Artículo original
Ginecol Obstet Mex 2026; 94: e11078.

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11078

Violencia obstétrica en pacientes de hospitales altoandinos del Perú

Obstetric violence against women in high Andean hospitals in Peru.

Jenny Mendoza Vilcahuaman,[1] Rossibel Muñoz De la Torre,[2] Melva Iparraguirre Meza,[3] Diana Quispe Huaman[4]

Resumen

OBJETIVO: Describir la violencia obstétrica en mujeres atendidas en establecimientos de salud altoandinos del Perú.
MATERIALES Y METODOS: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se estudiaron pacientes en el puerperio atendidas en los hospitales departamental de Huancavelica y El Carmen de Huancayo, por muestreo no probabilístico por conveniencia, de diciembre del 2023 hasta enero del 2025. La técnica fue la entrevista y el instrumento una escala de violencia obstétrica. Se uso estadística descriptiva y los datos se procesaron en el programa SPSS 26.
RESULTADOS: La frecuencia de violencia obstétrica fue del 84.7%. Las principales características sociodemográficas fueron: ser jóvenes, de procedencia urbana (89.3%), con estudios de secundaria completa (40.3%) y amas de casa (42.7%). Los elementos de violencia obstétrica del parto fueron: episiotomía sin consentimiento (60.7%), maniobra de Kristeller (64.7%) negación para el acompañamiento de un fam iliar (19.7%) Y falta de elección de la posición a la hora del parto (18.5%). La tipología de violencia obstétrica mostró que no hubo abuso físico ni sexual, solo verbal (4.8%), estigma y discriminación (4.4%), incumplimiento con los estándares profesionales de atención (3.1%), sentimiento de descuido (26.5%), mala relación entre las pacientes y los proveedores (1.0), mala comunicación con el personal (26.5%) y falta del compañero a la hora del parto, por prohibición (19.8%), por la condición del sistema de salud (9.2%), e instisfacción por falta de personal (18.4%) y de privacidad (27.9%).
CONCLUSIONES: La mayoría de las pacientes sufrieron algún tipo de maltrato por falta de apego a los proceptos primarios de todo médico: atender con respeto a las pacientes.

PALABRAS CLAVE: Violencia; obstetricia; mujeres; periodo posparto; centros de salud; prevalencia; parto; episiotomía; predominio; privacidad; Perú.

Abstract

OBJECTIVE: Describe obstetric violence among women receiving care at high-altitude health facilities in Peru in 2024.
MATERIALS AND METHODS: This was an observational, descriptive, cross-sectional study. Postpartum patients treated at departmental hospitals in Huancavelica and El Carmen de Huancayo were studied using non-probability convenience sampling from December 2023 to January 2025. Interviews were conducted using an obstetric violence scale. Descriptive statistics were employed, and the data were analyzed using SPSS 26.
RESULTS: The prevalence of obstetric violence was 84.7%. The main sociodemographic characteristics were being young, living in urban areas (89.3%), having completed secondary school (40.3%), and being a homemaker (42.7%). Elements of obstetric

[1] Doctora en obstetricia. Obstetra. docente universitaria. Ciencias de la salud. Universidad Nacional de Huancavelica.
[2] Doctora en ciencias de la salud. Obstetra. Docente universitaria. Ciencias de la salud. Universidad Nacional de Huancavelica.
[3] Doctora en Obstetricia. Obstetra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Los Andes.
[4] Especialista en salud pública, docente universitaria, Ciencias de la salud. Universidad Nacional de Huancavelica. Universidad Peruana Los Andes.
Universidad Nacional de Huancavelica, Perú.

ORCID
https://orcid.org/0000-0002-1903-1355
https://orcid.org/0000-0003-1544-8863
https://orcid.org/0000-0003-0686-9615
https://orcid.org/0009-0005-4027-8562

Recibido: octubre 2025

Aceptado: noviembre 2025

Correspondencia
Jenny Mendoza Vilcahuaman
jenny.mendoza@unh.edu.pe

Este artículo debe citarse como:
Mendoza-Vilcahuaman J, Muñoz-De la Torre R, Iparraguirre-Meza M, Quispe-Huaman D. Violencia obstétrica en pacientes de hospitales altoandinos del Perú. Ginecol Obstet Mex 2026; 94: e11078. https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11078

violence during childbirth included episiotomy without consent (60.7%), the Kristeller maneuver (64.7%), denial of a family member's presence (19.7%), and lack of choice regarding birthing position (18.5%). The obstetric violence typology showed no physical or sexual abuse; only verbal abuse (4.8%), stigma and discrimination (4.4%), failure to comply with professional care standards (3.1%), feelings of neglect (26.5%), poor relationships between patients and providers (1%), poor communication with staff (26.5%), and an absence of a partner during childbirth due to prohibitions (19.8%), the state of the healthcare system (9.2%), dissatisfaction due to staff shortages (18.4%), and a lack of privacy (27.9%).
CONCLUSIONS: Most patients experienced mistreatment due to a failure to adhere to the fundamental principles of medical practice: treating patients with respect.

KEYWORDS: Violence; Obstetrics; Women; Postpartum period; Health centers; Prevalence; Childbirth; Episiotomy; Incidence; Privacy; Peru.

ANTECEDENTES

Para la Organización Mundial de la Salud la violencia obstétrica es la atención de salud con irrespeto, con falta a la dignidad, privacidad y confidencialidad de la mujer, negándole la posibilidad de tomar una decisión informada y con carencia de soporte y apoyo continuo durante el proceso del trabajo de parto y el parto. En África se reportan prácticas sin consentimiento para cesáreas en 13%, episiotomías en 75%, y exámenes vaginales en 59% de los casos. Se observó maltrato físico y verbal en 38% de las mujeres y también manifestaron ser víctimas de estigmatización o discriminación relacionadas con su grupo étnico.[1]

En el informe de la asamblea del 2019 de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se describen las formas de maltrato a la mujer más frecuentes que ocurren durante el parto, maltratos que ahora se denominan violencia obstétrica, los que se ejercen de diversas formas. En ese documento se recalca que la violencia obstétrica es un término que genera muchas confrontaciones porque es difícil de ser aceptado por los profesionales de salud asistenciales, por la administración de servicios de salud, los políticos y la misma ciudadanía. Por ello, la ONU dejó claro que la violencia obstétrica existe como un problema invisible.[2]

La violencia obstétrica, a pesar del incremento de casos durante el parto en varios establecimientos de salud, no está debidamente definida, ni la forma o instrumento que permita medir estos hechos. En el estudio de Bohren y su grupo, luego de búsquedas en múltiples bases de datos, incluyeron 65 estudios de 34 países. Debido a la alta heterogeneidad de los datos solo expusieron las descripciones de las características del estudio, y encontraron que el maltrato puede ocurrir en el nivel de interacción entre la mujer y el proveedor y en las fallas sistémicas del establecimiento de salud o en los distintos niveles del sistema de salud.[3]

En España, un estudio encontró que la violencia obstétrica es un grave problema de salud que transgrede los derechos humanos de las

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11078

mujeres. En ese ensayo se identificaron acciones de violencia obstétrica durante el parto, como la maniobra de Kristeller en el 34.2% y episiotomías innecesarias en 39.3%; por ello la satisfacción con la atención se consideró un procedimiento con demasiada intervención.[4]

En Brasil se relata la experiencia de enfermeras obstetras acerca de la violencia vivenciada, presenciada y observada en el ejercicio de su profesión por años, por los profesionales de instituciones privadas y públicas de São Paulo. Esto apoyado en expresiones violentas de profesionales de atención a la salud hacia o para las pacientes: procedimientos innecesarios o iatrogénicos en el entorno institucional deficiente y no adecuado, por lo que concluyeron que hubo muchos casos de violencia obstétrica vivenciados y presenciados en sus rutinas de trabajo.[5]

El parto, a veces, suele ser traumático para algunas mujeres y las lleva a sufrir estrés posparto. Ese trauma puede ser consecuencia de ciertas acciones u omisiones por parte de los profesionales de la salud. Esto desde el punto de vista de que por violencia obstétrica se entiende al trato jerárquico deshumanizado, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales que llevan a la pérdida de autonomía de la paciente y de su capacidad para decidir con libertad aspectos de su cuerpo y sexualidad, lo que deriva en un daño en su calidad de vida.[6]

En Perú, la violencia obstétrica fue reconocida como una de las expresiones de violencia contra las mujeres en 2016. Al respecto destacan tres instrumentos normativos: *1)* el "Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016-2021", *2)* la Ley 30364 y su Reglamento y, *3)* el Programa Presupuestal orientado a Resultados (PPoR) de Reducción de la Violencia contra la Mujer. Los actos no apegados a las buenas prácticas parecen ejercerse más en contra de las mujeres que hablan quechua.[7]

La violencia obstétrica sucede dentro de los establecimientos de salud donde se atiende a las embarazadas; deja cicatriz y afecta la confianza hacia los profesionales que las atienden. Por lo tanto, el objetivo del estudio fue: describir la violencia obstétrica en pacientes atendidas en establecimientos de salud altoandinos del Perú.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y transversal[8] llevado a cabo entre diciembre del 2023 y enero del 2025 en los hospitales departamental de Huancavelica y El Carmen de Huancayo, Perú. La muestra se integró con las pacientes que concluyeron el embarazo en esos hospitales y otorgaron su consentimiento informado. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se utilizó la Escala de Violencia Obstétrica, adaptada a partir del cuestionario de Bohren y colaboradores[9] referente a la tipología de la violencia obstétrica, organizado en seis formas de violencia. La escala fue validada y traducida por un grupo de obstetras con experiencia de más de 10 años de ambos hospitales. Solo se incluyeron las pacientes que firmaron el consentimiento informado.

La información se procesó en el programa Excel y SPSS versión 26. Se aplicaron estadística descriptiva y tablas de frecuencias simples.

RESULTADOS

De las 1126 pacientes en el puerperio entrevistadas, el 84.7% fueron víctimas de algún tipo de maltrato y 15.3% no se consideraron víctimas de violencia obstétrica. **Cuadro 1**

Las principales características sociodemográficas de las pacientes fueron: jóvenes 71.2% y añosas 21.1%. De procedencia urbana 89.3% y rural 10.7%. Con estudios de secundaria completa 40.3% y superior incompleta 35.3%. Amas de casa 42.7%, trabajadoras independientes 24.4% y estudiantes 23.6%. **Cuadro 2**

Cuadro 1. Frecuencia de la violencia obstétrica

Violencia obstétrica	n	%
Sí experimentó algún tipo de violencia obstétrica	954	84.7
No tuvo algún tipo de violencia obstétrica	172	15.3
Total	1126	100.0

Los elementos de violencia obstétrica durante el parto fueron: episiotomía sin consentimiento en 60.7%, maniobra de Kristeller 64.7%, negación a que un familiar le acompañe 19.7% y falta de elección de la posición a la hora del parto 18.5%. **Cuadro 3**

La tipología de la violencia obstétrica mostró que: ninguna tuvo abuso físico ni reportó abuso sexual. Hubo abuso verbal en 4.8% y estigma y discriminación en 4.4%. No se cumplió con los estándares profesionales de atención en 13.1% (se sintió descuidada el 26.5%). En cuanto a la mala relación entre las pacientes y los proveedores de salud, hubo maltrato en 11.0% (mala comunicación con el personal en 26.5% y falta del compañero a la hora del parto por prohibición 19.8%), y en referencia a la condición del sistema de salud, se reportó atención deficiente en 9.2% (falta de personal en 18.4% y falta de privacidad en 27.9%). **Cuadro 4**

DISCUSIÓN

La proporción de la violencia obstétrica en pacientes en el puerperio fue del 84.7%, prcentaje similar a los estudios de Molla y colaboradores,[10] en Etiopía, donde encontraron que el 79.7% de las madres sufrieron violencia obstétrica. Cárdenas y Salineros,[11] en Chile, reportan que el 79.3% de las pacientes experimentaron alguna forma de maltrato a la hora del parto. Igualmente, Sheferaw y coautores[12] en cuatro

Cuadro 2. Características sociodemográficas

Características sociodemográficas		Fi*	%
Edad por grupos	Adolescente	86	7.6
	Joven	802	71.2
	Añosa	238	21.1
Lugar de procedencia	Urbano	1006	89.3
	Rural	120	10.7
Escolaridad	Primaria incompleta	17	1.5
	Primaria completa	4	0.4
	Secundaria incompleta	59	5.2
	Secundaria completa	454	**40.3**
	Superior incompleta	**398**	**35.3**
	Superior completa	**194**	**17.2**
Ocupación	Ama de casa	481	42.7
	Trabajadora independiente	275	24.4
	Estudiante	266	23.6
	Trabajadora dependiente	104	9.2
Total		1126	100.0

Fi= frecuencia absoluta acumulada.

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11078

Cuadro 3. Elementos de violencia obstétrica

Elementos de violencia obstétrica durante el parto	Fi*	%
Episiotomía sin consentimiento	684	60.7
Maniobras de Kristeller	728	64.7
Negación a que un familiar la acompañe	222	19.7
Falta en la elección de la posición a la hora del parto	208	18.5
Total	1126	**100.0**

Fi= frecuencia absoluta acumulada.

Cuadro 4. Tipología de la violencia obstétrica

Tipología de la violencia obstétrica	Fi	%
Abuso físico	0	0.0
Abuso sexual	0	0.0
Abuso verbal con uso de lenguaje duro	65	5.8
Abuso verbal externado con groserías, comentarios críticos o acusatorios	64	5.7
Abuso verbal con amenaza de suspender el tratamiento	44	3.9
Abuso verbal de culpabilidad por malos resultados	53	4.7
Estigma y discriminación por estatus económico	97	8.6
Estigma y discriminación por edad	58	5.2
IEPA (*) se sintió descuidada	298	26.5
IEPA (*) tuvo exámenes físicos y procedimientos dolorosos	204	18.1
IEPA (*) falta de consentimiento informado	160	14.2
MRMP (**) mala comunicación con el personal	298	26.5
MRMP (**) falta de compañero a la hora del parto por prohibición	223	19.8
MRMP (**) negación para una posición cómoda a la hora del parto	212	18.8
CLSS (***) falta de privacidad	314	27.9
CLSS (***) falta de personal	207	18.4
CLSS (***) instalaciones desagradables	177	15.7
Total	1126	**100.0**

* IEPA: incumplimiento de estándares profesionales de atención.
** MRMP: mala relación entre pacientes y proveedores.
*** CLSS: condición y limitación del sistema de salud.

regiones de Etiopía, hallaron que 74.0% de las pacientes reportaron algún maltrato. Cifras menores de violencia obstétrica o algún tipo de ésta reportaron Vedam y su grupo,[13] en Estados Unidos (17.3%). Lansky y otros,[14] en Brasil, en 12.6%. Mena y colaboradores,[15] en España, con el 38.3% y Castro y Frías,[16] en México, en 33.3%. Las diferencias son claras según la región de procedencia de la mujer: cifras de violencia obstétrica más altas en regiones o países en vías de desarrollo de América del Sur y África. Se observa que la violencia obstétrica es un serio problema que afecta la salud de la madre y del recién nacido.

Las características sociodemográficas de las mujeres fueron: jóvenes 71.2%, de procedencia urbana 89.3%, con estudios de secundaria completa 40.3% y amas de casa 42.7%. Perera y coautores,[17] en la India, encontraron violencia obstétrica en mujeres jóvenes, de ingresos familiares bajos, y con residencia rural. Por su parte, Cárdenas y Salineros,[11] en Chile, identificaron que el maltrato obstétrico fue más frecuente en mujeres de 18 a 29 años y en las procedentes de pueblos originarios. En el estudio que aquí se reporta se observó que las mujeres víctimas de violencia de maltrato fueron las que tienen instrucción secundaria y son jóvenes, en quienes se debe trabajar el empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos, que ayuden a cuidar y garantizar una atención obstétrica de calidad.

Los elementos de procedimientos inadecuados durante el parto fueron: episiotomía sin consentimiento en 60.7%; maniobra de Kristeller 64.7%; negación a que un familiar le acompañe 19.7% y falta de elección de la posición durante el parto 18.5%. Se han encontrado estudios que muestran resultados similares, como el de Lansky y otros,[14] en Brasil, porque los tipos de violencia se asociaron con maniobras de Kristeller durante el parto y falta de contacto piel con piel inmediato. Así mismo, Meijer y su equipo,[18] en Ecuador, encontraron episiotomías y maniobra de Kristeller en 35.0% de las mujeres, el 46.9% de ellas con parto no fueron acompañadas por un familiar, y el 37.2% no tuvieron la oportunidad de elegir su posición a la hora del parto o no sabían que podían hacerlo.

Los elementos de violencia fueron similares, quizá, porque todos los estudios se llevaron a cabo en países de América del Sur. Llama la atención la práctica frecuente de las maniobras de Kristeller, a pesar de que existen guías de atención obstétrica y bibliografía especializada que la proscribe por sus resultados negativos para la salud materno fetal. Es lamentable que se practiquen episiotomías a las parturientas sin un consentimiento informado, lo que resulta una muy frecuente forma de violencia obstétrica.

En los establecimientos de salud altoandinos no se detectó abuso físico ni sexual en las pacientes atendidas. Se encontró abuso verbal en el 4.8%, estigma y discriminación en el 4.4%. El 13.1% reportó incumplimiento de los estándares profesionales de atención; de ellas, el 26.5% se sintió descuidada. El 11.0% mencionó una mala relación con los proveedores. Entre ellas, el 26.5% tuvo mala comunicación con el personal y el 19.8% no pudo tener un acompañante durante el parto, por prohibición. El 9.2% reportó violencia relacionada con el sistema de salud. En este grupo, el 18.4% notó falta de personal y el 27.9% ausencia de privacidad. Estudios similares lo confirman. Adinew y colaboradores,[19] en Etiopía, señalan que el irrespeto y abuso durante el parto son frecuentes. Vedam y coautores,[13] en Estados Unidos, reportan gritos, regaños, amenazas, ignorancia, rechazo y falta de respuesta a solicitudes de ayuda. Sheferaw y su grupo,[12] en cuatro regiones de Etiopía, encontraron abuso físico en el 2.0%, abuso verbal en el 8.0%, incumplimiento de estándares en el 29.0% y mala relación con proveedores en el 72.0%. Lansky y su equipo,[18] en Brasil, hallaron intervenciones no aceptadas en el 36.9%, cuidado indigno y abuso verbal en el 33.0%, maltrato físico en el 13.6%, atención no confidencial en el 2.9% y discriminación en el 2.9%. Mena y colaboradores,[15] en España, identificaron que el 44.4% de las pacientes fueron objeto de procedimientos dolorosos innecesarios; el 83.4% no recibió consentimiento informado.

Beck, en un estudio de análisis secundario[20] en Nueva Zelanda, Estados Unidos, Australia y Reino Unido, encontró seis tipos de trato irrespetuoso y abusivo durante el parto. Los más frecuentes fueron: incumplimiento de estándares profesionales, mala relación con proveedores, abuso verbal, abuso físico, condiciones restrictivas del sistema de salud, estigma y

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11078

discriminación. Balde y coautores,[21] en Guinea, reportaron abuso físico, abuso verbal, abandono y negligencia. Algunas pacientes mencionaron ser abofeteadas, gritadas, dar a luz en el piso y sin asistencia calificada. Finalmente, Bohren y su grupo,[9] en Nigeria, registraron abuso físico como bofetadas, restricción a una cama y detención en hospital, además de abuso verbal como gritos y amenazas.

Los tipos de maltrato obstétrico incluyen abuso físico y verbal, estigma y discriminación, incumplimiento de estándares profesionales, mala relación con proveedores y condiciones adversas del sistema de salud. Estas formas de violencia afectan la salud física y mental, así como el bienestar materno y perinatal durante el embarazo, parto y puerperio.

CONCLUSIONES

La gran mayoría de las mujeres atendidas en los hospitales departamental de Huancavelica y El Carmen de Huancayo fueron víctimas de algún tipo de maltrato a la hora del parto. La frecuencia de este tipo de conducta en pacientes atendidas en establecimientos de salud ubicados en la región altoandina del Perú alcanzó el 84.7%. Este porcentaje es alarmante porque ninguna mujer debería recibir malos tratos a la hora de dar a luz, mucho menos en un centro de salud. Resulta igualmente preocupante que aún se continúen practicando maniobras de Kristeller, a pesar de que se sabe que son peligrosas y representan un riesgo para la salud de la madre y del recién nacido.

DECLARACIONES

Consideraciones bioéticas

Este estudio se llevó a cabo con la autorización de la dirección de los hospitales para tener acceso a las pacientes en el puerperio, en cualquiera de sus etapas, luego de aplicar el consentimiento informado. Se cumplió con las normas éticas necesarias, los datos se manipularon en absoluto anonimato.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener algún conflicto de interés.

Financiamiento

Los autores declaran no tener relación comercial ni financiera con algún patrocinador.

Uso de IA

Para este trabajo no se recurrió a la inteligencia artificial.

Declaración de derechos humanos y de los animales

Las pacientes estudiadas firmaron el consentimiento informado previa autorización para utilizar sus datos con fines de publicación, siempre y cuando se guardara el anonimato debido. No se hicieron estudios en animales.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Un nuevo estudio demuestra un maltrato significativo de las mujeres durante el parto – OMS [Internet]. OMS. 2019; 1-4. https://www.who.int/es/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth
2. Naciones Unidad - Asamblea General. 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. 2019. https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2019/09/A_74_137-ES.pdf
3. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. PLoS Med 2015; 12 (6): e1001847. https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001847&fullSite
4. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, et al. Obstetric violence in Spain (Part II): interventionism and medicalization during birth. Int J Environ Res Public Health 2020; 18 (1): 199. https://www.mdpi.com/1660-4601/18/1/199
5. Silva MG da, Marcelino MC, Rodrigues LSP, Toro RC, et al. Obstetric violence according to obstetric nurses. Rev Rene 2014; 15 (4): 720-728 https://www.researchgate.net/publication/285566007_Obstetric_violence_according_to_obstetric_nurses
6. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en

España. Gac Sanit 2021; 35 (3): 211-12. https://scielo.isciii.es/pdf/gs/v35n3/0213-9111-gs-35-03-211.pdf
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Violencia obstétrica en el Perú Lima. 2020. https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/12/Violencia-obst%C3%A9trica.pdf
8. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, del Pilar Baptista LM. Metodología de la investigación, 5a ed. Interamericana-McGraw-Hill, 201; 632. https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
9. Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, Maung TM, et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. Lancet 2019; 394 (10210): 1750-63. https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31992-0/fulltext
10. Molla W, Wudneh A, Tilahun R. Obstetric violence and associated factors among women during facility based childbirth at Gedeo Zone, South Ethiopia. BMC Pregnancy Childbirth 2022; 22 (1): 565. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9284803/
11. Cárdenas Castro M, Salinero Rates S. Violencia obstétrica en Chile: percepción de las mujeres y diferencias entre centros de salud. Rev Panam Salud Publica 2022; 46: 1. https://www.scienceopen.com/document_file/6650c53f-eda5-4dd7-b60b-de1ce9becfbf/PubMedCentral/6650c53f-eda5-4dd7-b60b-de1ce9becfbf.pdf
12. Sheferaw ED, Kim YM, Van Den Akker T, Stekelenburg J. Mistreatment of women in public health facilities of Ethiopia. Reprod Health 2019; 16 (1). https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12978-019-0781-y.pdf
13. Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, et al. The giving voice to mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States. Reprod Health 2019; 16 (1): 77. https://link.springer.com/article/10.1186/s12978-019-0729-2#citeas
14. Lansky S, Souza KV, Peixoto ERM, Oliveira BJ, et al. Violência obstétrica: influência da Exposição Sentidos do Nascer na vivência das gestantes. Ciência & Saúde Coletiva 2019; 24 (8): 2811-24. https://www.scielosp.org/article/csc/2019.v24n8/2811-2824/
15. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, et al. Obstetric violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. Int J Environ Res Public Health 2020; 17 (21): 7726.
16. Castro R, Frías SM. Obstetric violence in Mexico: results from a 2016 national household survey. Violence Against Women 2020; 26 (6-7): 555-72. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Obstetric_violence_in_Mexico.pdf
17. Perera D, Munas M, Swahnberg K, Wijewardene K, et al. Obstetric violence is prevalent in routine maternity care: a cross-sectional study of obstetric violence and its associated factors among pregnant women in Sri Lanka's Colombo District. Int J Environ Res Public Health 2022; 19 (16): 9997. https://www.mdpi.com/1660-4601/19/16/9997
18. Meijer M, Brandão T, Cañadas S, Falcon K. Components of obstetric violence in health facilities in Quito, Ecuador: A descriptive study on information, accompaniment, and position during childbirth. Int J Gynaecol Obstet 2020; 148 (3): 355-60. https://www.researchgate.net/profile/Kirsten-Falcon-2/publication/337658414_Components_of_obstetric_violence_in_health_facilities_in_Quito_Ecuador_A_descriptive_study_on_information_accompaniment_and_position_during_childbirth/links/60c54184a6fdcc2e613bee22/Components-of-obstetric-violence-in-health-facilities-in-Quito-Ecuador-A-descriptive-study-on-information-accompaniment-and-position-during-childbirth.pdf
19. Adinew YM, Kelly J, Smith M, Marshall A. Women's perspectives on disrespect and abuse during facility-based childbirth in Ethiopia: a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth 2023; 23 (1): 444. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10268534/pdf/12884_2023_Article_5762.pdf
20. Beck CT. A secondary analysis of mistreatment of women during childbirth in health care facilities. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2018; 47 (1): 94-104. https://www.jognn.org/action/showPdf?pii=S0884-2175%2817%2930003-5
21. Balde MD, Diallo BA, Bangoura A, Sall O, et al. Perceptions and experiences of the mistreatment of women during childbirth in health facilities in Guinea: a qualitative study with women and service providers. Reproductive Health 2017; 14 (1): 3. https://researchmgt.monash.edu/ws/portalfiles/portal/319754648/282901634_oa.pdf

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11078