

ARTÍCULO ORIGINAL

1. Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile
2. Centro Colaborador OPS/OMS, Santiago, Chile.
3. Instituto Oncológico Fundación Arturo López Pérez, Santiago, Chile
 - a. Enfermera-matrona, Magíster en Psicología de la Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile. ORCID 0000-0003-2978-6644
 - b. Enfermera, PhD (Medicine), Cardiff University. ORCID 0000-0001-7378-6487
 - c. Enfermera-matrona, Magíster en Humanización en Salud, PhD Cuidado en Salud. ORCID 0000-0002-0699-7695
 - d. Socióloga, PhD en Sociología, Pontificia Universidad Católica de Chile. ORCID 0000-0002-4379-0415

Fuente de apoyo financiero: Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud, (FONIS) SA14ID0027. FONIS no influyó en el diseño del estudio, en la recolección, análisis o interpretación de los datos ni en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito

Declaración de conflicto de interés: Las autoras declaran no tener ningún conflicto de interés

Recibido: 6 junio 2022

Aceptado: 12 agosto 2022

Publicación en línea: 12 de septiembre 2022

Correspondencia:

Paulina Bravo V.

📍 Av. Vicuña Mackenna 4860, Macul, Santiago, Chile
+56223545838

✉ pbbravo@uc.cl

Citar como: Doís A, Bravo P, Uribe C, Martínez A. Participación en el proceso reproductivo: toma de decisiones durante el embarazo y parto. Rev peru ginecol obstet. 2022;68(39). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v68i2430>

Participación en el proceso reproductivo: toma de decisiones durante el embarazo y parto

Women's involvement in medical decision-making during pregnancy and childbirth

Angelina Doís^{1,2,a}, Paulina Bravo^{1,2,3,b}, Claudia Uribe^{1,2,c}, Alejandra Martínez^{1,d}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v68i2430>

RESUMEN

Introducción. Potenciar la participación de las mujeres durante el embarazo y el parto se alinea con el llamado de la Organización Mundial de la Salud y se vincula con efectos en la satisfacción usuaria, resultados clínicos de salud y una mejor gestión de los prestadores de salud. **Objetivo.** Descubrir las necesidades de participación en la toma de decisiones de las mujeres durante el proceso del embarazo y parto. **Método.** Análisis secundario de un estudio cualitativo descriptivo con mujeres hospitalizadas del servicio de puerperio de dos hospitales en Santiago de Chile. El análisis de los datos se realizó utilizando el método propuesto por la *Grounded Theory*. **Resultados.** Participaron doce mujeres en dos grupos focales. Del análisis relacional se desprende que la participación en el proceso reproductivo es interferida por dos grupos de factores vinculados a significados culturales y a la vulneración de los derechos de las mujeres. **Conclusiones.** La participación de las mujeres en las decisiones clínicas durante el proceso de embarazo y parto es aún escasa y el poder sigue manteniéndose en los profesionales de la salud, perpetuándose prácticas de violencia institucional. Para avanzar en una práctica obstétrica centrada en las mujeres, es importante reconocer el papel activo que ellas quieren y pueden cumplir para vivir una experiencia positiva y satisfactoria.

Palabras clave. Participación del paciente, Toma de decisiones conjunta, Embarazo, Parto obstétrico

ABSTRACT

Introduction: Enhancing women's participation during pregnancy and childbirth is in line with the call of the World Health Organization and is linked to effects on user satisfaction, clinical health outcomes and better management of health care providers. **Objective:** To discover women's needs for participation in decision making during pregnancy and childbirth. **Methods:** Secondary analysis of a descriptive qualitative study with hospitalized women from the puerperium service of two hospitals in Santiago, Chile. The data analysis was carried out using the method proposed by Grounded Theory. **Results:** Twelve women participated in two focus groups. The relational analysis showed that participation in the reproductive process is interfered by two groups of factors linked to cultural meanings and to the violation of women's rights. **Conclusions:** Women's participation in clinical decisions during pregnancy and childbirth is still scarce and power is still held by health professionals, perpetuating practices of institutional violence. To advance in obstetric practice centered on women, it is important to recognize the active role that women want and can play in order to have a positive and satisfactory experience.

Key words: Patient participation, Joint decision making, Pregnancy, Obstetric delivery

INTRODUCCIÓN

El embarazo, parto y puerperio son periodos de alta significancia en la vida de las mujeres y constituyen una oportunidad para que puedan asumir un rol activo en el cuidado de su salud y la de su hijo(a)^(1,2). Las políticas públicas⁽³⁾ vigentes en Chile promueven el involucramiento de las personas en el cuidado de la salud fortaleciendo el acompañamiento a las mujeres durante el periodo de embarazo y hasta la primera infancia, como elemento asociado a la satisfacción y calidad del cuidado⁽⁴⁾. Pese a que promover la participación de las mujeres en las decisiones médicas relacionadas con el embarazo y parto, a través de la toma de decisiones compartida, ha sido reconocido como un estándar de calidad en la atención obstétrica, su implementación requiere de la preparación del equipo de salud y de las mujeres⁽⁵⁾. Estudios han



mostrado que las embarazadas son relegadas a una posición pasiva, con pocas posibilidades de participación⁽⁶⁻⁸⁾ mientras se observa a nivel mundial una alta prevalencia de cuidado jerarquizado y medicalizado y la sobreutilización de procedimientos y cesáreas innecesarias, elegidos mayoritariamente por profesionales de salud sin participación de las mujeres^(9,10), lo que impacta negativamente en la satisfacción usuaria con la atención recibida. En este escenario, se requiere conocer cuáles serían las expectativas de participación en la toma de decisiones de las mujeres, algo que no ha sido publicado en el contexto chileno. Este estudio busca descubrir las necesidades de participación en la toma de decisiones de las mujeres durante el proceso del embarazo y parto.

METODOLOGÍA

Se ha realizado un análisis secundario de datos de un estudio cualitativo descriptivo sobre dos grupos focales, mediante audios grabados de mujeres hospitalizadas durante el periodo de puerperio que fueron atendidas en el Sistema Público de Salud de Santiago y que participaron en el Proyecto del Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS) SA14ID0027 dirigido por el mismo equipo de investigación.

El análisis secundario es una estrategia para indagar la realidad de forma diferente a la utilizada inicialmente por los investigadores, con el fin de mejorar su comprensión⁽¹¹⁾.

Los criterios de inclusión fueron ser mujer mayor de 18 años y estar hospitalizada en servicios de puerperio. Se excluyeron a mujeres que hubieran decidido dar a su hijo/a en adopción o que hubieran tenido un mortinato o mortineonato.

Los datos fueron recolectados entre junio 2015 y enero 2016. Se desarrollaron dos grupos focales a partir de un guion temático validado por expertos. El criterio de finalización fue la saturación teórica. Cada grupo focal fue transcrito *verbatim*. Cada grupo focal tuvo una única sesión, el grupo de participantes fue diferente en cada uno de ellos y su duración fue de 59 y 56 minutos, respectivamente. Cada grupo focal fue liderado por la investigadora principal con la participación de dos coinvestigadoras. Las mujeres asistieron con sus recién nacidos.

Los datos se analizaron desde un punto de vista descriptivo de acuerdo a los procedimientos de la Teoría Fundamentada⁽¹²⁾, utilizando codificación abierta para identificar los conceptos emergentes, sus propiedades y dimensiones. Se utilizó el software computacional ATLAS.ti versión 6. Los pasos del proceso de análisis fueron: a) lectura amplia y exhaustiva de las narrativas transcritas de cada grupo focal, para obtener un sentido del todo; b) segunda lectura para identificar los temas o categorías relacionados con el fenómeno, fundamentadas en frases textuales; y, c) organización de las categorías en torno a unidades de significado más amplias, que den cuenta de la esencia del fenómeno en estudio.

El estudio y proceso de consentimiento informado fueron aprobados por el Comité de Ética Científico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica [n° de aprobación: 14-212] y el Comité Ético Científico del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Todas las participantes firmaron el consentimiento informado.

RESULTADOS

Doce mujeres participaron en dos grupos focales que se realizaron en dos hospitales públicos en Santiago de Chile. La edad promedio fue de 28 años. En su totalidad, las mujeres habían planificado su embarazo y estaban en una relación de pareja al momento de participar en el estudio. El 70% había tenido un parto vaginal y el 50% era primípara.

DESEO DE PARTICIPAR AFECTADO POR LA CULTURA Y EL RESPETO DE SUS DERECHOS

La codificación abierta muestra que las mujeres esperan participar durante el proceso de embarazo y parto. Desde el análisis descriptivo se desprende que durante el embarazo los temas que para ellas despiertan un mayor interés de participación en la toma de decisiones se relacionan con ecografías, vacunas y clases prenatales. Durante el parto los temas que emergen de mayor significancia son el manejo del dolor, participación del padre/familiar, tipo de parto y algunos procedimientos obstétricos.

Del análisis relacional surgen dos grandes categorías que influirían directamente en la participación de las mujeres en su proceso de



embarazo y parto: los significados culturales y la vulneración de los derechos de las mujeres; ambas categorías se influirían mutuamente y además tendrían un efecto directo en la participación usuaria tanto en el embarazo como en el parto (figura1).

SIGNIFICADOS CULTURALES PARA LA PARTICIPACIÓN EN LAS DECISIONES MÉDICAS DE LAS MUJERES

La categoría relacionada con los significados culturales relativos al proceso reproductivo muestra como aún se reproducen estilos verticales y jerárquicos que mantienen una lógica relacional basada en el poder de 'el que sabe' (médico) y la pasividad de quien 'no sabe' (usuaria).

MUJER 3 "Nadie informa nada aquí, ellos solo toman la decisión. Siento que somos un laboratorio" (GF2)

MUJER 3 "¿Cómo puedo yo decidir si es no es bueno para mí y mi hijo cuando el sistema no me permite participar? En cambio, ellos fuerzan e imponen lo que los doctores dicen" (GF1)

Este desbalance de poder se profundiza con el uso de un lenguaje técnico propio de la profesión médica que crea una barrera lingüística entre ellas, sus parejas y los profesionales y aumenta la autopercepción de vulnerabilidad de la mujer, limitando el ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones de las usuarias y alejándolas de la posibilidad de participación real.

MUJER 6 "Yo tuve algunas complicaciones y el problema fue ellos usaron lenguaje técnico, y yo no entendía qué decían y a nadie le importaba" (GF1)

En esta categoría se incluyen además prácticas y procedimientos obstétricos cargados de signi-

ficados culturales que se aceptan pese a que en muchas oportunidades están en contra de sus deseos y creencias y que han sido validados en el imaginario colectivo.

MUJER 4 "Como somos parte del sistema público de salud, debemos aceptar que Pedro, Juan y Diego nos pongan las manos encima" (GF2)

MUJER 2 "La matrona me dijo 'cuando el anestesiólogo vaya, tú tienes que decir que tu dolor es inmensurable, de lo contrario es una pérdida de tiempo para él'" (GF1)

MUJER 5: Y aparte que aquí no sé si han escuchado, pero a la mayoría nos dicen "No, no tiene que quejarse porque si se quejan va a ser peor" Y a veces uno está, así como revolcándose (GF2)

VULNERACIÓN DE DERECHOS QUE LIMITAN LA PARTICIPACIÓN DE LAS MUJERES EN LAS DECISIONES MÉDICAS

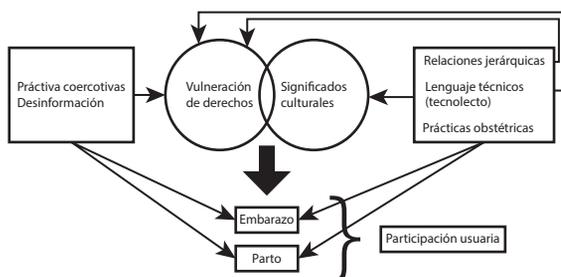
La segunda categoría se relaciona con la vulneración de los derechos de las mujeres que según las participantes se materializa en juicios hacia ellas, prácticas coercitivas y desinformación que les impide ejercitar su libertad en la toma de decisiones.

MUJER 2 "Ustedes mamitas fueron las responsables porque aquí el hospital no las embarazó" Esos eran sus tonos y sus frases, entonces yo encuentro que yo... con qué ganas le van a dar a uno de tener un hijo si una matrona te está diciendo eso" (GF2)

Entre las prácticas coercitivas se observan conductas profesionales que obligan a las mujeres a proceder de una determinada forma, por ejemplo, asistiendo a talleres prenatales, y cuyo interés principal está en el cumplimiento de metas sanitarias más que en el beneficio específico para la mujer o en el verdadero interés por las personas y el respeto a sus creencias, preferencias y valores.

MUJER 1 "Pero si yo no asistía [al taller prenatal] me quitaban la leche o no me daban el control de la matrona. Entonces cómo decido yo como paciente lo que es bueno para mí y para mi hijo y como futura mamá si el sistema no me lo permite, me lo impone y además me presiona (GF2)

FIGURA 1. ELEMENTOS QUE LIMITAN LA PARTICIPACIÓN DE LAS MUJERES EN SU PROCESO DE EMBARAZO Y PARTO.



*La figura es creación de las autoras a partir del análisis de los grupos focales.



MUJER 2 "me querían obligar a ponerme la vacuna para la influenza y yo hace mucho tiempo tomé la decisión de que no me iba a poner más esa vacuna, porque al final terminaba peor... yo en común no me resfrío y me estaban obligando, entonces encontré que iba en contra de mis derechos de prácticamente obligarme" (GF1)

A estas prácticas se suma la falta de información necesaria para que puedan tomar decisiones durante el embarazo y el parto.

MUJER 3 "Ellos llamaron a mi pareja y le dijeron 'tenemos que hacer una cesárea, así que anda y prepárate'. Y mi pareja le dijo '¿por qué tenemos que hacer esto? Necesito que me expliquen'" (GF2)

MUJER 2 "Yo sé que ellos harán lo mejor para mi bebé, pero ¡necesito saber qué están planificando hacer!" (GF2)

DISCUSIÓN

Este estudio describe las necesidades de participación en la toma de decisiones de las mujeres durante el proceso de embarazo y parto para un grupo de mujeres chilenas y da cuenta que las mujeres esperan tener un rol activo. Sin embargo, las prácticas de salud y el estilo de relación entre profesionales y usuarias dificultan enormemente el que puedan ejercer el derecho a tomar decisiones relativas a su salud.

La toma de decisiones compartida en el cuidado reproductivo comienza en el embarazo, con el acompañamiento de los profesionales de salud para hacer frente la evolución normal del proceso, así como a situaciones inesperadas y decisiones complejas en el parto y posparto⁽¹³⁾. Las participantes describen que, durante el embarazo y parto presentaron bajas posibilidades de participación o incluso decisiones no respetadas. Esto resultados son acordes a los de estudios previos^(5,14,15) que muestran que, en ocasiones, existe desconfianza por parte de las mujeres sobre los procedimientos clínicos, la que se profundiza por la insuficiente comunicación y las decisiones unilaterales de los profesionales de salud.

Esta situación podría explicarse en parte a la separación que se ha hecho del proceso institucional del proceso biológico de nacer. En ese sentido el proceso institucional ha puesto su objetivo central en el feto y el recién nacido rele-

gándose a la madre a un segundo plano donde la intervención y el control sobre el cuerpo de las mujeres es un requisito necesario para alcanzar el objetivo⁽¹⁶⁾. Además, se vincula con una falta de preparación de los equipos de salud y de las mujeres para identificar la necesidad de compartir decisiones en este contexto sanitario, lo que limita el ejercicio de un rol activo de las usuarias⁽⁵⁾.

La vulneración de derechos en este contexto estaría dada por un modelo estructurado sobre relaciones jerárquicas que subordina a las mujeres, a las necesidades del personal médico y a la estandarización del proceso del embarazo y parto⁽¹⁴⁾, desplazando el foco de la atención de salud desde un modelo centrado en la persona a un modelo centrado en el sistema que desconoce la participación de la mujer en su proceso reproductivo como un derecho inalienable vinculado al derecho a la salud⁽¹⁷⁾ y que desconoce las garantías establecidas en las políticas públicas y legislación vigente^(15,18), lo que concuerda con los hallazgos de otros autores^(18,19).

Así mismo, perpetúa prácticas obstétricas que son vividas por las mujeres de manera violenta, como consecuencia de aprendizajes sociales relacionados con el proceso de nacer ligados a la atención del parto en el sistema público de salud y que fallan sistemáticamente en el respeto a la mujer como sujeto activo en las decisiones relativas a su salud, supeditando su autonomía a las decisiones impuestas por las instituciones⁽²⁰⁾.

Por otro lado, se produce un círculo vicioso que legitima una forma de violencia a partir de patrones de relación jerárquicos entre los profesionales y las usuarias que profundiza las brechas en la atención de salud⁽¹⁷⁾ y que transgrede el derecho al Buen Trato en la atención de salud. El Buen Trato es una forma particular de relación, que se caracteriza por el uso de la empatía para entender y dar sentido a las necesidades de las mujeres, respetar sus prioridades y relevar su conocimiento y experticia en relación a su propia situación, haciendo un ejercicio adecuado de autoridad y poder en las relaciones, ya que en la medida que la mujer se sienta acogida y perciba un trato empático e individualizado se podrá establecer una alianza terapéutica con los profesionales que las atienden^(21,22). Desde la declaración de Alma-Ata se reconoce la importancia de potenciar las capacidades de las personas



para asumir la responsabilidad que le compete en el cuidado de su salud. Por lo que, promover el involucramiento de las mujeres durante el embarazo y parto parecería ser parte esencial de la gestión de profesionales e instituciones de salud, alineándose con el llamado de la Organización Mundial de la Salud para que la atención se focalice en la persona y sus necesidades; y que, por lo tanto, sea respetuosa, empática, competente, eficiente y sensible a sus necesidades, valores y preferencias, proveyéndole la información requerida para que puedan participar en decisiones relativas a su cuidado⁽²³⁾. Estas características se han vinculado con efectos significativos en la satisfacción usuaria, resultados clínicos de salud a mediano y largo plazo y una mejor organización y coordinación de los servicios que otorgan los prestadores de salud⁽²⁴⁾.

A partir de los cambios legislativos en Chile, que reconocen el derecho a vivir un periodo de gestación y parto respetado y que sanciona las acciones de violencia obstétrica⁽²⁵⁾, se hace necesario avanzar en elementos prácticos y de formación que permitan ejercer un cuidado obstétrico centrado en las mujeres y que potencie sus capacidades y autonomía. Futuras investigaciones requieren cuantificar el nivel de participación de las mujeres en estas decisiones, así como la evaluación de necesidades desde la perspectiva de los profesionales de la salud involucrados en este proceso.

CONSIDERACIONES FINALES

El nacimiento de un hijo es un hito importante en la biografía de las mujeres. Sin embargo, de acuerdo a la experiencia de las mujeres de este estudio, la participación en las decisiones clínicas durante el proceso de embarazo y parto es aún escasa y el poder sigue manteniéndose en los profesionales de la salud, perpetuándose prácticas de violencia institucional que promueven prácticas clínicas alejadas del parto respetado, limitan el ejercicio de la autonomía en la toma de decisiones de las usuarias y evitan la posibilidad de participación real. En este escenario se debe avanzar hacia un cambio de paradigma que reconoce los derechos de las mujeres en este contexto sanitario, para lo cual se debe promover la formación de los(as) profesionales y la preparación de las usuarias del sistema de salud, de forma de habilitarlos(as) para un encuentro clínico respetuoso y participativo.

LIMITACIONES

Esta investigación significa un avance para conocer el estado del arte de la participación en decisiones de las mujeres en el proceso reproductivo. Sin embargo, dado que las participantes fueron usuarias de maternidades del sistema público de salud de dos hospitales de Santiago, los resultados podrían no ser generalizables y por tanto no necesariamente son trasferibles a otras realidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. O'Brien D, Butler MM, Casey M. A participatory action research study exploring women's understandings of the concept of informed choice during pregnancy and childbirth in Ireland. *Midwifery*. 2017;46(August 2016):1-7. DOI:10.1016/j.midw.2017.01.002
2. Bravo PV, Uribe CT, Contreras AM. El cuidado percibido durante el proceso de parto: Una mirada desde las madres. *Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]*. 2008;73(3):179-84. DOI:10.4067/S0717-75262008000300007
3. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030. Santiago; 2022. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-2022-MINSAL-V8.pdf>
4. Ministerio de Desarrollo Social. Descubriendo juntos. El desarrollo y estimulación de tu hijo o hija en sus primeros dos años de vida. [Internet]. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social; 2019. Disponible en: <https://www.pmi.com/markets/costa-rica/es>
5. López-Toribio M, Bravo P, Llupia A. Exploring women's experiences of participation in shared decision-making during childbirth: a qualitative study at a reference hospital in Spain. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):1-12. DOI:10.1186/s12884-021-04070-3
6. Vedam S, Stoll K, McRae DN, Korchinski M, Velasquez R, Wang J, et al. Patient-led decision making: Measuring autonomy and respect in Canadian maternity care. *Patient Educ Couns*. 2019;102(3):586-94. DOI: 10.1016/j.pec.2018.10.023
7. Hunter A, Devane D, Houghton C, Grealish A, Tully A, Smith V. Woman-centred care during pregnancy and birth in Ireland: Thematic analysis of women's and clinicians' experiences. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(1):1-11. DOI: 10.1186/s12884-017-1521-3
8. Bravo P, Contreras A, Doi A, Villarroel L. Adapting and validating the generic instrument CollaboRATETM to measure women's participation in health related decision-making during the reproductive process. *Aten Primaria [Internet]*. 2018;50(5):274-81. DOI: 10.1016/j.aprim.2017.04.003
9. Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G. Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery [Internet]*. 2013;29(10):1151-7. DOI: 10.1016/j.midw.2016.01.018
10. Sadler M, Leiva G, Perelló A, Schorr J. Preferencia por vía de parto y razones para la operación cesárea en mujeres de la Región Metropolitana de Chile. *Rev del Inst Salud*



- Pública Chile. 2018;2(1):22-9. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/327061891_Preferencia_por_via_de_parto_y_razones_de_la_operacion_cesarea_en_mujeres_de_la_Region_Metropolitana_de_Chile
11. Scribano A, de Sena A. Las segundas partes sí pueden ser mejores: Algunas reflexiones sobre el uso de datos secundarios en la investigación cualitativa. *Sociologías*. 2009;(22):100-18. DOI:10.1590/S1517-45222009000200006
 12. Dantas C de C, Leite JL, Lima SBS de, Stipp MAC. Grounded theory - conceptual and operational aspects: a method possible to be applied in nursing research. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009;17(4):573-9. DOI:10.1590/S0104-11692009000400021
 13. Nieuwenhuijze MJ, Korstjens I, de Jonge A, de Vries R, Lagro-Janssen A. On speaking terms: A Delphi study on shared decision-making in maternity care. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14(1):1-11. DOI: 10.1186/1471-2393-14-223
 14. Page RL, Murphey C, Aras Y, Chen LS, Loftin R. Pregnant Hispanic women's views and knowledge of prenatal genetic testing. *J Genet Couns*. 2021;(December 2020):1-11. DOI: 10.1002/jgc4.1383
 15. Strömmer S, Lawrence W, Rose T, Vogel C, Watson D, Botell JN, et al. Improving recruitment to clinical trials during pregnancy: A mixed methods investigation. *Soc Sci Med*. 2018;200:73-82. DOI: 10.1016/j.socscimed.2018.01.014
 16. Davis-Floyd R. *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento humano*. Buenos Aires: Fundación Creavida; 2013. ISBN 9789872499402
 17. Doi Castellón AM, Bravo Valenzuela PF. Buen trato en Centros de Atención Primaria chilena: ¿privilegio o derecho humano? *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2019;35(4):1-13. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252019000400002&lng=es. Epub 01-Dic-2019.
 18. Sadler M, Leiva G. Nacer en el Chile del Siglo XXI: el sistema de salud como un determinante social crítico en la atención del nacimiento. En: Cabieses B, Bernales M, Obach A, Pedrero V, editores. *Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile Desde la comprensión del fenómeno hacia la implementación de soluciones*. Santiago: Universidad del Desarrollo; 2016:61-74.
 19. Uribe C, Contreras A, Bravo P, Villarroel L, Abarzúa F. Modelo de asistencia integral del parto: Concepto de integralidad basado en la calidad y seguridad. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2018;83(3):266-76. DOI: 10.4067/s0717-75262018000300266
 20. Gómez-Urrutia V, Herrera L. Género y clase social: discursos sobre maternidad y crianza en Maule, Chile. *Culturales*. 2019;(7):1-24. DOI: 10.22234/recu.20190701.e450
 21. Doi A, Bravo P. Guía para el buen trato en el encuentro clínico en salud: herramienta de auto-instrucción. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2022. Disponible en https://www.researchgate.net/publication/360748351_GUIA_PARA_EL_BUEN_TRATO_EN_EL_ENCUESTRO_CLINICO_EN_SALUDHERRAMIENTA_DE_AUTO-INSTRUCCION_GBT-HA
 22. Uribe C, Contreras A, Villarroel L. Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. *Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]*. 2014;79(3):154-60. DOI: 10.4067/S0717-75262014000300002
 23. Bravo P, Doi A, Contreras A, Soto G, Mora I. Participación de los usuarios en las decisiones clínicas en la atención primaria de salud en Chile. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:1-6. DOI:10.26633/RPSP.2018.133
 24. Langberg EM, Dyhr L, Davidsen AS. Development of the concept of patient-centredness – A systematic review. *Patient Educ Couns*. 2019;102(7):1228-36. DOI: 10.1016/j.pec.2019.02.023
 25. Senado. República de Chile. Parto respetado y prevención de la violencia obstétrica: dos derechos que se quieren establecer por ley [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.senado.cl/noticias/derechos-de-las-mujeres/parto-respetado-y-prevencion-de-la-violencia-obstetrica-dos-derechos>