinoamérica no es ajena a la historia de la colonización del primer mundo (países del centro y del norte global) sobre el tercer mundo (países de la periferia), y es en el

primero donde se han construido la mayoría de las teorías occidentales de género <sup>(2)</sup>. Segato <sup>(31)</sup> plantea que estas teorías han tratado de instaurarse a la fuerza en contextos culturales diferentes, sin tener en cuenta aspectos propios de la región y con ello se intensifica la violencia relacionada con el patriarcado.

Las teóricas feministas en la actualidad no pueden abandonar el análisis de las políticas económicas mundiales, donde el capital financiero mercantiliza las relaciones sociales y culturales y se reproduce la dominación sobre los sujetos <sup>(5)</sup>. A pesar de la generación de una ciudadanía globalizada que promueve la expansión de derechos, estos retroceden en medio de desigualdades sociales que aumentan progresivamente <sup>(5,6)</sup>, afectando en mayor medida a los países más pobres de la periferia <sup>(2)</sup>.

En este sentido, el capitalismo y el patriarcado se cruzan y generan determinadas experiencias <sup>(5,6,25)</sup> en los sistemas de salud, donde domina el modelo tecnocrático del parto que ve el nacimiento como un proceso productivo <sup>(22)</sup>, lo cual no solo afecta a las mujeres sino también las condiciones laborales del personal de salud, que atiende grandes volúmenes de gestantes. La tecnología excesiva en condiciones fisiológicas deshumaniza, pero es considerada como necesaria en este contexto <sup>(12)</sup>.

Yañez <sup>(25)</sup> investiga la salud materna en los servicios de salud públicos de Argentina. Muestra cómo las experiencias propias de las mujeres son excluidas de los servicios de salud y están moldeadas por políticas internacionales de rentabilidad económica que minimizan el tiempo de atención, medicalizan y tecnifican el proceso fisiológico del EPP, ignoran la emocionalidad y el contexto sociocultural de las mujeres, lo cual afecta su autonomía y la del personal de salud <sup>(25)</sup>.

La jerarquización y fragmentación de la atención busca mejorar los indicadores de salud pública de morbimortalidad materno-infantil requeridos por organismos internacionales, pero no se enfocan en garantizar los derechos, ni promover la calidad en la atención desde las necesidades de las mujeres <sup>(6,25)</sup>.

Canevari <sup>(6)</sup> muestra cómo la violencia obstétrica se intensifica en el contexto del capitalismo globalizado, donde el negocio de la salud compromete valores éticos del personal, lo que explica el crecimiento de cesáreas innecesarias sobre todo en el sector privado. Identificar el problema en el patriarcado de la medicina es insuficiente, pues el poder se ejerce a través de intereses económicos internacionales donde se acumula capital gracias a la intervención de los cuerpos. Esto se logra por las alianzas que se establecen entre el sector privado y el estado, el cual pierde poder para garantizar derechos aumentando las desigualdades sociales. En este panorama se resalta la importancia de los movimientos sociales feministas a favor del parto humanizado que lucha políticamente por los derechos de las mujeres en EPP.

Gama *et al.* <sup>(32)</sup> mostraron que, en el sector privado, existe mayor preferencia por la cesárea pues la mujer se siente sin capacidad de parir y confía en los profesionales para la realización del procedimiento quirúrgico, lo que resulta problemático para las mujeres que buscaron un parto natural después de la cesárea. No fue fácil, en el contexto donde la mujer está en un lugar desconocido diferente al lugar que ocupa el personal médico experto. Por el contrario, en el sector público es relevante construir un vínculo respetuoso donde el equipo médico informe sobre los procedimientos quirúrgicos, lo cual es diferente al sector privado que tienen parto monitoreado, facilitando mayor intercambio y calidez en la comunicación. Este estudio no desarrolla la categoría género y clase social como categorías analíticas, pero es otra aproximación a la desigualdad observada en la relación de las mujeres en EPP con el personal de salud.

Gourlay *et al.* <sup>(33)</sup> mostraron que no solo es problemático el balance en el poder que depende de la relación de las mujeres en EPP con el personal, sino también las condiciones estructurales de los servicios de salud públicos, como los materiales de trabajo y las condiciones laborales del recurso humano, quienes necesitan disminuir presiones de tiempo en el proceso de atención, y acabar con la precarización de las instituciones de salud.

Desde el enfoque de género como determinante de la salud <sup>(1)</sup>, se requieren aproximaciones integrales donde se involucre tanto al hombre como a la mujer en el proceso de EPP <sup>(34)</sup>. Para el caso del estudio realizado por Gourlay *et al.* <sup>(33)</sup>, se necesita la participación de la pareja en el programa de VIH-SIDA para prevenir la transmisión de dicha enfermedad durante el EPP.

Por último, los movimientos feministas han tenido logros históricos importantes que han cambiado la vida de las mujeres, por ejemplo, la lucha por la autonomía en la interrupción voluntaria del embarazo. Este documento no da cuenta de este tema, dada la limitación en la búsqueda de información. Adicionalmente, se requiere profundizar en cada una de las temáticas propuestas.

## CONCLUSIONES

Es relevante la comprensión de diferentes teorías feministas, para desarrollar investigaciones, donde se acompañen las mujeres, desde un paradigma hermenéutico crítico. Lo anterior implica cambiar la mirada de los salubristas, para acercarse a las necesidades de la población, independientemente de los intereses internacionales. Es necesario establecer diálogos que le permitan a la biomedicina integrar el derecho de las mujeres a estar saludables y tener experiencias de EPP no violentas, lo cual requiere una visión crítica del personal frente a la transformación estructural del sistema de salud mercantilizado, y las condiciones sociales de pobreza y desigualdad que afectan la salud. La capacitación del recurso humano necesita ser reflexiva e incluyente, visibili-

zando los discursos y comportamientos del personal, de tipo sexista, patriarcal y estereotipado, que afectan los derechos de las mujeres. Adicionalmente, se requiere hacer énfasis en la salud mental de las mujeres, sus procesos fisiológicos y sus saberes construidos referentes al parto natural.

Existen aspectos microsociales simbólicos (lenguaje, comunicación y confianza), imbricados en la relación de las mujeres en EPP con el personal de salud, que están influenciados por aspectos macrosociales y estructurales (racismo, patriarcado y capitalismo), que confluyen en los servicios de salud, y que deberían ser develados a través de investigaciones que permitan a las mujeres y el personal de salud, el desarrollo de actividades participativas, asociativas, colaborativas y colectivas. Esto con el fin de promover la transformación de la realidad, donde se respeten no solo los derechos sexuales y reproductivos, sino también los derechos sociales

como el derecho al trabajo digno y a la no discriminación en los servicios de salud por condición de género, clase o etnia.

**Contribuciones de autoría:** Todos los autores participaron en la concepción, el diseño del trabajo, análisis, interpretación de datos, revisión crítica y aprobación de la versión final. LABR realizó la recolección de datos y la escritura inicial del artículo. Todos los autores se hacen responsables y garantes de todos los aspectos que integran el manuscrito. Este artículo es parte del proceso de formación doctoral de LABR en el doctorado en Salud Pública de la Universidad CES y será usado como parte del material empleado para la disertación de la tesis.

**Financiamiento:** Beca doctorado nacional Colciencias convocatoria 647-2014 y convocatoria de pequeña cuantía de la Universidad CES Medellín, Colombia.

**Conflictos de intereses:** Ninguno.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Velasco AS. Intersección entre teorías de la salud y teoría feminista. En: Velasco AS, editor. *Sexos, género y salud*. Madrid: Minerva ediciones 2009. p. 95-120.
- Connell R, Pearse R. Gender theorist and gender theory En: Connell R, Pearse R, editors. *Gender In world perspective*. 3rd ed. Cambridge: Polity Press; 2015.p 68-89.
- Scott JW. El género: una categoría útil para el análisis histórico En: Boadas CB, editor. *Género e historia*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica: Universidad Autónoma de la Ciudad de México; 2008.p 48-77.
- Fernández Moreno SY. La violencia de género en las prácticas institucionales de salud afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2007; 6(12):52-76.
- Ciriza A. Apuntes para una crítica feminista de los atolladeros del género. *Estud filos práct hist ideas*. 2007;8 (9):23-41.
- Canevari C. Las prácticas médicas y la subalternización de las mujeres: Derechos, autonomía y violencia. Tesis doctoral [Internet]. 2017 [citado el 30 de enero del 2020]. Disponible en: [http://repositorio.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/4340/uba\\_ffyl\\_t\\_2017\\_se\\_canevari.pdf?sequence=2](http://repositorio.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/4340/uba_ffyl_t_2017_se_canevari.pdf?sequence=2)
- Connell R, Pearse R. Sex differences and gendered bodies En: Connell R, Pearse R, editors. *Gender In world perspective* 3rd ed. Cambridge: Polity Press; 2015.p 47-68.
- Bedoya Ruiz LA, Agudelo-Suárez AA. Relación de las mujeres en embarazo, parto y postparto (EPP) con los servicios de salud según la clase social. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2019;18(36). doi: 10.11144/Javeriana.rgps18-36.rmep
- Vélez JA. Límites del ensayo académico [Internet]. *Revista Alma Mater*. 1999;4:1-10. [citado el 30 de enero del 2020]. Disponible en: [http://acreditacion.unillanos.edu.co/CapDocentes/contenidos/actualizacion\\_sep\\_2013/capacitacion\\_docente/produccion\\_textual/limites\\_ensayo\\_academico.pdf](http://acreditacion.unillanos.edu.co/CapDocentes/contenidos/actualizacion_sep_2013/capacitacion_docente/produccion_textual/limites_ensayo_academico.pdf)
- Santiago RV, Monreal LA, Rojas Carmona A, Dominguez MS. "If we're here, it's only because we have no money..." discrimination and violence in Mexican maternity wards. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):244. doi: 10.1186/s12884-018-1897-8
- Castro R, Ervite J. El habitus en acción. La atención autoritaria del parto en los hospitales. En: Castro R, editores. *Sociología de la practica medica autoritaria Violencia obstetrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Cuernavaca: Universidad Nacional Autonoma de Mexico. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias; 2015. p. 81-131.
- Aguiar JM, d'Oliveira AF, Schraiber LB. Violência institucional, autoridade médica e poder nas maternidades sob a ótica dos profissionais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2013;29(11):2287-96. doi: 10.1590/0102-311x00074912
- Briceño Morales X, Enciso Chaves LV, Yepes Delgado CE. Neither Medicine Nor Health Care Staff Members Are Violent By Nature: Obstetric Violence From an Interactionist Perspective. *Qual Health Res*. 2018;28(8):1308-19. doi: 10.1177/1049732318763351
- Rocha-Acero ML, Socarrás-Ronderos F, Rubio-León DC. Prácticas de atención del parto en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2019;37(1): 53-65. doi: 10.17533/udea.rfnsp.v37n1a10
- Jojoa Tobar E, Chuchumbe-Sánchez YD, Ledesma-Rengifo JB, Muñoz-Mosquera MC, Paja Campo AM, Suárez-Bravo JP. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Rev Univ Ind Santander Salud*. 2019; 51(2):135-46. doi: 10.18273/revsal.v51n2-2019006
- Mejía CM, Faneyra L, Molina DP, Arango JD. Dehumanization during Delivery: Meanings and Experiences of Women Cared for in the Medellín Public Network. *Invest Educ Enferm*. 2018; 36(1): e03. doi: 10.17533/udea.iee.v36n1e03
- Organización Mundial de la salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar [Internet]. Ginebra: OMS; 2018. [citado el 30 de enero 2020]. Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51552/9789275321027\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ariza Sosa GR. Las representaciones sociales de la violencia en las relaciones de pareja en Medellín en el siglo XXI. *CES Psicol*. 2013;6(1):134-58.
- Lorber J, Moore LJ. Hierarchies in helath care: patients, professionals and gender En: Lorber J, Moore LJ, editors. *Gender and the social construction of illness*. Lanham: Altamira Press; 2002 p. 37-51.
- Restrepo LJ. Parteras, comadronas y médicos: la instauración de la obstetrica en Medellín 1870-1920. *Revista Universidad Pontificia Bolivariana*. 1995; 44(140):33- 42.
- Ehrenreich B, English D. *Brujas, parteras y enfermeras una historia de sanadoras*. New York: The feminist press; 1973.p 6-39.
- Blázquez Rodríguez MI. Aproximación a la antropología de la reproducción [Internet]. AIBR. *Revista de Antropología Iberoamericana*. 2005; 42:1-25. [citado el 2 de febrero del 2020]. Disponible en: <http://www.aibr.org/antropologia/42jul/articulos/jul0506.php>

23. Badinter E. La batalla de la leche In: Badinter E, editor. La mujer y la madre. Madrid: La esfera de los libros 2011.p 86-105.
24. Müller FS, Silva IA. Social representations about support for breastfeeding in a group of breastfeeding women. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2009;17(5):651-7. doi: 10.1590/S0104-11692009000500009
25. Yañez SS. De cómo las instituciones de salud pública regulan las experiencias de embarazo, parto y puerperio... y de lo que resta (Mendoza, 2001-2013) [Tesis doctoral en Antropología]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2015 [citado el 30 de enero del 2020]. Disponible en: [http://repositorio.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/6022/uba\\_ffyl\\_t\\_2015\\_86110.pdf?sequence=2](http://repositorio.filo.uba.ar/bitstream/handle/filodigital/6022/uba_ffyl_t_2015_86110.pdf?sequence=2)
26. Sánchez D. El discurso médico, piedra angular de la construcción de las relaciones de género en la época contemporánea. *Asclepio*. 2008; 60(1):63-82. doi: 10.3989/asclepio.2008.v60.i1.244
27. Binder P, Johnsdotter S, Essén B. Conceptualising the prevention of adverse obstetric outcomes among immigrants using the 'three delays' framework in a high-income context. *Soc Sci Med*. 2012;75(11):2028-36. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.08.010
28. Gil F. Estado y procesos políticos: sexualidad e interseccionalidad. En: Correa S, Parker R, editors. Sexualidades e política na América Latina: histórias, interseções e paradoxos. Rio de Janeiro: Sexuality Policy Watch ABLA; 2011. p. 80-99.
29. Alvarez Ossa L. Mujeres, pobres y negras: triple discriminación. Medellín: Escuela Nacional Sindical; 2015.
30. Alarcón AM, Nahuelcheo Y. Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer Mapuche: conversaciones privadas. *Chungará (Arica)*. 2008; 40:193-202. doi: 10.4067/S0717-73562008000200007
31. Segato R. Género y colonialidad: del patriarcado comunitario de baja intensidad al patriarcado colonial moderno de alta intensidad. En: Segato R, editor. La crítica de la colonialidad en ocho ensayos y una antropología por demanda. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Prometeo; 2015.p 69-101
32. Gama Ade S, Giffin KM, Angulo-Tuesta A, Barbosa GP, d'Orsi E. Representações e experiências das mulheres sobre a assistência ao parto vaginal e cesárea em maternidades pública e privada. *Cad Saude Publica*. 2009;25(11):2480-8. doi: 10.1590/s0102-311x2009001100017
33. Gourlay A, Wringe A, Birdthistle I, Mshana G, Michael D, Urassa M. "It is like that, we didn't understand each other": exploring the influence of patient-provider interactions on prevention of mother-to-child transmission of HIV service use in rural Tanzania. *PloS one*. 2014;9(9):e106325. doi: 10.1371/journal.pone.0106325
34. García Jordá D, Díaz Bernal Z. Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio. *Rev Cubana Salud Pública*. 2010;36:330-6.



PERÚ Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud

Inclusión social en salud: aporte de las tecnologías para el tratamiento de enfermedades desatendidas



**PRODUCCIÓN DE SUEROS PARA CONTRARRESTAR ACCIDENTES POR ANIMALES PONZOÑOSOS: SERPIENTES Y ARAÑAS**



Investigar para proteger la salud