

SIMPOSIO: VIOLENCIA INSTITUCIONAL CONTRA LA MUJER DURANTE LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

1. Médico ginecoobstetra, Fellow American College of Obstetrics and Gynecology, Presidente del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Académico de Número Academia Peruana de Cirugía, Editor Científico Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, Maestro Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia. ORCID 0000-0002-2603-3607

Conflictos de interés: ninguno.

Conflictos éticos: ninguno.

Financiamiento: propio.

Declaro haber intervenido en la concepción, elaboración y discusión del presente artículo

Declaro no haber utilizado tecnología relacionada a la inteligencia artificial

Recibido: 6 junio 2024

Aceptado: 10 junio 2024

Publicación en línea: 27 de junio 2024

Correspondencia:

Luis Távora-Orozco

✉ luis.tavara@gmail.com

Citar como: Távora-Orozco L. Cómo entendemos la violencia obstétrica. Rev peru ginecol obstet. 2024;70(2). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v70i2640>

Cómo entendemos la violencia obstétrica How we understand obstetric violence

Luis Távora-Orozco¹

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v70i2640>

RESUMEN

Lo que es denominada violencia obstétrica preferimos llamarla violencia institucional contra la mujer durante la atención obstétrica, fundamentalmente para evitar los estigmas contra los profesionales. Se han desarrollado investigaciones a nivel mundial sobre su ocurrencia, aunque en Latinoamérica existe limitada información procedente de trabajos de campo. No existe aún una definición consensuada a nivel de organizaciones de salud ni de organizaciones médicas, adoptándose diferentes denominaciones para definirla. Su etiología es multifactorial y sus consecuencias se hallan a nivel físico, mental y sexual, pudiendo ocurrir en casos extremos la muerte materna y/o perinatal. En esta sección se revisa los diferentes componentes de este tipo de violencia y las medidas adoptadas para controlar su ocurrencia.

Palabras clave. Violencia de género, Violencia contra la mujer, Violencia obstétrica

ABSTRACT

What is called obstetric violence we prefer to call institutional violence against women during obstetric care, mainly to avoid stigmatization of professionals. Research has been carried out worldwide on its occurrence, although in Latin America there is limited information from fieldwork. There is still no agreed definition at the level of health or medical organizations, and different names have been adopted to define it. Its etiology is multifactorial, and its consequences are physical, mental and sexual, and in extreme cases it can lead to maternal and/or perinatal death. This section reviews the different components of this type of violence and the measures adopted to control its occurrence.

Key words: Gender-based violence, Violence against women, Obstetric violence

INTRODUCCIÓN

La obstetricia y ginecología es una disciplina de las ciencias médicas que abarca el estudio y atención de la salud de la mujer y de los trastornos de su aparato genital, así como el cuidado y seguimiento del embarazo, parto y puerperio⁽¹⁾. El extinto profesor Mamhoud Fathalla propuso en 1997 denominarla salud de la mujer, por ser un término más amplio⁽²⁾.

Después de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo llevada a cabo en El Cairo en 1994⁽³⁾ y de la IV Conferencia Internacional de la Mujer, desarrollada en Beijing en 1995⁽⁴⁾, se afianzaron los conceptos de salud sexual y reproductiva y de los derechos sexuales y reproductivos, uno de los cuales es la no violencia contra la mujer. Históricamente, la violencia contra la mujer (violencia de género) ha sido parte de la conducta del ser humano a través del tiempo en todos los grupos sociales y es consecuencia de la falta de balance de poder que ocurre entre hombres y mujeres en desmedro de estas últimas.

De acuerdo con la Convención de Belem do Pará, la violencia contra las mujeres debe entenderse como 'cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado'⁽⁵⁾. Según esta definición, la violencia puede ser física, psicológica, sexual y económica. En los últimos años, particularmente desde la sociedad civil, se está tratando de incorporar el término 'violencia obstétrica', que preferimos llamar conforme el título de este simposio⁽⁵⁾. Quisiéramos agregar que la muerte materna es el tipo de violencia extrema que ocurre contra la mujer⁽⁶⁾.



En América Latina existen pocas cifras acerca de la frecuencia de lo que se ha dado en llamar 'violencia obstétrica'. Hemos observado que, en México, en una encuesta nacional realizada en el 2016 se encontró que entre 8,7 millones de mujeres que tuvieron su parto entre los años 2011 y 2016, el 33,4% de ellas acusaron haber padecido maltrato por parte de las personas que les dieron atención⁽⁶⁾. Experiencia similar ha sido referida en el Perú.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que muchas mujeres sufren o han sufrido violencia en los establecimientos de salud durante el parto y por ello plantea que a la totalidad de mujeres les asiste el derecho de recibir cuidados de su salud, los que deben ser respetuosos de una atención digna y afectuosa durante el embarazo, el parto y el puerperio y, por tanto, el derecho a no sufrir violencia ni discriminación⁽⁷⁾.

En esta revisión desarrollaremos la definición de la llamada violencia obstétrica, sus causas, manifestaciones y un panorama de lo que hemos avanzado en el país en búsqueda de su prevención, puesto que los médicos tenemos el deber de aplicar nuestro saber y mejor juicio en el cuidado de la salud de las mujeres, promover los mejores intereses y la óptima atención de las gestantes y fomentar la confianza de las personas a las que servimos en nuestra profesión. Reconocemos que, con frecuencia, existe un desequilibrio de poder inherente dentro de la relación médico-paciente. Por lo tanto, los conflictos entre pacientes y médicos deben manejarse con empatía y profesionalismo en todo momento durante el cuidado de la salud sexual y reproductiva, y principalmente durante el embarazo, parto y puerperio⁽⁸⁾.

DEFINICIÓN

Si revisamos la literatura sobre el tema, comprobaremos que, a nivel internacional, dentro del sistema universal e interamericano de protección y defensa de los derechos humanos no encontramos una forma estandarizada para definir la violencia obstétrica. Sin embargo, dentro de este mismo sistema se reconoce el derecho a una vida libre de violencia, y el derecho que tienen las mujeres a utilizar los servicios de salud más adecuados para el cuidado de su embarazo, parto y puerperio y, en general, de su

salud sexual y reproductiva. En América Latina se tiene conocimiento que Argentina, Ecuador, Costa Rica, Surinam, Brasil y Venezuela definen legalmente la violencia obstétrica, así como en algunos estados de México^(6,9).

En el año 2014, la OMS dejó en claro que no hay consenso internacional para definir y menos medir científicamente a qué llamamos maltrato, o falta de respeto o cómo cuantificar el bienestar y las decisiones de las mujeres durante la atención obstétrica, y menos su prevalencia. En vista de esta realidad, propuso adoptar acciones inmediatas para prevenir y erradicar los malos tratos en los establecimientos de salud que atienden la salud sexual y reproductiva, el embarazo y el parto⁽⁷⁾.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en el numeral 6 se dice claramente 'Promover sociedades justas, pacíficas e inclusivas', y establece dos metas que se relacionan con la violencia: '- Reducir significativamente todas las formas de violencia y las correspondientes tasas de mortalidad en todo el mundo y - Poner fin al maltrato, la explotación, la trata de personas y todas las formas de violencia y tortura contra los niños'⁽¹⁰⁾.

El año 2019, la Relatora de la ONU sobre violencia obstétrica la define como la violencia sufrida por las mujeres durante la atención del parto en los establecimientos de salud y reconoce, conforme lo anotamos previamente, que el término aún no es utilizado uniformemente por las organizaciones internacionales de derechos humanos⁽¹¹⁾. Por otro lado, en el año 2017 la Corte Interamericana de Derechos Humanos definió que la violencia obstétrica comprende la falta de respeto a la mujer, abuso y negligencia en el trato durante el embarazo, parto y posparto, tanto en los servicios públicos como privados. No se le brinda información o esta es deficiente, ni se le pide su consentimiento para realizar alguna intervención. Se la trata con indiferencia o se la humilla⁽¹²⁾.

En Perú no existe definición alguna sobre violencia obstétrica a nivel del Ministerio de Salud (MINSA), de las sociedades científicas ni del Colegio Médico del Perú, a pesar de que todas estas instituciones tienen normativas y documentos que muestran un evidente compromiso con el cuidado de la salud sexual y reproductiva y con la lucha contra la violencia ejercida contra la mujer⁽¹³⁻¹⁶⁾.



Empero, en el año 2016, el Ministerio de la Mujer estableció que la violencia obstétrica es una de las manifestaciones de la violencia contra las mujeres, y la define así: 'Comprende todos los actos de violencia por parte del personal de salud con relación a los procesos reproductivos y que se expresa en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres'⁽¹⁷⁾. Discrepamos que en este tipo de violencia solo esté involucrado el personal de los servicios de salud; la violencia puede ser ejercida además por otro tipo de personas cercanas o desconocidas para las gestantes.

Igualmente, durante el 2016, este mismo Ministerio de la Mujer aprobó el Plan Nacional contra la violencia de género 2016-2021, en el que define la violencia obstétrica en la misma forma que en la publicación anterior⁽¹⁸⁾.

Conforme puede apreciarse, en el Perú ni las instituciones médicas ni las instituciones académicas han sido parte de estas definiciones, planteadas por diferentes instituciones distintas al sector salud y más alejadas de la disciplina obstétrica. No solo por esta razón, sino por la inconsistencia de las diferentes definiciones propuestas, no estamos totalmente de acuerdo con las mismas y lo sustentaremos más adelante.

CAUSAS DE LA LLAMADA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Ellsberg y col, para asignar las causales de violencia de género contra la mujer, utilizaron un modelo ecológico en el que incluyeron diversas causas de este tipo de violencia⁽¹⁹⁾. De la misma forma, queremos rescatar esa sistemática con el propósito de ir más allá de los trabajadores de salud como responsables de la 'violencia obstétrica' y analizar el problema en una forma más integral. Estimamos que en la violencia que se puede dar en una mujer durante la atención del embarazo, parto y puerperio tienen participación el estado, la comunidad, la familia, los trabajadores de la salud y la propia mujer.

La participación del Estado tiene que ver con los evidentes problemas estructurales, como son: falta de liderazgo del sector salud dentro del sistema, deficiente infraestructura y falta de equipos y medicamentos, serios problemas con el transporte particularmente con las emergencias obstétricas, malas condiciones de trabajo de muchos

trabajadores de la salud, presupuesto insuficiente para atender a las mujeres en sus necesidades de salud sexual y reproductiva, poca capacitación de los trabajadores sanitarios en contenidos éticos, de derechos humanos de los pacientes, equidad de género e interculturalidad, personal de salud insuficiente, atención de gran número de pacientes, problemas salariales, extensas jornadas de trabajo y sobre todo falta de apoyo y supervisión de los profesionales sanitarios en el cumplimiento de la normatividad vigente^(11,20,21).

La responsabilidad de la comunidad se basa en una deficiente o inexistente educación sexual integral desde los años de la educación básica, la formación y educación de los profesionales de la salud con enfoque de derechos, bases éticas y bioéticas y con equidad de género e interculturalidad tanto en el pregrado como en el posgrado y la educación médica continua. No se ha superado aún los prejuicios basados en convicciones religiosas, sociales y culturales sobre la sexualidad, el embarazo y la maternidad⁽¹¹⁾. A las universidades les correspondería, además, fomentar entre sus integrantes las investigaciones en salud sexual y reproductiva, con especial énfasis en el tema de la violencia de género y la violencia institucional durante la atención obstétrica.

La participación de la familia debe darse en el apoyo que requieren las gestantes para poder ayudarlas a tomar las mejores decisiones, en el acompañamiento durante el embarazo, parto y posparto, cuidando de que no ocurran agresiones de ningún orden.

Los trabajadores de la salud no deberían participar en una atención sin empatía, respetuosa de los derechos de la mujer, equidad de género e interculturalidad, con información veraz, cumplimiento de la normatividad ética y profesional vigente. Tienen el deber de respetar escrupulosamente el derecho al consentimiento informado, que es nada más que honrar su autonomía en la libertad de decidir, y producir investigaciones y publicaciones sobre el tema de violencia institucional. Todo esto significa atención obstétrica centrada en la mujer, en donde es la gestante empoderada la verdadera protagonista⁽¹⁾.

La gestante tiene también su propia responsabilidad de mantener el autocuidado de su salud y hacer uso permanente, durante la atención obstétrica, del empoderamiento que le corresponde.



EXPRESIONES DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA

Debemos empezar esta sección expresando que la información recogida de las publicaciones en América Latina se encuentra que unas pocas son productos de investigaciones o trabajos de campo, y que muchas están referidas a encuestas u observaciones con gran contenido subjetivo.

En la publicación del 2020 de la Defensoría del Pueblo acerca de violencia obstétrica en el Perú⁽⁹⁾ se plantea preguntas a 11 'expertos' acerca de las manifestaciones de violencia que pueden ocurrir:

- Tacto vaginal sin consentimiento
- Tacto vaginal sin justificación razonable
- Sinfisiotomía
- Medicalización excesiva durante el parto
- Omisión o forma inadecuada para obtener el consentimiento informado
- Uso excesivo del parto por cesárea
- Uso innecesario o sin el consentimiento de la mujer de la episiotomía
- Uso excesivo de la oxitocina sintética
- Uso de la maniobra de Kristeller
- Presencia de terceros ajenos al parto sin el consentimiento de la madre
- Sutura excesiva por motivos ajenos a la salud de la paciente
- Imposibilidad de elegir la posición de parto
- Reproducción de expresiones humillantes y sexistas durante la atención del parto
- Realización de enemas para inducir el parto
- Rasurado púbico o perineal antes del parto

De otro lado, el Ministerio de la Mujer manifiesta que violencia obstétrica significa que '1) existe un acto de violencia, 2) este acto es

producido por personal de salud, 3) el acto se desarrolla en relación con los procesos reproductivos, 4) el acto impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres'. Asimismo, afirma que la violencia obstétrica se expresaría en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales⁽¹⁸⁾.

En tanto la OMS, en el año 2014 manifestó que muchas mujeres sufren violencia durante el parto en los establecimientos de salud, lo que desencadena poca confianza de las mujeres y la comunidad hacia el personal de salud, y más adelante se inhiben de buscar atención en los servicios obstétricos⁽⁷⁾.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) manifiesta que la violencia obstétrica puede producirse desde la etapa previa del embarazo, durante el embarazo, durante el parto y el posparto y que trae como consecuencia un daño físico, psicológico y/o moral a las mujeres que la padecen. Según la CIDH, la violencia obstétrica se puede evidenciar a través de⁽¹²⁾:

- Trato deshumanizado: dejar a mujeres parturientas esperando por largas horas, inmovilización del cuerpo, partos sin anestesia.
- Abuso de medicalización y patologización de los procesos fisiológicos con prácticas invasivas, medicalización injustificada.
- Maltrato psicológico: burlas, humillaciones, omisión de información, infantilización.
- Procedimientos no urgentes realizados sin el consentimiento de las mujeres: esterilizaciones, el llamado 'punto del marido', entre otros.

COMENTARIOS

Frente a estas expresiones de 'violencia obstétrica' puestas de manifiesto por diferentes instituciones, nosotros, desde la perspectiva de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología planteamos lo siguiente:

- No es fácil calificar la humanización del parto, puesto que de por medio existen concepciones de carácter subjetivo y emocional, aunque podríamos decir en síntesis que se trata de un parto feliz^(1,22,23).



- En las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva del MINSA -de obligatorio cumplimiento para los servicios de atención públicos y privados-, desde la apertura de sus primeras páginas podemos advertir que establece para la atención de la salud sexual y reproductiva como primera prioridad el respeto por los derechos humanos de todas las personas, el respeto por la equidad de género y el respeto por la interculturalidad, que implica respeto por el idioma, las consideraciones étnicas y los usos y costumbres de las gestantes. Así mismo establece pautas muy precisas para la atención prenatal, del parto y del puerperio con profundo respeto por la dignidad de las mujeres⁽²³⁾.
- La información, educación y preparación psicoprofiláctica de la gestante, normada en las Guías, ayuda a superar las molestias de las contracciones uterinas y reduce la necesidad del uso de analgesia o anestesia durante el parto, la que está sujeta a la intensidad del dolor expresado por la gestante.
- La necesidad del tacto vaginal en una gestante y su frecuencia está normada en las Guías Nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva del MINSA. Del mismo modo se precisa los procedimientos para la prevención, diagnóstico y manejo de la violencia contra las mujeres. Estas disposiciones son fortalecidas por otras normativas y disposiciones legales⁽²³⁻²⁶⁾.
- El monitoreo clínico del trabajo de parto está perfectamente normatizado en las Guías Nacionales, lo que obliga a la presencia del profesional durante el trabajo de parto y durante el parto. La palpación del abdomen no solo nos señala las características y frecuencia de las contracciones uterinas, sino que nos permite tener información sobre el descenso de la cabeza fetal aplicando la técnica de los quintos, lo cual reduce la frecuencia de tactos vaginales⁽²³⁾.
- No es fácil definir lo que entendemos por sobremedicalización. A veces es necesario utilizar algún tipo de medicamento, como los analgésicos u otros ante la advertencia de un problema médico. El uso de la oxitocina sintética está orientado a inducir o estimular el parto por razones médicas, o este mismo medicamento es utilizado de rutina para realizar el alumbramiento activo y evitar de este modo la hemorragia posparto, que ha venido siendo la principal causa directa de muerte materna.
- Los procedimientos médicos o quirúrgicos inadecuados a los que se hace mención no son tales, dado que, como ejemplo, la amniotomía puede ser diagnóstica o terapéutica, o la episiotomía una intervención que se decide justamente en el período expulsivo del parto cuando resulta necesaria para evitar daños mayores en el aparato genital o en el piso pélvico, según está normado en las Guías⁽²³⁾.
- Las expresiones humillantes o de irrespeto deben ser reemplazadas por expresiones empáticas y de apoyo a la gestante.
- La falta de privacidad o la presencia de terceros durante la atención del parto, tiene que ver particularmente con la presencia de estudiantes, la que debe ser autorizada previamente por la parturienta, con el propósito de completar su formación profesional; de lo contrario, careceríamos de personal calificado para las siguientes generaciones.
- Podemos comprender lo que se refiere al exceso de la operación cesárea, que evidentemente tendremos que enfrentar, por ser preocupación nuestra. Sin embargo, debemos entender, además, que la más reciente tecnología aplicada durante el trabajo de parto revela evidencias que no son detectadas clínicamente y que obligan a una intervención. Y, por otro lado, ahora muchas mujeres embarazadas, en uso de su autonomía, solicitan libremente que se termine el embarazo vía cesárea⁽²⁷⁾.
- El exceso de patologización también es difícil definirse puesto que, si bien el embarazo y el parto generalmente son procesos biológicos normales, también es cierto que en la atención obstétrica lo que empieza como normal se puede transformar súbitamente en una emergencia que es necesario resolver oportunamente. Por ello, con el propósito de reducir las muertes maternas ya no se caracteriza a los embarazos de alto o de bajo riesgo, sino que todos los embarazos son de riesgo.



- La sinfisiotomía no se usa en el Perú y la maniobra de Kristeler está proscrita en nuestra normatividad vigente⁽²³⁾.
- El consentimiento informado está perfectamente estipulado en la Ley General de Salud, en las Guías Nacionales y en el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú^(13,23,28).
- La normatividad vigente establece el acompañamiento de la parturienta por la persona que ella libremente elija. Sin embargo, en la mayoría de los establecimientos es difícil darle cumplimiento por razones de infraestructura inadecuada.
- La deambulación durante el trabajo de parto y la posición escogida por la mujer para el parto están claramente establecidas en la normatividad del MINSA, así como la administración de bebidas por vía oral, no utilización de la venoclisis de rutina, del enema evacuante ni del rasurado pubo-perineal antes del parto^(1,23). El llamado 'punto del marido' no es conocido en nuestra práctica, a menos que se refiera a la sutura que el médico debe realizar al momento de un desgarramiento vagino-perineal, con el propósito de que la parturienta no continúe sangrando a ese nivel.
- Las Guías Nacionales precisan que, una vez concluido el parto, la parturienta debe ser cuidadosamente vigilada en las dos primeras horas del puerperio, para advertir y manejar una posible hemorragia posparto⁽²³⁾. Sin embargo, en nuestra experiencia debemos precisar que, para mayor seguridad, la vigilancia del puerperio debiera ser hecha en las 6 primeras horas, los 6 primeros días y las 6 primeras semanas.
- La esterilización se realiza necesariamente después de que la mujer hace una solicitud voluntaria y se proporciona un período de reflexión, conforme está claramente definido^(23,29).

Finalmente, consideramos que no es correcto para el Perú afirmar que las mujeres se nieguen a retornar a los servicios que fueron utilizados. Por el contrario, en la experiencia del país se observa que la atención prenatal y la atención institucional del parto se ha incrementado visiblemente en los últimos años, habiendo superado hoy el 90% del total de gestantes; y las mujeres que han sido encuestadas después del parto han manifestado su complacencia con la

atención^(22,30). Es más, la mortalidad materna a partir del año 2000 empezó a caer sensiblemente hasta casi alcanzar el objetivo del milenio. Sin embargo, al igual que en otros países, mostró un alza preocupante durante la pandemia COVID-19. Afortunadamente, con las intervenciones llevadas adelante desde el MINSA, pasada la pandemia, la mortalidad materna muestra nuevamente una tendencia descendente^(22,31).

Por todo lo comentado, desestimamos el término 'violencia obstétrica', no solo porque resulta estigmatizante para los profesionales que brindan atención obstétrica, sino porque claramente la violencia contra las mujeres gestantes puede ser realizada además por otras personas ajenas al personal sanitario. De allí es que se propone, dentro de la atención obstétrica centrada en la mujer, el término 'Violencia institucional contra la mujer durante la atención obstétrica', en vez del de violencia obstétrica.

No dudamos que queda aún mucho por hacer para reducir la violencia institucional durante la atención obstétrica y durante el cuidado de la salud sexual y reproductiva, tema que va a ser tratado en este mismo número.

CONCLUSIONES

- Se requiere hacer conciencia que la atención obstétrica es parte de la atención de la salud sexual y reproductiva, que se basa en el respeto por los derechos humanos y en la atención del embarazo, parto y posparto centrado en la mujer.
- La mejor atención obstétrica se puede definir como la obtención de un parto feliz.
- No existe consenso nacional ni internacional sobre la definición de la llamada violencia obstétrica.
- Son múltiples las causales de este tipo de violencia, desde las instituciones del estado hasta la propia mujer.
- Existen formas diferentes de presentación de este tipo de violencia, que incluye la mortalidad materna y perinatal.
- Existen múltiples argumentos científicos que sustentan algunas estrategias, tecnologías apropiadas y complejas aplicables a la atención obstétrica.



- A pesar de la abundante normatividad vigente para el cuidado obstétrico, se hace necesario el apoyo para el monitoreo y supervisión de los profesionales sanitarios, desde el nivel central, regional y local, en el cumplimiento de esta normatividad.
- Se propone que este tipo de violencia sea denominado 'violencia institucional contra la mujer durante la atención obstétrica'.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Távara L. Vayamos por la atención obstétrica centrada en la mujer. En: Távara L (ed). Estrategias y tecnologías apropiadas para cuidar la salud obstétrica centrada en la mujer. Lima-Perú: Colegio Médico del Perú 2024; pag 9-19.
2. Fathalla MF. From Obstetrics and Gynecology to Women Health. The road ahead. New York and Londres: Parthenon, 1997.
3. Fondo de Población de Naciones Unidas. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo 1994. New York: UNFPA 1995.
4. Naciones Unidas. IV Conferencia internacional de la mujer, Beijing 1995. New York: UNFPA 1996.
5. Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. En: Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará. Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará, MESECVI, abril 2012.
6. GIRE/Impunidad | Cero. Justicia olvidada. Violencia e impunidad en la salud reproductiva. México: GIRE 2022, 112 pp.
7. Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Geneva: OMS, 2014.
8. ACOG Committee Statement No. 3. Ethical Approach for Managing Patient-Physician Conflict and Ending the Patient-Physician Relationship. *Obstet Gynecol.* 2022;140(6):1083-9. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004999
9. Defensoría del Pueblo. Violencia obstétrica en el Perú. Lima-Perú: D del P-UNFPA, Nov 2020, pp 101.
10. ONU. Objetivos de Desarrollo Sostenible, New York: ONU 2015.
11. ONU. Informe de la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović: "Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica" NY: ONU, julio de 2019.
12. Corte Interamericana de Derechos Humanos. Informe "Las mujeres indígenas y sus derechos humanos en las Américas". San José-Costa Rica: CIDH, 2017.
13. Colegio Médico del Perú. Código de ética y deontología. Lima: CMP, 2023.
14. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. Declaración de Santa Cruz sobre derechos sexuales y reproductivos. Santa Cruz-Bolivia: FLASOG, 2002.
15. Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Taller: "Violencia de Género" para Perú y la región andina. Reporte Final. Lima: IPAS, UNFPA, FLORA TRISTAN, CEMICAMP, abril 2003.
16. Colegio Médico del Perú. Consejo Nacional. I Taller Nacional sobre Derechos Sexuales y Reproductivos. Lima, 21 y 22 de marzo 2007
17. Ministerio de la Mujer. Decreto Supremo N° 08-2016-MIMP, Lima-Perú: MIMP 2016.
18. Ministerio de la Mujer. Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016 – 2021. Lima-Perú: MIMP, 2016.
19. Ellseberg M, Peña R, Herrera A, Wiskuist A, Hullgren G. Confitas en el infierno. Prevalencia y características de la violencia conyugal hacia las mujeres en Nicaragua. Nicaragua: Red de mujeres contra la violencia/Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina, UNAN-León/Departamento de Epidemiología y Salud Pública de la Universidad Umea-Suecia 1998.
20. GIRE. El camino hacia la justicia reproductiva: Una década de avances y pendientes, México: GIRE, 2021.
21. GIRE. Violencia obstétrica: Un enfoque de derechos humanos. México: GIRE, 2015.
22. Távara L, Frisancho O, Urquiza R, Sacsá D. El mejoramiento continuo de la calidad condujo a la reducción de la muerte materna y perinatal. En: Távara L (ed). Estrategias y tecnologías apropiadas para cuidar la salud obstétrica centrada en la mujer. Lima-Perú: Colegio Médico del Perú 2024; pag 127-144.
23. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima: Dirección General de Atención de la Salud de las Personas, 2004.
24. Ministerio de Salud. Norma Técnica de salud para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud. Lima: Resolución Ministerial N° 638-2006/ MINSa, 2006.
25. Minsa. Guía técnica de atención integral de personas afectadas por la violencia basada en género. Lima: Resolución Ministerial N° 141-2007/MINSa, 2007.
26. LEY N° 30364. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar y su reglamento. Lima, 2015.
27. Faundes A. La evolución histórica de la tasa de la cesárea: de una excepción en la antigüedad a un exceso en la actualidad. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2021;67(1)1-5. DOI: 10.31403/rpgo.v67i2302
28. Ley General de Salud. Perú, 1997.
29. Ministerio de Salud Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar 124-2016; Lima-Perú, 2016.
30. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta nacional de demografía y salud familiar, ENDES 2023. Lima-Perú: INEI, 2024.
31. Gutiérrez M. Mortalidad materna, ¿cambiando la causalidad el 2021? *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2022;68(1). DOI: 10.31403/rpgo.v68i2407