



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República
Facultad de Psicología

Trabajo Final de Grado
Pre-proyecto de investigación

Experiencias de violencia obstétrica en mujeres que atravesaron
embarazo y parto durante la pandemia por Covid-19 en la ciudad de Montevideo

Estudiante: Camila Alonzo Villalba

CI: 4.692.494-5

Tutora: Prof. Adj. Dra. Cecilia Marotta

Revisora: Prof. Adj. Dra. Rossana Blanco Falero

Montevideo, Uruguay,

Julio de 2024

Tabla de Contenidos

Resumen	3
Fundamentación	4
Antecedentes.....	9
Marco conceptual.....	14
Relación de violencia obstétrica y primeros vínculos entre madres y bebé.....	16
Problema de Investigación.....	17
Objetivo general y específicos	17
Metodología.....	18
Consideraciones éticas.....	19
Cronograma de ejecución	20
Resultados esperados y plan de difusión.....	20
Referencias bibliográficas	21

Resumen

El presente preproyecto de investigación se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República (Udelar) de Uruguay. Se propone explorar y comprender las experiencias que vivieron en el embarazo y el parto, mujeres atendidas en centros de salud de Montevideo durante la pandemia por Covid-19, así como la relación entre las medidas sanitarias adoptadas durante la emergencia sanitaria (marzo de 2020 a marzo de 2022) y los derechos de las mujeres gestantes, con el fin de conocer en qué consistieron las prácticas de las que fueron objeto, que configuran violencia obstétrica, y sus consecuencias tanto para las madres como para sus recién nacidos. Se eligió un diseño metodológico de carácter cualitativo con un enfoque narrativo, empleando entrevistas semi dirigidas como técnica de recolección de datos. Entre los resultados esperados están el dar visibilidad a estas experiencias a partir de sus propios relatos, con el fin de concientizar a la sociedad y los profesionales de la salud sobre la importancia de un trato humanizado y respetuoso durante el embarazo y el parto.

Palabras claves Violencia Obstétrica, Pandemia, Covid-19, Embarazo y parto.

Fundamentación

El presente preproyecto de investigación se enmarca en el Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República (Udelar) de Uruguay. Se propone explorar y comprender las experiencias que vivieron en el embarazo y el parto, mujeres atendidas en centros de salud de Montevideo durante la emergencia sanitaria, entre marzo de 2020 (Uruguay, Decreto 93/020, 2020) y marzo de 2022 (Uruguay, Decreto 106/022, 2022), declarada a raíz de la pandemia por Covid-19. A partir de los relatos de estas mujeres, se buscará conocer en qué consistieron las prácticas derivadas de las medidas sanitarias de excepción, las cuales configuraron violencia obstétrica, y cómo obstaculizaron el apoyo emocional y empático que resulta indispensable en el embarazo y el parto.

La situación derivada de la pandemia por Covid-19 configura un fenómeno reciente e inédito, por lo que resulta interesante explorar la relación entre las medidas sanitarias empleadas en este periodo de incertidumbre —donde las acciones tendientes a prevenir o mitigar los efectos del virus iban cambiando y renovándose día a día— y los derechos de las mujeres gestantes.

En este trabajo, mi implicación resulta de posicionarme como investigadora en una temática que me interpela como mujer y reciente madre. Souto (2010) denomina implicación a la relación del sujeto investigador con su objeto de estudio, tomando este concepto desde “un enfoque particular de investigación cualitativa”, que es el enfoque clínico (citado en Manrique et al., 2016, p. 986). Por su parte, Acevedo (2002) sostiene que el análisis del tema elegido en una investigación sirve como proceso de autodescubrimiento, tanto para los destinatarios de su trabajo como para el propio investigador, quien podrá comprender los condicionamientos de su entorno y visualizar la singularidad de su producción. Esto porque “será él, y no otro” quien decida su objeto de estudio, el marco teórico, la metodología y a quién comunicará sus resultados, decisiones que tomará “desde ese lugar social que lo ubica” (p. 8). La noción de implicación emerge como un fenómeno inherente a nuestra condición como sujetos sociohistóricos y políticos, siendo desencadenada por la interacción con diversos elementos como el otro, los grupos sociales y las instituciones (Fernández, 2014).

En el marco de esta investigación, se torna fundamental contemplar las experiencias y percepciones de esas mujeres, que son los “otros” que menciona la autora, y que actúan como pilares en la construcción de nuestra singularidad. No obstante, el ejercicio voluntario radica en la toma de conciencia de estas implicaciones a través de un proceso analítico que se desarrolla en el marco de relaciones intersubjetivas (Fernández, 2014). Es de esta forma como opera mi implicación con el tema elegido. Mi elección estuvo teñida por mis propias vivencias: mi tránsito por la Facultad de Psicología; mi embarazo y parto; las experiencias de personas cercanas a mí, y también por mi propia construcción como sujeto sociopolítico.

Aunque personalmente no he vivido ninguna experiencia de índole violenta en el marco de mi embarazo y parto, he tenido la oportunidad de escuchar relatos cercanos que me permitieron reconocer la recurrencia e importancia de investigar este tema. Una de esas experiencias cercanas es la de mi hermana, que se encontraba en la semana 25 de embarazo al momento de la declaración de la emergencia sanitaria. A partir de entonces, y hasta la semana 37 de gestación, le sugirieron asistir a las consultas ginecológicas sin acompañante. Después de esa semana le permitieron ingresar con acompañante. En las ecografías no le permitieron entrar con acompañante, le dieron la alternativa de grabar la misma en un pendrive. Esta, junto a otras experiencias personales que me llegaron, ayuda a entender la importancia del cuidado y la sostenibilidad de la vida en un momento tan trascendente para las mujeres.

El propósito de la investigación, por tanto, es visibilizar y reflexionar sobre las experiencias que relatan las mujeres que atravesaron sus embarazos y partos en contexto de pandemia, resaltando la importancia de redoblar los cuidados y preservar los derechos durante la gestación, en especial en tiempos de crisis y soledad. Se debe tomar en cuenta que en Uruguay rige un marco normativo que garantiza los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y fomenta el parto humanizado. No obstante, distintas investigaciones, que fueron los cimientos de este preproyecto, indican que se pudieron haber vulnerado estos derechos por la coyuntura pandémica.

La pertinencia del tema a investigar tiene como eje estructurante el artículo académico de Viera y Evia (2021) titulado *Parir y nacer en tiempos de Covid-19 en Uruguay*, ya que la misma arroja conclusiones validando que la pandemia afectó las experiencias del embarazo y el parto en Uruguay, debido a las medidas sanitarias que se aplicaron en ese periodo, las cuales no respondían a directrices oficiales sino a prácticas llevadas adelante por los distintos prestadores de salud, afectaron “la calidad y humanización de los cuidados” y aumentaron la realización de intervenciones innecesarias (Viera y Evia, 2021, p.1).

El virus SARS-COV-2 identificado en 2019 en China, fue definido por la OMS como enfermedad infecciosa y dada su alta propagación y el tipo de problemas sanitarios que ocasionó, fue generando un alerta y emergencia sanitaria mundial. En Uruguay el gobierno declaró la emergencia durante el periodo del 13 de marzo de 2020 (Decreto 93-020) hasta el 5 de abril de 2022 (Decreto 106-022). Durante dicho lapso las medidas restrictivas destinadas a prevenir y/o mitigar la ola de contagios incluyó aislamiento y limitación de la movilidad de la población. Entre otras, se suspendieron las clases presenciales en todos los niveles educativos en centros públicos y privados, y todas las consultas presenciales y tratamientos médicos, tanto de adultos como de niños y niñas; y se instó a la población a implementar el trabajo remoto en la medida de lo posible, con el objetivo de reducir la presencialidad en

lugares de trabajo y estudio, y evitar aglomeraciones. Esto tuvo un impacto significativo en la prestación de servicios de salud públicos y privados, y en todos los niveles de atención. Entre otras medidas, se implementaron protocolos que implicaron cambios sustanciales en la forma de atención, destacándose la suspensión de la atención presencial en consultorios, que fue reemplazada en muchos casos por consultas telefónicas, y, cuando era necesario realizar estudios o procedimientos en forma presencial y urgente, se procuraba limitar al máximo la cantidad de personas presentes en las instalaciones (Ministerio de Salud Pública, MSP, 2020b). Así mismo, en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, especialmente en lo que respecta a los controles durante el embarazo, parto y posparto, muchas de estas medidas generaron incertidumbre y en ocasiones entraban en conflicto con los derechos de las usuarias (Viera y Evia, 2021). Cabe señalar que el proceso de gestación, el momento del parto y el periodo de posparto, constituyen momentos claves en la vida de las mujeres, y que las medidas implementadas para afrontar la pandemia vulneraron derechos y agravaron problemas preexistentes. En palabras de Viera y Evia (2021), además de las consecuencias ya mencionadas, hubo un incremento de “la asimetría en la relación médico-paciente” (p. 4), lo que pudo generar retrocesos en el marco de los derechos reproductivos; aumento de intervenciones innecesarias; restricción del derecho al contacto piel con piel de madres con sus hijos en las primeras horas de nacidos; y retraso en la iniciación inmediata de la lactancia, a diferencia de lo que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023).¹⁴

Por su parte, Gallardo y De la Paz Echetto (2021), abogadas de la Organización Gestar Derechos, advierten que las gestantes en proceso de parto o posparto “constituyen un grupo especialmente vulnerable de la población, que enfrenta desigualdades de género y puede sufrir de manera desproporcionada las repercusiones de las medidas adoptadas por las autoridades sanitarias” (p. 9). Agregan que esta vulnerabilidad se ve agravada cuando las medidas se aplican en forma generalizada, sin contemplar las desigualdades subyacentes (p. 9) ni necesidades específicas, como lo son las de mujeres embarazadas o en trabajo de parto, y sin prever posibles consecuencias no deseadas de su aplicación. El estudio de Viera y Evia (2021) menciona prácticas de reprogramación de controles durante el embarazo; prohibición de asistir a las consultas acompañadas; controles neonatales en el primer mes de vida, realizados por teléfono, aislamiento y separación de la madre y su recién nacido, falta de asistencia médica después del parto; falta de asesoramiento para la lactancia, entre otras, derivadas de las medidas sanitarias excepcionales adoptadas en la pandemia, que pueden llegar a constituir violencia obstétrica.

En las investigaciones y reportes que se citan anteriormente, se exponen relatos de mujeres sobre cambios de fechas, aplazamiento o incluso cancelación de controles y exámenes clínicos; prohibición de acompañantes en controles, ecografías y durante el parto; y reducción drástica de especialistas, lo que afectó la atención de las pacientes, entre otras

situaciones. Todas ellas se encuadran en las definiciones de violencia obstétrica mencionadas. Un ejemplo es la denuncia presentada ante la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (INDDHH, 2023) referida a la atención de un parto en el Centro Hospitalario Pereira Rossell de Montevideo. La paciente relata que en marzo de 2021 llegó a la emergencia de ese hospital en trabajo de parto, y que al momento de su ingreso dio positivo para Covid-19. Dijo que el parto fue muy apresurado y traumático, y que la doctora que la atendió le habló de manera despectiva, señalando que como era su segundo hijo, no tenía por qué ponerse mal. Agrega, que fue obligada a utilizar doble mascarilla, lo que le generaba falta de oxígeno y dificultad para respirar, y que, al dar a luz, fue aislada por tres días, durante los cuales ni ella ni el bebé fueron asistidos por ningún médico; tampoco fue asesorada respecto a la lactancia y su hijo no recibió ninguna vacuna (INDDHH, 2023). Este caso ilustra el alcance y la dimensión del impacto que a nivel personal y social pueden tener las prácticas llevadas a cabo sin contemplar derechos y obligaciones que deben mantenerse incluso en contextos críticos como una emergencia sanitaria. Por tanto, esta experiencia constituye uno de los fundamentos principales de esta investigación. En el mismo sentido de lo que se viene presentando, un artículo del diario La Diaria, de circulación nacional, señala que organizaciones de la sociedad civil, junto con la INDDHH, presentaron reclamos de incumplimiento de los derechos reproductivos consagrados en la legislación nacional (La Diaria, 2020). Entre los testimonios recogidos por el periódico, se vuelve a admitir la prohibición en el ingreso a los controles y ecografías de la o el referente afectivo de la mujer; se exponen irregularidades en el calendario de controles sin que exista una comunicación efectiva para reagendar estas consultas; y se describen incumplimientos del derecho de la mujer a estar acompañada en el parto, el parto o la cesárea. Las organizaciones agrupadas en la “Red uruguaya para la visibilización y prevención de la violencia en contexto gineco-obstétrico y perinatal” manifiestan:

Se está desconociendo la importancia de esas instancias para la detección y tratamiento oportuno de las complicaciones que pueden desarrollarse en la gestación, generando preocupación y angustia en muchas familias gestantes debido a la falta de información precisa de cuándo se van a reanudar muchas de estas consultas. (La Diaria, 2020, párr. 6)

Las voceras de esas entidades agregan que “en el mejor de los casos” se realizan consultas por videollamadas, lo que consideran como una práctica que “minimiza la importancia de la valoración clínica del bienestar materno fetal, constituyendo esto una grave omisión del adecuado seguimiento de la gestación” (La Diaria, 2020, párr. 6).

En el informe “Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud”, la OMS (2014) destaca el derecho de todas las mujeres a recibir “el más alto nivel de cuidados en salud”, entre los que incluye “el derecho a

una atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el derecho a no sufrir violencia ni discriminación” (párr. 4). La vulneración de estos derechos configura un problema social ya que constituye una violación de los derechos humanos de las mujeres además de una forma de violencia de género. Esto evidencia la importancia de escuchar y atender a las mujeres que atravesaron estas experiencias con el fin de dar visibilidad al tema y “elaborar iniciativas políticas sobre la importancia de la atención materna respetuosa” (OMS, 2014, párr. 5).

El término de Violencia Obstétrica fue acuñado en Venezuela a partir de la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia (Venezuela, 2007), donde se establecen 19 formas de violencia contra la mujer. En su artículo 13, se define la violencia obstétrica de la siguiente manera:

Es la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres. (Venezuela, 2007)

En Uruguay, la Ley 19.580, de Violencia contra las Mujeres Basada en Género, define la violencia obstétrica de la siguiente manera: “Toda acción, omisión y patrón de conducta del personal de la salud en los procesos reproductivos de una mujer, que afecte su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo o abuso de técnicas y procedimientos invasivos (Uruguay, 2018). Asimismo, la Ley 18.426 de Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva, establece la promoción del parto humanizado, garantizando la intimidad y privacidad; respetando el tiempo biológico y psicológico y las pautas culturales de la protagonista y evitando prácticas invasivas o suministro de medicación que no estén justificados (Uruguay, 2008). A esto se suma que, en 2018, el MSP publicó la guía Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional, entre las que se destaca la “humanización del parto institucional y reducción de la tasa de cesáreas” (MSP, 2018, p. 7).

Villaverde (2006) define la violencia obstétrica como “una violación a los Derechos Humanos, tanto como manifestación de la violencia de género contra las mujeres, como desde el enfoque del derecho a la salud como un derecho humano” (citado en Belli, 2013, p. 30). A su vez, Medina (2001) la define como “cualquier acción, conducta u omisión llevada a cabo por personal de la salud, ya sea en el sector público o privado, que directa o indirectamente afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres” (p. 3). Agrega, que este tipo de violencia se reproduce en un trato deshumanizado, un uso en demasía de medicación y la patologización de procesos de índole natural.

Es importante especificar que esta investigación se enmarca desde una perspectiva de género, no obstante, la centralidad está dada en las mujeres gestantes, en palabras de Burin y Meler (2010) el género abarca una red compleja de creencias que han ido mutando y moldeándose en contextos sociohistóricos generando relaciones asimétricas de poder entre varones y mujeres. Lagarde (1996) plantea que la perspectiva de género se enmarca en el paradigma feminista, vale decir, es un movimiento sociopolítico y colaborativo que emancipa a las mujeres desafiando los cimientos patriarcales que históricamente han dominado la sociedad. Es desde esta óptica que este preproyecto busca visibilizar la agenda de derechos de las mujeres gestantes en un período de pandemia que ha vulnerado el transcurso del embarazo, parto y posparto.

Antecedentes

Para realizar este trabajo, se buscaron artículos de investigación, ensayos y otro tipo de estudios vinculados a la temática, en portales académicos como Timbó, Scielo, Colibrí y Google Académico. Las palabras claves utilizadas fueron “violencia obstétrica”, “protocolos y pandemia”, “embarazo en pandemia”. También se buscaron las leyes, decretos y normativas relacionadas con el tema de investigación, y se recurrió a casos presentados ante organismos internacionales, citados en algunos estudios. Además de los protocolos y situaciones de posible violencia obstétrica registradas en Uruguay, se buscaron casos similares ocurridos en otros países, como Argentina, Brasil, Chile y España.

En Sudamérica, las medidas sanitarias adoptadas durante la pandemia en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay variaron de país a país, con distintos grados de restricciones y normativas de excepción, siendo diferente, por tanto, el impacto sobre las mujeres embarazadas o parturientas. No obstante, en los cuatro países existieron relatos, reclamos y denuncias por prácticas que pueden ser encuadradas como violencia obstétrica.

En España, tal como ocurrió en algunos países sudamericanos, se estableció un estricto confinamiento a partir del Real Decreto 463/2020, en el marco del cual los desplazamientos de los ciudadanos quedaron limitados en forma exclusiva a actividades esenciales como la compra de alimentos, la asistencia a centros sanitarios o el trabajo en sectores de primera necesidad (España, 2020). Esto encendió alertas en el sistema de salud español, lo que afectó especialmente todo lo relativo a la atención obstétrica. A pesar de las recomendaciones del Ministerio de Sanidad (2020) y la OMS (2020) sobre la importancia de que las mujeres estén acompañadas durante el parto, algunas medidas vulneraron ese derecho apelando a los riesgos de contagio. En un trabajo realizado por Paris Angulo y Gracia Suárez (2021) en la Comunidad Valenciana, el protocolo que validaba el acompañamiento durante el parto fue desestimado por profesionales y prestadores de salud, entre otras

numerosas situaciones adversas para las embarazadas, como la falta de acceso a la analgesia epidural; la realización de cesáreas en mujeres con sospecha de Covid 19; la realización de cesáreas debido a preocupaciones sobre la efectividad de las mascarillas durante la fase activa del expulsivo; la separación de madres de sus recién nacidos por sospecha de Covid-19; y la falta de inicio precoz de la lactancia materna. Las autoras presentan el siguiente relato de una mujer embarazada, publicado en el diario “El Periódico” (julio de 2020):

Son las 21:00 horas del sábado 4 de abril de 2020, embarazada de 40 semanas y 3 días, llego al Hospital General de Castellón. Sí, creo que estoy de parto. Nada más llegar me reconocen y lo primero que me dicen es: “¿Qué haces aquí? ¿Sabes que no hay epidural no? Vaya, esperaba un: “Qué alegría verte, tranquila que todo irá bien”. (Citado en Paris Angulo y Gracia Suárez, 2012, p. 36)

Asimismo, la asociación española El Parto Es Nuestro (EPEN) recoge en un informe de junio de 2021, numerosos reclamos de mujeres y profesionales sanitarios, por la ocurrencia de prácticas de violencia obstétrica en diversos países, entre ellos España, durante la pandemia. Las quejas más comunes narradas en el informe reflejan las mismas situaciones mencionadas en el antecedente anterior : parto en solitario; separación de la madre y el recién nacido sin indicación médica; obligación de parir con mascarillas; aplicación de protocolos de parto inducido o cesárea electiva a mujeres con sospecha de Covid-19; e intervención para acelerar el parto, todo lo cual objetaría las recomendaciones de la OMS y constituye un retroceso en los derechos de las mujeres durante el parto (EPEN, 2020).

Por su parte, la organización internacional Human Rights in Childbirth, con sede en Países Bajos, publicó en 2020 un informe que abarca diversos países y regiones como Australia, Latinoamérica, Europa del Este, Estados Unidos e India, en el que documenta numerosos casos adicionales de violaciones de derechos humanos durante el parto en los primeros meses de la pandemia (HRiC, 2020).

En Argentina, se decretó un confinamiento estricto al igual que en España, con la suspensión de todas las actividades comerciales, educativas y sociales consideradas no esenciales, permitiendo únicamente el funcionamiento de servicios básicos como supermercados, farmacias y hospitales. La OMS estipuló en que las mujeres embarazadas y sus recién nacidos, “incluso cuando se sospeche o se haya confirmado que tienen la Covid-19, tienen derecho a recibir atención de alta calidad antes, durante y después del parto, incluida la atención sobre su salud mental” (OMS, 2020, párr. 7). Específicamente, el organismo estableció que al momento del parto, la mujer pudiera tener un acompañante de su elección; contara con recursos adecuados para aliviar el dolor; se le permitiera moverse durante el trabajo de parto, adoptando las posiciones de su elección; se evitara la cesárea cuando no estuviera justificado por su salud o la del bebé; y se instó a que la familia fuera

protagonista del proceso (OMS, 2020). No obstante, según Dangelo et al. (2020), la colectiva “Mujeres por un Parto Respetado” recogió diversos relatos de gestantes a quienes, al inicio de la pandemia, no se permitió parir acompañadas. Según los autores, a partir de ese momento comenzaron a producirse una serie de “intervenciones innecesarias” (p. 12), como “procesos de aceleramiento en el parto, la práctica de episiotomía de rutina, las cesáreas innecesarias, el no respeto de la posición más cómoda para parir, entre otros” (p. 12).

En Brasil, las medidas de confinamiento y restricción de desplazamiento fueron más flexibles que las adoptadas en Argentina y España; además, no fueron impuestas de manera uniforme en todo el territorio, sino que las decisiones sobre cuarentenas y otras políticas de contención fueron delegadas a los gobiernos provinciales y municipales, lo que resultó en una respuesta fragmentada. Paes et al. (2021), agrega que la pandemia acentuó en el país la violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, así como los de los recién nacidos, y puso de manifiesto la fragilidad de esos derechos. A su vez, resaltan la persistencia de problemas de abuso y falta de respeto hacia las mujeres durante el parto, y destacan intervenciones médicas injustificadas. Afirman, que la pandemia tuvo un impacto directo en la violación de los derechos humanos y en la asistencia a mujeres durante el ciclo de embarazo y puerperio, a raíz de restricciones e intervenciones innecesarias. Evalúan que existió falta de comprensión sobre los efectos del virus durante el embarazo, lo que derivó en decisiones médicas sin respaldo científico. En cuanto a los recién nacidos, alertan sobre las potenciales consecuencias negativas a largo plazo que pueden derivar de prácticas como el aislamiento, el pinzamiento precoz del cordón umbilical y las restricciones a la lactancia materna. Finalmente, advierten sobre el agravamiento de la vulneración de derechos sexuales y reproductivos durante la pandemia, entre otras violaciones de derechos, e instan a tomar medidas para salvaguardar los derechos de las mujeres en el marco de situaciones de crisis como la pandemia (Paes et al., 2021).

En Chile, al igual que en Brasil, las medidas de confinamiento fueron aplicadas dependiendo la región, pero, en este caso, se estipularon según la situación epidemiológica de cada una. Asimismo, tal como ocurrió en Argentina, en las zonas del país donde se declaró el confinamiento, este fue estricto, limitándose la movilidad y permitiendo el desplazamiento de la población únicamente cuando se trataba de actividades como compras de alimentos, atención médica y trabajos esenciales. En cuanto a las medidas para las embarazadas, en junio de 2020, el Ministerio de Salud chileno emitió una serie de recomendaciones específicas para gestantes, incluyendo aquellas que estuvieran en aislamiento o fueran sospechosas de haber contraído Covid-19. Estos cuidados abarcan atención prenatal; del recién nacido; postnatal; prevención de violencia; y atención a la salud mental. Las gestantes, puérperas o recién nacidos con sintomatología de Covid-19, de acuerdo con la normativa, debían ser atendidos en urgencias obstétricas o pediátricas, garantizando así el acceso a atención

especializada. (Ministerio de Salud de Chile, 2020). Pese a estas normativas, un estudio realizado por Toloza et al. (2023) evidenció la existencia de diversas prácticas de violencia obstétrica como restricción de acompañamiento, por lo que algunas mujeres se vieron obligadas a dar a luz sin la presencia de una persona de confianza; separación inmediata, después del parto, de la madre y el recién nacido; aceleración del trabajo de parto mediante intervenciones médicas sin una justificación adecuada; limitación de medidas farmacológicas como analgésicos y anestesia epidural, entre otros; y disminución en la frecuencia de controles prenatales, talleres prenatales y atención telefónica, lo cual resultó en un distanciamiento y aislamiento significativo y reduciendo el apoyo y seguimiento durante el embarazo (Toloza et al. 2023).

En Uruguay, se adoptó un enfoque flexible, el discurso oficial se centró en la libertad responsable, atribuyendo la responsabilidad por el agravamiento de la situación sanitaria al comportamiento individual de los ciudadanos (Bertoni et al., 2022)

De acuerdo con Viera y Evia (2021), las recomendaciones realizadas por el MSP respecto a la atención a mujeres embarazadas o en trabajo de parto durante la alerta sanitaria, se basaron en las pautas de la OMS (2020) y en la Ley 17.386, de acompañamiento a la mujer en el parto, parto y nacimiento (Uruguay, 2001). En el *Apéndice A* (elaboración propia), se presenta la cronología de la evolución de la pandemia por Covid-19 en Uruguay, y las respectivas medidas sanitarias. Entre las recomendaciones que las autoridades uruguayas realizaron a las mujeres embarazadas estaban: evitar los viajes; reducir el contacto social lo más posible; extremar las medidas de prevención divulgadas para la población en general (MSP, 2020c). En lo relativo a medidas específicas vinculadas al embarazo, se suspendieron los cursos presenciales de preparación para el nacimiento, y se instó a buscar mecanismos para poder impartirlos de manera virtual (MSP, 2020c). También se recomendó a las embarazadas aplicarse la vacuna contra la gripe, ya que durante la pandemia conformaban uno de los grupos priorizados en términos de prevención. Cabe aclarar que la vacuna no protege contra el Covid-19, pero se entendió que contribuía a la salud de las gestantes al reducir los casos de gripe y los eventuales diagnósticos diferenciales (MSP, 2020c).

En cuanto a la atención específica a mujeres embarazadas “asintomáticas y sin contacto con personas con Covid-19” (MSP, 2020c), se recomendaba:

- Concurrir a los controles prenatales agendados, sola o acompañada de una sola persona, y se instaba a evaluar telefónicamente si en embarazos normales de bajo riesgo, el control obstétrico presencial podría retrasarse, siempre que no presentara riesgos.
- Posponer, con aval del ginecólogo, las ecografías y rutinas obstétricas del tercer trimestre, siempre que eso fuera posible, hasta tanto se normalizara la situación sanitaria.

- Se autorizaba el acompañamiento de la pareja asintomática en la ecografía obstétrica, manteniendo la distancia social definida y el uso de mascarillas

Con relación a los nacimientos, las autoridades expresaban la necesidad de que estos se realizaran según las prácticas habituales; cumpliendo las guías y manuales del MSP; y respetando la Ley 17.386 (Uruguay, 2001) de acompañamiento del nacimiento, fuera por parto natural o cesárea. También se autorizaba de manera explícita la permanencia del padre o un acompañante elegido por la madre, durante el trabajo de parto y el parto o cesárea (MSP, 2020c). Tal como ocurrió en Chile, en Uruguay, las prácticas en contexto de pandemia no siempre se ajustaron a las normativas establecidas. Viera y Evia (2021) recogen relatos de embarazadas durante la pandemia en Uruguay, donde las mujeres afirman haber sufrido cancelaciones o reprogramaciones de consultas; restricciones en la asistencia y la imposibilidad de ir acompañadas a controles y ecografías obstétricas. Las autoras apuntan a una falta de claridad en los protocolos de atención y posibles arbitrariedades en su implementación. También destacan cómo los momentos de riesgo e incertidumbre influyen en las expectativas de atención y en la experiencia subjetiva de las mujeres. Como se mencionó, el temor más acuciante para las embarazadas que tuvieron que dar a luz en pandemia no estaba vinculado tanto al posible contagio de la enfermedad, sino a la posibilidad de que se vulneraran sus derechos, y en especial, el tener que parir sin compañía. Este temor, según Viera y Evia (2021), fue agudizado a raíz de informes de prensa que consignaba la existencia de casos en los que no se autorizó ningún tipo de compañía durante partos vaginales o cesáreas. Estos hechos fueron los detonantes para que diversas organizaciones salieran a denunciar públicamente estas prácticas, tanto ante medios de comunicación como ante la INDDHH. De acuerdo con las autoras, las mujeres que dieron a luz después de fines de abril, cuando ya se habían hecho públicas varios casos, pudieron tomar precauciones, informarse al respecto y, al conocer que las asistía el derecho por ley de estar acompañadas durante esa instancia, pudieron hacer uso del mismo.

Después del parto surgen preocupaciones sobre los cuidados del recién nacido, tanto en el hogar como en los controles de salud. Se conoce que el momento en que una mujer recibe el alta hospitalaria a las pocas horas de haber parido es clave. Según Viera y Eiva (2021), algunas mujeres consideraron que, durante la pandemia, recibieron el alta de manera anticipada, ya que sintieron que no estaban preparadas para asumir solas los cuidados del bebé. En medio de la emergencia sanitaria, y con medidas que muchas veces se iban actualizando día a día, los controles de salud de los recién nacidos se produjeron de maneras diversas, encontrándose casos de consultas a las que solo podía acudir la madre, otras en las que podían asistir ambos padres, otras que consistieron en visitas domiciliarias y otras que se limitaron a consultas telefónicas. Asimismo, aunque la mayoría de las mujeres entrevistadas por Viera y Evia (2021) tenían parejas consolidadas y estabilidad económica,

los cuidados tanto del bebé como de la madre requería mucha ayuda del entorno, y esto se volvió un desafío en el marco del distanciamiento social impuesto por la pandemia. Según las autoras, esta situación hizo visible la importancia de “estrategias creativas”, como la realización de cuarentena por parte de otros familiares para ayudar con el cuidado de otros hijos. La prevención de los recién nacidos no supuso mayores preocupaciones dada la baja incidencia del Covid-19 en esa población, por lo que lo único que se restringió con relación a ellos fueron las visitas.

Marco conceptual

En este apartado se profundizará en las definiciones de violencia, de manera genérica y más concretamente de violencia obstétrica. Asimismo, a partir de diferentes estudios y miradas, provenientes de distintas disciplinas, se abordará la importancia de acompañar los procesos de la mujer desde la Psicología, y, en particular, la atención que se le debe brindar en el campo de la obstetricia.

En las décadas de 1970 y 1980, existieron contribuciones relevantes en Europa, gracias a los aportes de Odent y Leboyer. Odent, 1973, citado en Defey, (2020), fue una figura clave en prácticas contemporáneas como el parto en casa, el parto en agua, las Casas de Nacer y el acompañamiento de *doulas*, y abogó por la visión del parto como un proceso natural, incluyendo la sexualidad humana. Leboyer (1975, citado en Defey, 2020) promovió el parto sin violencia. Según Odent (1973), “si queremos cambiar el mundo, primero debemos cambiar la forma de nacer” (citado en Defey, 2020, p. 8). Estos autores, entre otros, pusieron de manifiesto la importancia de que las mujeres cuenten con una atención digna durante el embarazo y el parto, lo que incluye, entre otras acciones, la erradicación de la violencia durante esos procesos.

Antes de ahondar en la violencia obstétrica, se definirá a nivel general lo que implica violencia en este trabajo. La palabra violencia proviene del latín *vis*, que significa fuerza, y se manifiesta en los ámbitos físico, psicológico y social, a través de formas que oprimen, imposibilitan o violan las garantías individuales de las personas y generan consecuencias con impactos significativos en la salud física y emocional (Casique y Ferreira, 2006). La OMS establece como derecho de las mujeres e recibir una “atención digna y respetuosa en el embarazo y en el parto, y el de no sufrir violencia ni discriminación” (OMS, 2014).

Para conceptualizar la violencia obstétrica es imprescindible comenzar con un análisis que la identifique como una forma de violencia de género hacia mujeres y otras personas con capacidad de gestar, debido a que no es viable reconocer el maltrato, la falta de respeto, los abusos e incluso la apropiación de los procesos reproductivos durante el embarazo y el parto, sin considerar los estereotipos de género y las relaciones desiguales de

poder que fundamentan estas conductas (Gallardo y Echetto, 2022). A su vez, Bellón (2015), señala que la violencia obstétrica es una forma específica de violencia de género, que se refleja, precisamente, en prácticas médicas relacionadas con el parto y la atención ginecológica.

En lo que respecta a la violencia obstétrica en particular, la legislación uruguaya la define como cualquier acción, omisión o patrón de conducta del personal de salud que afecte la autonomía de la mujer para decidir libremente sobre su cuerpo o que implique abuso de técnicas invasivas durante los procesos reproductivos. A su vez, Salgado y Díaz (2019), especifican que se trata de una violencia que “sobrepasa lo físico y lo verbal puesto que también ocurre de manera institucional, y es este hecho, lo que obstaculiza que se pueda identificar y penalizar este tipo de violencia” (p. 8). Los autores amplían esta definición al señalar que la violencia obstétrica puede ser sufrida tanto por mujeres gestantes como no gestantes, en procesos ginecológicos. En consonancia con la legislación uruguaya, la enmarcan en el concepto de violencia de género, y advierten que su invisibilización se debe a que está arraigada en prácticas médicas que son plasmadas a nivel institucional. Por su parte, Rodríguez et al. (2021) definen la violencia obstétrica como un conjunto de “prácticas y conductas realizadas por profesionales de la salud a las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio (...) que por acción u omisión son violentas o pueden ser percibidas como violentas” (párr. 1). Entre los ejemplos que dan los autores están actos “no consensuados” como episiotomías, intervenciones dolorosas sin anestésicos, la obligación de parir en una posición determinada o dar medicamentos en forma “excesiva, innecesaria o iatrogénica que podría generar complicaciones graves” (párr. 1). Hablan además de violencia psicológica, que se manifiesta en tratar a la paciente con tono “infantil, paternalista, autoritario, despectivo, humillante, con insultos verbales, despersonalizado o con vejaciones” (Rodríguez et al. 2021, párr. 1). Por tanto, la violencia psicológica, cuando se enmarca en la violencia obstétrica, afecta a la madre, al vínculo con su bebé y a su entorno. Entre sus posibles consecuencias psicológicas están trastorno de estrés postraumático, depresión postparto, miedo, inseguridad, soledad, frustración, despersonalización, baja autoestima, estrés, entre otras (Nascimento et al., 2022)

Entre las prácticas intervencionistas que se enmarcan dentro de la violencia obstétrica, Menezes et al. (2020) incluyen: “restricción de cama, enema, tricotomía, oxitocina de rutina, ausencia de acompañante y cesárea no indicada” (p. 2). A su vez, Ribeiro et al. (2020) ofrecen algunos ejemplos de violencia verbal, que califican como “abuso brutal, amenazas y gritos” (p. 3). En la misma línea, Medina (2008) también atribuye la calificación de violencia obstétrica a toda práctica que afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres a través de un trato deshumano, con abuso de medicación y “patologización de los procesos naturales” (p. 2). En consonancia con Salgado y Díaz (2019), Levy (2019) y

Bellon (2015) también abordan la violencia obstétrica desde una perspectiva de género. Levy (2019) la define como un modelo social donde “las acciones del equipo de salud reproducen imaginarios patriarcales acerca de la mujer y la maternidad, los cuales influyen de manera determinante en su comportamiento y decisiones” (párr.15), mientras que Bellon (2015) la enmarca en un complejo entramado de relaciones de poder y dominación que despojan a las mujeres de su centralidad en los procesos reproductivos, relegándolas a un rol pasivo y subordinado que no solo tiene repercusiones físicas, sino también psicológicas significativas ya expuestas anteriormente, éstas constituye una violación de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres.

En suma, la violencia obstétrica surge de sociedades patriarcales que normalizan estas prácticas, afectando tanto a profesionales de salud como a pacientes. Existe un trato jerárquico que prioriza a los profesionales sobre las pacientes, asociado a la jerarquía social de la mujer, lo que dificulta la reflexión sobre esta violencia. (Rodríguez et al. 2021, párr. 4).

Relación de violencia obstétrica y primeros vínculos entre madres y bebé

Diversos autores han puesto en evidencia la importancia que tienen los primeros vínculos entre el recién nacido y su madre para que se establezca un apego seguro, lo cual influye de manera crucial en el desarrollo del niño, entre otros aspectos.

Según Stern (1983), “la primera exposición del lactante al mundo humano consiste simplemente en aquello que la madre hace con su cara con su voz su cuerpo y sus manos. la corriente de sus actos proporciona al lactante su experiencia inicial con lo básico acerca de la comunicación” (p. 23). A su vez, Guerra (2009) define como crucial la forma en que ocurren los encuentros entre la madre y su bebé, especialmente en los primeros momentos de vida del niño, en particular, la capacidad de la madre para sintonizar con los ritmos de su bebé, prestar atención a sus vocalizaciones, imitarlas y reproducirlas, así como interpretar las señales que le devuelven y dan sentido a las acciones del bebé. El autor subraya que no solo es importante el contenido verbal del mensaje, sino también el ritmo, el tono de voz, las expresiones faciales y la mirada, los cuales actúan como un espejo que estimula la imitación y la empatía. Estos códigos de comunicación no verbal forman la base del concepto de intersubjetividad, que define como la "experiencia de compartir estados emocionales con otro, el conjunto de experiencias que se co-construyen cuando dos personas se encuentran" (Guerra, 2009, p. 8). En contrapartida, cuando los primeros vínculos se producen en entornos estresantes e inseguros, el vínculo madre hijo se ve perjudicado. En palabras de García (2018), “los partos traumáticos y la separación madre-hijo perjudican la lactancia materna y el establecimiento del vínculo afectivo” (p. 190). El autor también señala que entre las

principales consecuencias psicológicas de sufrir algún tipo de violencia obstétrica están la afectación de la autoestima y alteraciones emocionales como perturbación del sueño, ansiedad o sintomatología depresiva. En la misma línea, la psicóloga sanitaria Sara Povea, afirma que, para la mayoría de las mujeres, un parto traumático genera “diferentes tipos de secuelas y dificultades, como es la afectación con el vínculo madre y bebe y su respectivo apego a iniciar, rechazo a la sexualidad, problemas con la lactancia” (Epen Seminario, 2021,15m13s).

En cuanto a los recién nacidos, alertan sobre las potenciales consecuencias negativas a largo plazo que pueden derivar de prácticas como el aislamiento, el pinzamiento precoz del cordón umbilical y las restricciones a la lactancia materna. Finalmente, advierten sobre el agravamiento de la vulneración de derechos sexuales y reproductivos durante la pandemia, entre otras violaciones de derechos, e instan a tomar medidas para salvaguardar los derechos de las mujeres en el marco de situaciones de crisis como la pandemia (Paes et al., 2021)

Problema de Investigación

El problema de investigación de este trabajo busca problematizar sobre las experiencias de las mujeres que vivieron violencia obstétrica en su embarazo y parto durante la pandemia por Covid-19 en Montevideo, Uruguay. A partir de sus relatos y manifestaciones se busca construir narrativas que permitan comprender como fueron las diversas experiencias de violencia obstétrica, así como el impacto y las consecuencias de la vulneración de derechos de la que fueron objeto tanto ellas como sus recién nacidos.

Objetivo general y específicos

General: Conocer y analizar las experiencias de mujeres que hayan atravesado o sufrido violencia obstétrica durante la pandemia por Covid-19 en Uruguay.

Específicos:

1. Indagar en las percepciones de las mujeres acerca de las medidas sanitarias implementadas durante el embarazo y parto.
2. Identificar prácticas de violencia obstétrica a partir del relato de las mujeres.
3. Analizar cómo estas prácticas de violencia obstétrica impactaron en su salud emocional y mental, así como en el vínculo con el recién nacido.

Metodología

Para investigar cómo la pandemia de Covid-19 afectó la experiencia de parto y nacimiento en mujeres de Uruguay se ha decidido emplear un diseño metodológico de corte cualitativo. Este enfoque permite comprender las perspectivas de los participantes sobre los fenómenos que les conciernen, profundizando en sus experiencias, opiniones y significados subjetivos. Según Sampieri et al. (2000), el enfoque cualitativo revela cómo los participantes perciben y dan sentido a su propia realidad, proporcionando una visión enriquecida y contextualizada del fenómeno estudiado. De acuerdo con Quecedo y Castaño (2002), la investigación cualitativa se distingue por desarrollar conceptos e interpretaciones a partir de los datos recogidos, en lugar de validar modelos preconcebidos. En este contexto, es fundamental considerar que los datos se generan a partir de los relatos de las mujeres atendidas en distintos prestadores de salud de Montevideo.

Para llevar a cabo este estudio, se utilizará la técnica de la entrevista semi dirigida. Estas entrevistas estarán guiadas por una pauta de contenido general que orientará las conversaciones, asegurando que se aborden los temas pertinentes al estudio. La flexibilidad de la entrevista semi dirigida permitirá a estas mujeres expresar libremente sus experiencias y percepciones, enriqueciendo así la profundidad y calidad de los datos obtenidos (Sampieri et al., 2000).

Se optará por un enfoque narrativo, con el objetivo de comprender la secuencia de situaciones, fenómenos, procesos y eventos que involucran pensamientos, sentimientos, emociones e interacciones a través de las experiencias relatadas por quienes las vivieron. Según Sampieri et al. (2000), este enfoque permite profundizar en las historias personales y entender el contexto de las experiencias. Es importante resaltar, como mencionan Guzmán y Martínez (2014), que los objetivos y compromisos de esta investigación asignan un papel crucial para la narradora, enfatizando el carácter situado y encarnado de las narraciones generadas durante los encuentros. Este enfoque permite que la narradora asuma un rol activo y constructivo, generando una narración única, derivada de su propia posición, perspectiva y subjetividad. Así, tanto la narración como la narradora adquieren una relevancia significativa en el campo de estudio.

Considerando las características del estudio, la muestra se clasifica como no probabilística y dirigida ya que los resultados no serán generalizables a toda la población, sino que se enfocan en relatar las experiencias de estas mujeres (Sampieri et al., 2000).

Las participantes serán seleccionadas mediante un muestreo intencional; serán mujeres primerizas o no, de entre 20 a 45 años, que hayan estado embarazadas y dado a luz entre 2020 y 2022; que hayan sido atendidas por diferentes proveedores de salud en

Montevideo, en el ámbito público o privado, y hayan percibido, algún tipo de violencia obstétrica.

El análisis de los datos en esta investigación será basando en la teoría fundamentada es decir en los hallazgos que se obtendrán de los datos recabados. Se buscará agrupaciones temáticas que sirvan para organizar las narrativas obtenidas para comparar la información hallada, tratando de dar una denominación común a un conjunto de datos que comparten una misma idea. Es lo que llamamos codificar, pues, codificar supone leer y releer nuestros datos para descubrir relaciones, por tanto, permite al investigador comenzar a interpretar, permitiendo que la información obtenida sea más manejable y procesable logrando a posteriori conclusiones oportunas (Soneira, 2006).

Al no quedarse solamente con el contenido narrativo y al abordarlo holísticamente permite valorizar las percepciones, emociones, afectos y por tanto ir más allá, enriqueciendo la forma en la que la historia es contada (Clough, 2002, citada en Martínez Guzmán y Montenegro, 2014).

Consideraciones éticas

El presente proyecto de investigación cumple con la normativa vigente relacionada con la investigación con seres humanos, conforme a lo estipulado en el Código de Ética del Psicólogo y el Decreto 158/019 (Uruguay, 2019), elaborado por la Comisión Nacional de Ética de la Investigación del Ministerio de Salud Pública. Este cumplimiento se fundamenta en los principios de autonomía, beneficencia y justicia, en el marco de los Derechos Humanos. Se asegura que el estudio no causará ningún daño ni perjuicio a los participantes.

En cuanto al tratamiento de los datos obtenidos a través de la investigación, se observarán las disposiciones de la Ley 18.331 (Uruguay, 2008) de Habeas Data, la cual establece el derecho a la protección de datos personales como inherente a toda persona humana. Para este propósito, se elaborará un documento informativo que garantice la confidencialidad y el anonimato de las participantes, además de proporcionar información general sobre el estudio, incluyendo sus características, duración, técnicas empleadas y objetivos. Tras recibir la información detallada sobre el proyecto, y en caso de que decidan participar, las entrevistadas deberán firmar un consentimiento libre e informado.

Cronograma de ejecución

Descripción de tareas	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Revisión de antecedentes y marco teórico										
Encuentro inicial con las entrevistadas										
Pautas de las entrevistas										
Entrevistas										
Sistematización y análisis de datos										
Elaboración de conclusiones e informe final										
Presentación y difusión de resultados										

Resultados esperados y plan de difusión.

Este trabajo busca dar visibilidad a las distintas experiencias de las mujeres que transitaron su embarazo y parto durante la pandemia por Covid-19 en la ciudad de Montevideo. Esto incluye el registro, a través de sus propios relatos, de sus vivencias durante ese periodo, destacando los desafíos y particularidades que enfrentaron debido a la situación sanitaria. Con esta visibilización se espera concientizar a la sociedad y los profesionales de la salud sobre la importancia de un trato humanizado y respetuoso durante el embarazo y el parto.

En relación al plan de difusión se provee generar encuentros híbridos para reflexionar sobre la violencia obstétrica en pandemia. Por ejemplo, modalidades de taller que permita habitar la reflexión.

También, generar material didáctico de índole informativo que permita visibilizar la problemática a partir de recursos tales como carteleras en el área de obstetricia de los diferentes prestadores de salud, sobre la importancia del trato humanizado y respetuoso.

En suma, la difusión de la temática permite poner en palabras y habilitar el diálogo reflexivo tendiendo redes las protagonistas, las mujeres gestantes.

Referencias bibliográficas

- Acevedo, M. J. (2002). *La implicación. Luces y sombras del concepto lourauniano*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Equipo de Cátedras del Prof. Ferrarós. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/18941>
- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. 1(7), 25-34. Enero de 2013. [La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos \(conicet.gov.ar\)](http://conicet.gov.ar)
- Bellón Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Revista Internacional de Éticas Aplicadas Dilemata*, (18), 93–111. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/374>
- Bertoni, R., Davyt, A. y Stuhldreher, A. (2022). Uruguay en tiempos de pandemia. Conocimiento Técnico, Políticas Públicas y Gobernanza. *Revista Uruguay de Ciencia Política*, 31(2), 7-34. <https://doi.org/10.26851/rucp.31.2.1>
- Burin, M.; Meler, I. (2010). *Varones: género y subjetividad masculina* (2° ed.). Buenos Aires: Librería de Mujeres Editoras
- Casique L y Ferreira A. R. (2006). Violence against women: theoretical reflections. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 14(6), 950–956. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692006000600018>
- Dangelo, C., Fa, C. V., Hueller, M. F., López, A., Otto, M. C. La atención perinatal en pandemia por Covid-19: visibilizando la violencia obstétrica en argentina. Seminario Introducción a la Psicología Perinatal. Universidad Nacional de Córdoba. [La atención perinatal en pandemia por Covid-19; visibilizando la violencia obstétrica en Argentina \(unc.edu.ar\)](http://unc.edu.ar)
- Defey, D. (2020) *La historia de la psicología perinatal*. https://drive.google.com/file/d/1d_fzeYtU8a0FboNmt9AdWNzFRc6SP93o/view
- Do Nascimento, G. S., Dos Santos, V. R., Marcolino, E. de C., Araújo-Monteiro, G. K. N., De Dantas, A. M. N., y Dos Santos-Rodrigues, R. C. (2022). Violencia obstétrica: análisis conceptual en el marco de la Enfermería. *Aquichan*, 22(4), <https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.4.8>
- El Parto Es Nuestro (2021, marzo 7). Sara Jort Povea. La huella invisible: violencia en el parto [Video] YouTube.

- El Parto Es Nuestro. *Atención al parto en España y Covid-19*. 16 de junio de 2021
https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/infome_atencion_al_parto_y_Covid_19_epen.pdf
- España (2020, marzo 14). Real Decreto 463/2020. Por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el Covid-19. BOE-A-2020-3692. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-3692>.
- Fernández et al. (2014) La indagación de las implicaciones: un aporte metodológico en el campo de problemas de la subjetividad. *Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura*, 7. Abril 2014, Escuela de Psicología de la Universidad ARCIS, Santiago de Chile, [La-indagación-de-las-implicaciones.-UN-APORTE.-ARCIS-2014.pdf \(anamfernandez.com.ar\)](https://anamfernandez.com.ar)
- Gallardo Duarte, R. y De la Paz Echetto, M. (2021). Derechos sexuales y reproductivos en tiempos de Covid-19 con énfasis en los procesos de embarazo y parto en Uruguay. *Revista de Derecho Público*, 59. <https://doi.org/10.31672/59.3>
- Gallardo Duarte, R. y de la Paz Echetto, M. (2022). Violencia obstétrica y acceso a la justicia: análisis desde una perspectiva de género. *Revista De La Facultad De Derecho*. <https://doi.org/10.22187/rfd2022nesp1a5>
- García, E. M. (2018). *Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales* (Tesis de doctorado, Universidad Autónoma de Madrid). <https://repositorio.uam.es/handle/10486/684184>
- Guerra, V. (2009) Indicadores de Intersubjetividad 0-2 años en el desarrollo de la autonomía del bebe. En S. Mara. *Primera Infancia: la etapa educativa de mayor relevancia*. Ed. MEC.
- Guzmán, A. M., y Martínez, M. M. (2014). La producción de narrativas como herramienta de investigación y acción sobre el dispositivo de sexo/género: Construyendo nuevos relatos. *Quaderns de psicologia*, 16(1), 111-125.
<https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1206>
- Human Rights in Childbirth (2020). *Rights Violations in Pregnancy, Birth and Postpartum during the Covid-19 Pandemic*, May 2020. [Human-Rights-in-Childbirth-Pregnancy-Birth-and-Postpartum-During-Covid19-Report-May-2020.pdf \(humanrightsinchildbirth.org\)](https://humanrightsinchildbirth.org)
- Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (2020). Resolución 845/020. Tomada en base a denuncia presentada por Nacer y Ser. 18 de junio de

2020. [Resolución N° 845/020 ante denuncia presentada por la organización Nacer y Ser | INDDHH \(www.gub.uy\)](#)

Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo (2023). Resolución 1270/2023. Tomada en base a una denuncia de una gestante. 14 de noviembre de 2023. <https://www.gub.uy/institucion-nacional-derechos-humanos-uruguay/institucional/informacion-gestion/resoluciones/resolucion-n-12702023-recomendaciones>

La Diaria (2020). Organizaciones denuncian que no se respeta el derecho de las mujeres embarazadas a estar acompañadas durante el parto o la cesárea. *La diaria*. 6 de mayo de 2020. [Organizaciones denuncian que no se respeta el derecho de las mujeres embarazadas a estar acompañadas durante el parto o la cesárea | la diaria | Uruguay](#)

Lagarde, M., (1996) Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia, Ed. horas y HORAS, España,, pp. 13-38. https://catedraunescodh.unam.mx/catedra/CONACYT/08_EducDHyMediacionEscolar/Contenidos/Biblioteca/Lecturas-Complementarias/Lagarde_Genero.pdf

Manrique, M., Di Matteo, M. F., Sánchez Troussel, L. (2016). Análisis de la implicación: construcción del sujeto y del objeto de investigación. *Cadernos De Pesquisa*, 46(162), 984–1008. <https://doi.org/10.1590/198053143559>

Medina, G. (2009). Violencia Obstétrica. DFyP [Violencia obstétrica - Graciela Medina](#)

MENEZES et al. La perspectiva de los residentes en Enfermería Obstétrica hacia el contexto de Violencia obstétrica en las instituciones. *Interfaz - Comunicación, Salud, Educación, Botucatu*, v. 24, norte. 23 2020. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/icse/2020.v24/e180664/>

Ministerio de Salud Pública (2018). Recomendaciones sobre prácticas y actitudes en la asistencia del embarazo y nacimiento institucional. [RECOMENDACIONES.pdf \(www.gub.uy\)](#)

Ministerio de Salud Pública (2020a). Resolución 312/020. Uso obligatorio de mascarillas de protección facial. 16 de marzo de 2020. [Resolución N° 312/020 Uso obligatorio de mascarillas de protección facial | MSP \(www.gub.uy\)](#)

Ministerio de Salud Pública (2020b). Protocolo de condiciones y medio ambiente de trabajo. Medidas de protección del equipo de salud y usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. 17 de abril de 2020. [MSP PROTOCOLO TRABAJADORES FINAL 17_04_20 \(www.gub.uy\)](#)

- Ministerio de Salud Pública (2020c). Recomendaciones para la mujer embarazada y el recién nacido frente a la Covid-19. 21 de abril de 2020. [Recomendaciones para la mujer embarazada y el recién nacido frente a la Covid-19 | MSP \(www.gub.uy\)](https://www.gub.uy/recomendaciones-para-la-mujer-embarazada-y-el-recien-nacido-frente-a-la-covid-19)
- Ministerio de Salud Pública de Chile (2020) B1 N°2388, del 25 de junio del 2020. Orientaciones para el manejo de casos SARS-COV2 (Covid-19) en gestantes, puerperas y/diadas Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/07/GESTANTES-PUE%CC%81RPERAS-Y-0-DiADAS.pdf>
- Ministerio de Sanidad (2020). Manejo de la mujer embarazada y el recién nacido con Covid-19. Versión de 17 junio de 2020. <https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/nCov/manejoClinico.htm>
- Stern, D. (1983). *La primera relación madre-hijo*. Morata.
- Organización Mundial de la Salud (2023). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño* [Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño \(who.int\)](https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240051067)
- Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
- Paes, L. B. de O., Salim, N. R., Stofel, N. S., y Fabbro, M. R. C. (2021). Mujeres y Covid-19: reflexiones para una atención obstétrica basada en los derechos sexuales y reproductivos. *Revista Brasileña De Enfermería*. 74. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1164>
- Paris Angulo, S., Gracia Suárez, A. (2021). Parir en tiempos de Covid-19. Aumento de la violencia obstétrica durante la pandemia. *Gaceta Internacional de Ciencias Forenses*. 39. Abril-Junio, 2021. [4A3 Gracia GICF 39 \(uv.es\)](https://doi.org/10.1016/j.gicf.2021.04.003)
- Quecedo, R. y Castaño, C. (2002) Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de Psicodidáctica*, 14, 5-39. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17501402>
- Rodríguez Mir, Javier, & Martínez Gandolfi, Alejandra. (2021). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. *Gaceta Sanitaria*, 35(3), 211-212. Epub 20 de diciembre de 2021. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.019>

- Salgado, F. y Díaz, M. (2017). Naturalización de la violencia obstétrica mediante el discurso médico y sus prácticas. *Revista venezolana de estudios de la mujer* (22)49, 153-176. [Naturalización de la violencia obstétrica mediante el discurso médico y sus prácticas - Dialnet \(unirioja.es\)](#)
- Salgado, F. y Díaz, M. (2019). Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 11(29), 23-34. Universidad Nacional de Córdoba <https://www.redalyc.org/journal/2732/273266030004/movil/>
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., y Pilar, B. L. M. del. (2000). *Metodología de la investigación* (6A. Ed.). McGraw-Hill Interamericana. https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
- Soneira, A. J. (2006) La «Teoría fundamentada en los datos» (Grounded Theory) de Glaser y Strauss. En I. Vasilachis de Gialdino (Coord). *Estrategias de investigación cualitativa* (pp. 153-173). Gedisea.
- Tolosa-Aravena, P., Martínez-Hidalgo, C., Fernández-Cantillana, C., Ceballos-Soto, F. y González-Burboa, A. (2023). Violencia obstétrica en contexto de pandemia por Covid-19: una revisión de la literatura. *Horizonte De Enfermería*, 34(3), 676–688. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.34.3.676-688
- Uruguay (2001, agosto 30). Ley 17.386. Ley de acompañamiento a la mujer en el parto, parto y nacimiento. [Ley N° 17386 \(impo.com.uy\)](#)
- Uruguay (2008, agosto 18). Ley 18.331 de Protección de Datos Personales. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18331-2008>
- Uruguay (2008, diciembre 10). Ley 18.426. Ley de defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva. [Ley N° 18426 \(impo.com.uy\)](#)
- Uruguay (2018, enero 9). Ley 19.580. Ley de violencia hacia las mujeres basada en género. [Ley N° 19580 \(impo.com.uy\)](#)
- Uruguay (2019, junio 12). Decreto 158/019. Por el cual se aprueba el Proyecto elaborado por la Comisión Nacional de Ética en Investigación, vinculada a la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública, SP, relativo a la investigación en seres humanos. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/158-2019>

Uruguay, (2020, marzo 13). Decreto 93/020. Declaración de estado de emergencia nacional sanitaria como consecuencia de la pandemia originada por el virus Covid-19 (coronavirus). [Decreto N° 93/020 \(impo.com.uy\)](https://impo.com.uy)

Uruguay, (2022, abril 6). Decreto 106/022. Desafectación del decreto 93/020, por el cual se declaró el estado de emergencia nacional sanitaria como consecuencia de la pandemia originada por el virus Covid-19 (coronavirus). [Decreto N° 106/022 \(impo.com.uy\)](https://impo.com.uy)

Venezuela (2007, abril 23). Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida libre de violencia. <https://www.consejoderechoshumanos.gob.ve/wp-content/uploads/2020/09/libroleyorganicamujer.pdf>

Viera, M. y Evia, V. (2021). Parir y nacer en tiempos de Covid-19 en Uruguay. *Alteridades*, 31(61), 51-65. <https://www.scielo.org.mx/pdf/alte/v31n61/2448-850X-alte-31-61-51.pdf>

Apéndice A

Evolución de la pandemia por Covid-19 en Uruguay

13 de marzo de 2020	Se confirman los primeros casos de Covid-19 y el gobierno declara emergencia sanitaria. Se cierran lugares públicos (centros de enseñanza, salas de teatro y cine, etc. Se pide distanciamiento social y se impone el #Quedateencasa	Decreto 93-020. Declaración de la emergencia sanitaria
16 de marzo de 2020	Se decreta el uso obligatorio de mascarillas para el personal de la salud.	MSP (2020a) Resolución 312/020
17 de abril de 2020	Se publica el Protocolo de Medidas de protección del MSP.	MSP (2020b).
21 de abril de 2020	El MSP publica las "Recomendaciones para la mujer embarazada y el recién nacido frente a la Covid-19".	(MSP, 2020)
18 de junio de 2020	El INDDHH pública la resolución 845/2020 sobre derecho al parto.	

Elaboración propia, 2024