



TRABALLO DE FIN DE MESTRADO  
2019/2020  
2ª CONVOCATORIA

**ACASO NON SON MULLER? ANÁLISE DA VIOLENCIA  
OBSTÉTRICA DENDE A INTERSECCIONALIDADE**

**¿ACASO NO SOY MUJER?: ANÁLISIS DE LA  
VIOLENCIA OBSTÉTRICA DESDE LA  
INTERSECCIONALIDAD**

**AIN'T I A WOMAN? AN INTERSECTIONAL ANALYSIS  
OF OBSTETRIC VIOLENCE**

**ALUMNA:** Camilla Braga de Queiroz Souza  
**DIRECTORA:** Renée Depalma Úngaro

### **RESUMO:**

A violencia obstétrica é unha violación aos dereitos humanos da muller que se converteu nun fenómeno presente en moitas maternidades ao redor do mundo. Afortunadamente, é crecente o número de investigacións que tratan de visibilizar a banalización e normalización de prácticas prexudiciais á saúde física e psíquica da muller e do neonato adoptadas no contexto do embarazo, parto e posparto. Con todo, se está reproducindo unha idea de que todas as mulleres son susceptibles a experimentar a ese fenómeno da mesma maneira, independente das etiquetas sociais que nos son impostas. Debido a iso, esta investigación ten como obxecto analizar a violencia obstétrica a partir dunha mirada interseccional, indagando os procesos que se cruzan de maneira a producir un contexto que facilita a ocorrencia do fenómeno entre mulleres racializadas. Para tanto, realizouse unha revisión sistemática integradora, que permitiu identificar como o racismo estrutural extrema a vulnerabilidade de mulleres non-brancas durante a gravidez, o parto e o posparto.

**Palabras chaves:** violencia obstétrica; interseccionalidade; racismo estrutural.

### **RESUMEN:**

La violencia obstétrica es una violación a los derechos humanos de la mujer que se ha convertido en un fenómeno presente en muchas maternidades alrededor del mundo. Afortunadamente, es creciente el número de investigaciones que tratan de visibilizar la banalización y normalización de prácticas perjudiciales a la salud física y psíquica de la mujer y del neonato adoptadas en el contexto del embarazo, parto y posparto. Sin embargo, se está reproduciendo una idea de que todas las mujeres son susceptibles a experimentar a ese fenómeno de la misma manera, independiente de las etiquetas sociales que nos son impuestas. Debido a eso, esta investigación tiene como objeto analizar la violencia obstétrica a partir de una mirada interseccional, indagando los procesos que se cruzan de manera a producir un contexto que facilita la ocurrencia del fenómeno entre mujeres racializadas. Para tanto, se ha realizado una revisión sistemática integrativa, que ha permitido identificar como el racismo estructural extrema la vulnerabilidad de mujeres no-blancas en ciclo gravídico-puerperal.

**Palabras claves:** violencia obstétrica; interseccionalidad; racismo estructural.

### **ABSTRACT:**

Obstetric violence is a violation of women's human rights that has become a phenomenon present in many maternity hospitals around the world. Fortunately, there is a growing number of investigations that try to make visible the trivialization and normalization of practices that are harmful to the physical and psychological health of women and the newborn adopted in the context of pregnancy, childbirth and postpartum. However, it is reproducing an idea that all women are susceptible to experience the obstetric violence in the same way, regardless of the social labels that categorized us. Because of this, this research aims to analyze the obstetric violence from an intersectional perspective, investigating the processes that intersect in order to produce a context that facilitates the occurrence of this phenomenon among racialized women. For this purpose, an integrative systematic review has been carried out, which has allowed the identification how structural racism increase the vulnerability of non-white women during pregnancy and postpartum.

**Key words:** obstetric violence; intersectionality; structural racism.

# ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>4</b>
<b>ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS</b> .....	<b>5</b>
<b>GLOSARIO</b> .....	<b>6</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>9</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>11</b>
A. EL PARTO ROBADO: LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA DESDE UN ENFOQUE DE LOS DERECHOS HUMANOS .....	11
i. <i>Derecho a la Salud</i> .....	15
ii. <i>Derecho a la Información y a la Toma de decisiones</i> .....	17
iii. <i>Derecho a la Privacidad e Intimidad</i> .....	21
iv. <i>Derecho a la Integridad Personal, a no ser sometida a tortura ni a penas o         tratos crueles, inhumanos o degradantes</i> .....	23
B. ¿Y ACASO NO SOY MUJER?: RACISMO ESTRUCTURAL, SALUD E INTERSECCIONALIDAD .....	28
I. <i>¿Por qué un Análisis Interseccional?</i> .....	29
II. <i>Racismo Estructural y Salud</i> .....	31
<b>III. METODOLOGÍA</b> .....	<b>40</b>
<b>IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b> .....	<b>45</b>
A. EL RACISMO ESTRUCTURAL Y LOS FACTORES DE RIESGO .....	46
B. BARRERAS PARA ACCEDER A LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA .....	53
i. <i>Barreras personales</i> .....	53
ii. <i>Barreras estructurales</i> .....	57
C) LA RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.....	61
D) EXPERIENCIAS DEL PARTO.....	64
<b>V. REFLEXIONES FINALES</b> .....	<b>68</b>
I. FUTURAS LÍNEAS DE ACCIÓN .....	70
II. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIONES .....	71
<b>VI. AUTOEVALUACIÓN</b> .....	<b>72</b>
<b>VII. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>74</b>
<b>VIII. ANEXOS</b> .....	<b>86</b>
ANEXO A - CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS.....	86

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud	35
<b>Figura 2</b>	Flujograma de selección de estudios incluidos en la revisión	44

## ÍNDICE DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

<b>CESCR</b>	Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
<b>CDSS</b>	Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud
<b>FIGO</b>	Federación Internacional de Ginecología
<b>GIRE</b>	Grupo de Información en Reproducción Elegida
<b>HCO</b>	<i>Health care professional</i> , en inglés (Profesional de la salud)
<b>LBW</b>	<i>Low birth weight</i> , en inglés (Bajo peso al nacer)
<b>NHB</b>	<i>Non-hispanic black</i> , en inglés (Negra no-hispánica)
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PIDESC</b>	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
<b>PTB</b>	<i>Preterm bith</i> , en inglés (Nacimiento prematuro)
<b>SES</b>	<i>Socioeconomic status</i> , en inglés (Estatus socioeconómico)
<b>UNESCO</b>	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
<b>VLBW</b>	<i>Very low birth weight</i> , en inglés (Muy bajo peso al nacer)

## GLOSARIO

TÉRMINO	DEFINICIÓN
<b>ABLACIÓN GENITAL</b>	También llamada de mutilación genital femenina, es un procedimiento que se realiza a una mujer o a una niña con el objetivo de alterar o lesionar sus órganos genitales sin que existan razones médicas que lo justifiquen.
<b>ANESTESIA GENERAL</b>	La anestesia general deja al paciente inconsciente, incapaz de moverse y generalmente intubado y conectado a un respirador artificial. En el parto tan sólo está indicada en los casos de cesáreas de urgencia sin catéter previo, o en los que no de tiempo a aplicar anestesia raquídea o esté contraindicada.
<b>ANESTESIA PERIDURAL</b>	Se trata de un tipo de anestesia que bloquea el dolor y las sensaciones de una parte del cuerpo, generalmente de la cintura hacia abajo. Es utilizada de manera que la persona pueda mantenerse despierta durante la intervención quirúrgica.
<b>BAJO PESO AL NACER</b>	Peso menor a 2 500 g al nacimiento. Los bebés con bajo peso al nacer son un grupo heterogéneo que comprende tanto a aquellos de término con peso bajo para la edad gestacional, sinónimo de desnutridos <i>in utero</i> , con retardo del crecimiento intrauterino o pequeños para la edad gestacional.
<b>CONTACTO TEMPRANO PIEL CON PIEL</b>	Consiste en colocar al recién nacido desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, apenas nace o poco tiempo después. Entre los beneficios, se encuentran el aumento del bienestar físico, mental, emocional y social del bebé y el favorecimiento a la lactancia.
<b>ENEMA</b>	Es un medicamento líquido que es aplicado por vía rectal y que sirve para limpiar el intestino.
<b>EPISIORRAFIA</b>	Es la reparación de la incisión quirúrgica del periné que se realiza con la episiotomía.

<b>EPISIOTOMIA</b>	Procedimiento quirúrgico que consiste en una incisión del perineo (la región entre el ano y la vagina), realizado bajo la justificación de que facilita la salida del bebé.
<b>FÓRCEPS</b>	Instrumento obstétrico en forma de tenazas, que sirve para ayudar a la extracción fetal desde la parte exterior simulando los mecanismos del parto.
<b>LACERACIÓN PERINEAL</b>	Es el rompimiento no intencionado de la piel y otras estructuras de los tejidos que, en las mujeres, separan la vagina del ano.
<b>LIGADURA DE TROMPAS</b>	Es una cirugía por la cual se atan las trompas (trompas de Falopio), produciendo la esterilidad permanente en la mujer.
<b>LITOTOMIA</b>	Se denomina también posición ginecológica o posición supina. Es la posición que adopta el paciente en decúbito supino, apoyado sobre la cabeza, torso y nalgas, con las piernas levantadas y apoyadas sobre los complementos de la mesa quirúrgica o de exploración.
<b>MANIOBRA DE KRISTELLER</b>	Es una técnica realizada con el objetivo de acelerar el trabajo de parto y que consiste en la aplicación de presión sobre el útero de la mujer. La presión es realizada con las manos, puños o antebrazos del profesional de la salud.
<b>MINDFULNESS</b>	Es una forma de relación que, mediante técnicas de atención plena y yoga, permite concentrarse en el momento presente. Esa técnica viene siendo utilizada para el alivio del dolor y el control de la ansiedad en el momento del parto.
<b>MORTALIDAD MATERNA</b>	La muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independiente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.
<b>MUY BASO PESO AL NACER</b>	Bebés nacidos con peso menor a 1 500 g.

<b>NEONATO</b>	Sinónimo de recién nacido. Es un bebe que tiene 28 días o menos desde su nacimiento, o sea, comprende las primeras 4 semanas de la vida de un bebé.
<b>OXITOCINA SINTÉTICA</b>	Es la versión sintética de la “hormona del amor” (oxitocina). Es usada ampliamente para inducir y estimular el parto y alumbramiento de la placenta.
<b>PARTURIENTA</b>	Aplicase a la mujer que esta en esta por entrar en trabajo de parto o que acaba de parir.
<b>PREMATURIDAD</b>	Según la definición más aceptada, actualmente son prematuros los bebés que nacen antes de que se cumplan las 37 semanas de gestación.
<b>PUERPERIO</b>	Es el periodo que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario para que el cuerpo materno vuelva a las condiciones pregestacionales.
<b>TACTO VAGINAL</b>	Consiste en introducir los dedos índice y corazón del profesional de la salud dentro de la vagina de la mujer para evaluar la dilatación cervical y la presentación y descenso del bebé entre otras cosas.



# I. INTRODUCCIÓN

*“¿Y acaso no soy una mujer? Podía  
trabajar tanto como un hombre, y  
comer tanto como él cuando tenía  
comida. ¡Y también soportar el látigo!  
¿Y acaso no soy una mujer?”  
Sojourner Truth*

El epígrafe que inaugura y da nombre a este trabajo presentan dos referencias claras al objetivo de esa investigación. La primera es el discurso y la segunda, la oradora, ambas dan sentido e inspiran lo que se reivindica aquí. Por un lado, el discurso es parte de uno de los más importantes del movimiento feminista como un todo y, en especial, para los feminismos negros. En las palabras proferidas en 1852, en la Convención de los Derechos de la Mujer, en Akron (Ohio), se inicia un proceso contra-hegemónico del movimiento, creado desde la colonialidad, a partir de la deconstrucción de la categoría (hegemónica) mujer, y que permite la visibilización de aquellas hasta entonces consideradas no-mujeres. Por otro lado, la oradora, Sojourner Truth, que es la propia vivencia del ser no-mujer, del vivir en la marginación, ser lo otro del Otro, estar en la subalternidad.

Es importante definir el lugar de dónde se habla, pero más importante todavía es redefinir esos lugares, ya que históricamente, el lugar de las mujeres negras, romaníes, musulmanas, latinoamericanas (y todas y todes que escapan al hegemónico blanco) viene siendo el lugar de la subalternidad y de la invisibilidad. Sus luchas y reivindicaciones desaparecen ante cuestiones más generales del movimiento feminista, y así son negligenciadas, secundarizadas. Afortunadamente existe resistencia y afirmación de existencia. Y ante todo eso es que hago la pregunta: ¿Y acaso no somos mujeres?

Ancorada en este cuestionamiento, esta investigación se presenta como una contribución a la narrativa sobre la violencia obstétrica, oscureciendo<sup>1</sup> cuestiones relacionadas al efecto del racismo estructural en la experiencia del embarazo, parto y

<sup>1</sup> Se utiliza “oscurecer” como reivindicación contra el verbo “esclarecer”. Puesto que esta investigación propone analizar las experiencias y vivencias de mujeres (no-blancas) relegadas a la subalternidad. Reivindicar el uso del verbo oscurecer, es más que nada, celebrar la negritud, sobretodo en la producción del conocimiento, ya que la blanquitud viene “esclareciendo los hechos” desde el colonialismo.

posparto. Siendo así, tiene como objetivo analizar cuales son los procesos que se cruzan y facilitan la ocurrencia de la violencia obstétrica en mujeres racializadas.

En el primer apartado del marco teórico, se presenta el concepto más aceptado de la violencia obstétrica, con base a la legislación extranjera y marcos internacionales, ilustrándolos con las prácticas e intervenciones realizadas por los profesionales de la salud que son consideradas violadoras de los derechos humanos de la mujer. Esa discusión es seguida por las principales teorías sobre la interseccionalidad y el racismo estructural, con el objetivo de fundamentar como la interacción de las diferentes dimensiones sociales pueden afectar el acceso y el goce del derecho a la salud por determinadas mujeres. Por fin, se presenta el análisis de datos, a partir de una revisión sistemática integrativa de investigaciones que tratan sobre las vivencias de mujeres negras, latinoamericanas, migrantes, romaníes e indígenas en la atención obstétrica.

Asimismo, lo que se pretende no es cuestionar la ocurrencia o no de la violencia obstétrica, puesto que se parte del entendimiento de que el fenómeno existe y que todas las mujeres somos susceptibles de sufrirla. Se busca con esta investigación ofrecer un análisis de las desigualdades raciales y étnicas en la atención y en los cuidados durante el embarazo, parto y posparto.

## II. MARCO TEÓRICO

### a. El Parto Robado: La Violencia Obstétrica desde un Enfoque de los Derechos Humanos

La ciencia ha avanzado mucho con relación a las técnicas obstétricas, permitiendo que éstas, cuando son utilizadas adecuadamente, contribuyan para la disminución de los riesgos tanto para la parturienta como para el neonato. Sin embargo, estos mismos procedimientos, cuando son aplicados indiscriminadamente, sin comprobada eficacia, facilitan el aumento de la mortalidad materno-fetal y convierten el parto en un evento no natural y patológico. Estos factores permiten que en las maternidades surja un escenario de violación a los derechos humanos de la mujer, legitimado por el saber médico.

Conforme Muniz & Barbosa (2012, p.02) “(...) la medicina se ha apropiado del proceso del parto en la medida en que ha asumido el control sobre el cuerpo de las mujeres y las ha llevado a parir en los hospitales, aunque en condiciones precarias”. Belli (2013) afirma que, ante esta situación, el profesional de la salud se apodera del saber y, consecuentemente, del poder, y cuenta con la legitimación del Estado y del prestigio social necesarios para establecerse en esta nueva condición de protagonismo. La legitimación del saber médico crea resistencia a otros saberes que no han sido comprendidos dentro del paradigma científico vigente. El proveedor de la salud empieza a modificar los comportamientos y hábitos de las mujeres embarazadas considerados inadecuados o incorrectos con relación al cuidado de la salud. De esta manera, las otras conductas y saberes son entendidos no solamente como diferentes, sino también como erróneos y primitivos, son ignorados por completo (Belli, 2013).

A partir del momento en que la medicina se ocupa del control y de la vigilancia del cuerpo de las mujeres embarazadas, indudablemente avances han sido alcanzados en lo que se refiere al proceso del parto. No obstante, esos avances también han permitido un aumento de intervencionismos que destituyen a la mujer de la autonomía sobre su cuerpo (Rezende, 2014). La secuencia de intervenciones, que acaban por desnaturalizar el proceso del parto normal, ha sido bautizada de “cascada de intervenciones”, y abarca la adopción de varias substancias, conductas y procedimientos con el objetivo de inducir el parto.

Este modelo de medicalización (transformación del hecho afectivo y social de parir y hacer nacer en un acto médico conducido y plagado de intervenciones), se sostiene y afirma en otros dos aspectos que caracterizan y ponen valla a la catarata emocional y física que irrumpe continuamente en la mujer durante su parto. Uno de ellos es la despersonalización de la parturienta transformada en un "objeto de trabajo", un "campo de trabajo", rendida en su condición de "paciente", acostada inmóvil y obediente a las prescripciones del "personal". En esta condición se somete al "torrente animal" de movimientos y sonidos que pulsan internamente por encontrar cauce en su cuerpo "amordazado". La experiencia de desintegración y pérdida de control resulta intolerable e inmanejable. Un cuerpo-objeto despersonalizado es dócil a la exigencia médica (Burgo, 2011, p.01).

En 1996, la Organización Mundial de la Salud (OMS, por sus siglas en castellano) publicó el informe "Cuidados en el Parto Normal: Una guía práctica", ante el aumento de los intervencionismos en unidades obstétricas con el objetivo de "iniciar, aumentar, acelerar, regular o monitorizar el proceso fisiológico del parto, con el propósito de mejorar el desenlace para las madres y sus hijos, y, en ocasiones, para racionalizar los protocolos de trabajo en el parto institucionalizado" (OMS, 1996, p.01). Así, desde la década de los 90 la OMS reconoce el proceso de desnaturalización del parto y aboga por una atención obstétrica en que una madre y un niño sanos reciban el mínimo nivel posible de intervención, compatible con la seguridad.

A lo largo del documento, basándose en evidencias, la OMS ha clasificado sus recomendaciones acerca del parto normal en cuatro categorías: *a) prácticas que son claramente promovidas; b) prácticas que son claramente perjudiciales o ineficaces que debieran ser eliminadas; c) prácticas de las que no existe una clara evidencia para fomentarlas y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema; y d) prácticas que con frecuencia se utilizan inadecuadamente.* Hablamos de los años noventa, es decir, hace por lo menos 24 años que existe el reconocimiento internacional de que las mujeres sufren violaciones a sus derechos humanos en el contexto de la atención obstétrica, y muchas cuestiones no han cambiado.

En el más reciente intento de devolver el parto a las mujeres, en septiembre de 2019, la OMS publicó su reciente guía de recomendaciones: "Recomendaciones de la Organización Mundial de Salud: cuidados durante el parto para una experiencia de parto

positiva”. La organización defiende la adopción de las nuevas y ya existentes recomendaciones sobre las prácticas primordiales en el trabajo de parto y el parto en todos los contextos de la atención obstétrica, independientemente de la situación socioeconómica de la paciente. El objetivo principal no es solo que el parto sea seguro, sino que proporcione una experiencia positiva para las mujeres y sus familias.

Sin embargo, esos documentos no reconocían la adopción innecesaria de las intervenciones como una especie de violencia, tampoco como una violencia obstétrica. La verdad es que hasta los días de hoy conceptualizar la Violencia Obstétrica en las ciencias de salud y sociales no es una tarea fácil, ya que no existe una definición homogénea. Algunos países como Venezuela (2007), Argentina (2009) y México (2014) sancionaron leyes específicas contra la violencia obstétrica y la considera una violencia basada en el género y una violación de los derechos humanos de la mujer.

Según la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida libre de Violencia, promulgada el 23 de abril de 2007 en Venezuela, se entiende por violencia obstétrica “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”. En este mismo sentido y añadiendo nuevos elementos al concepto, el Grupo de Información en Reproducción Elegida de México (GIRE por sus siglas), define la violencia obstétrica como “cualquier acción u omisión por parte del personal del Sistema Nacional de Salud que cause un daño físico y/o psicológico a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, que se exprese en la falta de acceso a servicios de salud reproductiva, un trato cruel, inhumano o degradante, o un abuso de medicalización, menoscabando la capacidad de decidir de manera libre e informada sobre dichos procesos reproductivos” (GIRE, 2015, p.12).

Ambos conceptos son necesarios para identificar elementos claves de la violencia obstétrica: su *dimensión física* (expresada a través de las prácticas invasivas e intervenciones innecesarias) y su *dimensión psicológica* (manifestada en el trato deshumano, degradante, humillante y en la omisión de informaciones sobre la evolución del parto) (GIRE, 2015). Además de reconocer que la violencia obstétrica es resultado

del cruzamiento de múltiples factores que convergen tanto en la violencia institucional como en la violencia de género.

Más recientemente, el 11 de julio de 2019, la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, presentó a la Asamblea General de Naciones Unidas un informe en el que por primera vez se hace referencia a lo sufrido por las mujeres en los servicios de salud reproductiva como violencia que ofende a los Derechos Humanos y la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. En el documento llamado “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”, se reafirma el respeto a los derechos humanos de la mujer, que incluyen su derecho a recibir un trato digno y respetuoso en los centros y hospitales sanitarios y en la atención obstétrica sin ser objeto de discriminación o violencia, sexismo o de cualquier otro tipo de violencia psicológica, trato inhumano o degradante, tortura o coacción. Además de manifestar que

Los Estados deben afrontar el problema del maltrato y la violencia contra las mujeres en los servicios de salud reproductiva y en la atención del parto desde una perspectiva de derechos humanos, y utilizarla para realizar una investigación independiente sobre las denuncias del maltrato y la violencia de género que sufren las mujeres en los centros de salud, *investigación que debería incluir las causas estructurales y sistémicas, en particular los estereotipos sobre el papel de la mujer en la sociedad* [énfasis agregado], y deben además publicar los resultados y las recomendaciones, que deberían utilizarse para revisar las leyes, las políticas y los planes de acción nacionales en materia de salud reproductiva (Asamblea General de Naciones Unidas, 2019, p.24).

Queda claro que la violencia obstétrica es una realidad y que se está tornando cada vez más visible. Sin embargo, se hace necesario investigaciones que analicen como sus raíces están fincadas en las estructuras sociales, permeadas por otras cuestiones relativas no solamente al género, sino también a la raza, etnia, origen y clase social. Y con esto, no se elimina o menosprecia el hecho de que todas las mujeres somos susceptibles de sufrir la violencia obstétrica, sino se destaca la necesidad de un análisis interseccional de este fenómeno, a fin de evidenciar la extra-vulnerabilidad que los colectivos racializados vivencian en sus experiencias en la atención obstétrica.

A partir de aquí, conceptualizaremos la violencia obstétrica desde un enfoque de los derechos humanos, para posteriormente añadir otros elementos que nos permita discutirla desde la interseccionalidad. Hay que destacar que tratar la violencia obstétrica desde la perspectiva de los derechos humanos implica atribuir responsabilidades, ya que el Derecho Internacional de los Derechos Humanos establece un amplio rol de derechos humanos, en conjunto con diversas obligaciones cuyo cumplimiento se debe a las diferentes autoridades estatales (GIRE, 2015).

Así, en un intento de “desmembrar” la violencia obstétrica de una manera más didáctica para que sea comprensible por diferentes públicos, a continuación, serán explicados, separadamente, qué derechos humanos son violados y cómo suele ocurrir esa violación de derechos en la atención obstétrica durante el parto, parto y posparto inmediato.

#### i. Derecho a la Salud

El primer y más amplio derecho humano violado en situaciones que configuran la violencia obstétrica es el **derecho a la salud**. El Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Internacional, realizada en Nueva York el 19 de junio de 1946, define que “*la salud es un estado de completo bienestar física, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. Derecho este reconocido por la Constitución Española de 1978 en su artículo 43, que además reza que “*compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios*”.

En 23 de septiembre de 2010, el Estado español ratificó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

La existencia de este derecho obliga a los Estados a propiciar las condiciones en las cuales los ciudadanos puedan vivir lo más saludablemente posible y estas condiciones incluyen el acceso a los servicios de salud, pero también condiciones de trabajo saludables y seguras, alimentos nutritivos, trato digno y otras

condiciones que muestran que el derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano. (Belli, 2013, p. 31)

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR, por sus siglas en inglés), instituido para controlar la aplicación del PIDESC, ha estipulado cuatro elementos básicos del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Se entiende como *disponibilidad* el deber de los Estados de ofertar una cantidad suficiente de instalaciones, bienes y servicios públicos de salud, además de programas; la *accesibilidad* se trata de garantizar que las instalaciones, bienes y servicios de salud sean accesibles a todos, sin discriminación alguna; ya la *aceptabilidad* se trata de que todos los establecimiento, bienes y servicios de salud sean respetuosos de la cultura de las personas, los pueblos, las comunidades y las minorías, además de sensibles a los requisitos de género y el ciclo de vida; por fin, la *calidad* se refiere a la oferta de establecimientos, bienes y servicios de salud aceptables desde el punto de vista cultural, científico y médico y ser de buena calidad (CESCR, 2000).

Aquí, es importante hacer hincapié a la no discriminación en la protección a los derechos a salud, tornando los establecimientos, bienes y servicios de salud accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más marginados y vulnerables de la población. En este sentido, afirma el CESCR (2000, p.06) que

el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.

Para comprender la violencia obstétrica como una violación al derecho a la salud es necesario considerar esos cuatro elementos básicos estipulados por el CESCR. El enfoque dado a la disponibilidad y a la accesibilidad es necesario para visibilizar la precarización de la asistencia y la reducida inversión en maternidades. Cerrar los ojos al derecho a la salud integral de las mujeres genera uno de los más graves problemas de salud pública: la peregrinación por lechos. Según Rodrigues et al. (2015), la búsqueda



por plazas en las maternidades se configura una violencia obstétrica porque está íntimamente relacionada al proceso reproductivo de la mujer y a la nulificación de sus derechos. A ello se añade el riesgo que esta peregrinación provoca en las mujeres y en los neonatos, puesto que la búsqueda por plaza se inicia con el trabajo de parto, y posibilita que muchas mujeres no sean atendidas con la debida urgencia.

Se puede citar como ejemplo el reciente cierre del paritorio del municipio ourensano de Verín. La Xunta de Galicia ha decretado la supresión del paritorio del hospital de la comarca bajo la justificación de pérdida de calidad de la atención obstétrica debido al bajo número de partos que se registran en dicho hospital. Ante esta realidad, las mujeres de la comarca ven vulnerado su derecho a salud, ya que son obligadas a desplazarse al Hospital de Ourense a una distancia mínima de 70km (El Parto es Nuestro, 2019).

Asimismo, hay que destacar que toda y cualquier violación a los derechos de las mujeres y del neonato configuran también una violación al derecho a la salud en su sentido más amplio, dado que la violencia obstétrica está relacionada a la apropiación del cuerpo y de los procesos reproductivos de las mujeres, incluyendo malos tratos físicos, psicológicos y verbales, aparte de la adopción de procedimientos innecesarios y dañosos en la asistencia obstétrica (Tesser et al., 2014).

## ii. Derecho a la Información y a la Toma de decisiones

A más de una violación al derecho a la salud, la violencia obstétrica también se manifiesta a través de violaciones a los **derechos a la información y a la toma de decisiones**. En el contexto de la atención al parto, parto y posparto inmediato, la observancia a esos derechos está relacionada con el acceso de las mujeres a informaciones objetivas, verdaderas e imparciales de sus opciones, sin la presencia de prejuicios por parte de los profesionales de la salud. Así, reza el artículo 6.1 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005):

Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería

ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

En este sentido, el consentimiento informado no se limita a la aceptación formal (escrita) del procedimiento a ser realizado en la paciente, abarca también su comprensión de la información que se le está trasladando. De esta manera, los proveedores de los servicios tienen la responsabilidad de proporcionar información clara y minuciosa, adoptando un lenguaje y métodos comprensibles para la paciente.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO, 2012, p.317) define que el consentimiento informado surge de los derechos humanos y lo conceptualiza como:

un consentimiento obtenido libremente, sin amenazas o alicientes impropios, después de proporcionarle al paciente información adecuada y comprensible, de forma y con lenguaje entendibles para el paciente sobre: a) la evaluación de diagnóstico; b) el objetivo, método, duración probable y beneficio esperado del tratamiento propuesto; c) las alternativas de tratamiento, incluyendo aquellas menos intrusivas, y el posible dolor o malestar, riesgos y efectos secundarios del tratamiento propuesto.

Por añadidura, destaca que la acentuada desigualdad en las relaciones de poder de una sociedad que incide en la autodeterminación de la mujer o la poca educación que ésta puede presentar no eximen a los profesionales de salud de cumplir los criterios del consentimiento informado. Además, enfatiza que “es importante tener en cuenta que el consentimiento informado no es una firma, sino un proceso de comunicación e interacción” (FIGO, 2012, p.318). Igualmente, en las recientes directrices publicadas por la OMS (2019, p.03) se recomienda “la comunicación efectiva entre los prestadores de atención y las mujeres en trabajo de parto mediante el uso de métodos simples y culturalmente aceptables”.

No obstante, en la práctica, la mayoría de los procedimientos son adoptados sin previo consentimiento de la paciente, que además de desconocer a cuáles conductas está siendo sometida, ignora sus posibles danos. Consecuentemente, se deniega toda y cualquier posibilidad de toma de decisión alternativa en un momento de vulnerabilidad, en lo cual el protagonismo debería pertenecer a la mujer.

Todo esto refleja el paternalismo médico, que defiende que la parturienta no sabe y no debe comandar su parto. Muchas mujeres desconocen sus derechos relacionados con la asistencia al parto y debido a esto abren mano de su bienestar físico y mental y entregan su cuerpo a las elecciones del profesional de la salud.

En consecuencia, lo que se hace es anular toda posibilidad de las mujeres de tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. Frases como “firma acá”, “te tengo que ligar las trompas”, “te tengo que hacer cesárea”, son un ejemplo habitual de este tipo de prácticas (Belli, 2013, p.31-32).

Un ejemplo de las conductas y procedimientos que configuran una violación a los derechos a la información y a la toma de decisión de las mujeres es la adopción de la posición rutinera de litotomía con o sin estribo durante el parto. Esa posición que consiste en dejar la mujer en posición horizontal (acostada con las piernas elevadas por apoyos) es considerada desde la guía publicada en 1996 por la OMS como una práctica claramente perjudicial o ineficaz y que debería ser eliminada. Conforme Andrade et al. (2016) la posición de litotomía puede ocasionar la compresión de los grandes vasos y el prolongamiento del trabajo de parto y del periodo expulsivo, repercutiendo negativamente sobre los resultados perinatales. De esta manera, aparte de perjudicar la dinámica del parto y ser incómoda para las parturientas, perjudica la oxigenación del neonato (Rede Parto do Principio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, 2012).

A lo que se refiere a la posición de dar a luz, la OMS recomienda que, tanto para las mujeres sin anestesia peridural<sup>2</sup> como aquellas que recibieron la anestesia, se debe estimular la elección de la posición del parto, incluyendo las posiciones erguidas (OMS, 2019). Aquí, es importante destacar que la propia organización recomienda considerar las preferencias de las embarazadas sanas a respecto a los procedimientos de alivio de dolor, presentando, además de la posibilidad de la anestesia peridural, otras técnicas como la meditación atención plena (mindfulness), respiración y música (OMS, 2019).

<sup>2</sup> La anestesia peridural o epidural se realiza inyectando anestésicos en el espacio peridural de la médula espinal y genera un bloqueo anestésico de la parte inferior del cuerpo. La epidural elimina completamente el dolor, pero puede incrementar la duración del expulsivo, la parte final del parto. La relajación total de los músculos de la pelvis puede hacer que los pujos maternos no sean tan efectivos. Esto hace que los partos con peridural requieran con algo más de frecuencia (un 3 a 5%) la utilización de una ventosa para evitar un expulsivo muy largo para el bebé (Gratacós, 2020).

El enema (limpieza intestinal) y el rasurado púbico (depilación del vello púbico) son procedimientos presentes en la rutina obstétrica que también violan el derecho a la toma de decisión de las parturientas. Los profesionales de la salud presumen que el afeitado del vello púbico reduce infecciones y facilita la sutura. Sin embargo, la OMS destaca que no hay evidencias que corroboren esta afirmación y recomienda que la decisión con respecto a la depilación cabe a la mujer y no al proveedor de atención de salud. No obstante, Aguiar (2010) afirma que, además de rutinera, el rasurado público es entendido como indispensable por las propias mujeres, puesto que consideran la existencia del vello púbico antihigiénica, y su retirada como una protección contra la discriminación social por parte de los proveedores de la atención obstétrica con respecto a sus cuerpos, ya que llegar a la maternidad sin depilarse facilita que ellas sufran malos tratos por no llegaren suficientemente “limpias”.

Igualmente, el enema es defendido por los profesionales de la salud como una técnica que estimula las contracciones uterinas y reduce las posibilidades de una infección materna o neonatal. En sus directrices de 2019, la OMS defiende que no existen evidencias de que la realización de enemas reduce la conducción del trabajo de parto, además de considerarla una intervención invasiva y que conlleva molestias para las mujeres. A partir de cuatro estudios clínicos randomizados controlados, Reveiz et al. (2013) concluyeron que no hay evidencias que los enemas producen efectos beneficiosos significativos sobre las tasas de infección y tampoco la satisfacción de las parturientas.

Tanto la adopción de la posición de litotomía como la realización del enema y del rasurado púbico pueden ser comprendidos como una violación al derecho a la información y a la toma de decisión, porque suelen ser practicados sin que la parturienta sea informada de todos los riesgos que conlleva estas conductas, aparte que el hecho de realizarlo de manera rutinaria hace con que los profesionales de la salud no soliciten el consentimiento de la paciente por no creer necesario o por negligencia. Sin embargo, como dicho antes, la violación a un derecho humano de las mujeres suele resultar en la violación de otros derechos. En este sentido, los tres procedimientos aquí explicitados también pueden ser considerados como ofensa a la integridad personal de la paciente e incluso a la privacidad e intimidad.

Lo mismo pasa con las cesáreas programadas por conveniencia médica. Muchas mujeres son sometidas a cesáreas sin que haya indicios de riesgo a su salud o a salud del

neonato en un parto vaginal, se trata del deseo del profesional de encajar el procedimiento quirúrgico en el mejor horario de su agenda. Así, se puede evitar trabajar en fines de semana y festivos. De esta manera, aparte de configurar una ofensa a los derechos a la información y a la toma de decisión, las cesáreas programadas por conveniencia médica se tratan de una violación a la integridad personal de la paciente, ya que puede ser considerada una lesión física.

### iii. Derecho a la Privacidad e Intimidad

Como ya dicho antes, la violación a un derecho humano suele estar conexión con la violación a otros derechos, como el caso de la violación al derecho a la toma de decisión y el **derecho a la privacidad e intimidad**. Los derechos a la intimidad y a la privacidad son de difícil conceptualización, dada la complejidad de comprender se si tratan de figuras autónomas o interdependientes, de igual manera que es difícil delimitar rigurosamente los bienes jurídicos tutelados por cada uno de ellos (Winikes & Camargo, 2012). Para Belli (2013), esos derechos constituyen dos manifestaciones complementares: el límite a la intromisión y a la libertad en la vida privada.

Se tratando de salud reproductiva, el Grupo de Información en Reproducción Elegida (en su sigla GIRE, 2015) afirma que este derecho se refiere al derecho de las personas en decidir sobre su reproducción, sobretodo a las mujeres sobre la realización del parto, basándose en informaciones claras, objetivas y verídicas. De esta manera, el derecho a la privacidad e intimidad es violado en centros de salud cuando se configura la pérdida de la autonomía de la parturienta, que deja de tomar decisiones, sometida a una exposición indebida de su cuerpo, principalmente de sus órganos genitales (Belli, 2013).

La más frecuente violación a este derecho es el sometimiento de las mujeres a procedimientos innecesarios y dolorosos, de forma anticipada, sujetándola a riesgos y complicaciones, solamente con la finalidad didáctica. Son ejemplos la realización del tacto vaginal repetidamente, la episiotomías rutinaria y el uso del fórceps. Estas conductas, además, configuran la violencia obstétrica de carácter institucional, físico y

<sup>3</sup>La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que se caracteriza por un corte del perineo (piel y músculos entre la vagina y el ano), con el objetivo de agrandar el canal vaginal. Este procedimiento es realizado con tijera o con un bisturí, sin aplicación de anestesia (Rede Parto do Principio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, 2012).

muchas veces sexual (Rede Parto do Principio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, 2012).

Los tactos vaginales son acciones diagnósticas necesarias en el reconocimiento del comienzo y progreso del parto. Sin embargo, muchas veces son realizados por diferentes personas, no identificadas, en hospitales o centros sanitarios universitarios. La OMS (2019) recomienda realizar el tacto vaginal a intervalos de cuatro horas y se debe priorizar los deseos y preferencias de las parturientas y reducir a un mínimo el número total de tactos vaginales. Además, los profesionales y los responsables de los centros sanitarios deben siempre identificarse por nombre, titulación y especialidad, facilitando a las usuarias el ejercicio de su derecho. Se resalta que el artículo 5.1e de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, de España, estipula esa obligación.

La violación a este derecho también abarca la prohibición de la presencia de un acompañante durante la asistencia obstétrica, contrariando recomendación de la OMS (2019). En Brasil, por ejemplo, este derecho está previsto en una ley específica (Ley nº 11.108/2005) que resguarda el derecho de las usuarias de tener a su lado en todo el momento del trabajo de parto, parto y posparto inmediato, alguien de su libre elección, independiente del sexo. Según Aguiar (2010), la presencia de un acompañante promueve un ambiente seguro y acogedor para la paciente, y ha sido asociada a la disminución de intervenciones quirúrgicas, mayor grado de satisfacción de las puérperas con relación a la experiencia del parto y, principalmente, a la reducción de la violencia institucional.

Longo et al. (2010) afirman que la presencia del acompañante está condicionada a la decisión de los profesionales de la salud, aunque haya una ley que garantice este derecho. Así, la situación pasa a ser dominada por el equipo de profesionales, creando una relación de poder sobre el parto y el cuerpo de la mujer, intensificando la medicalización del proceso.

Además de estar acompañada durante la asistencia médica, las mujeres tienen el derecho a estar siempre con sus bebés, en respeto al contacto temprano piel con piel (CPP)<sup>4</sup> entre la madre y el recién nacido. Conforme la OMS (2019), se recomienda mantener el CPP durante la primera hora después del nacimiento para prevenir la

<sup>4</sup> El contacto piel con piel (CPP) temprano, consiste en colocar al recién nacido (RN) desnudo en posición decúbito ventral sobre el torso desnudo de la madre, apenas nace o poco tiempo después (OMS, 1996).

hipotermia y estimular la lactancia. De esta manera, siempre que no haya complicaciones y riesgo de la madre o del neonato, en atención al derecho a la privacidad e intimidad se debe promover el CPP. Sin embargo, en muchas maternidades el contacto solo es permitido muchas horas después del parto, sin que haya ningún impedimento clínico que justifique esta acción (Rede Parto do Principio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, 2012).

- iv. Derecho a la Integridad Personal, a no ser sometida a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes

Todas estas acciones aquí expuestas pueden configurar una violación al **derecho a la integridad personal, a no ser sometida a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes**. Para Koury & França (2007) el derecho a la integridad personal asegura la protección y la preservación de dimensiones fundamentales de la persona humana: física, psíquica y moral. En este sentido, el derecho a la integridad física está relacionado con la protección a interferencias externas que objetiven lesionar el cuerpo en su aspecto material, es decir, es un derecho inherente a la salud física. Por su parte, el derecho a la integridad psíquica se relaciona con la protección contra injerencias que puedan provocar danos de carácter psíquico, como traumas o enfermedades mentales. Por fin, el derecho a la integridad moral es la tutela contra los sentimientos de humillación y degradación (Koury & França, 2007).

En el escenario de la atención obstétrica, la violación al derecho a la integridad personal se presenta a través de lesiones corporales, torturas, malos tratos e intervenciones de verificación y aceleración del parto. Una de las conductas frecuentemente adoptadas en las maternidades y que configura una ofensa a este derecho es la episiotomía rutinaria. Contraindicada como procedimiento rutinario en 1985 por la OMS, la episiotomía viene siendo realizada en forma rutinera desde mediados del siglo XX, bajo la justificación de que facilita el nacimiento y resguarda la integridad genital de la mujer. No obstante, desde 1980, existen evidencias científicas a favor de la eliminación de la episiotomía rutinaria. Hoy, se trata de una conducta que solamente es indicada cuando existe suficiente indicio de sufrimiento materno-fetal o para lograr progreso en situaciones en que el perineo es el responsable por un progreso inadecuado (Diniz & Chacham, 2006).

Pese a la base científica, muchos profesionales de la salud defienden que la no realización de la episiotomía puede generar inevitablemente laceraciones graves, aparte de incontinencia urinaria y fecal. Sin embargo, estudios más recientes evidencian justamente lo contrario, indicando que la episiotomía puede provocar o agravar la incontinencia urinaria, fecal y de flatos (Amorim & Katz, 2008). La episiotomía también genera otras complicaciones: dolor, mayor volumen de sangramiento, infección, aumento del riesgo de laceración perineal en partos subsecuentes, dolores en las relaciones sexuales, resultados anatómicos y estéticos indeseados. Una de las más recurrentes alegaciones favorables a la episiotomía es la de que el parto vaginal deja flácida la musculatura vaginal, inhabilitando a la mujer sexualmente. Nasce aquí el discurso médico y la creencia popular de que después del pasaje del bebé (grande “falo”), el pene de la pareja sería proporcionalmente menor para estimular o ser estimulado por la vagina, lo que provocaría una insatisfacción de la pareja, que buscaría una mujer “menos usada”. La episiotomía sería la “prevención” a ese problema (Rede Parto do Principio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, 2012).

Asimismo, en muchos países la episiotomía viene acompañada por los “puntos para el marido”, una apretada a más de la vulva supuestamente para devolver a la mujer su condición virginal. Este punto más apretado, realizado durante la episiorrafia (sutura de la episiotomía), tiene como único objetivo tornar a la mujer apta para proporcionar el placer masculino. Por ello, la adopción rutinaria de la episiotomía viene siendo entendida como una forma de mutilación genital, además de una expresión de la violencia de género perpetrada por los profesionales de la salud (Amorim & Katz, 2008; Diniz & Chacham, 2006; Diniz, 2001).

De igual modo que la episiotomía rutinera, otros procedimientos reconocidamente dañosos continúan siendo practicados cotidianamente en las maternidades. La maniobra de Kristeller, por ejemplo, es otra conducta que configura violencia obstétrica de carácter físico y psicológico. Ese procedimiento ha sido desarrollado sin evidencias científicas y es realizado presionando el vientre de la mujer con las manos o el antebrazo, con el objetivo de acelerar la salida del bebé (Rede Parto do Principio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa, 2012). Esa conducta genera graves consecuencias como trauma de las vísceras abdominales, del útero y el dislocamiento de la placenta. A pesar de ello, la maniobra de Kristeller es todavía invisible, suele ser practicada sin el debido consentimiento e información de la mujer, y no es habitual que se refleje en el historial



clínico, por falta de concienciación o incluso para evitar posibles sanciones legales (El Parto es Nuestro, 2014).

De acuerdo con Diniz (2001), aparte de la maniobra de Kristeller, otros procedimientos condenables tampoco son reflejados en el historial clínico, porque no hay espacio para registrar si han sido o no realizados, ya que no deberían ser adoptados. Es el caso del uso aislado de la amniotomías para prevenir el retraso en el trabajo de parto y el uso temprano de la amniotomía con conducción temprana con oxitocina, ambos procedimientos no recomendados por la OMS (2019). Esas conductas de verificación y aceleración del parto pueden generar complicaciones tanto para la parturienta como para el neonato, aumentando el riesgo de morbilidad de ambos (Diniz, 2001).

Las intervenciones para inducir el parto producen efectos malquistos, que comúnmente son solucionados con más intervenciones. Es la “cascada de intervenciones” citada anteriormente, que abarca el uso de varias sustancias para inducir el trabajo de parto, como la oxitocina sintética.

La oxitocina sintética provoca unas contracciones más fuertes y por tanto dolorosas que las originadas por la oxitocina endógena. Esto suele llevar a la mujer a solicitar la epidural como medio más efectivo para paliar el dolor. La epidural a su vez ralentiza el parto, lo que obliga a aumentar la dosis de oxitocina, de manera que se entra en una espiral peligrosa, tanto para la madre como para el bebé. Este último puede terminar teniendo sufrimiento fetal, por no poder soportar el ritmo y la intensidad de estas contracciones provocadas artificialmente (El Parto es Nuestro, p. 1, 2012).

Nazario & Hammarstron (2015) entienden que el uso indiscriminado de las intervenciones en los partos vaginales termina por quitar su naturalidad, motivo por lo cual muchas mujeres pasan a considerar la cesárea la opción más segura para ella y para el neonato. Así, la cesárea sin indicación clínica se convierte en una moda, sea por falta de información de la mujer embarazada, sea por conveniencia del profesional de la salud.

<sup>5</sup> La amniotomía es la rotura deliberada o artificial de las membranas corioamnióticas, realizada digitalmente o a través de instrumentos denominados amniótomos, como el de Beacham, o empleando pinzas, como la Kelly o Köecher. Es un procedimiento simple, que ha sido utilizado a través de muchos años en pacientes que no han estado en trabajo de parto, para la inducción del parto, solo o asociado a otros fármacos, como prostaglandinas y oxitocina (Ventura y Lam-Figueroa, 2008, p.01).

En noviembre de 2016, El Parto es Nuestro publicó el informe “Nacer en horario laboral”, lo cual analizaba la evolución de los nacimientos acontecidos en la Comunidad de Madrid entre los años 1975 y 2010. Conforme el documento, se ha observado el incremento del número de partos programados para que ocurran entre lunes y viernes, y en 2010 se ha impuesto el horario laboral a la fisiología del parto.

El alto precio a pagar es un aumento de bebés que nacen prematuramente, junto con lesiones innecesarias, tanto en madres (episiotomías o daños por manipulaciones, por ejemplo, así como complicaciones psicológicas como estrés postraumático o depresión) como bebés (cortes de bisturí, luxaciones de hombros, problemas respiratorios, etc.) y fracasos de lactancia, por nombrar solo unos pocos (El Parto es Nuestro, 2016, p.09).

De acuerdo con la OMS (2015) una cesárea puede ser necesaria cuando el parto vaginal suponga un riesgo para la parturienta o el neonato. Sin embargo, los países suelen superar las tasas de cesárea considerada “ideal” por la comunidad sanitaria internacional, que se encuentra entre el 10% y el 15%. Según el Ministerio Público del Ecuador (2016), a nivel mundial la cesárea es realizada en un alto porcentaje de mujeres embarazadas; en Europa se registra una incidencia de 21%, en Australia 23%, en Estados Unidos 26% y en Latinoamérica (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y México) excede el 50%. Esta alta incidencia es considerada un problema de salud pública y entre sus causas es posible identificar: valoración equivocada del riesgo obstétrico, bajo índice de control prenatal, elecciones del médico y de la mujer, equivocada valoración del riesgo fetal, etc.

Ante esta realidad, los profesionales de la salud deberían esclarecer a las mujeres embarazadas los riesgos de ser sometida a una cesárea programada. Debido al conocimiento científico que detienen y el respeto que impone ante la paciente, los proveedores de salud deben ser cautelosos al señalar todas las posibilidades a la parturienta, de manera que no la induzca a ir en contra a su voluntad e intereses. Una conducta que ofende el derecho a la libre elección de la modalidad del parto caracteriza violación a la ética profesional. (Barcellos et al., 2009).

En la práctica cotidiana, las condiciones del ejercicio de la medicina no favorecen una mejor relación entre el profesional y el paciente, tampoco contribuye a una atención humanizada y de calidad. La deshumanización del acto médico es resultado,

principalmente, del cambio del centro de la atención del saber científico, que ha dejado de ser el enfermo y pasado a ser la enfermedad.

En una investigación realizada por Aguiar & D'Oliveira (2011) ha sido observado que para muchas mujeres la mala atención es caracterizada por una ausencia de controles para el dolor (tanto en cesáreas como en partos vaginales), en el contexto del preparto, parto y posparto; por una exposición innecesaria de su intimidad; por el surgimiento de complicaciones médicas; por la dificultad en comunicarse con el profesional de la salud; por la realización de alguna conducta sin su consentimiento o e manera irrespetuosa; por el trato grosero, impaciente o indiferente por los profesionales de la salud; por la discriminación social o racial; y por frases de carácter moralista e irrespetuoso.

Frases groseras, con falta de respeto, vejatoria, coercitivas, discriminatorias, de cuño moralista, comentarios críticos, irónicos y negativos, que exponen a las mujeres al constreñimiento, inferiorización, humillación. La presencia de jerga del tipo: “¿Por qué está llorando? ¡A la hora de hacer, no llora!”; “¡Pero ni duele tanto así!”; “Ah, no llore, no, año que viene estás aquí de nuevo”; “Si no hace fuerza, su bebé va a sufrir”; “Cállese la boca y empuje el bebé”; “Si gritar, paro ahora lo que estoy haciendo” (Jardim & Modena, 2018, p.06).

El marco de referencia aquí expuesto, construido por el movimiento de mujeres, es actualmente utilizado para conceptualizar la violencia obstétrica, tipificando y agrupando las diferentes maneras de violencia, agresiones y omisiones, practicadas durante la atención al embarazo, preparto, parto y puerperio. Con todo, aunque abarque tanto los derechos humanos (principalmente los derechos sexuales y reproductivos) como el campo de actuación obstétrica, el término no deja de ser complejo y presentar contradicciones. Por un lado, existe la resistencia y la polémica semántica producida por adoptarse el término “obstétrica”, llevando a entender de que la violencia solamente puede ser perpetrada por la clase médica. Por otro lado, se reconoce la importancia de nombrar al problema, de modo a dar fuerza motora para que los movimientos sociales e investigaciones relacionadas a la temática puedan seguir produciendo debates relevantes y consensos conceptuales, contribuyendo para la construcción de evidencias que combatan las practicas violadoras de los derechos de la mujer.

No obstante, es importante cuestionar el supuesto universalismo de la categoría mujer en los estudios referentes al género. Que la violencia obstétrica existe, no hay

dudas. Que todas las mujeres pueden experimentar situaciones violadoras de sus derechos en la atención obstétrica, tampoco hay dudas. Sin embargo, ¿cómo la raza, etnia, género y condiciones socioeconómicas se sobreponen y construyen jerarquías en el acceso y en la calidad de la atención recibida?

b. ¿Y acaso no soy mujer?: Racismo Estructural, Salud e Interseccionalidad

La violencia obstétrica es una evidencia de que, todavía, la sociedad y los Estados no han podido garantizar a las mujeres que quieren ser madres la experiencia de la maternidad en un contexto de respeto, protección y goce pleno de sus derechos humanos, independientemente de las etiquetas sociales que les han sido asignadas. Sin embargo, las desigualdades sociales, raciales, étnicas y de género influyen todavía más en esa negativa, determinando las ciudadanas de segunda (o tercera) categoría y las maternidades aceptables y las subalternas (digo de segunda o tercera, porque creo que el feminicidio está ahí para visibilizar que todavía no somos consideradas ciudadanas de primera categoría). Mattar & Diniz (2012) llaman esos niveles de aceptabilidad de “jerarquías reproductivas”, basadas en un modelo ideal de ejercicio de la maternidad y/o reproducción y cuidado con los hijos. Para las autoras, ese modelo es pautado por un imaginario social sexista, clasista y homofóbico, que produce un contexto excluyente y discriminatorio.

A reprodução socialmente aceita e desejada é aquela exercida dentro do que se convencionou chamar de “boa maternidade” - primeiro, porque o cuidado é exercido primordialmente por uma mulher, frequentemente com suporte financeiro provido pelo homem (mesmo que a mãe tenha trabalho fora de casa remunerado, ela contrata outra mulher para realizar este trabalho); depois, porque está adequada ao suposto padrão de “normalidade”. Este padrão traduz-se em um contexto no qual há uma relação estável, entre um casal heterossexual monogâmico branco, adulto, casado e saudável, que conta com recursos financeiros e culturais suficientes para criar “bem” os filhos. É, portanto, claramente um construto social. (Mattar & Diniz, 2012, p.114)

De esa manera, el grado de aceptación social, de la protección institucional, de los cuidados y de la atención al embarazo, parto y puerperio, de la libertad y del

placer de ejercer la reproducción y la maternidad, van a ser determinados por los aspectos que conforman la identidad de la mujer. La sumatoria y la interacción de los constructos de la raza, etnia, clase, religión, sexualidad van a indicar si ella estará más cerca o más lejos de la cumbre de la pirámide. Cuantos más aspectos considerados “negativos” tenga esa mujer, más cerca estará de la base.

Se trata de la intersección de ejes de desigualdad que potencializan la vulnerabilidad y subordinación del sujeto y dan caldo de cultivo a la maternidad subalterna. Para Mattar & Diniz (2012, p.117), “de um lado, a sociedade precisa reconhecer toda a diversidade de maternidades como legítima; de outro, o Estado deve, em resposta a este reconhecimento, garantir que todas as mulheres, indistintamente, possam não apenas decidir se querem ser mães, mas também viver a maternidade em um contexto de respeito, proteção e exercício de seus direitos humanos.”

Con base a eso, y a partir del concepto de violencia obstétrica presentado en el apartado anterior, se pretende discutir como el racismo estructural afecta el goce al derecho a la salud plena de las mujeres, a partir de un análisis interseccional y transversal de los elementos que demarcan el lugar en que ellas se encuentran en la jerarquía reproductiva.

### I. ¿Por qué un Análisis Interseccional?

El término “interseccionalidad”, surgió por primera vez en el artículo *Demarginalising the intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*, publicado por Kimberlé Crenshaw en 1989, al denunciar que las leyes antidiscriminación estadounidenses están enfocadas en un solo eje de discriminación (single-axis), sin vislumbrar la doble-discriminación que las mujeres afroamericanas experimentan. Para Crenshaw, un análisis no interseccional es insuficiente y reduccionista, puesto que parte de la perspectiva de los sujetos más privilegiados dentro del propio grupo oprimido. En ese sentido, afirma que “in race discrimination cases, discrimination tends to be viewed in terms of sex or class privileged Blacks; in sex discrimination cases, the focus is on race- and class-privileged women (Crenshaw, 1989, p.140)”.

Así, la “experiencia y vivencia negra” es la experiencia y vivencia del hombre negro, y la “experiencia y vivencia de la mujer”, es la experiencia y vivencia de la mujer blanca. De modo que, considerar que todo y cualquier individuo a que sean asignadas esas etiquetas sociales comparte de esas experiencias y vivencias es una reducción de sus opresiones concretas.

Akotirene (2019) también considera que la interseccionalidad se refiere a la interposición entre raza y género. Sin embargo, la autora aborda cuestiones no tratadas por Crenshaw. Akotirene (2019) afirma que la interseccionalidad es teoría, metodología e instrumento práctico. Es decir, la interseccionalidad surge como un método para comprender los contactos entre los sistemas de opresión, pero también es la teoría que los explica y el instrumento de combate. Así, hace gran aporte al concepto de interseccionalidad al afirmar la necesidad de una “desobediencia epistémica” (Akotirene, p.30, 2019), ya que la entiende como una metodología alternativa a las metodológicas coloniales, centradas en el Occidente.

Y por se tratar de un instrumento de combate, se debe destacar la gran utilidad de la teoría interseccional para otras investigaciones, mas allá de los trabajos académicos feministas. En ese sentido, Bauer (2014) resalta que la interseccionalidad tiene mucho que ofrecer a las investigaciones de la salud, puesto que puede proporcionar una identificación más precisa de las desigualdades, al desarrollar estrategias de intervención y al garantizar que los impactos sean relevantes dentro de comunidades específicas.

Hablar de la violencia obstétrica desde la interseccionalidad es necesario una vez que todas las narrativas hasta ahora presentadas parten de una experiencia de violencia considerando la categoría mujer desde la homogeneidad. Se entiende que las mujeres comparten, dentro de la realidad capitalista y cis-heteropatriarcal, una posición de subalternidad por el hecho de ser mujeres. Sin embargo, las vivencias dentro de esa subalternidad son diferentes en función de su clase, raza, nacionalidad, situación económica, orientación sexual, etc; Y es por eso por lo que se hace necesaria un análisis desde la interseccionalidad, ya que ese concepto piensa en la inseparabilidad estructural del racismo, capitalismo y cis-heteropatriarcado y en como esas articulaciones influyen en la extravulnerabilidad de mujeres racializadas.

## II. Racismo Estructural y Salud

Las invasiones del siglo XV han puesto en duda el concepto de humanidad hasta entonces conocido por lo que vendría a ser la civilización occidental. ¿Qué serían esos recién “descubiertos”? ¿Bestias o seres humanos? ¿Serían descendientes de Adán? Inicialmente, el color de la piel fue el criterio fundamental para la división en razas, después han sido añadidos criterios morfológicos (la forma de la nariz, de los labios, del cráneo, etc.) y los criterios químicos (grupos de sangre, enfermedades hereditarias, etc.). Y, así, la diversidad ha sido clasificada en razas y sub-razas humanas. Sin embargo, con los progresos de la ciencia biológica, los estudiosos llegaron a la conclusión de que la raza no es una realidad biológica, sino un concepto científicamente inoperante para explicar la diversidad humana.

Según Munanda<sup>6</sup> (2003), la invalidación del concepto de raza no significa que todos los individuos o todas las poblaciones son genéticamente iguales. Las características genéticas son distintas, pero esas disimilitudes no son suficientes para la clasificación en razas.

O maior problema não está nem na classificação como tal, nem na inoperacionalidade científica do conceito de raça. Se os naturalistas dos séculos XV-XVIII tivessem limitado seus trabalhos somente à classificação dos grupos humanos em função das características físicas, eles não teriam certamente causado nenhum problema à humanidade. Suas classificações teriam sido mantidas ou rejeitadas como sempre aconteceu na história do conhecimento científico. Infelizmente, desde o início, eles se deram o direito de hierarquizar, isto é, de estabelecer uma escala de valores entre as chamadas raças. O fizeram erigindo uma relação intrínseca entre o biológico (cor da pele, traços morfológicos) e as qualidades psicológicas, morais, intelectuais e culturais (Munanda, 2003, p/05)

Para Mbembe (2014), la idea de raza permite que se representen la humanidad no europea como inferiores, “el reflejo pobre del hombre ideal” (2014, p39). La racialización

<sup>6</sup> Kabengele Munanda (2003) argumenta que el contenido de la raza es morfológico y lo de la etnia es sociocultural, histórico y psicológico. Según el antropólogo, en un conjunto poblacional llamado de raza puede contener varias etnias. Siendo así, una etnia es un conjunto de individuos que, histórica o mitológicamente, tiene un ancestral común; un lenguaje común; una misma religión o cosmovisión; una misma cultura y viven geográficamente en el mismo territorio.

es lo que permite la asignación de los lugares y posiciones sociales. La raza es el aspecto definidor de las oportunidades y barreras vividas por los individuos a lo largo de su vida. Y con base a ella, se estructura el racismo, porque “a raça está por detrás da aparência e sob aquilo de que nos apercebemos. É também constituída pelo próprio acto de atribuição - esse meio pelo qual certas formas de infra-vida são produzidas e institucionalizadas, a indiferença e o abandono, justificados, a parte humana do Outro, violada, velada ou ocultada, e certas formas de enclausuramento, ou mesmo de condenação à morte, tornadas aceitáveis” (Mbembe, 2014, p.66). En pocas palabras, la raza es el criterio para definir quien puede vivir y quien debe morir.

Siendo así, la raza es una construcción histórica y social, establecida por una relación de dominación y exploración cultural, económica y epistémica. Es el constructo que permite segregar los grupos racializados con base a sus valores culturales, morales y económicos. Y para que esas desigualdades estructurantes de grupos subyugados sean naturalizadas, es necesario el racismo (estructural e institucionalizado) para operar sobre el acceso al poder, a los recursos y servicios.

Según la concepción fanoniana (1969), el racismo es tanto un producto como un proceso por lo cual el grupo dominante utiliza instrumentos para desarticular las posibles líneas de fuerza del dominado, a partir de la destrucción de sus valores, sistemas de referencia y panorama social. Fanon (2009) define el racismo como una jerarquía global de superioridad e inferioridad sobre la línea de lo humano, un encuadramiento a la “zona del ser” o a la “zona del no-ser”. Las personas que están arriba de la línea de lo humano, en la “zona del ser”, son reconocidas socialmente en su humanidad, es decir, son seres humanos y, por lo tanto, sujetos de derechos (humanos/ciudadanos/civilis/laborales). Ya las personas de la “zona del no-ser”, encuadradas por debajo de la línea de lo humano, son consideradas sub-humanos o no-humanos, y tienen su humanidad negada. Por supuesto, sin humanidad, sin derechos.

La interseccionalidad de las relaciones sociales de dominación se hace presente dentro de las dos zonas, de modo que “la opresión de clase, sexualidad y género, que se vive en la zona del no-ser es cualitativamente distinta a como estas opresiones se viven en la zona del ser” (Grosfoguel, 2012, p.94). Además, las jerarquías de superioridad/inferioridad no son las mismas en cada región del mundo, ya que los mecanismos de dominación y exclusión operan de manera distinta.



El racismo puede marcarse por color, etnicidad, lengua, cultura o religión. Aunque el racismo de color ha sido predominante en muchas partes del mundo, no es la forma única y exclusiva de racismo. En muchas ocasiones confundimos la forma particular de marcar el racismo en una región del mundo con la definición universal exclusiva del racismo. Esto ha creado una enorme cantidad de problemas conceptuales y teóricos. Si colapsamos la forma particular que el racismo adopta en una región o país del mundo como si fuera la definición universal de racismo perdemos de vista la diversidad de racismos que no son necesariamente marcados de la misma forma en otras regiones del mundo (Grosfoguel, 2012, p93).

De esa manera, son diferentes las jerarquías de inferioridad/superioridad existentes: en Estados Unidos, entre negros y blancos, se diferencian de las existentes entre payos y gitanos en España; y se diferencian de la jerarquía religiosa que cuestiona la humanidad de los musulmanes en todo el hemisferio norte, etc. Munanda (2003) destaca que el campo semántico del concepto de raza es delimitado por la estructura global de la sociedad y por las relaciones de poder que gobiernan, de modo que los conceptos de negro, blanco y mestizo no significan lo mismo en Estados Unidos, Brasil, Sudáfrica e Inglaterra, por ejemplo. Sin embargo, siempre se trata de un determinante de patrones de desigualdades y es consecuencia de la propia estructura social, de la manera como se establecen las relaciones políticas, económicas y jurídicas de la sociedad. No hay dudas de que los comportamientos individuales y los procesos institucionales son derivados de una sociedad donde el racismo es la regla y no la excepción.

Asimismo, Almeida (2019) presenta tres concepciones del racismo que están interrelacionadas: **(i)** la concepción individualista, a partir de la cual el racismo es comprendido como una especie de “patología”, fruto de la “irracionalidad” de individuos aislados; **(ii)** la concepción institucional, en la cual el poder surge como elemento central de la relación racial, y el racismo se manifiesta como resultado del funcionamiento de las instituciones, que actúan en una dinámica que confiere, aunque indirectamente, desventajas y privilegios a partir de la raza; y **(iii)** la concepción estructural, de la cual el racismo se origina de la forma “normal” en la que se constituyen las relaciones políticas, económicas, jurídicas y familiares, y se trata de un proceso histórico y político que crea las condiciones sociales para que, directa o indirectamente, grupos racialmente identificados sean discriminados de manera sistémica.

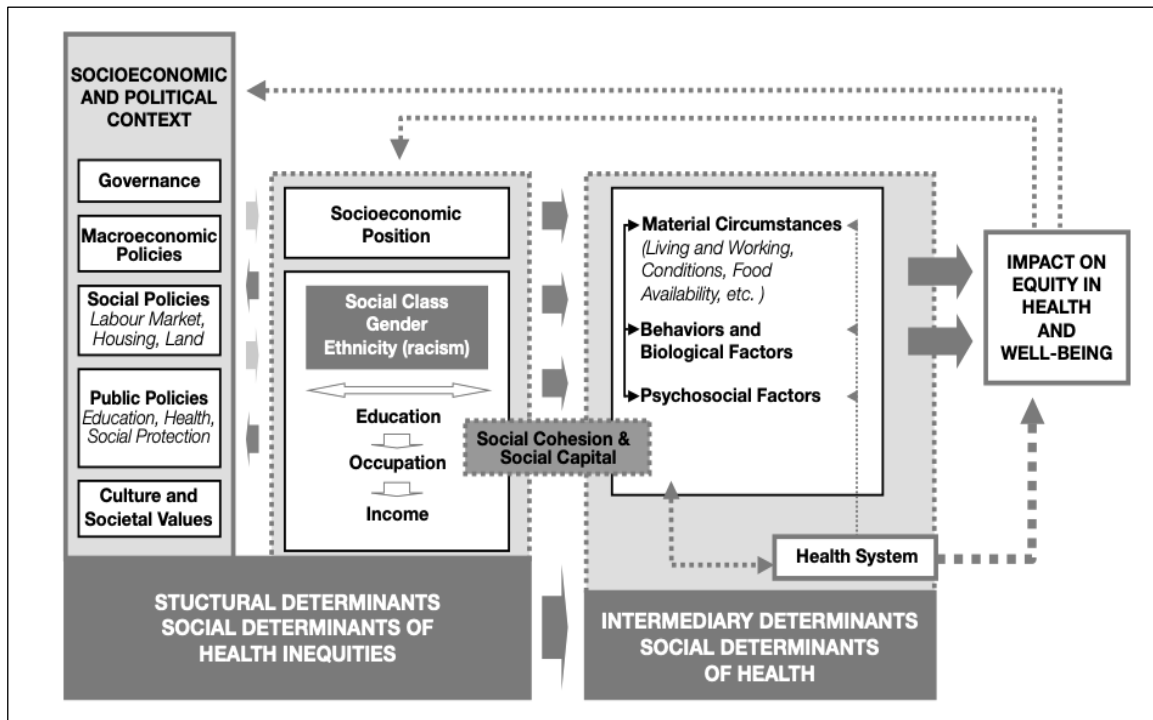
Así, el racismo es estructural y como bien afirma Almeida (2019, p.33), parafraseando a Marx, “o racismo é parte de um processo social que ocorre ‘pelas costas dos indivíduos e lhes parece legado pela tradição’”, condicionando la protección y el goce de los derechos humanos por todos los individuos.

Con respeto al derecho a la salud, en todo el mundo, las poblaciones racialmente marginadas presentan condiciones de salud peor que las de sus conciudadanos más privilegiados. Conforme Williams & Priest (2015), cada vez más se está reconociendo el papel del racismo como determinantes de los patrones de desigualdades étnico-raciales en materia de salud, aunque la ausencia de datos en los sistemas nacionales de información sobre la etnicidad y el estatus socioeconómico dificulten la realización de investigaciones detalladas sobre esas desigualdades. Dada la complejidad de la temática, en 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), para auxiliar en el combate de los determinantes sociales de la falta de salud y de las desigualdades sanitarias evitables.

La CDSS aboga por el reconocimiento del papel central del poder en la producción social de la salud y la enfermedad. En este sentido, consideran el poder desde las conceptualizaciones clásicas – como dominación –, complementadas por definiciones alternativas de los aspectos positivos y creativos, basadas en la acción colectiva fundamentada en las demandas colectivas del sistema jurídico. Siendo así, entienden que los derechos humanos representan una demanda por parte de las comunidades oprimidas y marginadas para la expresión de su poder social colectivo (OMS, 2010).

Además, la CDSS atesta por el abordaje de los determinantes sociales de las desigualdades sanitarias como un proceso político que compromete tanto la actuación de las comunidades desfavorecidas como la responsabilidad estatal. Destacando que, en conjunto, los mecanismos estructurales y la posición socioeconómica de los individuos son “determinantes estructurales”, es decir, “determinantes sociales de las desigualdades en materia de salud”. A partir de esa idea, han desarrollado un marco conceptual de los factores que pueden afectar la salud del individuo (Figura 1).

**Figura 1.** Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud



(OMS, 2010, p.06)

Con base a ese modelo es necesario hacer tres consideraciones. La primera: el marco presenta el racismo como uno de los determinantes sociales estructurales de las desigualdades en materia de salud. La segunda: otras fuerzas macrosociales interfieren en la salud, como la clase social y el género. Y la tercera: al dividir los determinantes entre estructurales e intermedios, la CDSS atenta para la importancia de diferenciar las causas fundamentales de las aparentes. De modo que, los cambios en las causas fundamentales pueden llevar a cambios proporcionales en los resultados, ya las intervenciones enfocadas solamente en los determinantes intermedios, sin promover cambios en los estructurales, tiene poca probabilidad de producir mejoras substanciales en la salud de la población.

Siendo así, las múltiples formas de opresión en diversas dimensiones de la identidad social se relacionan entre si y se juntan a otros riesgos y recursos, de manera cumulativa o interactiva, impactando en la salud (Bauer, 2014).

La segregación residencial quizá sea el mecanismo institucionalizado del racismo más evidente, sea la segregación racial entre blanco y negros, sea el chabolismo en

España<sup>7</sup>. El hecho es que la separación de los espacios basada en la raza, etnia, origen, religión, etc., produce las desigualdades económicas y, por consiguiente, desigualdades étnicos-raciales en salud (William & Collins, 2001). En este sentido, Williams & Priest (2015), afirman que no hay nada inherentemente negativo en el hecho de que personas de la misma raza vivan en la misma zona. El problema de la segregación residencial es que genera una concentración de pobreza y de males sociales, resultado de la obstaculización al éxito socioeconómico, puesto que limita el acceso a la educación de calidad y a las oportunidades laborales, y de la precariedad de los recursos y servicios de salud y bienestar.

Otro mecanismo se expresa a través del racismo cultural. Los estereotipos, el imaginario colectivo negativo acerca de determinados grupos raciales y étnicos pueden determinar las preferencias por políticas públicas en las sociedades contemporáneas y contribuir para la poca voluntad política en apoyar las medidas que incidan en la reducción de las desigualdades raciales y étnicas, sobretodo las que determinan los niveles de salud (Williams & Priest, 2015). Ese racismo internalizado puede afectar de manera negativa la salud y fomentar la idea de que existen defectos inherentes al propio individuo y a su grupo, impactando tanto na salud mental, como en la propia identidad del individuo (Kwate & Meyer, 2011).

O racismo cultural pode disparar preconceitos inconscientes que resultam em acesso desigual a oportunidades e recursos para aprimorar a saúde por parte de grupos étnico-raciais não dominantes. As pesquisas indicam que, quando um indivíduo traz internalizado certo preconceito ou estereótipo negativo sobre um grupo e encontra alguém daquele grupo, tenderá a discriminar essa pessoa. Preconceitos inconscientes ou impensados são ativados automaticamente (sem intenção) e ocorrem mesmo entre pessoas que não são preconceituosas e que normalmente não percebem sua ativação e os efeitos dessa sobre seu comportamento. Assim, o racismo cultural é provavelmente o que fundamenta os achados dos estudos de auditoria antes revisados, os quais revelaram a discriminação disseminada, responsável por reduzidas oportunidades de avanço

<sup>7</sup> La persistencia de prejuicios negativos hacia las personas gitanas en parte de la población española provoca que la población gitana siga siendo uno de los grupos hacia los que mayor rechazo social existe. En el año 2005, el 40,2% de los encuestados declaraba que le importaría “mucho” (15,5%) o “bastante” (27,7%) tener como vecinos a personas gitanas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, p.16).

socioeconômico, maiores custos de bens e serviços e menor qualidade de vida (Williams & Priest, 2015, p.153).

En ese sentido, se destaca la investigación realizada en 2017 sobre las discriminaciones raciales y étnicas en los servicios de salud de Estados Unidos, en la cual Sherman James resalta la existencia de un sesgo racial implícito en la atención sanitaria.

Racial healthcare disparities in how physicians manage pain are well documented. Physicians are more likely to prescribe analgesics for White patients than for Black patients. In a recent opinion piece, a White medical student discussed how the “silent curriculum” taught her to treat patients differently based on their race. On the question of pain management, she wrote: “When I arrived in the hospital... I learned that among two patients in pain waiting in an emergency department examination room, the white one is more likely to get medications and the black one is more likely to be discharged with a note documenting narcotic-seeking behavior...” (James, 2017, p.04).

Sin embargo, además de identificar el sesgo racial, es necesario considerar la existencia de un sesgo de género en materia de salud. En el marco conceptual de los determinantes de la salud (Figura 1), juntamente con el racismo se encuentra el género. Eso porque, por mucho tiempo existió una perspectiva reduccionista de la salud de la mujer, puesto que la atención sanitaria se limitaba a los cuidados durante el ciclo gravídico-puerperal. Tampoco podemos afirmar que hubo una superación a esa limitación, ya que seguimos en un modelo médico androcéntrico, en que se aplica al campo de salud el modelo masculino universal (y claro, en otros campos también).

Se refiriendo a la interacción entre el sesgo racial y de género, Cruz y Faria (2017) afirman que la población de mujeres negras ni siquiera en el periodo perinatal reciben la atención sanitaria preconizada en las bases de evidencias científicas. Conforme el Informe Hacia la Equidad en Salud (2018), la población gitana en España, en general, percibe su estado de salud peor que el resto de la población, siendo las mujeres gitanas, las que, en la población general, presentan una peor autopercepción de su salud en comparación con los hombres.

<sup>8</sup> El 33,4% de los hombres gitanos de 55 y más años describe su salud como “buena” o “muy buena”, frente al 52,3% de hombres de población general. En mujeres gitanas: el 10,5% frente al 38,2% de mujeres de la población general. Dentro de la propia población gitana se perciben grandes diferencias al desagregar los

Puesto que la violencia obstétrica está íntimamente relacionada con la violación a los derechos humanos, se puede entender que la baja calidad de los servicios sanitarios, además de los obstáculos al acceso a los servicios, configuran una violación al derecho a la salud de las mujeres y se trata de una violencia obstétrica. No obstante, es necesario evidenciar la influencia del racismo estructural en la ocurrencia de esa violencia. En ese sentido, Agüero (2017) inaugura el término violencia etno-obstétrica para referir a la interseccionalidad entre el racismo (romofobia/gitanismo) y el machismo en la atención obstétrica prestada a mujeres romaníes.

Las gitanas somos sometidas a las mismas prácticas de violencia obstétrica que las demás mujeres añadiéndole un plus, una ración extra, de violencia que podemos denominar etno-obstétrica: la violencia obstétrica en nosotras, en las gitanas, llega a agresiones que no se dan en las mujeres payas de nuestro entorno. Además en nuestro caso, no es solo violencia obstétrica ejercida desde la institución médica, sino desde más instituciones como pueden ser los servicios sociales. Y no sólo me refiero a los casos extremos de esterilización forzada y/o no informada que se han producido en ¡¡¡Europa!!! sino también a las agresiones cotidianas y que son generalmente minimizadas por las propias mujeres blancas, payas (católicas, ateas o agnósticas) que incluso afirman que a ellas les pasa lo mismo. No, no es así, sufrimos tanto en los embarazos como en los partos, postpartos y periodos de lactancia vejaciones y maltratos no solo como mujeres sino específicamente como gitanas. La violencia etno-obstétrica afecta, con su propia especificidad, a las otras mujeres racializadas con las que habitualmente trato: musulmanas (sobre las que golpea la islamofobia de género), afrodescendientes y latinas (Agüero, 2017, p.01).

Son pocas las investigaciones que tratan de ese mecanismo de intersección entre el racismo estructural y el machismo en materia de salud de la mujer. Primero, porque existe una cierta resistencia de algunas académicas feministas (blancas) comprender que el heteropatriarcado no es el único sistema de opresión que afectan a las mujeres no-blancas. Segundo, porque la propia violencia obstétrica es un fenómeno invisibilizado,

datos por clase social, nivel educativo o tipo de vivienda; por ejemplo, un 72,8% de las mujeres gitanas que viven en infravivienda o chabola describen su salud como “mala” o “muy mala” respecto a un 39,2% de las que habitan en viviendas normalizadas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, p.15).

así que la violencia etno-obstetrica (o racismo obstétrico) está todavía más invisibilizada. Siendo así, pasamos al análisis de investigaciones, con la propuesta de añadir elementos a la narrativa de la violencia obstétrica, a partir de un análisis interseccional.

### III. METODOLOGÍA

Con base en el marco teórico presentado, se concluye que en la atención al parto, parto y posparto inmediato es posible identificar conductas violadoras de los derechos humanos de las mujeres que están encubiertas por una manta de normalidad, contribuyendo a la banalización, perpetuación e invisibilización de la violencia obstétrica. Pese este fenómeno sea cada vez más objeto de investigaciones académicas, permitiendo la elaboración de políticas públicas que pretenden garantizar un parto seguro a las mujeres, todavía queda un camino largo a recorrer.

Sin embargo, tanto la mayoría de los estudios como las políticas públicas suelen tratar la violencia obstétrica (cuando la tratan) desde la perspectiva de mujeres como sujetos homogéneos, es decir, ignorando el proceso de marginación que muchas mujeres sufren debido a su identidad personal y colectiva.

A marginación se entiende como el fenómeno en que, debido a una segmentación estructural y diferenciación jerárquica de la humanidad, donde se desarrollan mecanismos de opresión, discriminación y exclusión, sujetos son impedidos de participar de manera plena en las esferas económica, social, política y cultural de la sociedad. En esta lógica capitalista-patriarcal que vivimos, las mujeres somos sujetos considerados de “baja categoría” y, por lo tanto, objetivo de los instrumentos de opresión. Sin embargo, la perversa mecánica del sistema permite que dentro de la misma “categoría de inferioridad” unas estén más susceptibles a opresión que otras, debido a su raza, etnia, origen, orientación sexual, religión, etc.

Con base a esto, se cuestiona: *¿cuáles son los procesos que se cruzan y facilitan la ocurrencia de la violencia obstétrica en mujeres racializadas?*

Inicialmente, se ha buscado contestar a la pregunta a través de la realización de entrevistas semiestructuradas a mujeres racializadas a fin de que se pudiese analizar sus experiencias en la atención obstétrica e identificar semejanzas en las vivencias y ofensa a los derechos humanos relacionadas a la marginación. Para eso, han sido contactadas asociaciones que trabajan con los colectivos de mujeres migrantes, mujeres negras, mujeres gitanas y mujeres musulmanas, y grupos de lactancias, para exponer el objeto de la investigación y solicitar que se facilitase el contacto de mujeres que se interesasen en



participar de la misma. No obstante, las contestaciones no han sido favorables, ya que las asociaciones no suelen recibir demandas relacionada con la violencia obstétrica (lo que puede ser más un indicio de su invisibilidad), de modo que no sabían identificar mujeres que podrían interesarse en esta investigación; y en los grupos de lactancias no había participación de mujeres pertenecientes a estos colectivos (lo que puede evidenciar todavía más la marginación de estas mujeres).

De esta manera, ante la imposibilidad de hacer oír la voz de las mujeres racializadas que hayan sufrido la violencia obstétrica sumadas o no a las consecuencias del racismo estructural, se ha optado por la realización de una investigación sistemática integrativa, metodología que tienen origen en la integración de opiniones, conceptos o ideas provenientes de investigaciones, experimentales o no-experimentales, anteriormente realizadas (Whitemore & Knafl, 2005). Según Whitemore & Knafl (2005) esta integración es lo que revela el potencial de la construcción de ciencia, ya que el método de revisión sistemática integrativa presenta el estado del arte sobre una determinada temática, contribuyendo para la construcción de teorías. Igualmente, Torracó (2016) afirma que esa metodología ofrece contribuciones valiosas a la investigación, puesto que estimulan nuevas maneras de pensar sobre un determinado tema.

Así, la elección de esta metodología se justifica por la necesidad de repensar la vivencia de la violencia obstétrica desde la perspectiva de mujeres que se encuentran marginadas debido a su raza, etnia, lugar de origen, lenguaje, situación administrativa en el país de llegada, etc; y analizar como esos elementos (o constructos sociales) se entrelazan de manera a tornarlas más susceptibles de sufrir la violencia obstétrica. No se trata de negar que todas las mujeres están sujetas a la violencia obstétrica durante la asistencia al embarazo, parto, parto y posparto, sino analizar cómo algunas mujeres son más susceptibles de sufrirla por pertenecer a un grupo racializado / marginalizado.

Para ello, han sido seguidas las etapas de una revisión integrativa propuesta por Botelho et al. (2011): **(i)** identificación de la temática y pregunta de la investigación; **(ii)** definición de los criterios de inclusión y exclusión; **(iii)** identificación de los estudios preseleccionados y seleccionados; **(iv)** categorización de los estudios seleccionados; **(v)** análisis e interpretación de los resultados; **(vi)** presentación de la revisión del conocimiento.

Después de la identificación de la temática y pregunta inicial, presentados anteriormente, se ha realizado la recogida de datos en las siguientes bases de datos electrónicas: Cochrane Library Plus, Dialnet, MEDLINE, PubMed Central (PMC), Scopus y Web of Science. La elección de las bases de datos ha sido basada en la relevancia de estas en el ámbito académico, sobretodo de ciencia de la salud, y la facilidad de acceso a partir de la Universidade da Coruña. Para esta etapa de la colecta de datos, ha sido realizada una búsqueda de los documentos que contuviesen los siguientes descriptores en sus resúmenes, títulos o palabras-clave: “OBSTETRIC VIOLENCE” AND INTERSECTIONALITY; “OBSTETRIC VIOLENCE” AND ETHNICITY; “OBSTETRIC VIOLENCE” AND RACISM; PREGNANCY AND INTERSECTIONALITY; PREGNANCY AND ETHNICITY; PREGNANCY AND RACISM; “MATERNAL CARE” AND MINORITY OR ETHNIC GROUPS. Además, la búsqueda ha sido limitada a documentos con fecha de publicación en los últimos cinco años (2015-2020) y de posible acceso al contenido integral online y gratuito. Han sido seleccionados en este primero cribado 4.468 documentos.

Los criterios de selección de los artículos científicos fueron: **(i)** artículos originales y completos, escrito en castellano, inglés o portugués y **(ii)** contenido del resumen relacionado con las vivencias del embarazo, parto, parto y/o posparto por mujeres racializadas. En este sentido, fueron preseleccionados artículos que, con base en sus resúmenes, pudiesen indicar que su contenido trataba sobre como estas mujeres experimentan la atención obstétrica durante **(i)** el embarazo; **(ii)** el parto **(iii)**; el parto; o **(iv)** el posparto. Hay que destacar que en la mayoría de las investigaciones no existe una mención explícita a la violencia obstétrica, tampoco a la violencia etno-obstétrica, puesto que son términos recientemente adoptados y conceptualizados. Además, gran parte de las bases de datos utilizadas en esta investigación son plataformas específicas de las ciencias de la salud y es sabido que, todavía en este entorno, existe una cierta resistencia en tratar de la violencia en el contexto de la atención obstétrica. Por ello, los descriptores fueron definidos de manera en que se posibilitara incluir el mayor número de artículos que trataran de las experiencias maternas de mujeres racializadas. Con base a esos criterios fueron preseleccionadas 285 investigaciones.

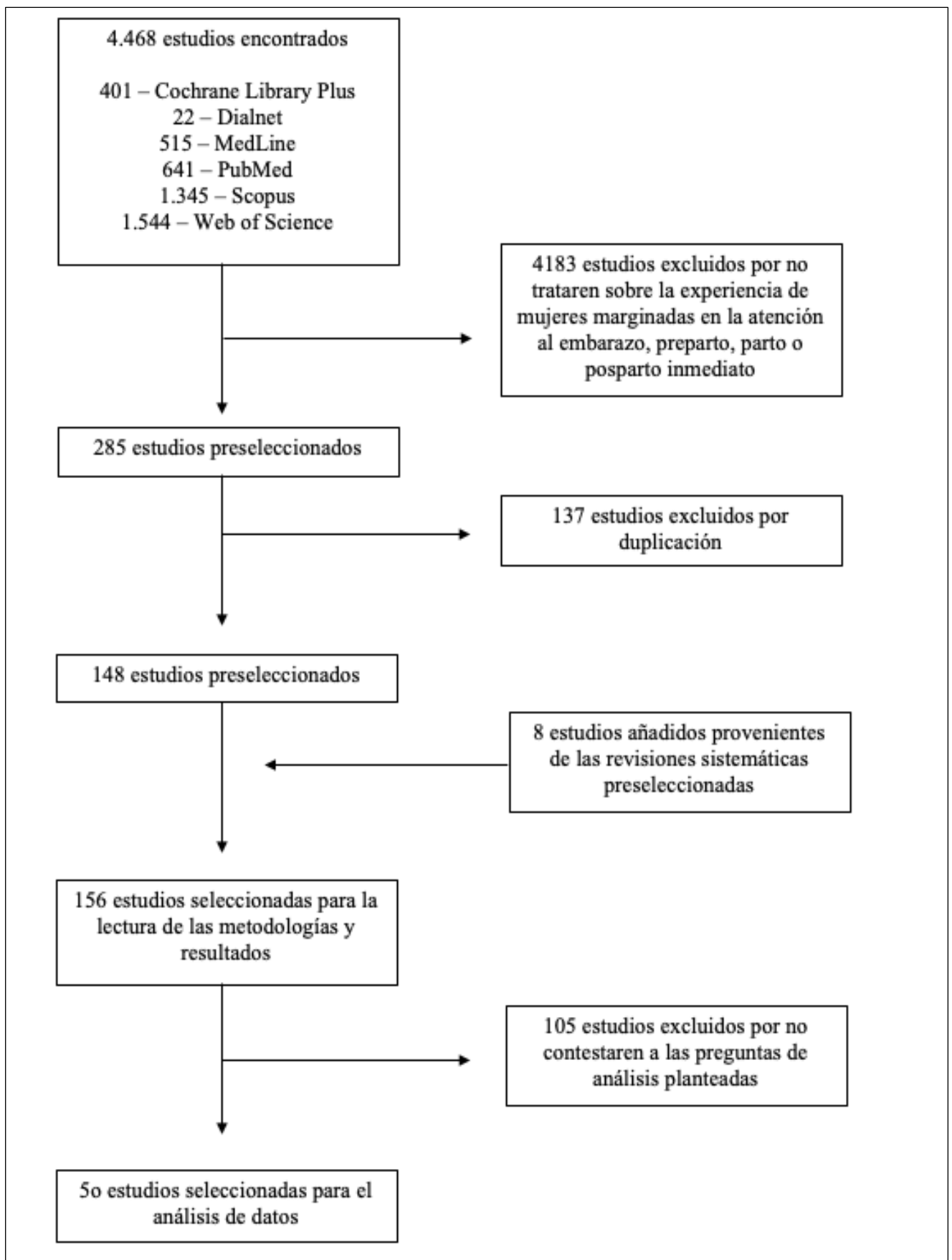
Eliminadas las duplicaciones, han restado 148 estudios. Entre estos 148 estudios, 8 eran revisiones (sistemáticas y meta-análisis o narrativas). Así, el siguiente paso ha sido analizar las investigaciones revisadas en cada una de esas revisiones sistemáticas encontradas y seleccionar los estudios que se encajaban con los objetivos de esta

investigación. Atendiendo a los criterios de exclusión e inclusión, han sido añadidos 9 estudios provenientes de las referencias de las revisiones sistemáticas, totalizando 156 estudios.

De las 156 investigaciones preseleccionadas en la etapa anterior fueron seleccionados 50 estudios (Figura 2), a partir del análisis detallado de las metodologías y resultados encontrados, identificando la posibilidad de contestaren a las siguientes preguntas de análisis:

1. *¿El hecho de pertenecer a un grupo racializado convierte la experiencia del embarazo en una experiencia distinta a la vivida por las mujeres blancas?*
2. *¿Cómo las mujeres racializadas experimentan la atención obstetra?*
3. *¿Algunas de las experiencias vivenciadas de forma distinta por las mujeres racializadas pueden ser entendidas como una expresión del racismo estructural?*
4. *¿Las experiencias vivenciadas por las mujeres racializadas pueden ser entendidas como violencia obstétrica? ¿Podemos hablar de violencia etno-obstetrica?*
5. *¿Cómo el hecho de pertenecer a un grupo racializado facilita la ocurrencia de la violencia obstétrica en la atención a la salud recibida por estas mujeres?*

**Figura 2.** Flujograma de selección de estudios incluidos en la revisión



## IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

A partir de la lectura detallada de los estudios, ha sido realizada la codificación de los mismo a través del software de análisis cualitativa Atlas.ti, siendo identificadas cuatro unidades de análisis: **(i)** El Racismo Estructural y los Factores de Riesgo; **(ii)** Barreras para Acceder a la Atención Obstétrica **(iii)** La Relación con los Profesionales de la Salud; y **(iv)** Las Experiencias del Parto. Esta división categórica permite un análisis por etapas de la lógica perversa que permea el respeto a los derechos humanos de las mujeres racializadas ya que, como podrá ser observado, cada categoría surge como un tipo de consecuencia de la categoría anterior. Así, el racismo estructural presentado en la primera categoría trasciende a las demás, entendido como la “raíz de los otros males”.

Es importante destacar como es complejo y delicado el trabajo cuando se compara experiencias y vivencias de diferentes grupos racializados. Siempre hay que considerar la historia y el contexto para no caer en la trampa de homogeneizar todos los colectivos “minoritarios”, que experimentan el racismo estructural en niveles y circunstancias distintas, produciendo, consecuentemente resultados negativos que pueden o no ser comparables. En el caso de la presente investigación, de cierta manera se intenta encuadrar en las mismas categorías los resultados de una atención obstétrica institucionalmente racista, resultado de políticas públicas que siguen produciendo la marginación de algunas mujeres debido a su raza, etnia y/o características personales y/o colectivas. Sin embargo, no se trata de afirmar que estos sujetos vivencian de manera equiparable las expresiones del racismo estructural.

Los grupos racializados analizados en esta investigación han sido definidos por los propios resultados de la recogida de datos. De los 50 estudios (Anexo) analizados es posible identificar las vivencias en la atención obstétrica de las mujeres pertenecientes a los siguientes colectivos: **(i)** Mujeres negras; **(ii)** Mujeres latinas; **(iii)** Mujeres indígenas; **(v)** Mujeres romaníes; y **(iv)** Mujeres migrantes (incluidas las mujeres migrantes de segunda generación, solicitantes de asilo, refugiadas, y sin autorización o documentación de acuerdo con las regulaciones migratorias).

## a. El Racismo Estructural y los Factores de Riesgo

El racismo estructural es conceptualizado por las investigaciones seleccionadas como la confluencia de instituciones, cultura, historia, ideología y prácticas codificadas que producen y perpetúan desigualdades basadas en el color de piel u otras características individuales, asociadas a políticas y prácticas que contribuyen para las inequidades en el acceso a bienes, servicios y oportunidades (Althusen et al, 2016; Attanasio et al, 2017; Bower et al., 2017; Braveman et al., 2017; Chambers et al., 2020; Clay, Griffin & Averhart, 2018; Daoud et al. 2019, Janevic et al. 2017). Althusen et al. (2016) destacan que el racismo y la discriminación suelen ser utilizados como términos similares, puesto que describen la desigualdad en la distribución de poder, que asigna valores a los individuos en función de su raza percibida, pese la raza siga siendo un constructo social. Afirman Dadoud et al. (2019, p.02) que la “discrimination systemically classifies people into groups, perpetuates uneven distribution of power and privileges, and maintains the superiority of some groups over others”.

Como dicho anteriormente, las categorías de análisis prácticamente crean una relación de causa/consecuencia, de modo que el racismo estructural es la raíz de todas las consecuencias que serán expuestas en las siguientes categorías. Inicialmente, en esta unidad, se analiza como el racismo estructural puede ser el elemento que predispone las mujeres a los factores de riesgos durante y después del embarazo. Tratar esos factores como consecuencia del racismo estructural es necesario para comprender que los efectos negativos no solo se producen cuando se tratan de experiencias discriminatorias explícitas. Como bien afirma Braveman et al. (2017, p.03), “even without personally experiencing incidents, individuals may worry or be anxious about potential race-based discrimination based on awareness of pervasive and historical discrimination. People may experience vigilance or concern about confirming negative stereotypes about their social group”. Igualmente, Clay, Griffin & Averhart (2018) y De Oliveira et al. (2017) aseveran que la percepción del racismo institucional y las experiencias reales de la discriminación pueden resultar en un estrés adicional que afectan los resultados del embarazo.

Los estudios concluyen que la discriminación racial y étnica pueden resultar en efectos negativos en la salud física y mental de las mujeres, sobretodo en los resultados

maternos y perinatales, como el bajo peso al nacer<sup>9</sup> y el parto prematuro<sup>10</sup> (Alhusen et al., 2016; Almeida et al., 2018, De Oliveira et al., 2018); trastornos mentales durante y después del embarazo (Anderson et al., 2017; Dadoud et al al., 2019); y mortalidad y morbilidad maternas (Grobman et al., 2016). Los factores como las condiciones socioeconómicas, demográficas, comportamentales y variables médicas pueden justificar esta inequidad y son elementos que muchas veces se presentan como consecuencias del racismo estructural.

La segregación residencial es una de las maneras más explícitas del racismo estructural, puesto que evidencia un rechazo del grupo de referencia blanco a vivir en barrios multiétnicos. La manera como se configura una ciudad multiétnica refleja la nueva configuración del orden social, destacando las desigualdades y las fronteras (visibles e invisibles) entre los diferentes grupos. Se observa este fenómeno con la población inmigrante en países occidentales, los negros e indígenas en Brasil, los romaníes en España y con la población negra y latinoamericana en Estados Unidos, por ejemplo. Esta marginación geográfica es asociada a una baja inversión en esas zonas, lo que facilita la producción de ambientes físicos y sociales no saludables: peores condiciones de vida, desigualdades económicas y disparidades educacionales (Alhusen et al, 2016; Altman et al., 2019; De Oliveira et al., 2018; Diabelková et al. 2018; Garcia et al. 2019; Janevic et al, 2017; Mehra et al., 2019). Un contexto de desventaja que puede generar mayores riesgos a las mujeres de diferentes maneras, como dificultar el acceso a cuidados; peor nutrición; aumento del estrés; patrones reproductivos de mayor riesgo, como embarazo en la adolescencia o multiparidad; una mayor prevalencia de enfermedades como la diabetes, la obesidad y la hipertensión; y uso de sustancias psicoactivas (Carmichael et al., 2017; Chae et al., 2018; Janevic et al., 2017).

En diferentes investigaciones, la segregación geográfica ha sido relacionado con resultados adversos del nacimiento, como el bajo peso al nacer y la prematuridad entre mujeres negras y migrantes latinoamericanas (Alhusen et al, 2016; Altman et al., 2019; Carmichael et al., 2017; Chae et al., 2019. Igualmente, Janevic et al. (2020, p.412)

<sup>9</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el “bajo peso al nacer” como un peso al nacer inferior a 2500g y lo considera un importante problema de salud pública en todo el mundo, de modo que ha instituido como objetivo para 2025 reducir un 30% el número de nacidos con bajo peso (OMS, 2017).

<sup>10</sup> La OMS considera prematuro un nacido vivo antes de que se hayan cumplido 37 semanas de gestación. Además, estima que cada año nacen unos 15 millones de bebés prematuros. Desafortunadamente, esa cifra sigue aumentando (OMS, 2018).

afirman que “we found that interpersonal racial discrimination and one marker of institutional racial discrimination living in a low SES neighborhood were associated with increased risk of low birthweight among Romani women”.

En la revisión integradora realizada por Alhusen et al. (2016), solamente uno de los 15 estudios revisados no ha identificado una asociación significativa entre la discriminación racial y los resultados perinatales adversos, a partir del análisis del racismo estructural que conlleva a la segregación residencial. Según los autores, lo que podría justificar esta conclusión es el hecho de que las mujeres negras que viven en barrios segregados están menos expuestas a personas blancas, de manera que la propia segregación sirve como una especie de amortiguador del estrés de la discriminación racial.

En otros estudios la discriminación racial es apuntada como un estresor crónico que predispone a factores de riesgo en la salud materna (Alhusen et al. 2016; Almeida et al., 2018; Altman et al., 2019; Anderson et al., 2017, Bower et al., 2017). No queda evidente la suficiente exposición al estrés para generar resultados perinatales adversos. Sin embargo, es sabido que las mujeres racializadas, a lo largo de su vida, están más sujetas a enfrentar situaciones de discriminación racial que, en un efecto acumulativo, facilitaría la ocurrencia de malos resultados de salud. En este sentido, afirman Alhusen et al. (2016, p.03) que “unhealthy environments and psychosocial stress are inextricably linked and may potentiate adverse effects on physical and mental health. Taken together, chronic stress stemming from racial discrimination is recognized to be particularly significant for minority women.”

Es importante destacar que los resultados perinatales adversos son apuntados como prevalentes entre las mujeres negras. No obstante, esto puede evidenciar una ausencia de análisis fuera de la dicotomía blanco-negro. En este sentido, Almeida et al. (2018) al analizar el estrés psicosocial a partir de tres ejes: problemas financieros, estrés traumático y/o de relaciones durante el embarazo, y añadir el colectivo de mujeres indígenas a la investigación, concluyen que en este colectivo hay una prevalencia de los tres tipos de estrés en los 12 meses anteriores al parto. Afirman que este resultado puede ser contrastante con otras investigaciones porque no se suele analizar las vivencias de las mujeres indígenas. No obstante, resaltan la persistente inequidad entre los resultados de



mujeres blancas y mujeres negras, que se justifican en otros factores más allá de la exposición al estrés.

Our study builds on the literature suggesting that racial/ ethnic minority women experience increased psychosocial stressors which may contribute to adverse birth outcomes. Findings demonstrate that stress and socio-demographic variables explain some of the racial/ethnic inequities in LBW (*bajo peso al nacer*) and PTB (*parto prematuro*), with the exception of non-Hispanic blacks. Although stress accounted for some of their increased risk, the persistent inequity between non-Hispanic blacks and whites remained. (Almeida et al., 2018, p.1161)

No queda evidente como los “*stressor landscapes*” (Koning & Ehrental, 2019, p.02), el estrés en las circunstancias y contextos sociales, contribuyen para las inequidades entre razas en los resultados de nacimiento. Koning & Ehrental (2019) al realizaren un estudio interseccional, con el objetivo de elucidar los contextos de nacimiento a través de los eventos de la vida de mujeres pertenecientes a grupos minoritarios, destacan como la raza y la condición socioeconómica se entrecruzan en los “paisajes estresantes” y producen los resultados adversos do nacimiento. Según las autoras, y en concordancia con otras investigaciones, existe una disparidad entre los resultados adversos de nacimiento por raza y condición socioeconómica. Es posible identificar patrones maternos de eventos de la vida, como la falta de vivienda, el desempleo, la falta de condiciones financieras para afrontar las cuentas, el embarazo no deseado por la pareja, alguien cercano con dependencia química, etc., que preceden a los nacimientos y que sistemáticamente perjudican a las mujeres de bajos ingresos y de grupos minoritarios. El enfoque interseccional ha permitido que las autoras concluyesen que la manera como los paisajes estresantes afectan a las mujeres aparenta depender de la raza y de los ingresos conjuntamente. En este aspecto, afirman que existe evidencia de una potencial vulnerabilidad diferencial o susceptibilidad a estresores en determinados grupos.

One of the starkest illustrations of this is the exceptionally lower birth weight and higher risk of LBW (*bajo peso al nacer*) and VLBW (*muy bajo peso al nacer*) among middle-income NHB mothers (*no-hispana negra*). This pattern suggests that women of color are more acutely vulnerable to social stressors relative to white women of similar income and relative to lower-income women of color,

potentially due to greater social isolation or the accumulation of stress related to overcoming other obstacles coinciding with upward mobility (Koning & Ehrental, 2019, p.06).

Sow et al. (2018) han identificado los factores socioeconómicos asociados con dos resultados adversos de nacimiento, bajo peso al nacer y recién nacidos pequeños para la edad gestacional<sup>11</sup>, de acuerdo con el origen materno de mujeres que residen en Bruselas, utilizando como indicadores socioeconómicos los ingresos, la situación laboral y el nivel educativo. Para los autores, al se tratar de poblaciones de inmigrantes, la mayoría de las investigaciones utilizan el nivel educativo como único factor socioeconómico, sin embargo, los ingresos y el empleo son indicadores indispensables, visto que ese grupo es más susceptible a sufrir con el desempleo y tener bajos ingresos y, por lo tanto, presentar factores estresantes que pueden afectar de manera negativa los resultados del embarazo. En consonancia con esta afirmación, la investigación ha identificado que entre las madres nacidas en Bélgica o en otro país europeo el bajo nivel educativo tiene mayor influencia en los resultados adversos del parto cuando comparado con los efectos entre mujeres migrantes (subsaharianas y del Norte de África). Esto porque, según los autores, no tener un diploma de primaria o secundaria supone una vulnerabilidad psicosocial significativa para las madres europeas, lo que no es el caso de las madres inmigrantes, que provienen de países donde los niveles educativos de las mujeres suelen ser inferiores. Sin embargo, la investigación ha concluido, en consonancia con otros estudios, que el alto riesgo de pobreza entre la población inmigrante afecta negativamente los resultados perinatales.

Hay que destacar como un análisis interseccional es necesario para evitar la homogeneización de los grupos y permitir observar los niveles de vulnerabilidad dentro de cada grupo poblacional. En el caso de la investigación realizada por Sow et al. (2018), por ejemplo, es de sentido común que un bajo nivel educativo potencializa la situación de vulnerabilidad de los individuos. Sin embargo, a partir del análisis interseccional entre el origen maternos y los indicadores socioeconómicos (educación, ingresos y empleo), ha sido permitido observar como el bajo nivel educativo produce más o menos efectos negativos en la salud materna a depender del origen de la madre. Esto porque, para las

<sup>11</sup> “El término ‘pequeño para la edad gestacional’ (PEG) describe a un recién nacido cuyo peso y/o longitud se encuentran dos o más desviaciones estándar (DE) (percentil 3) por debajo de la media establecida para su población de referencia, su sexo y su edad gestacional.” (Asociación Española de Pediatría, p.02, 2010)

mujeres migrantes de la población estudiada, la inscripción escolar no tenía el mismo peso, por así decir, que tenía entre las mujeres europeas, de modo que entre esas el hecho de no obtener un diploma escolar generaba una vulnerabilidad más latente.

Robinson et al. (2016) han realizado un estudio descriptivo comparativo a fin de identificar tipos de estrés psicosocial materno experimentado por mujeres de minorías étnicas (árabes, asiáticas, africanas, naciones originarias o *First Nations* y latinoamericanas) en Alberta, Canadá. Los resultados apuntan que mujeres que se identifican con una minoría étnica tienen más probabilidades de relatar síntomas de depresión, ansiedad, bajo apoyo social y problemas de salud física y emocional durante el embarazo. Al comparar las minorías étnicas con el grupo de referencia blanco, se concluye que las mujeres pertenecientes al primer grupo son más susceptibles de presentar resultados negativos de salud física, social y emocional. Además, dentro de este grupo es posible identificar subpoblaciones más vulnerables que otras, como ha sido el caso de las mujeres árabes.

Shakeel et al. (2018), en estudio de cohorte prospectivo de 643 mujeres embarazadas, han encontrado semejantes resultados: existe una prevalencia de depresión posparto<sup>12</sup> entre las minorías étnicas cuando comparadas a los grupos poblacionales de mujeres europeas occidentales. La susceptibilidad de las mujeres que se identifican con las minorías étnicas está asociada con los niveles de soporte social, los eventos adversos de la vida, el estado socioeconómico, el nivel de integración, los factores culturales y la propia etnia, siendo mayor el riesgo de desarrollar depresión posparto entre las mujeres de Medio Oriente y del sur de Asia. Estos factores que incrementan el deterioro de la salud mental también han sido identificados por Anderson et al (2017) con relación a las madres migrantes y por Daoud et al. (2019) en referencia a las madres migrantes e indígenas.

En su estudio, Bower et al. (2017) también ha observado que la preocupación crónica con la discriminación racial entre las mujeres negras en Estados Unidos, asociada con otras variables socioeconómicas como los ingresos y la educación, demuestran

<sup>12</sup> “La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz. Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas y de otras personas. La depresión posparto no tiene una sola causa, sino que es consecuencia de una combinación de factores físicos y emocionales.” (National Institute of Mental Health, 2014, p.01)

patrones que vinculan el racismo con síntomas depresivos, tabaquismo y otros comportamientos pocos saludables. Por otro lado, Janevic et al. (2019) no han encontrado relación entre la discriminación racial y el tabaquismo durante el embarazo entre la población romaní en Serbia y Macedonia. Interesante es la observación que hacen los autores, al afirmar que esta conclusión va de encuentro con investigaciones anteriores realizados en Estados Unidos y con el colectivo negro, como la de Bower et al. (2017), citada anteriormente, justificando este hecho en los diferentes contextos políticos y sociales.

Por no decir evidentes, sino esperadas, las conclusiones no son sorprendentes cuando se trata de un análisis de la realidad racial/étnica, en la cual existe una diferencia histórica entre la población que ha sufrido un proceso de marginación y el grupo referencial blanco. Pese a la mayoría de los estudios seleccionados tratar de la realidad de las mujeres negras en Estados Unidos, donde el racismo estructural es experimentado en niveles extremos, sea a través de políticas claramente racistas y segregacionistas, sea a través de la violencia racial (por no hablar de la violencia policial), es posible trascender este análisis a otros territorios y a otros grupos marginados. Esto porque los efectos negativos del racismo y de la discriminación racial en la salud materna y perinatal son evidentes, aunque en distintos niveles y experimentado en distintos contextos, por mujeres migrantes en los países europeos, mujeres gitanas en España, mujeres indígenas en Latinoamérica, etc.

El hecho de que entre los estudios seleccionados exista una preponderancia de análisis de la población negra estadounidense evidencia que hay un intento de visibilizar la problemática de la salud de la mujer negra, pero también demuestra la ausencia de investigaciones que abarquen otros colectivos igualmente racializados en la sociedad, reafirmando su invisibilización.

Esta categoría ilustra como el hecho de pertenecer a grupos racializados, facilita que mujeres sufran la violencia obstétrica, al entender esta como un fenómeno sistémico y generalizado, que pone en riesgo el derecho a la vida y a la salud de esas mujeres. Los factores de riesgo aquí citados son, en su mayoría, evitables si no hubiera esta construcción de la otredad, la institucionalización del racismo, que posibilita que la violencia obstétrica (mejor dicho, etno-obstétrica) sea producto del contexto más amplio del patriarcado, de la discriminación y de la desigualdad estructural.

## b. Barreras para Acceder a la Atención Obstétrica

Uno de los impactos de la discriminación racial es la obstaculización al acceso a los servicios. La dificultad en acceder a los servicios de atención obstétrica es una consecuencia del racismo estructural y potencializa los factores de riesgos que pueden producir resultados adversos en el embarazo y nacimiento. Así, como dicho anteriormente, esta categoría sigue la lógica de causa/consecuencia con la categoría de análisis anterior.

A partir de los estudios, se ha podido identificar que existen componentes que se presentan como barreras personales y otros como barreras estructurales que dificultan o impiden el acceso a los servicios de atención obstétrica a las mujeres racializadas. Esta división está presente en el estudio realizado por Higginbottom et al. (2016), que analiza la experiencia de utilización de los servicios de salud por mujeres migrantes en Alberta (Canadá). Puesto que estas barreras han sido encontradas en las otras investigaciones seleccionadas, pese no hayan sido clasificadas como personales o estructurales, aquí seguiremos esa división por entender necesario identificar cuáles son los componentes obstaculizadores propios de los individuos y cuáles recaen sobre el sistema estructurado en raíces racistas. Sin dejar de destacar que las barreras personales son muchas veces consecuencias del propio sistema, haya vista que la idea de inferioridad/otredad es internalizada por los propios individuos, lo que dificulta el rompimiento de las esposas marginalizadoras.

### i. Barreras personales

Higginbottom et al. (2016) a partir de un estudio cualitativo, cuyos datos han sido obtenidos a través de entrevistas semiestructuradas individuales y de grupos focales, identifica cuatro barreras personales que dificultan el acceso a los servicios de atención obstétrica: barreras de comunicación; ausencia de apoyo social; y creencias culturales.

La barrera de comunicación está más presente entre el colectivo de migrantes, puesto que es generada por una competencia limitada del idioma del país receptor. Solamente la investigación de Watson y Downe (2017), entre los estudios seleccionados,

indica la barrera lingüística como obstaculizadora para el acceso a la atención obstétrica para el colectivo de mujeres romaníes en Europa.

Este componente impide que las mujeres puedan acceder a los servicios de atención obstétrica, expresar de manera adecuada sus sentimientos, dudas, opiniones y explicar el problema/situación que las han llevado a buscar la asistencia médica, a parte de dificultar la comprensión de los términos médicos. Esas cuestiones, además de influir en la satisfacción de la paciente con relación a la atención recibida, puede facilitar la ocurrencia de resultados adversos en el embarazo y nacimiento (Alhusen et al., 2016; De Freitas et al., 2020; Fair et al., 2020; García, 2017; Higginbottom et al., 2016; Huang et al., 2019; Mocooni, Pennell & Preen, 2020; Origilia et al., 2017; Origilia et al., 2019; Peláez et al., 2017, Sentell et al., 2016; Yelleand et al, 2015).

Además, este componente dificulta la integración social de las mujeres, sobretodo de las migrantes e indígenas, y una percepción positiva de la experiencia del embarazo y parto (Glavin & Sæteren, 2016; Merry et al., 2016; Shakeel et al., 2018). En la investigación realizada por Glavin & Sæteren (2016), mujeres somalíes que migraron a Noruega, independiente del tiempo de residencia en el país, han apuntado que las dificultades lingüísticas han obstaculizado el acceso a la información sobre los servicios de atención obstétrica ofertados y han generado un cierto recelo en participar de grupos de maternidades. Igualmente, en la revisión narrativa realizada por De Freitas et al. (2020), han sido citados estudios que obtuvieron resultados similares en Reino Unido, Canadá, Estados Unidos y Portugal. Entre los factores de riesgo identificados, la barrera lingüística es un facilitador de enfermedades mentales, como depresión posparto y ansiedades, sobretodo entre las mujeres migrante en situación administrativa irregular y solicitantes de asilo (Alhusen et al., 2016; Robinson et al., 2016; Shakeel et al., 2018), y está asociada con alta tasa de mortalidad y morbilidad materna entre las mujeres migrantes (De Freitas et al., 2020; García, 2017).

Un intento de derribar esta barrera es la oferta de intérpretes en las maternidades. Sin embargo, no se puede afirmar que se trata de un servicio ampliamente aceptado y garantizado. García (2017) discute la necesidad de intérpretes capacitados en los términos médicos para realizar la traducción, puesto que la subjetividad del intérprete puede influir en la relación entre la paciente y el proveedor de salud. Además, se discute que el uso de interprete facilita que la información prestada sea limitada, debido al tiempo de

utilización del servicio y de la necesidad de compactar las informaciones (Origlia et al., 2019). Por esa razón, muchas mujeres optan por la ayuda de amigos y familiares que tienen conocimiento del idioma del país anfitrión. No obstante, en algunas investigaciones se ha identificado que algunas mujeres presentan una cierta cautela y sospecha en tratar sobre asunto íntimos delante de intérpretes, sobretodo aquellas provenientes de zonas de persecución, como las solicitantes de asilo y refugiadas, además de sentirse avergonzadas y vulnerables por hablar sobre cuestiones íntimas delante de sus parejas. (De Freitas et al., 2020; García, 2017).

While these efforts reduce communication barriers, there seem to be challenges in regard to their being “time-consuming,” unavailable in delivery rooms and during the busy night hours, Alternatively, many immigrants bring along a family member (often their child) or a friend to assist with their communication, but this approach can lead to confidentiality and ethical issues (Higginbottom et al., 2016, p.07).

La falta de apoyo social también es una barrera personal al acceso a los servicios sanitarios. Mujeres migrantes suelen buscar ayuda durante el embarazo, el parto y el posparto de su familia inmediata y amigos que residen en el país anfitrión, tanto para informarse sobre los servicios a que tienen derechos, como para intermediar la comunicación con los profesionales de la salud cuando no hablan fluentemente el idioma. Las mujeres que se encuentran en situación administrativa irregular buscan todavía más ese apoyo social y se alejan de los servicios sanitaria por miedo a sufrir sanciones. La ausencia de esa una red de apoyo puede generar un retraso o irregularidad de las visitas médicas, y incluso la no utilización de esos servicios, lo que puede producir efectos negativos en salud materna y neonatal (Anderson et al., 2017; Fair et al., 2020; Higginbottom et al., 2016; Origlia et al., 2019).

Entre los factores de riesgo generados por esta barrera han sido apuntados en los estudios el riesgo a depresión prenatal y postparto y estrés crónico (Anderson et al., 2017; Daoud et al. 2019; Gadson et al.; 2017; Heslehurst et al., 2018; Kim et al. 2019; Shakeel et al., 2018). Robinson et al. (2016) indican que la ausencia de recursos materiales y emocionales generados a través de las interacciones interpersonales es un elemento facilitador de resultados adversos del nacimiento, como el parto prematuro y el bajo peso al nacer, puesto que las mujeres que se encuentran sin apoyo social tienen un mayor riesgo

de no acceder a los recursos y servicios necesarios para atender a las demandas del embarazo. Realizada en Canadá, la investigación ha concluido que una mujer perteneciente a una minoría étnica (28,8%) es tres veces más propensa a relatar un apoyo inadecuado que una mujer del grupo de referencia blanco (9,8%).

Las creencias y practicas culturales de algunos grupos minoritarios también son consideradas una barrera a la atención obstétrica (Butwick et al., 2016; De Freitas et al., Heslehurst et al., 2018; Higginbottom et al., 2016; Glavin & Sæteren, 2016; Fair et al., 2020; Rasmussen et al., 2019) Tanto como los factores sociales y económicos, los factores culturales también están relacionados con las actitudes y comportamientos de la mujer, que influyen en su planificación familiar, los cuidados en el embarazo y, consecuentemente, en los resultados obstétricos (Blagoeva et al. 2018). Estas barreras son fácilmente identificables entre las mujeres migrantes, sobretodo en países europeos, razón del aumento del flujo migratorio. En estudio sobre la vulnerabilidad de migrantes somalíes, por ejemplo, Rasmussen et al. (2019) han identificados que las barreras culturales conducen a un malentendido y desconfianza mutuos entre las mujeres embarazadas y los profesionales de la salud, de manera que genera un retraso en la búsqueda por la atención medico-obstétrica, aumentando los riesgos de resultados perinatales indeseados y la necesidad de intervenciones obstétricas. En la misma investigación, se indica que la ablación genital entre mujeres migrantes puede ser una explicación para las altas tasas de cesáreas de urgencia entre ese grupo. Igualmente, lo han destacado Glavin & Sæteren (2016, p.06):

Some of the women in the current study had been circumcised before they came to Norway. According to Vangen et al., most Somali women in Norway have undergone circumcision. Such knowledge may affect the obstetrician's decision about the need for a caesarean delivery, but the women in the current study felt that they were not informed or had not understood the information they received about the reason for the choice of delivery method.

Obstáculos a la toma de decisión que conllevan, muchas veces, a la adopción por parte de los profesionales de la salud de intervenciones rutineras científicamente no recomendadas, producen experiencias negativas entre mujeres que no atienden a la cultura hegemónica. Gamlim & Holmes (2018) han realizado una investigación sobre las muertes perinatales evitables en las comunidades indígenas Wixárica, en México. Ellos



han concluido que los factores culturales pueden justificar la incidencia de las muertes, ya que practicas rutineras (medicamente innecesarias), como la insistencia en un parto en posición de litotomía y la retirada de la ropa son culturalmente inapropiados, hacen con que las mujeres busquen tardíamente la atención obstétrica. En mismo sentido, en estudio sobre la atención prenatal ofertada a las mujeres indígenas en Brasil, Garnelo et al. (2019) han visibilizado la extrema vulnerabilidad de ese colectivo incluso cuando comparado con otros colectivos vulnerables. Entre las causas se destaca la inadecuación de los servicios ofertados con las necesidades de esas mujeres.

Heslehurst et al. (2018) destacan que la barrera cultural produce enfrentamientos entre la mayoría de las mujeres migrantes y los paradigmas médicos occidentales de atención perinatal. De igual manera, Higginbottom et al. (2016), en investigación realizada sobre la experiencia de mujeres migrantes en la atención obstétrica canadiense, han entrevistado a mujeres que subrayaron que el embarazo es un acontecimiento natural de la vida y un proceso fisiológico durante el cual no requería atención médica especial. Sin embargo, ellas han enfrentado conflictos con los profesionales de la salud, ya que existe una predominancia de la biomedicina occidental y la medicalización del parto en Canadá.

## ii. Barreras estructurales

Siguiendo la lógica de la categoría anterior, basándose en el estudio de Higginbottom et al. (2016), son identificadas tres las barreras estructurales que dificultan el acceso a los servicios de atención obstétrica: falta de información, el coste de las medicinas/servicios, y la discriminación en la atención sanitaria. Es necesario destacar que, conforme la investigación de Higginbottom et al. (2016), la falta de información es considerada una barrera personal, sin embargo, en este estudio será considerada una barrera estructural, puesto que el propio sistema que dificulta el acceso a la información por las personas racializadas.

La falta de información como una barrera estructural se refiere al hecho de que mujeres pertenecientes a grupos marginados no tienen fácilmente informaciones sobre como acceder a los servicios sanitarios, sobretudo las mujeres migrantes y refugiadas, las que están en situación administrativa irregular y las que tienen una posición

socioeconómica baja (Altman et al., 2019; Butwick et al., 2016; De Freitas et al., 2020; Diabelková et al., 2018; Fair et al. 2020, Glavin & Sæteren, 2016; Heslehurst et al., 2018; Higginbottom et al. 2016;). Los estudios están enfocados en las vivencias de la población migrante y romaníes en países norteamericanos y europeos.

Esa barrera estructural se produce tanto por cuestión lingüísticas, sea por el idioma o por información ofertada utilizando un lenguaje de difícil comprensión, como por la decisión por no buscar informaciones por miedo a represalias. No tener acceso a la información sobre los servicios de atención obstétrica configura una violación al derecho a la salud de la mujer, ya que no solo afecta directamente su salud como también repercute en el desarrollo saludable del bebé (De Freitas et al., 2020).

La segregación geográfica juega un papel importante en la desinformación. Diabelková et al. (2018) y Watson & Downe (2017) destacan que el aislamiento en los asentamientos en los que viven muchas comunidades romaníes genera una considerable desinformación sobre el acceso y los derechos a la atención de la salud, sobretodo la obstétrica, además de provocar cierta desconfianza en las instituciones sanitarias oficiales. Y como ya mencionado en la categoría anterior, la marginación geográfica dificulta la accesibilidad también debido a la gran distancia del centro de salud y la escasez de transporte público. Ese elemento también ha sido identificado por Gamlin & Holmes (2018) al estudiar el acceso a los servicios por la población indígena en México, y por Huang et al. 2019, en la investigación sobre las barreras de acceso a los cuidados obstétricos entre minorías étnicas en China.

Las investigaciones discuten la dificultad de las mujeres migrantes en acceder a la atención obstétrica debido al desconocimiento de sus derechos, su derecho a la atención sanitaria, falta de información sobre los servicios disponibles y si la atención es gratuita. Además, destacan la dificultad de presentar la documentación requerida o el seguro que son requisitos previos para la atención. Aquí, tiene papel importante el apoyo social y emocional de familiares que hablan el idioma local y saben como navegar por el sistema de salud y organizaciones no gubernamentales, facilitando el acceso a la información sobre los derechos y los servicios disponibles (Fair et al., 2020; Glavin & Sæteren, 2016; Heslehurst et al., 2018; Higginbottom et al. 2016).

(...) encontramos una mayor proporción de mujeres indígenas y afrodescendientes sin atención prenatal o con una inadecuada atención, con menor atención del parto

por profesionales, con menor utilización de servicios de salud para la atención del parto, y del posparto, que llega en el caso de las indígenas sólo al 54%. Esto refleja inequidades en salud, considerando la alta cobertura de estos servicios en las mujeres de ninguna etnia, lo cual evidencia que en Colombia los derechos reproductivos no están siendo garantizados en todas las mujeres. Estos resultados coinciden con otros estudios realizados que evidencian obstáculos administrativos, geográficos, económicos y culturales (Noreña-Herrera et al., 2015, p.2642).

Los costes de las medicinas y de los servicios también dificultan el acceso al sistema de atención sanitaria. Esa barrera estructural ha sido mayoritariamente identificada, en los estudios seleccionados, entre las mujeres migrantes, ya que los precios suelen ser elevados para aquellas que no tienen residencia permanente en el país receptor. Además, la situación administrativa puede agravar ese factor, puesto que es posible que no se les permita trabajar en el país de acogida o se les dificulte conseguir un empleo debido a xenofobia (Fair et al., 2020; Heslehurst et al., 2018; Higginbottom et al., 2016).

Algunos elementos son apuntados como intentos de atenuar la barrera económica, a través de la oferta de subvenciones directas o seguros que financian tanto la atención prenatal como el parto. Sin embargo, como acentúan Huang et al. (2019), la burocratización del sistema, dificultando la solicitud de las ayudas, y la elaboración de políticas poco claras, obstaculiza el acceso a la financiación por las minorías étnicas que hablan un idioma diferente. Lo mismo pasa en países en que el coste de los servicios de intérpretes no está regulado, como en Suiza, tornando aún más difícil costear los servicios de traducción (Origlia et al., 2019).

La última barrera estructural identificada ha sido la discriminación en la atención sanitaria, que dialoga con la primera categoría de análisis, pero que aquí está más relacionada al miedo/recelo de las mujeres de sufrir discriminación al buscar la atención obstétrica y en hablar con las autoridades a respecto de sus derechos, principalmente cuando en situación administrativa irregular. El uso de los estereotipos por los profesionales de la salud y las percepciones de las pacientes sobre esos estereotipos dificultan no solo la búsqueda por la atención, como también la calidad de la atención que reciben las personas de los grupos racializados.

Investigaciones relatan como las mujeres racializadas imaginan que serán tratadas al buscar la atención sanitaria y el miedo al maltrato, al trato desigual por se traten de mujeres de otro país, por ejemplo, puede hacer con que ellas no se sientan bienvenidas (Altman et al.,2019; Bower et al., 2018; Braveman et al., 2017; Butwick et al., 2016; Carmichael et al., 2017; Chael et al., 2019; Merry et al., 2016). El abuso, la falta de respeto y la discriminación desempeñan un papel importante en la forma como las mujeres racializadas acceden y experimentan la atención durante el embarazo, el parto y el posparto, y esto contribuye para el surgimiento de resultados adversos para la madre y el bebé (Altman et al., 2019).

Some participants thought that people are treated differently, based on dominant societal stereotypes, with respect to their specific ethnocultural practices. For example the tendency for immigrant women to have larger families than Canadian women: “We tend to have many like the East Africans, Somalia, Sudan, some Ethiopian, Eritrea. They tend to have kids every eleven months. They go up to eight, nine, ten. [laughs] [HCP-Urban Town]” (*Entrevista a un proveedor de servicios de salud, en su sigla en inglés HCP – healthcare providers*) (Higginbottom et al., 2016, p.10).

Las barreras de acceso a la atención obstétrica sean personales o estructurales, evidencian la vulnerabilidad del derecho a la salud de las mujeres racializadas y, por lo tanto, revelan las expresiones de la violencia obstétrica. La mayoría de las investigaciones han enfocado en las barreras de comunicación generadas por la falta o poca competencia del idioma del país anfitrión, sin embargo, hay que destacar que una comunicación no efectiva también se trata de una barrera para cualquier mujer. Es decir, así como las mujeres migrantes y romaníes<sup>13</sup> enfrentan los obstáculos de acceso a la atención obstétrica por no comprender el idioma de los proveedores de la salud, es necesario observar que todas las mujeres, racializadas o no, pueden depararse con las barreras de comunicación cuando los profesionales de salud no hacen uso de una comunicación accesible, con terminologías de fácil comprensión y que posibilite la toma de decisiones informada y consciente.

<sup>13</sup> Hace referencia a la investigación de Watson & Downe (2017) sobre la discriminación contra las mujeres romaníes en la atención de la maternidad en Europa. Este estudio identifica el idioma y la escasez de servicios de traducción como una barrera de acceso a los servicios sanitarios para las mujeres romaníes, principalmente en países de habla inglesa.

Sin embargo, es necesario también entender el conjunto de las barreras aquí expuestas como facilitadoras de la violencia etno-obstétrica, consecuencia del racismo estructural. La negación hacia los cuerpos racializados genera las exclusiones sociales – marcadas por el prejuicio y el racismo –, y económicas – evidenciadas a través de la pobreza, bajos niveles de escolaridad y la dificultad de acceder a los servicios y bienes públicos. Las mujeres de los colectivos aquí analizados están bajo el impacto de los determinantes producidos por los movimientos históricos que construyeron formas culturales de se pensar la población que no se encaja en los patrones blancos europeos.

### c) La Relación con los Profesionales de la Salud

La oferta de información clara, minuciosa y a través de un lenguaje comprensible está íntimamente relacionada con la protección a los derechos a la información y a la toma de decisiones de la mujer en la atención obstétrica. De modo que la comunicación, la participación y el compromiso, tienen el poder de influir en la percepción de la mujer a respecto de la atención recibida y la experiencia positiva del embarazo y parto.

De Freitas et al. (2020) cita cuatro elementos básicos que deben de estar presentes en la comunicación y compromiso entre el profesional de la salud y la paciente: i) una relación basada en el respeto; ii) el compromiso de reducir la diferencia de nivel de conocimiento existente entre las partes involucradas, es decir, la oferta de una comunicación de calidad; iii) la devolución del poder a las pacientes; y iv) facilitar la participación de las mujeres en la toma de decisiones. Además, las percepciones positivas durante el embarazo están relacionadas con la preocupación del profesional de la salud de ofertar una comunicación de calidad y establecer una relación de confianza con la paciente, posibilitando la toma de decisión por parte de la paciente (Altman et al., 2019; Attanasio, Kozhimannil & Kjerulff, 2018; De Freitas et al., 2020; Fair et al., 2020; Higginbottom et al., 2016; McLemore et al., 2018; Origlia et al., 2019; Rosenthal & Lobel, 2017; Watson & Downe, 2017).

Sin embargo, el principal elemento que influye en la actitud y comportamiento de esos profesionales es la manera como ellos ven a las pacientes. Es decir, el estereotipo tiene peso en la hora de determinar como y cuanto de la información será proporcionada y como será el trato dirigido a la paciente. En investigación realizada por McLemore et

al. (2018) con mujeres negras de Estados Unidos, las participantes han relatado que han recibido un trato irrespetuoso y tenido una interacción estresante con los profesionales de la salud, en razón de su raza, estado civil, y nivel educacional y económico.

Basándose en los atributos clasificadores, los profesionales de la salud determinan en cuales pacientes serán realizadas intervenciones y procedimientos con finalidad didáctica y cuales merecen una atención de calidad. Assis (2018) habla de una “disposición jerárquica del valor social de las pacientes”, de manera que cuanto mayor sea la vulnerabilidad de la mujer, más humillante y grosero será el trato ofertado a la ella. En igual sentido, Attanasio, Kozhimannil & Kjerulff (2018) afirman que cuanto mayor sea la separación social entre los médicos y las pacientes de grupos racializados, mayor el desequilibrio de poder en la relación médico/paciente y menor la participación de la mujer en la toma de decisión.

Health professionals’ limited time, knowledge and support to develop an understanding of the difficulties experienced by migrant women may lead to the reification of misconceptions about their behaviour (e.g. explaining failed appointments with migrant women’s undervaluing of antenatal care), which in turn may hinder the quality of clinical interactions and information sharing (De Freitas et al., 2020, p.12).

El miedo de las mujeres de sufrir discriminación al buscar por la atención sanitaria también afecta la relación los profesionales de la salud. Hassan et al. (2019), han realizado un estudio cualitativo sobre la primera experiencia de la maternidad, en Reino Unido, de mujeres musulmanas que hablan inglés. Los autores identificaron que la relación médico/paciente también se ve afectada por la visión negativa que las mujeres suponen que los profesionales de la salud tienen acerca de las prácticas de parto islámica, las mujeres musulmanas y el Islam en general. De manera que ellas no se sienten seguras para discutir sobre sus opciones, necesidades y deseos, por recelo de estar en desacuerdo con el paradigma médico occidental.

Muslim women felt that they had to explain themselves every time their religious beliefs and practices were mentioned. Rather than just asking for what they need, they felt the need to explain why for example they wanted to be seen by a female healthcare professionals. While others found it easier to ‘hide’ their religious practices rather than discussing them freely. Even though they wanted a healthcare

professional's opinion on certain religious practices during pregnancy, such as fasting during pregnancy (Hassan et al., 2019, p.06).

Watson y Downe (2017) identifican semejante sentimiento por parte de mujeres romaníes que buscan atención obstétrica en maternidades europeas. La relación con los profesionales es pautada en experiencias discriminatorias por diferentes motivos, por la etnia, la situación económica, el lugar de residencia y el idioma. Los relatos apuntan un trato irrespetuoso, la falta de comunicación, el abandono, el abuso físico y verbal, la denegación de atención y la obligación de esperar hasta que las mujeres no romaníes fueran atendidas.

Las mujeres migrantes y de minorías étnicas, además de encontraren obstáculos al acceso a los servicios sanitarios obstétricos, sus necesidades suelen ser ignoradas por los proveedores de la salud que las tratan con indiferencia o consideran que no tienen conocimiento suficiente para comprender las informaciones y tomar decisiones. Esa percepción no se limita a las mujeres con poco conocimiento del idioma del país receptor, ya que, incluso aquellas proficientes en el idioma encuentran dificultades de comunicarse con los profesionales de salud que utilizan con frecuencia la jerga médica (De Freitas et al., 2020; Fair et al., 2020; Origlia et al, 2019). En la revisión narrativa realizada por De Freitas et al. (2020), la cual han sido analizados estudios cualitativos y cuantitativos sobre la participación de mujeres migrantes y de minorías étnicas en la atención obstétrico, se pudo concluir que esas mujeres tenían más probabilidad de que se les ofrezcan menos oportunidades de participar en la toma de decisiones, tanto por la dificultad de comprender la información, como por las creencias socioculturales y las experiencias anteriores en asistencia sanitaria en que no se valora el papel activo de la paciente; además de sufrir con ideas equivocadas por parte de los profesionales de la salud acerca de sus necesidades y preferencias.

Esa situación ha sido identificada en las experiencias de mujeres migrantes alófonas<sup>14</sup> que viven en la región alemana de Suiza. La ausencia de comunicación clara, objetiva y eficaz hizo con que esas mujeres sintieran que la prestación de servicios de salud pareciera impuesta de manera autoritaria y no atendían a sus necesidades. Además, la diferente concepción acerca de la naturalidad del embarazo y el parto hizo con que las

<sup>14</sup> “We define allophone migrants as migrants who do not speak any of the official languages of their host country” (Origlia et al., 2019, p.2201).

mujeres no tuviesen una experiencia positiva y se sintiesen a merced de los profesionales. (Origlia et al., 2019).

Altman et al. (2019) llaman de “empaquetamiento de la información” al proceso por el cual las mujeres perciben que los profesionales de la salud están adoptando intencional o inadvertidamente el intercambio de información como herramienta para controlar las interacciones con las pacientes e influir en la toma de decisiones. Ese elemento impide el consentimiento informado por parte de la mujer (Higginbottom et al., 2016). Es interesante destacar que algunas mujeres han relatado que la experiencia de la atención al embarazo y parto es positiva cuando el profesional responsable por los procedimientos son de la misma etnia que ellas, porque consideran que esos profesionales reconocen las vivencias y experiencias de pertenecer a un grupo racializado (Attanasio et al, 2019).

Los elementos aquí expuestos indican la dificultad enfrentada por las mujeres racializadas de establecer una relación adecuada con los profesionales responsables por la atención obstétrica. Se observa un proceso de ruptura de la interacción médico/paciente y el surgimiento de un proceso de invisibilización de la subjetividad del otro, es decir, la construcción de la imagen del otro como objeto. Ese contexto facilita un escenario de violencia obstétrica, puesto que además de violar el derecho a la integridad personal de las mujeres, no respeta su derecho a la toma de decisión y autonomía. Asimismo, se caracteriza como violencia etno-obstétrica, ya que todos los comportamientos y actitudes aquí expuestos han sido pautados por los constructos sociales de la raza y etnia.

#### d) Experiencias del Parto

Las categorías anteriores representan el camino recorrido por las mujeres racializadas que necesitan de la atención obstétrica. Empezamos analizando como las circunstancias y experiencias vividas en una sociedad estructuralmente racista puede influir en la salud y embarazo de la mujer; pasamos a ilustrar los obstáculos personales y estructurales enfrentados por esas mujeres para acceder al sistema sanitario, y observamos como es construida la relación entre ellas y los profesionales de salud en el momento de la atención. Ahora, llegamos al último punto del camino: el parto.



Quizá esta sea la categoría en la que se puede identificar de manera más clara la violencia obstétrica, puesto que trata de los datos referentes a la atención obstétrica en el momento del parto, momento este en que la vulnerabilidad de la mujer es más visible. Además, porque el concepto de violencia obstétrica se refiere a las circunstancias violadoras de derecho en el preparto, parto y postparto inmediato (pese a que las ofensas a los derechos puedan ser identificadas en cualquier momento de la atención sanitaria, como se puede concluir a partir de las categorías anteriores). Esto puesto, esta categoría tiene por objetivo analizar si las vivencias de las mujeres racializadas en el momento exacto del parto evidencian una mayor vulnerabilidad en comparación al grupo de referencia blanco.

Los estudios seleccionados identifican que las mujeres pertenecientes a grupos minoritarios tienen más probabilidad de tener una cesárea<sup>15</sup> que un parto vaginal y natural (Attanasio et al., 2017; Heslehurst et al., 2018; Merry et al., 2016; Papoutsis, Antonakou & Tzavara, 2016; Rasmussen et al., 2019; Reddy et al. 2017). Las posibilidades de dar a luz por cesárea varían según la raza/etnia y el nivel socioeconómico, de manera que las mujeres negras y latinas (o hispánicas) tienen un riesgo mayor de pasar por la intervención quirúrgica (planeada o no), incluso después de considerar los factores de riesgo, como la edad y las condiciones médicas (Attanasio et al., 2017; Papoutsis, Antonakou & Tzavara, 2016).

En estudio realizado sobre las tasas de cesárea entre mujeres que dieron a luz entre 2004 y 2015 en Dinamarca, Rasmussen et al. (2019) han observado que el riesgo de sufrir la intervención es substancialmente mayor entre las mujeres migrantes, siendo los riesgos de una cesárea de emergencia más presente entre las mujeres provenientes de Turquía, Filipinas, Somalia, Vietnam, Irán y Afganistán. Ya la posibilidad de pasar por una cesárea planeada es menor entre las migrantes. Los factores que posiblemente justificarían esos resultados son las influencias culturales (Irán es uno de los países con la mayor tasa de cesárea del mundo) y las barreras en acceder al sistema sanitario, tanto la tardanza en empezar los controles prenatales como las barreras lingüísticas, que incluso afectan la relación con el profesional de la salud.

<sup>15</sup> “Las cesáreas pueden provocar complicaciones y discapacidades significativas, a veces permanentes o incluso la muerte, especialmente en los lugares que carecen de instalaciones o de capacidad para realizar cirugías de forma segura y para tratar las complicaciones quirúrgicas. Idealmente, las cesáreas deben realizarse solo cuando son necesarias por razones médicas” (OMS, p. 04, 2015).

Los factores estructurales también afectan cómo y dónde las mujeres pertenecientes al grupo indígena Wixárika, en México, deciden dar a luz. Gamlin & Homes (2018) han observado como la segregación geográfica y la barrera lingüística dificultan los cuidados durante el embarazo, y el racismo convierte esas mujeres en víctimas de tratos deshumanizados. Esos elementos hacen con que muchas mujeres elijan los partos sin asistencia en el hogar, pero también aumenta la probabilidad de experimentaren muertes prenatales.

Merry et al. (2016) establecen cinco indicadores de migración para analizar si la migración es un determinante en la realización de cesáreas de emergencia. Son esos: el país de nacimiento; el tiempo viviendo en el país receptor; el idioma; la condición legal migratoria; y la etnia. Según los autores, esos indicadores se interrelacionan con las bajas condiciones de salud, la falta de soporte social y emocional, el desempoderamiento, y la atención de baja calidad que afectan a las mujeres migrantes. De manera que, crean el sustrato ideal para las emergencias obstétricas. De Freitas et al. (2020) destaca que muchas veces existe incompatibilidad entre las preferencias y expectativas de las mujeres migrantes y el paradigma de atención vigente en el país de acogida, imposibilitando que esas mujeres tengan la posibilidad de ejercer sus preferencias.

Otra cuestión es que incluso dentro de esa modalidad de parto el tipo de anestesia aplicada también varía según la raza y etnia de la mujer. Mujeres no-blancas tienen la posibilidad significativamente mayor de recibir anestesia general que mujeres blancas, se destacando una mayor incidencia entre mujeres negras. Butwick et al. (2017) afirman que los sesgos a nivel del profesional de salud pueden explicar las disparidades encontradas, indicando tres mecanismos que pueden aclarar el comportamiento discriminatorio del proveedor: el prejuicio contra las minorías; las dudas clínicas durante las interacciones con el paciente (lo que rescata las discusiones de la categoría anterior); y las creencias o estereotipos del profesional de la salud acerca del comportamiento o la salud de las pacientes pertenecientes a grupos racializados.

También se ha identificado que los resultados de la asistencia al parto, como hemorragias graves en el posparto inmediato, infecciones y laceraciones perineal grave en los partos vaginales espontáneos son más frecuentes entre los grupos racializados (Grobman et al., 2016; Heslehurst et al., 2018). Al analizar datos de mujeres categorizada en no-hispanas blancas, no-hispanas negras, hispanas y asiáticas, que han dado a luz en

Estados Unidos, Grobman et al. (2016) han concluido que las diferencias en la frecuencia de morbilidades maternas no parecen ser justificada por las diferentes características de las pacientes y tampoco por la contratación de un seguro. Para los autores, no queda evidente la causa de las disparidades encontradas.

El primer punto a se destaca es la escasez de investigaciones sobre la atención obstétrica a mujeres de determinados grupos étnicos. La idea de que conformamos un grupo homogéneo invisibiliza las necesidades de las mujeres no-blancas. Son reflejos de las violencias estructurales, manifestada a través de las leyes, de la ausencia de políticas públicas, y por el propio proceso de esclavitud, colonización y explotación, que han relegado la ciudadanía de segunda clase a determinados individuos (y de tercera para las mujeres). En el contexto de la atención obstétrica, es evidente la condición subalterna en que se encuentran las mujeres pertenecientes a grupos racializados a lo que se refiere al respeto, gozo y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

De manera que, tanto el análisis de los estudios aquí analizados como la ausencia de investigaciones sobre la salud de la mujer no-blanca, indican que existe un racismo que más allá de afectar a la atención obstétrica (racismo obstétrico / violencia etno-obstétrico), afecta a los cuerpos y vida de las mujeres no-blancas (racismo estructural).

## V. REFLEXIONES FINALES

La violencia racista es de carácter sistémico y silenciado. Los cuerpos negros, indígenas, latinoamericanos, romaníes, musulmanes, etc., son constantemente descartados y revelan la ficción conservadora de vivir en una sociedad racialmente igualitaria. Una ficción que intenta esconder el proceso de deshumanización y dominación, que ha empezado con el colonialismo y sigue produciendo sus Lucrecia Perez, Mame Mbaye, Mor Sylla, Sandra Bland, George Floyd, Marielle Franco, Ágatha Félix... Esa mítica democracia racial es lo que permite que siga la ideología de dominación y mantengan silenciadas las desigualdades entre la diversidad étnico-racial existente en todo el mundo. Y dentro de esa lógica, son las mujeres racializadas las que vivencian situaciones de amplia iniquidad estructural.

Así se contestan a las preguntas de la investigación:

1. *¿El hecho de pertenecer a un grupo racializado convierte la experiencia del embarazo en una experiencia distinta a la vivida por las mujeres blancas?*

Las investigaciones aquí analizadas evidencian que las mujeres racializadas enfrentan circunstancias muy distintas a las enfrentadas por sus conciudadanas blancas privilegiadas, puesto que están más propensas a desarrollar factores de riesgo debido a la discriminación racial y/o étnica a que sufren. Conforme el análisis, el racismo estructural, expresado, sobretodo, a través de la segregación residencial y de los “*stressor landscapes*”, afectan a la calidad de vida de las mujeres, el acceso a los servicios de salud y facilitan la ocurrencia de resultados adversos del parto y nacimiento y de enfermedades psíquicas en el postparto. Todos esos factores ilustran que el racismo y sus manifestaciones atraviesan la trayectoria reproductiva de mujeres no-blancas.

2. *¿Cómo las mujeres racializadas experimentan la atención obstetra?*

Mujeres racializadas enfrentan barreras de acceso a la atención obstétrica, lo que impide un seguimiento adecuado del embarazo. La falta de información con relación a los servicios a que tienen derecho, y la ausencia de una red de apoyo, tanto social como institucional, dificultan la integración de las mujeres, sobretodo las migrantes, y el acceso a los servicios. Además, la ausencia de servicios de interpretes y los prejuicios de los

profesionales impiden que las mujeres se sientan cómodas a expresar sus dudas, opiniones y explicar la circunstancia que las han llevado a buscar la asistencia médica. Elementos otros, como la practica religiosa y cultural de las mujeres, ante una atención obstétrica occidentalizada y centrada en la figura del médico, hacen con que las propias mujeres se alejen de la asistencia sanitaria.

3. *¿Algunas de las experiencias vivenciadas de forma distinta por las mujeres racializadas pueden ser entendidas como una expresión del racismo estructural?*

El racismo estructural actúa de manera difusa en el funcionamiento cotidiano de las instituciones y en la organización de la propia sociedad, generando desigualdades en la distribución de servicios, bienes y oportunidades a los distintos segmentos de la población, principalmente desde el punto de vista étnico-racial. Así, está claro que las malas experiencias de las mujeres racializadas en la atención obstétrica son consecuencias del racismo estructural. Situaciones identificadas en esa investigación, como el miedo a represalias debido a la religión y/o cultura, el miedo a buscar informaciones sobre sus derechos y de sufrir malos tratos debido a los estereotipos, no son situaciones comunes para la blanquitud.

4. *¿Las experiencias vivenciadas por las mujeres racializadas pueden ser entendidas como violencia obstétrica? ¿Podemos hablar de violencia etno-obstétrica?*

Los elementos que impiden el goce y la protección al derecho a la salud de las mujeres racializadas son violadores de sus derechos humanos, por lo tanto, son manifestaciones de la violencia obstétrica. Asimismo, el trato grosero, deshumanizado y la prestación de cuidados con base a creencias raciales violan el derecho a la integridad personal y a no sufrir violencia. Puesto que esos factores se presentan en un contexto racista, en que el comportamiento de las instituciones y de los profesionales de salud en la atención obstétrica están pautados en el color de piel, religión, cultura y origen de la mujer, no hay dudas de que son manifestaciones de la violencia etno-obstétrica.

5. *¿Cómo el hecho de pertenecer a un grupo racializado facilita la ocurrencia de la violencia obstétrica en la atención a la salud recibida por estas mujeres?*

Los sistemas de opresión que se entrecruzan en la vida de esas mujeres (heteropatriarcado, racismo y capitalismo) facilitan la ocurrencia de la violencia obstétrica. Como afirmado en otro momento, esa afirmación no excluye la vulnerabilidad a que todas las mujeres tenemos de sufrir violencia de género y, en ese contexto, la violencia obstétrica. Sin embargo, al se interseccionaren, esos procesos potencializan la vulnerabilidad de las mujeres que no se encuadran en un patrón europeo, blanco, hegemónico.

Cuando se habla de racismo, se piensa únicamente en una violencia verbal. Sin embargo, el racismo es estructural y sigue negando derechos a más de la mitad de la población. Y como se ha evidenciado, las prácticas institucionales de la atención obstétrica reproducen jerarquías y exclusiones basadas en el color de la piel, en los fenotipos, en las practicas culturales y religiosas. Se dan a través del maltrato por parte de los profesionales de salud, de la banalización y de la falta de reconocimiento de humanidad en el otro.

I. Futuras Líneas de Acción

Sin duda, es necesario ampliar las políticas sociales, dentro de ellas las relacionadas al derecho a la salud de las mujeres. Y para que haya cambios efectivos, son necesarias investigaciones, producciones y diseminaciones de informaciones sobre las experiencias distintas e/o desiguales de nacer, vivir, enfermar y morir. El primer paso es reconocer el racismo como uno de los determinantes de las desigualdades en proceso de ampliación de las potencialidades individuales. A partir de ahí, invertir en acciones y programas específicos para la identificación y erradicación de las practicas discriminatorias, y en la formulación e implementación de mecanismos y estrategias de reducción de las disparidades y promoción de la equidad. Porque el racismo existe, y la violencia etno-obstétrica también.

Para tanto, es importante elaborar políticas visando cambios en los determinantes sociales estructurales de las desigualdades en materia de salud propuestos por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud

(OMS) – clase social, desigualdades de género y racismo – para que haya mejoras substanciales en la salud de la población. Políticas sociales que se limitan a actuar solamente en los determinantes intermediarios de las desigualdades, nada más hacen que maquillar la realidad de la inequidad social.

## II. Futuras Líneas de Investigaciones

Esa investigación deja muchas líneas de investigación abiertas, sobretodo por haber tratado de varios colectivos distintos en una temática tan compleja. Entre las posibilidades de dar seguimiento a esa investigación, se destacan dos caminos:

En primer lugar, utilizando como punto de partida el análisis interseccional de la atención obstétrica, se podría limitar el análisis a la vivencia de un colectivo específico en un determinado territorio, a través de entrevistas, aplicando una metodología cualitativa. Ese tipo de investigación se hace necesaria una vez que se ha constatado la escasez de investigaciones sobre esas vivencias, partiendo siempre de una categoría de mujer homogénea. Además, son datos provenientes de tales investigaciones que proporcionan la elaboración de políticas sociales realmente efectivas.

También, siguiendo la misma metodología aquí aplicada, otra línea de investigación estaría relacionada con el análisis de como las políticas sociales referentes a la salud tratan los diferentes colectivos de mujeres, observando si existe la promoción de una atención multicultural a la salud. En ese sentido, destaco el análisis de políticas sanitarias españolas y la apreciación de las vivencias de mujeres romaníes, ya que se trata de un colectivo de gran representación poblacional.

## VI. AUTOEVALUACIÓN

En este apartado, se recogen las principales dificultades a la hora de realizar la presente investigación, además de identificar sus debilidades y fortalezas.

La principal dificultad se ha dado con el diseño metodológico, vez que se pretendía realizar entrevistas semiestructuras con mujeres racializadas que hayan sufrido violencia obstétrica en España. Como ya comentado en el capítulo de metodología, hubo el intento de contacto a través de ONG e instituciones que trabajan con colectivos vulnerables. Sin embargo, las personas responsables por las entidades han afirmado desconocer mujeres que hayan sufrido violencia obstétrica. Eso refuerza la invisibilización del fenómeno y la necesidad de diseminación de informaciones. Un segundo intento ha sido realizado a través de grupos de lactancia, que, pese hayan sido identificadas víctimas de la violencia obstétrica, no había participación de mujeres pertenecientes a grupos raciales e/o étnicos minoritarios y migrantes. La dificultad de encontrar entrevistadas ha sido incrementada con el inicio de la pandemia debido al COVID-19. Siendo así, ha sido necesario rediseñar la metodología para un método de revisión de literatura.

La elección por la realización de una revisión sistemática integrativa ha generado otro obstáculo, ya que el método es ampliamente utilizado en investigaciones de las ciencias de la salud, pero poco explorado por las ciencias sociales. De manera que ha sido necesario readaptar la metodología para el tipo de estudio que se proponía. Además, a la hora de seleccionar los estudios que serían revisados, se ha identificado una escasez de investigaciones sobre la violencia obstétrica sufrida por mujeres pertenecientes a grupos racializados. Así, para intentar abarcar todas las dimensiones de la violencia obstétrica, fueron utilizados descriptores relacionados con el embarazo, parto, posparto y atención obstétrica prestada a esas mujeres, lo que generó una muestra muy amplia y dificultó el momento de seleccionar las investigaciones más relevantes.

A lo que se refiere a las debilidades, por se tratar de una temática bastante compleja y añadir elementos todavía más complejos, como las interacciones de las diferentes dimensiones sociales, esta investigación puede presentar una generalización de las vivencias de los distintos colectivos. La elección por un grupo étnico y/o racial en futuras investigaciones sería recomendada.



Por último, en cuanto a las fortalezas del trabajo, se encuentra la contribución a la narrativa de la violencia obstétrica, a partir de la presentación del fenómeno desde otra perspectiva, resaltando los efectos del racismo estructural en la sociedad como un todo, y la necesidad de políticas públicas que vislumbren la multiculturalidad, el respeto y la humanización. Además, personalmente, esta investigación supuso un desafío, tanto por su contenido y metodología, tanto por el momento caótico (y pandémico) en que ha sido producida.

## VII. BIBLIOGRAFÍA

- AGÜERO, Silvia. (2017). *Dav tuqe jekh ròza miri dukha*Θar. *De mi dolor te doy una rosa*. Pikara Magazine. <https://www.pikaramagazine.com/2017/06/gitanas-violencia-obstetrica/>
- AGUIAR, Janaina. (2010). *Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero* (Tesis Doctoral). Disponible en: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-21062010-175305/publico/JanainaMAguiar.pdf>
- AGUIAR & D'OLIVEIRA. (2011). Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface*, 15(36), 79-92. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4010.pdf>
- AKOTIRENE, Carla. (2019). *Interseccionalidade*. Feminismos Plurais (Cord. de Djamila Ribeiro). São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen
- ALMEIDA, Silvio. (2019). *Racismo estrutural*. Feminismos Plurais (Cord. de Djamila Ribeiro). São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen
- AMORIN & KATZ (2008). O papel da episiotomia na obstetrícia moderna. *Feminina*, 26(1), 47,54. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-493990?lang=es>
- ANDRADE et al. (2016). Fatores associados à violência obstétrica na assistência ao parto vaginal em uma maternidade de alta complexidade em Recife, Pernambuco. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 16(1), 29-37. Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292016000100029&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292016000100029&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (2019, junio). *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*. Septuagésimo cuarto período de sesiones. Disponible en: <https://observatorioviolencia.org/wp-content/uploads/Informe-ONU-violencia-reproductiva.pdf>
- BARCELLOS et al. (2009). Cesariana: uma visão bioética. *Revista Bioética*, 17(3), 497-510. Disponible en: [https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewFile/513/514](https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewFile/513/514)
- BAUER, Greta. (2014). Incorporating intersectionality theory into population health research methodology: Challenges and the potential to advance health equity. *Social Science & Medicine*, 110, 10-17. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.03.022>. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953614001919>

- BELLI, Laura. (2013, enero). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista red Bioética*, 2(8), 25-34. Disponible en: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/12868>
- BOTELHO et al. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5(11), 121-136. <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>. Disponible en: <https://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/view/1220/906>
- BURGO, Carlos (2011, 11 diciembre). *Tumbada No*. El Parto es Nuestro. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2011/12/11/tumbada-no>
- CESCR. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000, 11 agosto). Cuestiones Sustantivas Que Se Plantean En La Aplicación Del Pacto Internacional De Derechos Económicos, Sociales Y Culturales “Observación general No 14 - El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud”. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>
- CRENSHAW, Kimberle. (1989). Demarginalising the intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167. Disponible en: <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>
- CRUZ & FARIA. (2017). Mortalidade de mulheres negras residentes no Estado do Rio de Janeiro. *Journal of Specialized Nursing Care*, 9(1). Disponible en: <http://www.jsncare.uff.br/index.php/jsncare/article/view/2954/744>
- DINIZ & CHACHAM (2006). O “corte por cima” e o “corte por baixo”: o abuso de cesáreas e episiotomias em São Paulo. *Questões de Saúde Reprodutiva: Sexualidade e reprodução: ações e serviços de saúde*, Rio de Janeiro, 1(1), 80-9. Disponible en: <http://www.grupocurumim.org.br/site/revista/qsr1.pdf>
- DINIZ, Carmen (2001). *Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto* (Tesis Doctoral). Disponible en: <http://mulheres.org.br/parto/doutorado>.
- El Parto es Nuestro. (2012). *Administración de oxitocina sintética*. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/administracion-de-oxitocina-sintetica>
- \_\_\_\_\_. (2014). *Informe de la campaña StopKristeller: cuestión de gravedad*. <https://www.elpartoesnuestro.es>. Disponible en: [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/20140626KristellerFINAL/informe\\_stopkristeller.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/20140626KristellerFINAL/informe_stopkristeller.pdf)
- \_\_\_\_\_. (2019, 3 diciembre). *Indignadas con el cierre de Verín - comunicado*. <https://www.elpartoesnuestro.es>. Disponible en:

<https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2019/12/03/indignadas-con-el-cierre-de-verin-comunicado>

\_\_\_\_\_. (2016). *Nacer en horario laboral*. Disponible en: [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/Prensa/nacer\\_en\\_horario\\_laboral\\_informe\\_el\\_parto\\_es\\_nuestro.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/Prensa/nacer_en_horario_laboral_informe_el_parto_es_nuestro.pdf)

FANON, Frantz. (1968). *Os Condenados da Terra* (Vol. 42). Traducción José Laurênio de Melo. Civilização brasileira.

\_\_\_\_\_. (2009). *Piel negra, máscaras brancas* (Cuestiones de Antagonismo ed., Vol. 55). Akal.

FIGO. Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia. (2012). *Recomendaciones sobre temas de Ética en Obstetricia y Ginecología*. Disponible en: <https://www.figo.org/es>.

GIRE. Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2015). *Violencia obstétrica: un enfoque de derechos humanos*. Disponible en: <https://gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/informeviolenaciaobstetrica2015.pdf>

GROSGOUEL, Ramón. (2012). El concepto de «racismo» en Michel Foucault y Frantz Fanon: ¿teorizar desde la zona del ser o desde la zona del no-ser? *Tabula Rasa*, 16, 79-102. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/396/39624572006.pdf>

JAMES, Sherman. (2017). The strangest of all encounters: racial and ethnic discrimination in US health care. *Reports in Public Health*, 33(1). Disponible en: <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=The+strangest+of+all+encounters:+racial+and+ethnic+discrimination+in+US+health+care&ie=UTF-8&oe=UTF-8>

JARDIM & MODENA. (2018). La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 2018;26:e 3069. Disponible en: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es\\_0104-1169-rlae-26-e3069.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v26/es_0104-1169-rlae-26-e3069.pdf)

KWATE & MEYER. (2011). On sticks and stones and broken bones: Stereotypes and African American Health. *Du Bois Review: Social Science Research*, 8(1), 191-198. <https://doi.org/10.1017/S1742058X11000014>. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/du-bois-review-social-science-research-on-race/article/on-sticks-and-stones-and-broken-bones/98FC25C7DFB2DA9639D9B0F0AA70B294>

Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. *Presidência da República – Casa Civil do Brasil*. Disponible en: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm)

- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. *Boletín Oficial del Estado Español*. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340&p=20140328&tn=1>
- Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 38.668, 23 de abril de 2007. Disponible en: <https://vlexvenezuela.com/vid/ley-organica-derecho-mujeres-740020129>
- LONGO et al. (2010). Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 12(2), 386-391. <https://doi.org/10.5216/ree.v12i2.5266>
- KOURY & FRANÇA (2007). O direito à integridade pessoal no marco do sistema interamericano de proteção dos direitos humanos. *Revista da Faculdade de Direito da UFMG*, Belo Horizonte, 51, 19-45. Disponible em: <http://www.polos.ufmg.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/49/46>
- MATTAR, & DINIZ. (2012). Hierarquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(40), 107-119. Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832012000100009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832012000100009&script=sci_abstract&tlng=pt)
- MBEMBE, Achille. (2014). *Crítica da Razão Negra* (1.a ed.). Traducción Marta Lança. Antígona
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2016). Atención del Parto por Cesárea Quito: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Normatización – MSP. *Atención del parto por cesárea*. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/ATENCION-DEL-PARTO-POR-CESAREA.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Estrategia Nacional para la Inclusión Social de la Población Gitana en España 2012-2020*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. [https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/PoblacionGitana/docs/WEB\\_POBLACION\\_GITANA\\_2012.pdf](https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/PoblacionGitana/docs/WEB_POBLACION_GITANA_2012.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (España). (2018). *Hacia la equidad en salud: Disminuir las desigualdades en una generación en la comunidad gitana*. Disponible en: <http://recs.es/wp-content/uploads/2018/03/Hacia-la-Equidad-en-Salud.-Comunidad-Gitana.pdf>
- MUNANGA, Kabengele. (2003, mayo). Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia [Charla]. 3o Seminário Nacional sobre Relações Raciais, São Paulo, Brasil. Disponible en: <https://www.geledes.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Uma-abordagem-conceitual-das-noco-es-de-raca-racismo-identidade-e-etnia.pdf>
- MUNIZ & BARBOSA. (2012, diciembre 3–7). *Problematizando o atendimento ao parto: cuidado ou violência* [Presentación de artículo]. Memorias Convención

Internacional de Salud Pública, La Habana, Cuba. Disponible en:  
<http://www.convencionsalud2012.sld.cu/index.php/convencionsalud/2012/paper/view/744/321>

- NAZÁRIO & HAMMARSTRON (2015). Os direitos da parturiente nos casos de violência obstétrica. In: *Seminário internacional de educação do Mercosul*, 17., 2015, Cruz Alta. Anais...Cruz Alta. Disponible en:  
<https://www.unicruz.edu.br/mercosul/pagina/anais/2015/1 - ARTIGOS/>
- OMS. Organización Mundial de la Salud. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Disponible en:  
[https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](https://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)
- \_\_\_\_\_. Organización Mundial de la Salud. (1946). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, Estados Unidos. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>
- \_\_\_\_\_. Organización Mundial de la Salud. (1996). *Cuidados en el Parto Normal: Una guía práctica*. Departamento de Investigación y Salud Reproductiva. Disponible en:  
[http://comatronas.es/contenidos/2012/03/textos/Guia\\_practica\\_de\\_cuidados\\_en\\_el\\_parto\\_normal\\_OMS.pdf](http://comatronas.es/contenidos/2012/03/textos/Guia_practica_de_cuidados_en_el_parto_normal_OMS.pdf)
- \_\_\_\_\_. Organización Mundial de la Salud. (abril, 2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Disponible en:  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf;jsessionid=02DB80526553563388DDFC4BCA4941BF?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=02DB80526553563388DDFC4BCA4941BF?sequence=1)
- \_\_\_\_\_. Organización Mundial de la Salud. (2019). *Recomendaciones de la OMS Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en:  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rede Parto do Princípio - Mulheres em Rede pela Maternidade Ativa. (2012). *Dossiê da Violência Obstétrica: "Parirás com dor"*. Disponible en:  
<https://www.senado.gov.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC%20VCM%20367.pdf>
- REVEIZ et al. (2013) *Enemas during labour*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 7. Art. No.: CD000330. DOI: 10.1002/14651858.CD000330.pub4. Disponible en:  
<https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000330.pub4/full/es>
- REZENDE, Carolina (2014). *Violência Obstétrica: uma ofensa a direitos humanos ainda não reconhecida legalmente no Brasil* (TFG). Repositorio UNICEUB. Disponible en:  
<https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/235/5969/1/20812390.pdf>

- RODRIGUES et al. (2015). A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Esc Anna Nery*, 19(4), 614-620. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n4/1414-8145-ean-19-04-0614.pdf>
- TESSER et al. (2014). Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 10(35), 1-12. Disponible en: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>
- TORRACO, Richard. (2016). Writing Integrative Reviews of the Literature: Methods and Purposes. *International Journal of Adult Vocational Education and Technology*, 7(3), 62-70. Disponible en: <https://www.igi-global.com/gateway/article/167782>
- UNESCO. (2005). *Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Disponible en: [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html).
- WHITTEMORE & KNAFL (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing*, 52(5), 546–553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x> Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16268861/>
- WILLIAMS & COLLINS. (2001). Racial residential segregation: a fundamental cause of racial disparities in health. *Public Health Reports*, 116(5), 404-416. <https://doi.org/10.1093/phr/116.5.404>. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497358/>
- WILLIAMS, & PRIEST. (2015). Racismo e Saúde: um corpus crescente de evidência internacional. *Sociologias*, 17(40), 124-174. <https://doi.org/10.1590/15174522-017004004>. Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151745222015000300124&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151745222015000300124&lng=pt&tlng=pt)
- WINIKES & CAMARGO. (2012). *A concepção de vida privada e de intimidade no direito brasileiro*. <http://www.publicadireito.com.br>. Disponible en: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=0da474fc8e382f9c>

## **ESTUDIOS SELECCIONADOS PARA EL ANÁLISIS DE DATOS**

- ALHUSEN et al. (2016). Racial discrimination and adverse birth outcome: an integrative review. *J Midwifery Womens Health*, 61(6): 707–720. doi:10.1111/jmwh.12490. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5206968/>
- ALMEIDA et al. (2018). Racial/ethnic inequities in low birth weight and preterm birth: the role of multiple forms of stress. *Maternal and Child Health Journal*, 22:1154–1163 <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2500-7>. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29442278/>

- ALTMAN et al. (2019). Information and power: women of color's experiences interacting with health care providers in pregnancy and birth. *Social science & medicine (1982)*, 238, 112491. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112491>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31434029/>
- ANDERSON et al. (2017). Prevalence and risk of mental disorders in the perinatal period among migrant women: a systematic review and meta-analysis. *Archives of women's mental health*, 20(3), 449–462. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0723-z>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28389934/>
- ASSIS, Jussara. (2018). Interseccionalidade, racismo institucional e direitos humanos: compreensões à violência obstétrica. *Serv. Soc. Soc.*, n. 133, p. 547-565, <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.159>. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0101-66282018000300547&lng=pt&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0101-66282018000300547&lng=pt&nrm=iso)
- ATTANASIO et al. (2017). Prenatal attitudes toward vaginal delivery and actual delivery mode: Variation by race/ethnicity and socioeconomic status. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 44(4), 306–314. <https://doi.org/10.1111/birt.12305>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28887835/>
- ATTANASIO et al. (2018). Factors influencing women's perceptions of shared decision making during labor and delivery: Results from a large-scale cohort study of first childbirth. *Patient Educ Couns*, 101(6): 1130–1136. doi:10.1016/j.pec.2018.01.002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29339041/>
- BLAGOEVA et al. (2018). Maternal mortality in Spain and its association with country of origin: cross-sectional study during the period 1999–2015. *BMC Public Health* (2018) 18:1171 <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6091-4>. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-018-6091-4>
- BOWER et al. (2018). Experiences of Racism and Preterm Birth: Findings from a Pregnancy Risk Assessment Monitoring System, 2004 through 2012. *Women's Health Issues*, 28-6 (2018) 495–501. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.06.002>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30049447/>
- BRAVEMAN et al. (2017). Worry about racial discrimination: A missing piece of the puzzle of Black-White disparities in preterm birth?. *PloS one*, 12(10), e0186151. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186151>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29020025/>
- CHARMICHAEL et al. (2017). Social disadvantage and the black-white disparity in spontaneous preterm delivery among California births. *PloS one*, 12(8), e0182862. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182862>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28800643/>



- CHAE et al. (2018). Area Racism and Birth Outcomes Among Blacks in the United States. *Soc Sci Med.*, 199: 49–55. doi:10.1016/j.socscimed.2017.04.019. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953617302423>
- CHAMBERS et al. (2020). Exposures to structural racism and racial discrimination among pregnant and early post- partum Black women living in Oakland, California. *Stress and health : journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 36(2), 213–219. <https://doi.org/10.1002/smi.2922>. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31919987/>
- CLAY et al. (2018). Black/White disparities in pregnant women in the United States: An examination of risk factors associated with Black/White racial identity. *Health & social care in the community*, 10.1111/hsc.12565. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/hsc.12565>. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29488271/>
- DADOUD et al. (2019). Multiple forms of discrimination and postpartum depression among indigenous Palestinian-Arab, Jewish immigrants and non-immigrant Jewish mothers. *BMC Public Health* 19, 1741. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8053-x>. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-8053-x#citeas>
- DE FREITAS et al. (2020). Involvement in maternal care by migrants and ethnic minorities: a narrative review. *Public Health Rev.*, 41: 5. doi: 10.1186/s40985-020-00121-w. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7137324/#\\_\\_ffn\\_sectitle](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7137324/#__ffn_sectitle)
- DE OLIVEIRA et al. (2018). Associação entre raça/cor da pele e parto prematuro: revisão sistemática com meta-análise. *Trabajo presentado en Anais do Congresso Brasileiro de Epidemiologia*. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/rsp/2018.v52/26/pt/>
- DIABELKOVÁ et al. (2018). Risk factors of preterm birth and low birth weight neonates among Roma and non-Roma mothers. *Central European journal of public health*, 26 Suppl, S25–S31. <https://doi.org/10.21101/cejph.a5273>. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30817869/>
- FAIR et al. (2020). Migrant women’s experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PLoS One*, 15(2): e0228378. doi: 10.1371/journal.pone.0228378. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7012401/#\\_\\_ffn\\_sectitle](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7012401/#__ffn_sectitle)
- GADSON et al. (2017). Exploring the social determinants of racial/ethnic disparities in prenatal care utilization and maternal outcome. *Seminars in perinatology*, 41(5), 308–317. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2017.04.008>. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28625554/>

- GAMLIM & HOLMES. (2018). Preventable perinatal deaths in indigenous Wixárika communities: an ethnographic study of pregnancy, childbirth and structural violence. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 243. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1870-6>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29914405/>
- GARNETO et al. (2019). Avaliação da atenção pré-natal ofertada às mulheres indígenas no Brasil: achados do Primeiro Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. *Cad. Saúde Pública*; 35 Sup 2:e00181318. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2019001505001](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2019001505001)
- GLAVIN & SÆTEREN (2016). Cultural Diversity in Perinatal Care: Somali New Mothers' Experiences with Health Care in Norway. *Health Science Journal*, 10(4:17). Disponível em: <https://www.hsj.gr/medicine/cultural-diversity-in-perinatal-care-somali-new-mothers-experiences-with-health-care-in-norway.pdf>
- GROBMAN et al. (2016). Racial and Ethnic Disparities in Maternal Morbidity and Obstetric Care. *Obstet Gynecol*, 125(6): 1460–1467. doi: 10.1097/AOG.0000000000000735. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4443856/#\\_\\_ffn\\_\\_sectitle](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4443856/#__ffn__sectitle)
- HASSAN et al. (2019). Exploring English speaking Muslim women's first-time maternity experiences: a qualitative longitudinal interview study. *BMC Pregnancy Childbirth* 19, 156. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2302-y>. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2302-y#citeas>
- HESLEHURST et al. (2018). Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. *BMC Med* 16, 89. <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1064-0>. Disponível em: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-018-1064-0#citeas>
- HIGGINBOTTOM et al. (2018). An ethnographic investigation of the maternity healthcare experience of immigrants in rural and urban Alberta, Canada. *BMC pregnancy and childbirth*, 16, 20. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0773-z>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26818961/>
- HUANG et al. (2019). Barriers to accessing maternal healthcare among ethnic minority women in Western China: a qualitative evidence synthesis, *Health Policy and Planning*, 34(5), 384–400, <https://doi.org/10.1093/heapol/czz040>. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapol/article/34/5/384/5521135>
- JANEVIC et al. (2017). Associations between racial discrimination, smoking during pregnancy and low birthweight among Roma. *European journal of public health*, 27(3), 410–415. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw214>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28064241/>

- KIM et al. (2019). Factor Structure for Chronic Stress Before and During Pregnancy by Racial/Ethnic Group. *Western journal of nursing research*, 41(5), 704–727. <https://doi.org/10.1177/0193945918788852>. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30019628/>
- KONING & EHRENTHAL. (2019). Stressor landscapes, birth weight, and prematurity at the intersection of race and income: Elucidating birth contexts through patterned life events. *SSM - Population Health*, 8,100460. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100460>. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S235282731930179X>
- MECLEMORE et al. (2018). Health care experiences of pregnant, birthing and postnatal women of color at risk for preterm birth. *Social science & medicine (1982)*, 201, 127–135. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.02.013>. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29494846/>
- MEHRA et al. (2019). Racial and ethnic disparities in adverse birth outcomes: Differences by racial T residential segregation. *SSM - Population Health*; 8: 100417. doi: 10.1016/j.ssmph.2019.100417. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6545386/#\\_\\_ffn\\_sectitle](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6545386/#__ffn_sectitle)
- MERRY et al. (2016). International migration as a determinant of emergency caesarean. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 29(5), e89–e98. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.001>. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27150314/>
- MOCOONI et al. (2020). Healthcare factors associated with the risk of antepartum and intrapartum stillbirth in migrants in Western Australia (2005–2013): A retrospective cohort study. *PLoS Med.*; 17(3): e1003061. doi: 10.1371/journal.pmed.1003061. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7077810/#\\_\\_ffn\\_sectitle](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7077810/#__ffn_sectitle)
- NOREÑA-HERRERA et al. (2015). Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. *Cad. Saúde Pública [online]*, 31(12), 2635–2648. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00016515>. Disponible en: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015001202635&lng=es&tlng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015001202635&lng=es&tlng=es)
- ORIGLIA et al. (2019). Communication barriers in maternity care of allophone migrants: Experiences of women, healthcare professionals, and intercultural interpreters. *Journal of advanced nursing*, 75(10), 2200–2210. <https://doi.org/10.1111/jan.14093>. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6852258/#!po=76.2500>
- PAPOUTSIS et al. (2016). The Effect of Ethnic Variation on the Success of Induced Labour in Nulliparous Women with Postdates Pregnancies. *Scientifica*, vol. 2016, Article ID 9569725. <https://doi.org/10.1155/2016/9569725>. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/scientifica/2016/9569725/>

- PELÁEZ et al. (2017). Challenges newly-arrived migrant women in Montreal face when needing maternity care: Health care professionals' perspectives. *Globalization and health*, 13(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0229-x>. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28122630/>
- RASMUSSEN et al (2019). Ethnic differences in the risk of caesarean section: a Danish population-based register study 2004-2015. *BMC pregnancy and childbirth*, 19(1), 194. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2331-6>. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31164095/>
- REDDY et al. (2017). Maternal Asian ethnicity and obstetric intrapartum intervention: a retrospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth* 17(3). <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1187-2>. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1187-2>
- ROBINSON et al. (2016). Who is distressed? A comparison of psychosocial stress in pregnancy across seven ethnicities. *BMC Pregnancy Childbirth*; 16: 215. doi: 10.1186/s12884-016-1015-8. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4982239/#\\_\\_ffn\\_\\_sectitle](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4982239/#__ffn__sectitle)
- ROSENTHAL & LOBEL (2017). Stereotypes of Black American Women Related to Sexuality and Motherhood. *Psychol Women Q*; 40(3): 414–427. doi: 10.1177/0361684315627459. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5096656/#!po=75.8929>
- SENTEL et al. (2016). Maternal language and adverse birth outcomes in a statewide analysis. *Women & health*, 56(3), 257–280. <https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1088114>. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26361937/>
- SHAKEEL et al. (2018). Prevalence of postpartum depressive symptoms in a multiethnic population T and the role of ethnicity and integration. *Journal of Affective Disorders*, 241, 49-58. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.056>. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032717326642>
- SOW et al. (2018). Is the socioeconomic status of immigrant mothers in Brussels relevant to predict their risk of adverse pregnancy outcomes?. *BMC Pregnancy Childbirth*, 18 (422). <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2043-3>. Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-2043-3#citeas>
- WATSON & DOWNE. (2017). Discrimination against childbearing Romani women in maternity care in Europe: a mixed-methods systematic review. *Reprod Health*, 14(1). doi: 10.1186/s12978-016-0263-4. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5217576/#\\_\\_ffn\\_\\_sectitle](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5217576/#__ffn__sectitle)
- YELLEAND et al. (2015). Maternity services are not meeting the needs of immigrant women of non-English speaking background: Results of two consecutive

Australian population based studies. *Midwifery*, 31(7), 664–670.  
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.001>. Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25823755/>

## VIII. ANEXOS

### ANEXO A - Características de los Estudios Seleccionados

Autores	Año de Publicación	Objetivos	Metodología	Participantes
1. Alhusen et al.	2016	Analizar en que medida la discriminación racial es un factor de riesgo significativo para resultados adversos de nacimiento.	Revisión integrativa de literatura publicada entre 2009 y 2015.	Mujeres de minorías raciales y étnicas (EE. UU.).
2. Almeida et al.	2018	Analizar como el estrese contribuye para las inequidades raciales y étnicas de los resultados adversos de nacimiento (bajo peso al nacer y parto prematuro).	Análisis de datos del Sistema de Monitoreo de Evaluación de Riesgos del Embarazo (PRAMS), de 2012 a 2013 para 21 estados y una ciudad de Estados Unidos, utilizando el modelo de regresión de Poisson.	Mujeres negras; hispánicas; blancas, asiáticas/hawaianas nativas (EE. UU.).
3. Altman et al.	2019	Explorar la percepción y entendimiento, por parte de las mujeres, de sus interacciones entre los profesionales de la salud	Entrevista a 22 mujeres negras, mayores de 18 años, que se encontraban entre 6 a 1 año de posparto.	Mujeres negras (EE. UU.).

		en la atención al embarazo y parto.		
<b>4. Anderson et al.</b>	2017	Analizar la prevalencia y el riesgo de trastornos mentales en el período perinatal entre las mujeres migrantes.	Revisión sistemática y meta-análisis.	Mujeres migrantes (Canadá, EE. UU., Australia).
<b>5. Assis</b>	2018	Analizar la violencia obstétrica contra mujeres negras a partir de los conceptos de interseccionalidad, racismo institucional y derechos humanos	Revisión bibliográfica.	Mujeres negras (Brasil).
<b>6. Attanasio et al.</b>	2017	Analizar los relatos de la toma de decisiones compartidas durante el parto y el parto.	Modelos de regresión lógica para analizar datos de una cohorte de mujeres que dieron a luz a su primer bebé en Pennsylvania entre 2009-2011.	Mujeres blancas, negras, latinas u otras, basándose en su raza y etnia declarada (EE UU.)
<b>7. Attanasio et al.</b>	2018	Analizar en que medida las actitudes prenatales de las mujeres con relación al parto vaginal diferían según la raza/etnia o el estado socioeconómico; Y	Modelos de regresión lógica para analizar datos de una cohorte de mujeres que dieron a luz a su primer bebé en	Mujeres blancas, negras, latinas u otras, basándose en su raza y etnia declarada (EE UU.)

		si el modo de parto difería de los resultados esperados según la raza/etnia.	Pennsylvania entre 2009-2011.	
<b>8. Blagoeva et al.</b>	2018	Cuantificar el riesgo de muerte materna por origen materno y región de España donde ocurrió el nacimiento e identificar las causas más importantes de muerte materna en España.	Estudio ecológico transversal de datos de los partos que resultaron en muerte materna y en supervivencia materna durante 1999-2015 en España.	Mujeres migrantes (España)
<b>9. Bower et al.</b>	2017	Analizar la relación entre las experiencias de racismo y el parto prematuro.	Análisis transversal de los datos del Sistema de Monitoreo de Evaluación de Riesgos del Embarazo (PRAMS) recopilados entre 2004 y 2012	Mujeres negras no-hispanicas de 12 estados de EE. UU.
<b>10. Braveman et al.</b>	2017	Analizar la relación entre las experiencias de racismo y el parto prematuro.	Encuesta transversal representativa del estado de California de 2.201 mujeres negras y 8.122 mujeres blancas, no latinas, nacidas en EE. UU. en el posparto con un solo hijo nacido vivo durante 2011-2014.	Mujeres negras; Mujeres blancas no hispanas (EE. UU)



<b>11. Butwick et al.</b>	2016	Investigar la existencia de disparidades raciales/étnicas para el modo de anestesia aplicado durante la cesárea (general versus neuroaxial).	Modelos de regresión para analizar datos de una encuesta realizada por el Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Materno – Unidad de Medicina Fetal (MFMU) entre 1999 y 2000 en Estados Unidos.	Mujeres negras; Mujeres hispánicas; Mujeres blancas. (EE. UU.)
<b>12. Carmichael et al.</b>	2017	Analizar la contribución de la desventaja social a la disparidad entre mujeres blancas y negras en relación con el parto prematuro.	Análisis de registros vitales y de alta hospitalaria de 127.358 nacimientos en California de personas negras y 615.721 de personas blancas de 2007 a 2011.	Mujeres negras; Mujeres blancas (EE. UU).
<b>13. Chae et al.</b>	2018	Analizar en que medida el racismo está asociado con los resultados de salud entre las mujeres negras	Análisis de datos del Centro Nacional de Estadísticas de Salud recopilados entre 2005 y 2008.	Mujeres negras (EE. UU.)
<b>14. Chambers et al.</b>	2020	Describir la exposición de mujeres negras embarazadas y puérperas prematuras al racismo estructural y la percepción de las discriminaciones raciales; y analizar en que	Estudio transversal para recopilar datos relacionados con la exposición al racismo de mujeres negras embarazadas y en período de posparto temprano que	Mujeres negras (EE. UU)

		medida estos factores están relacionados.	residían en Oakland, California, entre enero de 2016 y diciembre de 2017.	
<b>15. Clay et al.</b>	2018	Analizar las disparidades raciales y los factores de riesgo de resultados adversos del embarazo en mujeres embarazadas de raza blanca y negra en los EE. UU.	Análisis secundario que examinó la Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud de 2012 (NSDUH – Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos).	Mujeres negras; mujeres blancas (EE. UU.)
<b>16. Daoud et al.</b>	2019	Analizar las asociaciones entre las experiencias de discriminación y la depresión posparto.	Entrevista a 1.128 mujeres durante las visitas a las clínicas de salud materno-infantil entre 2014 y 2015.	Mujeres de minoría árabe-palestina; Mujeres inmigrantes judías; Mujeres judías nativas (Israel).
<b>17. De Freitas et al.</b>	2020	Una síntesis narrativa de estudios empíricos sobre la participación en la atención de la salud materna por parte de migrantes y minorías étnicas basada en cuatro dimensiones clave: información, comunicación, expresión	Revisión narrativa de estudios publicados en PubMed y Scopus hasta diciembre de 2019.	Mujeres migrantes.

		de preferencias y toma de decisiones.		
<b>18. De Oliveira, et al.</b>	2018	Analizar la asociación entre raza / color de piel y la ocurrencia de parto prematuro.	Revisión sistemática y meta-análisis de estudios publicados entre 2010 y 2014.	
<b>19. Diabelková et al.</b>	2018	Analizar las diferencias en los resultados de nacimiento entre madres romaníes y no romaníes e investiga las posibles causas de tales diferencias.	Estudio retrospectivo de cohorte de 1.989 madres no romaníes y 799 madres romaníes que dieron a luz en 2014 y 2015 en la Clínica de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario Louis Pasteur de Košice (Eslovaquia).	Mujeres romaníes; mujeres no romaníes.
<b>20. Fair et al.</b>	2020	Proporcionar evidencia sistemática actualizada sobre las experiencias de las mujeres migrantes con respecto al embarazo, el parto y la atención de maternidad en su país europeo de destino.	Revisión sistemática de estudios publicados en CINAHL, Medline, PubMed, PsyncINFO y Scopus entre 2007 y 2017.	Mujeres migrantes (Europa)
<b>21. Gadson et al.</b>	2017	Revisar la literatura que evidencia la relación entre la utilización de la	Revisión de literatura.	Mujeres negras; Mujeres hispánicas;

		atención prenatal, los determinantes sociales de la salud y las disparidades raciales en el resultado materno.		Mujeres blancas. (EE. UU.)
<b>22. Gamlim &amp; Holmes</b>	2018	Analizar cómo las desigualdades estructurales y las relaciones interpersonales impactan la toma de decisiones sobre la búsqueda de atención durante el embarazo y el parto en las comunidades Wixarika en el noroeste de México.	Estudio etnográfico.	Mujeres indígenas (México)
<b>23. Garcia et al.</b>	2019	Analizar en que medida los factores de riesgo son similares, diferentes o agrupados según la etnia materna.	Análisis retrospectivo de los datos recopilados de forma rutinaria (2008-2013).	Mujeres de origen extranjera (Pakistán y Bangladesh); Mujeres blancas nativas (Reino Unido)
<b>24. Garnelo et al.</b>	2019	Evaluar la atención prenatal de mujeres indígenas de 14 a 49 años, con niños menores de 60 meses en Brasil.	Análisis de los datos recopilados en el Informe Nacional de Brasil entre 2008 y 2009.	Mujeres indígenas (Brasil)

<b>25. Glavin &amp; Sæteren</b>	2016	Analizar las experiencias de las nuevas madres somalíes con el sistema de salud noruego y sus necesidades experimentadas durante la estadía en el hospital y el período posparto	Entrevistas semiestructuradas realizadas entre enero de 2014 y agosto de 2015.	Mujeres migrantes (somalíes) (Noruega)
<b>26. Grobman et al.</b>	2016	Identificar la existencia de diferencias raciales étnicas en las medidas psicosociales, independientemente del estado económico, entre una gran población de nulíparas embarazadas.	Análisis de los datos de una cohorte de mujeres que dieron a luz en 25 hospitales de los Estados Unidos en un período de 3 años.	Mujeres blancas no-hispanas; Mujeres negras no-hispanas; Mujeres asiáticas; Otros colectivos. (EE. UU.)
<b>27. Hassan et al.</b>	2019	Investigar las necesidades percibidas de las mujeres musulmanas y los factores que influyen en sus decisiones relacionadas con la maternidad.	Entrevistas semiestructuradas.	Mujeres musulmanas (Inglaterra)
<b>28. Heslehurst et al.</b>	2018	Resumir las evidencias actuales sobre los resultados de salud perinatal y la atención entre las mujeres con	Revisión sistemática de revisiones sistemáticas.	Mujeres solicitantes de asilo; Mujeres refugiadas (Europa)

		estatus de refugiadas o solicitantes de asilo.		
<b>29. Higginbottom et al.</b>	2018	Generar una nueva comprensión de los procesos que perpetúan las desventajas de los inmigrantes en la atención médica de maternidad, y idear posibles intervenciones que podrían mejorar las experiencias de maternidad y los resultados para las mujeres inmigrantes en Canadá.	Investigación etnográfica.	Mujeres migrantes (Canadá)
<b>30. Huang et al.</b>	2019	Sintetizar evidencia cualitativa sobre las barreras que enfrentan las mujeres de minorías étnicas para acceder a la atención obstétrica en el oeste de China.	Revisión sistemática.	Minorías étnicas (China)
<b>31. Janevic et al.</b>	2017	Analizar las asociaciones entre la discriminación racial institucional e interpersonal con el bajo peso al nacer, y para	Análisis de una encuesta transversal de 410 mujeres en Serbia y	Mujeres romaníes; mujeres no romaníes (Serbia)

		evaluar la mediación potencial por fumar durante el embarazo	Macedonia realizada entre 2012 y 2013.	
<b>32. Kim et al.</b>	2019	Analizar las dimensiones del estrés crónico específicas de la raza / etnia antes y durante el embarazo para mujeres negras; hispanicas; blancas, y asiaticas/hawaianas nativas en los Estados Unidos.	Análisis de datos secundarios utilizando datos del Sistema de Vigilancia de Evaluación de Riesgos del Embarazo (PRAMS) de la ciudad de Nueva York (NYC) y del estado de Washington (WA) de 2004 a 2007.	Mujeres negras; hispanicas; blancas, asiaticas/hawaianas nativas (EE. UU.)
<b>33. Koning &amp; Ehrental</b>	2019	Enfoque basado en la interseccionalidad para examinar cómo se modelan los eventos de la vida materna que preceden al parto y moldean los resultados del nacimiento en la intersección de la raza y los ingresos.	Análisis de datos poblacionales del CDC PRAMS, una encuesta postparto de los nacimientos vivos de residentes de EE.UU. durante 2011 a 2015 en 32 estados participantes y en la ciudad de Nueva York, utilizando un muestreo aleatorio estratificado, con un sobremuestreo de las minorías raciales y étnicas.	Mujeres negras; hispanicas; blancas, asiaticas/hawaianas nativas (EE. UU.)

<p><b>34. McLemore et al.</b></p>	<p>2018</p>	<p>Describir las experiencias de mujeres negras en la atención obstétrica y la relación con los factores de riesgo sociales y de salud.</p>	<p>Análisis secundario de los datos de los grupos de discusión generados como parte de un proyecto más amplio centrado en la participación de los pacientes y la comunidad en la investigación de los nacimientos prematuros en California.</p>	<p>Mujeres negras (EE. UU.)</p>
<p><b>35. Mehra et al.</b></p>	<p>2019</p>	<p>Analizar en que medida la segregación entre negros y blancos a nivel de condado modificó la asociación entre la raza/etnia materna y los resultados adversos de los nacimientos</p>	<p>Análisis de los datos sobre los partos de nacidos vivos de un solo bebé en los EE. UU. en 2012, obtenidos por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud.</p>	<p>Mujeres negras; mujeres hispánicas; mujeres blancas (EE. UU.)</p>
<p><b>36. Merry et al.</b></p>	<p>2016</p>	<p>Analizar como factores relacionados a la inmigración (país de origen, tiempo en el país receptor, fluidez en el idioma del país receptor) pueden conducir a una emergencia cesárea.</p>	<p>Revisión bibliográfica.</p>	<p>Mujeres migrantes (Canadá)</p>



<p><b>37. Mocooni et al.</b></p>	<p>2020</p>	<p>Investigar el patrón de utilización de la atención médica entre las mujeres migrantes y su relación con el riesgo de muerte fetal, muerte fetal antes del parto y muerte fetal intraparto, en Australia Occidental.</p>	<p>Estudio retrospectivo de cohorte.</p>	<p>Mujeres migrantes (Australia)</p>
<p><b>38. Noreña-Herrera et al.</b></p>	<p>2015</p>	<p>Analizar las inequidades en la utilización de servicios de salud reproductiva en mujeres indígenas y afrodescendientes en Colombia.</p>	<p>Análisis, a partir de modelos de regresión, de la utilización de servicios de salud reproductiva (atención prenatal, parto y posparto), según la etnia de las mujeres, a partir de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010 de Colombia.</p>	<p>Mujeres negras; Mujeres indígenas (Colombia)</p>
<p><b>39. Origlia et al.</b></p>	<p>2019</p>	<p>Describir las barreras de comunicación que enfrentan las mujeres migrantes alófonas en la prestación de atención de la maternidad desde las perspectivas de las mujeres migrantes,</p>	<p>Entrevista a 14 mujeres migrantes y 22 profesionales de la salud e la región de habla alemana en Suiza.</p>	<p>Mujeres migrantes (Suiza).</p>

		profesionales de la salud e intérpretes interculturales.		
<b>40. Papoutsis et al.</b>	2016	Identificar el efecto potencial de la variación étnica en el éxito de la inducción del trabajo de parto en mujeres nulíparas con embarazo postérmino	Estudio de cohorte de observación	Mujeres negras; blancas y asiáticas. (Europa)
<b>41. Peláez et al.</b>	2017	Explorar la percepción de los retos a los que se enfrentan las mujeres migrantes recién llegadas de países no occidentales cuando necesitan atención de la maternidad.	Entrevistas a 63 profesionales de la salud de cuatro hospitales universitarios de Montreal.	Mujeres migrantes (Canadá)
<b>42. Rasmussen et al.</b>	2019	Investigar las diferencias en el riesgo de cesáreas entre inmigrantes de diversos orígenes en Dinamarca y las mujeres danesas.	Estudio de registro basado en la población utilizando los registros nacionales daneses, incluyendo todos los partos de un solo bebé nacidos vivos y muertos de mujeres primíparas en Dinamarca de 2004 a 2015.	Mujeres migrantes (19 nacionalidades); Mujeres blancas nativas (Dinamarca)

<p><b>43. Reddy et al.</b></p>	<p>2017</p>	<p>El objetivo del estudio es analizar las asociaciones entre el país materno de nacimiento, el parto vaginal y la cesárea de emergencia, e identificar posibles mecanismos subyacentes a tales asociaciones</p>	<p>Estudio retrospectivo de cohortes de nacimientos a término de un solo hijo entre mujeres nacidas en el Asia meridional, el Asia sudoriental y oriental y Australia y Nueva Zelanda en un hospital australiano entre 2009 y 2013.</p>	<p>Mujeres nacidas en el sur de Asia, el sudeste / este de Asia y Australia / Nueva Zelanda (Australia)</p>
<p><b>44. Robinson et al.</b></p>	<p>2016</p>	<p>El objetivo del estudio fue identificar tipos específicos de estrés psicosocial materno experimentado por mujeres de una minoría étnica (asiáticas, árabes, otras asiáticas, africanas, primeras naciones y latinoamericanas).</p>	<p>Estudio comparativo descriptivo de los datos recopilados por asociación All Our Babies, en Calgary, entre mayo de 2008 y diciembre de 2010.</p>	<p>Mujeres asiáticas, árabes, otras asiáticas, africanas, primeras naciones y latinoamericanas. (Canadá)</p>
<p><b>45. Rosenthal &amp; Lobel</b></p>	<p>2017</p>	<p>Analizar los estereotipos de las mujeres negras estadounidenses relacionados con la sexualidad y la maternidad</p>	<p>Análisis de encuestas.</p>	<p>Mujeres negras (EE. UU.)</p>
<p><b>46. Sentel et al.</b></p>	<p>2016</p>	<p>Analizar la relación entre el lenguaje materno y los resultados del parto</p>	<p>Análisis de datos de las hospitalizaciones de partos en Hawái a partir</p>	<p>Mujeres de habla inglesa;</p>

		utilizando datos de hospitalización a nivel estatal.	de 2012, utilizando modelos descriptivos y multivariados de regresión logística binomial.	Mujeres de habla no-inglesa (EE. UU.)
<b>47. Shakeel et al.</b>	2018	Determinar la prevalencia de síntomas depresivos posparto, identificar asociaciones con el origen étnico y con el nivel de integración social.	Cohorte prospectiva basado en la población de 643 mujeres embarazadas (58% de las minorías étnicas) que asisten a la atención prenatal primaria en Oslo.	Minorías étnicas (Noruega).
<b>48. Sow et al.</b>	2018	Identificar las características sociodemográficas asociadas con los resultados adversos del embarazo, de acuerdo con el origen de las madres que residen en Bruselas.	Análisis de datos de todos los nacimientos de nacidos vivos en Bruselas entre 2005 y 2010, recopilados por tres bases de datos administrativas.	Mujeres migrantes (Bruselas)
<b>49. Watson &amp; Downe</b>	2017	Revisar las evidencias publicadas sobre la discriminación contra las mujeres romaníes en la atención de maternidad en Europa	Revisión sistemática de métodos mixtos	Mujeres romaníes (Europa)

<p><b>50. Yelleand et al.</b></p>	<p>2015</p>	<p>Comparar los puntos de vista y experiencias de mujeres inmigrantes de origen no angloparlante que dan a luz en Victoria, Australia, con las de mujeres que nacieron en Australia</p>	<p>Análisis de encuestas realizadas con mujeres que dieron a luz entre 2000 y 2008 en Victoria.</p>	<p>Mujeres migrantes; mujeres nativas (Australia).</p>
-----------------------------------	-------------	---	---	--