

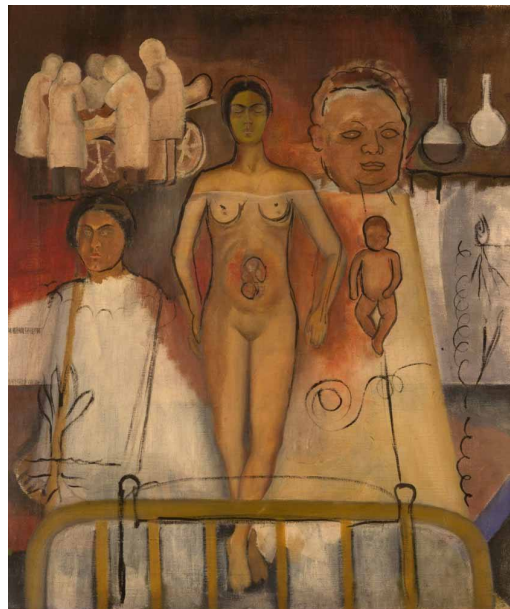
**GRADO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL Y CULTURAL**

**TRABAJO FINAL DE GRADO / CURSO 2020-2021**

**Violencia obstétrica en el ámbito hospitalario español desde una  
perspectiva antropológica**

**AUTORA: María Sánchez Rodríguez**

**TUTOR: Javier Rodríguez Mir**



**Mayo, 2021**

---

<sup>1</sup>*Frida y la cesárea (inconcluso)*. Frida Kahlo. 1931. Vía Google Arts & Culture (2021).

***“Es probable que la mujer moldeara no solamente vasijas, sino también imágenes de sí misma: la vasija de la vida, la que transforma la sangre en vida y leche.”***

Adrienne Rich en *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución* (2019).

## **Agradecimientos**

Gracias a Javier Rodríguez Mir, tutor responsable de este trabajo, de mis prácticas de investigación sobre violencia obstétrica, y de mi proyecto como becaria de investigación en el Departamento de Antropología Social y Pensamiento Filosófico Español de la UAM. Por la generosidad infinita, predisposición y acompañamiento en este camino.

A Alejandra Martínez Gandolfi, por los consejos y perspectivas como médica e investigadora a la hora de plantear este trabajo.

A las investigadoras, matronas, abogadas y psicólogas, que muchas veces desde su doble perspectiva como usuarias del sistema sanitario y trabajadoras del mismo, compartieron conmigo su sabiduría y experiencias personales.

A todas las madres y usuarias entrevistadas que confiaron en mí a la hora de conocer sus historias, por ayudarme a poner este granito de arena en el proyecto que es la construcción de una sociedad más justa, hecha por y para todas.

## Índice TFG

### 1. **Introducción** (págs. 6-20)

**1.1. Justificación.** Las dinámicas de poder que operan en la atención a la gestación, parto y puerperio, en base a prácticas invisibilizadas que reproducen distintos factores estructurales de la sociedad española actual. (pág. 6)

**1.2. Estado de la cuestión.** Reconocimiento de la OMS y la ONU, la asociación El parto es Nuestro, DONA LLUM, la SEGO, distintas asociaciones y estudios. Legislación en América Latina. (págs. 6-15)

**1.3. Objetivos e hipótesis.** El parto es un proceso, además de fisiológico; también social y cultural, el cual debería observarse en torno a los elementos que forman parte de los distintos procesos que operan en el mismo. (págs. 15-16)

**1.4. Metodología.** Selección del material bibliográfico y revisión de los datos disponibles, humanización de dichos datos a través de entrevistas a usuarias, investigadoras y profesionales sanitarias. Lectura crítica y reflexión en torno a la problemática. (págs. 16-18)

**1.5. Marco teórico.** Principales teorías y autoras/es tenidos en cuenta a la hora de abordar la problemática de la violencia obstétrica. (págs. 19-20)

### 2. **Desarrollo: Aproximación a la violencia obstétrica en España** (págs. 20-84)

**2.1. ¿Cómo se define la violencia obstétrica?** Una definición en la que operan distintos procesos. (págs. 20-31)

**2.2. Implicaciones del parto hospitalario.** Lógica intervencionista fruto de la patologización de los procesos del parto. Sobremedicalización y protocolización. Territorialidad del parto en el hospital. Homogeneización de los casos. Datos de morbilidad y mortalidad. (págs. 31-42)

**2.3. Violencia obstétrica como violencia estructural.** Biopoder médico que opera en el proceso de la atención ginecológica y obstétrica. Saberes médicos institucionalizados, androcentrismo y occidentalismo. Acceso a información en la actualidad e importancia de la teorización feminista. (págs. 42-57)

**2.4. La otra parte de una misma problemática: el personal de salud.** Burnout y sus efectos sobre la asistencia gineco-obstétrica. Jerarquía entre especialistas sanitarios. Reivindicación de la figura de la matrona. (págs. 57-65)

- 2.5. Realidades invisibilizadas dentro de la violencia gineco-obstétrica.** Racismo, esterilizaciones forzadas en mujeres con discapacidad, mutilación genital femenina, aborto y muerte perinatal. (págs. 65-73)
- 2.6. Secuelas de la violencia obstétrica.** Puerperio y minusvalías. Depresión posparto. (págs. 73-79)
- 2.7. Soluciones.** El debate del punitivismo y judicialización del proceso. Labores educativas y de concienciación. ¿Qué hacer con toda esta teorización? El momento de la praxis. (págs. 79-84)
- 3. Conclusiones** y reflexión sobre la victimización de las mujeres en estos procesos. Aportaciones desde la antropología. El parto como herramienta social transformadora. (págs. 84-85)
- 4. Anexos** (págs. 86-90)
- 4.1. Vasija de mujer con vientre abultado.** (pág. 86)
- 4.2. Tabla de caracterización de las personas entrevistadas.** (págs. 86-90)
- 5. Bibliografía y otros recursos** (págs. 91-100)
- 5.1. Bibliografía.** (págs. 91-99)
- 5.2. Otros recursos y referencias.** (pág. 100)

# **1. Introducción**

## **1.1. Justificación**

El motivo que me llevó a realizar la investigación plasmada en este trabajo, es poner de manifiesto la invisibilizada realidad de la violencia obstétrica sufrida por las mujeres<sup>2</sup>; no únicamente en el parto, sino también en los procesos que lo rodean. Teniendo en cuenta para hacerlo, el contexto en el que se desarrolla la medicina y la atención al parto en España, en el que operarían distintas dinámicas de poder que generarían desigualdad, no solo hacia las usuarias, sino también dentro de la propia organización profesional sanitaria en el ámbito hospitalario. Además, más allá de teorizar sobre estas prácticas, una de mis principales motivaciones es entender por qué se produce este tipo de violencia, en qué contextos, cómo afecta a las mujeres y las secuelas que existen para quienes la han sufrido. Así como proponer posibles soluciones a esta problemática del modelo asistencial al parto hospitalario español.

## **1.2. Estado de la cuestión**

Existen distintos organismos internacionales que reconocen la existencia de este tipo de violencia en España, comenzando por la ONU, concretamente desde el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Desde este organismo, tal y como se informó desde noticias como: *La ONU condena a España a indemnizar a una mujer por la violencia obstétrica sufrida durante el parto* (Jan, 2020), se tomó la decisión de elaborar una respuesta ante la queja presentada por una mujer (resolución iniciada en el año 2011 por lo acontecido en un hospital público de Lugo); por la violencia obstétrica sufrida en su parto y los traumas posteriores que ésta le generó tras evaluar su caso. La afectada había recurrido de manera previa a los tribunales en España para denunciarlo pero, según fue resuelto por el Comité; no recibió la atención necesaria por causa de los procesos de discriminación de género que ésta sufrió en el proceso. Mediante el dictamen de la Asamblea (CEDAW, 2020), se expuso que la víctima debería ser recompensada, así como también se abordó la importancia de una buena capacitación laboral en materia de derechos sexuales y reproductivos, tanto para el personal sanitario como de los jueces, buscando evitar este tipo

---

<sup>2</sup>El uso genérico de la palabra “mujeres” que utilizo en este trabajo se debe a que la problemática de la violencia obstétrica se encuentra inserta dentro de un sistema de género binario bajo el que se imponen roles diferentes tanto para hombres como para mujeres. Es por ello que hablo de mujeres como las principales afectadas. Sin ánimo de resultar excluyente y teniendo en cuenta la realidad de las personas no binarias.

de problemas en un futuro y que se establezcan los medios legales necesarios para el tratamiento de casos de violencia obstétrica en España.

Este caso ha resultado un avance importante en el reconocimiento de la violencia obstétrica en el contexto español debido al eco que ha tenido en los medios de comunicación la resolución emitida desde un comité como es el de las Naciones Unidas y al informe que se habría redactado pidiendo responsabilidades junto con recomendaciones en torno a la toma de medidas, para evitar que situaciones como ésta vuelvan a repetirse.

La Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer Dubravka Šimonović, presentó uno de los informes redactados por causa de la problemática de la violencia obstétrica titulado: *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* (Dubravka Šimonović, 2019). En éste se ha utilizado el concepto de “*violencia obstétrica*” para calificar estas cuestiones, aunque también aparezca (en mayor medida) el término “*violencia contra la mujer durante la atención al parto*”. Considero que esto se debe a que todavía el término “*violencia obstétrica*” no habría sido tan estudiado y extendido en el contexto internacional, más allá de América Latina, cuyo caso abordaré más adelante, y el cual ha democratizado su uso. Además, en este informe, aparte de hacer especial hincapié en la identificación de este tipo de violencia, se reivindica el consentimiento informado para abordar y evitar este tipo de situaciones. Para ello se desarrollaron distintas recomendaciones que los Estados deberían adoptar en su compromiso por su erradicación, tales como: la sensibilización social, la reparación a las víctimas, la responsabilidad profesional, el abordaje de las problemáticas estructurales que afectarían sobre el tema, la despenalización del parto domiciliario y, en definitiva; garantizar el acceso a unos servicios y atención que no vulneren los derechos de las afectadas.

Por otro lado, desde la Organización Mundial de la Salud, se ha emitido una declaración titulada: *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud* (OMS, 2014). Ésta ha sido respaldada por más de 60 ONGs e instituciones, entre las cuales, se encuentra la asociación El parto es nuestro y la asociación Dona Llum Associació Catalana per un Part Respectat, como las dos únicas organizaciones españolas que la apoyan. En esta declaración no pude encontrar el uso de la palabra “*violencia obstétrica*”, pero sí que puede advertirse el reconocimiento de una problemática que afecta a mujeres de todo el mundo. Citando la presentación del documento:

*“En todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos.”* (OMS, 2014:1).

Por lo tanto, puede reconocerse que el derecho a un trato digno en el proceso es una cuestión de derechos humanos y de salud pública a la que todos los Estados deberían atenerse. Además de reconocerse la existencia de una problemática asistencial bajo los parámetros establecidos por la OMS.

En cuanto al contexto europeo, ha sido sufragada una investigación por parte de la Comisión Europea llamada: *Violencia obstétrica: el nuevo objetivo de la investigación, las políticas y los derechos humanos sobre el parto*, en la cual se ha ahondado en los procesos históricos, sociales y políticos que habrían ayudado a definir como elemento jurídico este tipo de violencia en América Latina, a través de una perspectiva de estudio cualitativo e implementando un Observatorio de Violencia Obstétrica en el marco europeo con el fin de generar buenas prácticas obstétricas. Esta investigación fue realizada desde el año 2016 hasta el 2018 mediante un estudio vinculado a la disciplina de la Antropología Médica. La coordinadora de este proyecto fue la Università Degli Studi Di Udine. Actualmente, la investigadora Patrizia Quattrocchi (titular de dicha investigación) está desarrollando junto a varias alumnas e investigadoras, la página web de la misma, en la que se está agrupando toda la información obtenida en dicha investigación, así como un trabajo de recolección bibliográfica de los trabajos académicos existentes sobre la problemática.

En materia de regulación de la atención al parto por parte del Gobierno Español, a partir de la demanda significativa de los movimientos por el parto respetado; el defensor del Pueblo aconsejó que se implantasen una serie de medidas y protocolos para la atención de partos no medicalizados, a los que pudiesen acudir mujeres que quisieran tener un parto más natural con la mínima intervención médica posible, con la condición de que recurrir al mismo no supusiera un riesgo obstétrico para cada caso particular. Además, en 2008, se promulgó la elaboración del Plan de Parto por parte del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad,



cuyo uso se encuentra completamente democratizado en España en la actualidad, y el cual se define de la siguiente manera en el modelo elaborado desde el Ministerio:

*“Un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento.”* (Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva, 2:2021).

Por otro lado, en lo que respecta al asociacionismo contra la violencia obstétrica en España, en mayo del 2014, la Plataforma Pro Derechos del Nacimiento (Web Plataforma Pro Derechos del Nacimiento, 2020), desarrolló una jornada para concienciar a la población sobre la violencia obstétrica. Esta plataforma también lleva a cabo actividades tales como; tareas de divulgación, redacción de protocolos, hasta proyecciones documentales con organismos y asociaciones tales como El Parto es Nuestro, sobre la que hablaré a continuación.

Otra de las plataformas más importantes en la detección de la violencia obstétrica son los Observatorios de Violencia Obstétrica, existentes actualmente en países como España, Italia, Colombia, Francia, Puerto Rico, Brasil, Argentina y Chile, aunque en este trabajo, haré especial mención al OVO (Observatorio de Violencia Obstétrica) español. Éste fue creado en 2014 y forma parte de la asociación de usuarias El Parto es Nuestro, y se define de la siguiente manera en su página web:

*“Organismo multidisciplinar que nace de la necesidad de denunciar públicamente la incidencia de las prácticas que constituyen este tipo de violencia, de la que no sólo son víctimas las mujeres, sino también quienes las rodean y los y las profesionales dedicados a la salud y a la atención de la mujer en todas las etapas de la maternidad.”* (El Parto es Nuestro, 2021).

Dentro de los recursos de este Observatorio, se encuentra un amplio repositorio de contenido bibliográfico sobre violencia obstétrica: artículos, recursos legales, foros, material audiovisual, campañas y proyectos, e incluso links directos a otros Observatorios a nivel internacional. Esta misma asociación, además de desarrollar su trabajo con el OVO, también lo hace a través de distintos grupos locales en España, Ecuador y Argentina, ofreciendo apoyo y asesoramiento a las mujeres y familiares que precisen del mismo. Aunque actualmente, debido a las circunstancias sanitarias actuales, esta labor se ha tenido que adaptar a la modalidad online. De tal manera, existe una importante presencia de la

asociación tanto en su blog de libre acceso, disponible en la página web (<https://www.elpartoesnuestro.es/>) como en sus diferentes redes sociales. Para desarrollar este trabajo, he entrevistado a una de sus cofundadoras más conocidas; Francisca Fernández Guillén<sup>3</sup>, la cual utiliza estas palabras para hablar sobre la asociación:

- 2:34 - “Indudablemente, *El parto es nuestro* ha sido el inspirador y promotor de la *Estrategia de Atención al Parto Normal del Ministerio de Sanidad (...)* y después ha tenido un trabajo de recopilación de los testimonios de las mujeres esencial, (...) y además ha sido una organización pionera en Europa y en el mundo.” (Entrevista propia a Francisca Fernández Guillén).

En definitiva, la asociación; además de su labor informativa desde materia legal hasta la lactancia, constituye una plataforma en la que poner en contacto a profesionales de distintos ámbitos tales como la medicina, el derecho, las ciencias sociales y otros tipos de disciplinas que puedan abordar el tema y a madres, para que puedan compartir sus experiencias y plantear dudas relativas a sus procesos de embarazo, parto y puerperio, a través de los foros y redes sociales a las que tendrían acceso desde la misma página web: en YouTube (ElPartoEsNuestro), en Instagram (@elpartoesnuestro), en Twitter (@elpartoesnuestr) y en Facebook (El Parto Es Nuestro).

Para seguir tratando la problemática de la violencia obstétrica y su reconocimiento o falta del mismo, considero inevitable referirme a la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la cual emitió un comunicado titulado: *Violencia obstétrica: Un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado, científicamente inaceptable* (Consejo Rector y Asesor del Comité Científico de la SEGO, 2018) para desmentir la existencia de violencia obstétrica o de cualquier forma de trato deshumanizado contra la mujer en aquellos centros y por parte de profesionales que formen parte de dicha Sociedad. Además, en el comunicado se recomienda que en el caso de que se sufra cualquier tipo de violencia en el parto, la afectada recurra a las leyes que protegen al paciente en dichas situaciones para así tratar la situación con el mayor rigor posible y dentro de la legalidad. Citando parte del mismo:

---

<sup>3</sup>Cada vez que en este TFG aparezca el nombre de alguna persona que haya participado en las entrevistas, será debido al interés que dicha persona ha manifestado de aparecer de manera no anónima. De lo contrario, las personas entrevistadas se citarán siempre de manera anónima.

*“La medicina especulativa, totémica, no forma parte de nuestras consideraciones institucionales. Mientras la SEGO no se vea implicada directa y explícitamente por aquellos/as que exteriorizan sus opiniones sin plantear acciones legales ante un delito recogido en nuestras leyes como es cualquier tipo de VIOLENCIA, no se va a sentir aludida. En caso contrario, sí pondrá a los Servicios Jurídicos de nuestra Sociedad todos los argumentos necesarios y legales para dirimir este asunto.”* (Consejo Rector y Asesor del Comité Científico de la SEGO, 2018)

Tras su publicación, apareció la repulsa como respuesta que se dio hacia este comunicado desde la asociación DonaLlum y El Parto es Nuestro mediante la publicación de un artículo: *La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) niega la Violencia Obstétrica. El Parto es Nuestro Responde* (El Parto es Nuestro, 2018), en el que se emitieron las leyes existentes a las que podría apelarse para tratar casos de violencia obstétrica, así como los estándares de la Estrategia de atención al parto normal y el reconocimiento internacional de la existencia de este tipo de violencia. De esta manera, pude comprobar cómo la violencia obstétrica, además de resultar un tema delicado por cómo atenta contra los derechos humanos, se encuentra inmersa dentro de un debate respecto a su reconocimiento, a pesar de que cada vez se esté hablando más de ella dentro y fuera de los ambientes académicos.

Siguiendo con el asociacionismo contra la violencia obstétrica en España, se encuentra la asociación DonaLlum: Associació Catalana per un Part Respectat. La cual se define en su página web (<https://www.donallum.org/>) de la siguiente manera:

*“Mujeres voluntarias, que trabajan por una atención digna y respetuosa de la mujer y su neonato, en el proceso del embarazo, parto y puerperio en el contexto catalán, mediante la observación de las prácticas sanitarias promoviendo su adecuación mediante el rigor y recomendaciones científicas respetando las necesidades propias de las madres y sus bebés para partos felices, seguros y respetados.”* (DonaLlum, 2020).

En cuanto a su funcionamiento resulta bastante similar a la asociación El Parto es Nuestro, en lo que respecta a que se trata de un organismo autofinanciado y de voluntarias que organizan talleres temáticos, ofrecen asistencia legal y solicitudes de información, así como también monitorizan las prácticas sanitarias de profesionales y de diversos centros en Cataluña mediante su participación en charlas, debates y encuentros con otros grupos y asociaciones.

También colaboran con CatSalut en lo concerniente al área materna y mediante la recogida de información y testimonios de las madres. Tienen presencia en redes sociales tales como Facebook (Dona Llum Associació Catalana per un Part Respectat), Twitter (@DonaLlum) y en su propia página web (donallum.org).

Otra asociación española que trata esta violencia es la Asociación Española de Psicología Perinatal, la cual se define de la siguiente manera en su página web (asociacionpsicologiaperinatal.es) :

*“La asociación nace como proyecto pionero en España, con el fin de difundir y desarrollar el acercamiento a esta rama de la salud primal, a la vez que busca construir una red de profesionales, enfocados en la prevención e intervención específica.”* (Asociación Española de Psicología Perinatal, 2020).

Esta asociación no fue creada concretamente para luchar contra la violencia obstétrica, pero indirectamente, al tratar problemáticas tales como la salud mental durante y tras el embarazo, así como la pérdida gestacional y su duelo, los partos traumáticos, el apego con el bebé, y la lactancia; estarían desarrollando medidas de manera activa con las que luchar contra el maltrato y violencia en estos procesos. Por otro lado, en una de las entradas de su blog, con fecha del 25 de noviembre del 2019, se encuentra un artículo titulado *VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UN MAL ENDÉMICO QUE AZOTA LA SALUD Y LOS DDHH DE LAS MUJERES* (Rodríguez, 2020), en conmemoración del Día Internacional para la eliminación de la Violencia contra la Mujer, en el que se haría referencia a la violencia obstétrica establecida dentro del marco de violencia sexual reconocida como violencia de género.

Como pude comprobar en esta revisión de asociaciones, los medios digitales se han convertido en las principales plataformas de desarrollo y divulgación de éstas, principalmente en los tiempos que corren por causa la pandemia COVID-19; al resultar una vía de fácil acceso a foros y direcciones de contacto a través de las que comunicarse con otras madres o profesionales (creación de redes sociales como grupos de apoyo, de crianza, etc), así como resultar una plataforma de difusión de bibliografía y campañas a través de las que concienciar a la población. Además, también se han convertido en un medio a través del que hacer activismo y difundir información en torno al tema. En estas plataformas encontré el uso del término “matriactivismo”, el cual fue acuñado por Jesusa Ricoy Olariaga (Plataforma

científica en defensa del pinzamiento óptimo del cordón umbilical, 2021) la cual ejerce en Londres como profesora de preparación al parto. Además, es una activista principalmente conocida por su trabajo reivindicando el parto respetado, demostrando que ser feminista no tiene por qué estar reñido con ser madre. También, otra persona que cuenta con mucha presencia especialmente en redes sociales, es Cinthia Takanashi, la cual se ha hecho muy conocida en la actualidad gracias su activismo virtual como madre (presentada en entrevistas online como: *“El patriarcado es el padre enrollado que se va de putas con mujeres que pueden ser su hija”* (Coronado, 2021)), además de formar parte de una plataforma de formación y apoyo para madres y familiares (@ya\_eres\_madre en Instagram), siendo muy activa en temas como el parto respetado y contra la explotación reproductiva de mujeres en España. Sin lugar a dudas, las redes sociales han permitido que cada vez existan más perfiles desde los que muchas mujeres se reivindican en su papel como madres, utilizando su cuenta de Instagram como una plataforma a través de la que transmitir su pensamiento e incluso debatir con otras personas. Así como muchos profesionales tales como matronas/es y enfermeras/os también las usan, muchas veces en colaboración con estas madres; como una plataforma de difusión de información basada en la evidencia científica.

Siguiendo con la línea de los medios y las redes sociales, más allá de los organismos y organizaciones que trabajan por la eliminación de la violencia obstétrica; también se encuentra información sobre la misma en los medios de comunicación, no sólo por las noticias que informan sobre su reconocimiento en organismos sociales y distintos relatos individuales de mujeres, sino también sobre decisiones que se toman desde organismos políticos de España en materia de violencia obstétrica. Encontrando en este apartado la noticia: *“Igualdad se compromete a legislar contra la violencia obstétrica”* (La Vanguardia, 2020). En ésta se expone cómo la Ministra de Igualdad; Irene Montero, trasladó su compromiso hacia un plan definido contra la violencia obstétrica sufrida por mujeres con discapacidad a la Fundación CERMI Mujeres, definida de la siguiente manera en su página web (<https://www.fundacioncermimujeres.es/es>):

*“La Fundación CERMI MUJERES es una organización sin ánimo de lucro cuyo objetivo fundamental es favorecer las condiciones para que las mujeres y niñas con discapacidad, así como las mujeres y madres asistentes de personas con discapacidad, puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.”* (Cermi Mujeres, 2021).

De esta manera, se busca elaborar un plan de ruta a la hora de empoderar y asegurar el acceso a los ejercicios sexuales y reproductivos de las mujeres con discapacidad (sobre las que hablaré más adelante), respetando sus derechos y mejorando así la accesibilidad a estos servicios, la cual debería estar garantizada.

Por otro lado, más allá de todos estos organismos e información disponible, también considero relevante que se tenga en cuenta la existencia de la regularización jurídica de esta problemática, en la que Latinoamérica es pionera tal y como se expone en el libro *El concepto violencia obstétrica y el debate actual sobre la atención al nacimiento* (Goberna-Tricas y Boladeras, 2018):

Argentina fue la primera en aprobar una Ley de violencia obstétrica en el año 2004, dicha ley es la 25.929, conocida como la Ley de Parto Humanizado. Tres años después, Venezuela se unió a la iniciativa con la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, en la que se incluye la violencia obstétrica como uno de los tipos de violencias reconocidas en la misma. En algunos estados de México también existen leyes establecidas para la violencia obstétrica, mientras que en Chile se está evaluando a través de un proyecto de ley. En Colombia, Costa Rica y Guatemala, dentro de las leyes que protegen a las mujeres de la violencia, están consideradas violencias tales como la violencia obstétrica o la violencia mediática. Respecto a la eficacia de estas leyes en su aplicación a los escenarios reales, y sobre el debate sobre la legislación, es un tema que trataré más adelante.

De esta manera, pude comprobar cómo la violencia obstétrica sí ha sido reconocida por parte de algunos Estados y organismos internacionales. Sin embargo, en España no existe un reconocimiento oficial por parte de las autoridades médicas o gubernamentales, o al menos, no se ha emitido ningún documento ni decisión que lo corrobore todavía, salvo en el caso de Cataluña en el plano de la legislación autonómica, con la nueva Ley 17/2020, del 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008 del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, en la que se ha reconocido la violencia gineco-obstétrica como una de los tipos de violencias contempladas, tal y como se expuso en las jornadas de *Prácticas interseccionales. La atención a la salud afectivo-sexual desde un conocimiento transdisciplinar* por la investigadora Alessandra Battisti (Universitat Rovira i Virgili, 2021) .

Finalmente, en lo que respecta a trabajos académicos sobre la cuestión, existe un creciente interés en la problemática, lo que se ha reflejado en la bibliografía para desarrollar este trabajo, siendo muchos de los trabajos de referencia que he utilizado: principalmente ensayos, tesis y artículos académicos. Además, al tratarse de una problemática tan interdisciplinar, ha sido abordada por estudiantes y académicas desde distintas ramas del saber, pasando por disciplinas tales como el derecho, las ciencias sociales, y la medicina, especialmente en América latina, a pesar de que cada vez puedan encontrarse más trabajos científicos, congresos y cursos que traten la violencia obstétrica en el contexto europeo y español. Aunque considero que todavía se encuentra arraigada a la producción más académica y que su conocimiento aún no ha calado en la agenda política española ni en la ciudadanía.

### **1.3. Objetivos e hipótesis**

Los objetivos específicos de este trabajo son:

- Primero, realizar un análisis profundo desde la perspectiva cualitativa de las vivencias de las entrevistadas y una revisión teórica de la problemática de la violencia obstétrica.
- Después, conocer sus causas, los contextos en los que se desarrolla y de qué manera opera en la realidad de las personas.

Finalmente, el objetivo general es:

- Introducir una mirada más holística bajo la que analizar la problemática de la violencia obstétrica como un proceso multifactorial, sin dejar de lado en ningún momento la evidencia científica. Para proponer soluciones en base a las demandas y opiniones a las que se ha accedido a través de las entrevistas. Teniendo en cuenta que este cambio de imaginario, afectaría sobre otros muchos aspectos de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, teniendo un impacto positivo dentro de sus distintos grupos sociales.

La hipótesis desde la que he partido para el desarrollo de esta investigación es que, no sólo el parto, sino los procesos naturales que forman parte del mismo; tales como el embarazo y el puerperio (así como todo aquello que rodea a este proceso, como la maternidad o la organización social en torno a la crianza), no se tratarán de procesos meramente fisiológicos, sino que se encontrarán profundamente impregnados de aspectos sociales, psicológicos y culturales, ya que el ser humano se caracteriza por la interrelación de todas estas partes. Así

como la construcción de la medicina actual en la sociedad española también se encuentra inserta dentro de un contexto cultural. Para ilustrar estos procesos utilizaré conceptos clave como: el poder biotecnológico a partir del uso de una medicina más defensiva, la concepción biopolítica de los procesos envueltos en el parto, así como la enculturación del embarazo, parto y puerperio; en la que estos estados de salud tales como el embarazo, se leerían en clave patológica. Factores tales como el poder, el sistema verticalista hospitalario, las políticas sanitarias y sus protocolos a través de la estandarización de casos, así como la falta de interrelación entre la diversidad de saberes, y la cuestión del género, el racismo y clase; resultarán clave para analizar estas problemáticas establecidas en la estructura social bajo la que se desarrolla esta violencia.

Además, también considero como hipótesis que deberán tenerse en cuenta las condiciones laborales del personal de salud en clínicas y hospitales como uno de los escenarios principales en los que ésta se desarrolla. Así como la importancia de abordar la problemática de la formación y reciclaje de saberes en la práctica profesional.

Finalmente, otro de los aspectos principales que he tomado en cuenta como una de las hipótesis, es el de cómo resulta necesaria una resignificación cultural del proceso del parto, no sólo para cambiar la concepción del mismo y normalizar que se trata de un proceso más de la fisiología femenina, sino para conocerlo mejor y buscar promover buenas prácticas cuando sea necesaria una intervención en el mismo. Buscando erradicar el extrañamiento y alineación de las mujeres hacia sus propios ciclos fisiológicos para eliminar el estigma hacia procesos tales como: la lactancia materna, el aborto, la muerte perinatal, la sexualidad o la menstruación, los cuales forman parte de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

#### **1.4. Metodología**

Para el desarrollo de esta investigación he llevado a cabo una revisión bibliográfica a través de una profunda documentación en torno a las problemáticas que operan en la violencia obstétrica desde distintas perspectivas, para que el trabajo de esta forma; sea abordado de la manera más interdisciplinaria posible añadiendo distintos análisis y puntos de vista. Ya que consideraba necesario establecer las bases simbólicas, culturales y sistémicas que perpetúan este modelo de parto. El acceso a mucha de esta bibliografía académica lo obtuve principalmente a través de la plataforma Mendeley y en repositorios académicos tales como Bun! (UAM), Scielo México y Dialnet (Universidad de la Rioja).



Más allá de la contextualización teórica de la problemática, para humanizar todos estos datos a los que pude tener acceso gracias a los informes distribuidos por la OMS y demás asociaciones médicas y sanitarias; se encuentra la relevante tarea desarrollada a través de la metodología cualitativa. Realizada (adaptada a las circunstancias sanitarias) a través de entrevistas con profesionales del sector sanitario, madres que hayan sido gestantes (porque existen madres que no lo son biológicamente), preferiblemente que hubieran dado a luz recientemente para abordar la situación actual, así como con abogadas, psicólogas, investigadoras y demás perfiles relacionados con la problemática que abordo en este trabajo.

Estas fueron entrevistas semiestructuradas en profundidad, en las que hablamos de sus experiencias y concepciones en torno a la violencia obstétrica, ya que me interesaba especialmente acceder a la subjetividad (perspectiva EMIC) de estas personas en torno al fenómeno de estudio, tal y como se expone en el trabajo de Luis Enrique Alonso en el capítulo 2: *Sujeto y discurso: el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa* de su libro *“La mirada cualitativa en sociología”*, en el que se ilustra cómo a través de ésta se buscan las representaciones y las subjetividades de las personas entrevistadas:

*“La entrevista abierta de investigación social tiene su mayor sentido, por tanto, al ser utilizada donde nos interesan los actos ilocutorios más expresivos, en el sentido, otra vez, de Jakobson (1981: 353 y ss.), de individuos concretos que por su situación social nos interesan para localizar discursos que cristalizan”* (Alonso Benito, 1998:2).

Para las transcripciones (ya que utilizo fragmentos en este trabajo), grabé el audio de las entrevistas previo consentimiento oral con cada persona, tras explicarles para qué iban a ser utilizadas (únicamente para el desarrollo de este TFG), poniéndome a su disposición para cualquier duda y haciéndoles saber que les enviaría este trabajo como devolución a su aportación en el mismo. Realicé este cometido desde septiembre hasta enero, mientras seguía documentándome y redactando la parte teórica del trabajo que no precisaba de la subjetividad obtenida en las entrevistas (capítulo introductorio). Tras ello, de febrero a mayo, volqué la información obtenida en las entrevistas en los siguientes capítulos del TFG para poder terminar de redactar el mismo.

Como este trabajo se encuadra dentro de un proyecto de investigación realizado en las Prácticas de cuarto curso de antropología social y cultural, así como en la concesión de una

Beca de Colaboración para este curso 2020-2021 (supervisado todo este proyecto por Javier Rodríguez Mir), busqué profundizar mucho más en la comprensión de la problemática, a través de distintas colaboraciones, cursos y seminarios de violencia contra las mujeres que me han permitido acceder a muchas experiencias e información que también se integran dentro de este trabajo. Estas formaciones han sido: el *Curso de Violencia obstétrica: una aproximación teórica y práctica* organizado por la UNED (2021); las *Jornadas: La salud como derecho. Mujeres y bienestar*, organizadas por el Espacio de Igualdad Hermanas Mirabal (2020); las jornadas de *Prácticas interseccionales. La atención a la salud afectivo-sexual desde un conocimiento transdisciplinar* organizadas por la Universitat Rovira i Virgili (2021) y, finalmente, el *II Seminario internacional sobre Violencia Obstétrica* organizado por la Universitat Jaume I en colaboración con la asociación El parto es nuestro (2021).

Además, he tenido la oportunidad de participar como ponente en un taller sobre Violencia Obstétrica en el Espacio de Igualdad Ana Orantes del distrito de Barajas, en el que tuve la oportunidad de transmitir mis conocimientos y concepciones en torno a la violencia obstétrica y compartir impresiones con las personas que participaron. Así como también he podido colaborar con la investigadora en violencia obstétrica Patrizia Quattrocchi, en el desarrollo de la página web de la investigación *Violencia obstétrica: el nuevo objetivo de la investigación, las políticas y los derechos humanos sobre el parto*, recopilando la producción académica generada en torno al tema desde España y Portugal

En definitiva, he realizado un trabajo teórico y de contextualización sistémica de la problemática, pero también un acercamiento de carácter cualitativo a través del que humanizar los datos y toda esa producción científica en base a experiencias en primera persona bajo las que recoger la visión que se tendría sobre la problemática en la sociedad española. Para ello, he realizado veinte entrevistas (de aproximadamente una hora/hora y media cada una), en su mayoría a través de plataformas digitales debido a la situación sanitaria actual. A partir de estas entrevistas pude conocer la mirada de las profesionales y usuarias entrevistadas y reflexionar sobre la problemática bajo una perspectiva antropológica. Así como también pude identificar algunos temas y subtemas que abordar en la investigación, e incluso algunas nuevas cuestiones que, a la hora de acotar el campo de investigación, no había tenido en cuenta de manera previa y que en base al interés de algunas de las usuarias y profesionales entrevistadas; decidí abordar.

## 1.5. Marco teórico

Para el desarrollo teórico, al igual que hice con las entrevistas, no he querido dejar de introducir la perspectiva médica sobre la problemática de la violencia obstétrica, poniéndola en relación con una crítica más social que se obtiene de los textos de trabajos de investigación con perspectiva feminista, ya que a la hora de plantear este trabajo, considero que la violencia obstétrica es, inevitablemente, una cuestión feminista. De esta manera, he querido relacionar la teoría de autoras relacionadas con las ciencias naturales, como lo es la médica Carme Valls Llobet, mediante su perspectiva crítica con el sistema médico hegemónico a través la introducción de un análisis de género; con textos pertenecientes a filósofas/os y científicas/os sociales tales como Simone de Beauvoir, Pierre Bourdieu, Michel Foucault o Adrienne Rich. Debido a que considero un análisis incompleto el no tener en cuenta que la crítica al modelo asistencial del parto, también se trata de una crítica al modelo patriarcal de maternidad y crianza, en el que la mujer se encuentra reducida a una función reproductora, al cuidado y la crianza de los hijos.

Además, también se ha comenzado a generar literatura desde el punto de vista del personal sanitario que teoriza sobre posibles mejoras del modelo asistencial al parto en la actualidad, como pude encontrar a través de las figuras de Laia Casadevall (matrona) o Ibone Olza (psiquiatra infantil y perinatal). Además de otras profesionales a las que haré referencia a lo largo del trabajo, a las cuales pude entrevistar o conocer sus ideas a través de los cursos y jornadas a las que pude asistir. O el ejemplo del trabajo de Javier Rodríguez Mir (antropólogo) y Alejandra Martínez Gandolfi (investigadora y médica) en artículos científicos como *La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España* (Rodríguez Mir et al, 2020), y otros muchos otros textos que pueden encontrarse en la bibliografía utilizada para este trabajo. De esta manera, la literatura con perspectiva de género y médica, ha sido una constante para poder realizarlo. También, en la revisión bibliográfica para situar el modelo médico en el que se desarrolla esta violencia, me he remitido a la teoría en torno al modelo médico hegemónico del que habla el antropólogo médico Eduardo Luis Menéndez Spina. Su trabajo está muy centrado en los procesos de la atención a la salud y enfermedad; leyendo las relaciones que existen entre ésta y el contexto social que la condiciona.

Finalmente, pude encontrar muchos trabajos doctorales sobre la problemática (especialmente desde universidades latinoamericanas), aunque el que ha sido una importante referencia por estar enfocada en el contexto español (además de ser la primera tesis doctoral europea sobre violencia obstétrica) y por también haber podido entrevistar a su autora, ha sido: *La violencia obstétrica como violencia de género: Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales* de (García García, Eva Margarita, 2018). Además, cada vez son más prolíficos los artículos y trabajos académicos sobre esta problemática, por lo que no encontré grandes dificultades en la búsqueda bibliográfica, aunque sí advertí de que la producción de literatura latinoamericana sobre el tema es la más extensa. Perfiles de investigadoras, muchas de ellas antropólogas; también han resultado clave para el desarrollo de esta investigación, tales como la antropóloga Patrizia Quattrocchi, o el trabajo de la también antropóloga Michelle Sadler.

## **2. Desarrollo: Aproximación a la violencia obstétrica en España**

### **2.1. ¿Cómo se define la violencia obstétrica?**

La violencia obstétrica, más allá de lo controvertido del término, es definida desde los movimientos que reivindican su existencia como una serie de acciones, u omisión de las mismas, las cuales suponen un proceso de deshumanización de la mujer en el embarazo, parto y postparto y de excesiva medicalización en procesos fisiológicos que no precisan de la misma. Dentro del colectivo de profesionales sanitarios<sup>4</sup> no existe un reconocimiento colectivo de esta cuestión, tal y como se ha tratado con el caso de la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia); pero existen muchos profesionales sanitarios que la reconocen y forman una parte activa de los grupos y asociaciones que trabajan por su erradicación.

Para poder hablar sobre cuáles serían aquellas acciones u omisión de las mismas en el parto que se consideran como violencia obstétrica, me gustaría remitir a una de las investigaciones más completas realizada en torno a la problemática, a la cual se hace referencia en el libro *El concepto violencia obstétrica y el debate actual sobre la atención al nacimiento* (Goberna-Tricas y Boladeras, 2018). Esta investigación es: “*El maltrato de las mujeres*

---

<sup>4</sup> En este trabajo se utiliza el genérico masculino para hablar de las y los profesionales sanitarios.

*durante el parto en los establecimientos de salud a nivel mundial: una revisión sistemática de métodos mixtos". En ésta se analizaron un total de sesenta y cinco estudios en torno a treinta y cuatro países para englobar todo aquello que puede considerarse como violencia obstétrica:*

- 1. Maltrato físico a través de la fuerza o el manejo de la misma para que la parturienta obedezca a las órdenes del personal sanitario, o a través de la coerción.*
- 2. Abuso sexual o violación.*
- 3. Maltrato verbal: mediante un lenguaje grosero o áspero, mediante juicios o comentarios acusatorios que provoquen vergüenza en las mujeres o con carácter sexual y mediante amenazas y culpabilización de las mismas.*
- 4. Estigmatización y discriminación: basada en actitudes racistas, en base a la edad, a la clase socioeconómica o a condiciones médicas como ser una paciente con VIH.*
- 5. Incumplimiento de los estándares profesionales de cuidado: ausencia de un consentimiento informado en el proceso, violación de la confidencialidad, examen vaginal doloroso, negación de la administración de medicamentos para aliviar el dolor (salvo contextos o situaciones que lo justifiquen), operaciones quirúrgicas no consentidas o previamente informadas, negligencia, abandono y largas esperas y la ausencia de un asistente experto en el momento de la prestación.*
- 6. Deficiente relación entre las mujeres y los sanitarios: falta de comunicación, desestimación de las preocupaciones de las parturientas, problemas de lenguaje e interpretación, ausencia de apoyo, denegación de la presencia de compañeros en el parto, falta de respeto por las posiciones que tome la mujer en el parto, tratarlas como participantes pasivas, denegación de poder desempeñar prácticas tradicionales seguras, reclusión en las instalaciones.*
- 7. Condiciones del sistema de salud y limitaciones: malas condiciones de trabajo para el personal, limitaciones de personal, limitaciones de suministros, carencia de privacidad, malas condiciones de las instalaciones, sobornos y extorsión, estructura de cobros confusa, peticiones irracionales por parte de los sanitarios.*  
(Goberna-Tricas y Boladeras, 2018: 50)

Por otro lado, más allá de una clasificación más generalizada de todo aquello que podría incluirse dentro de esta violencia, existen algunas prácticas médicas que son algunas de las normalmente clasificadas como violencia obstétrica por parte de los grupos y asociaciones que luchan por su erradicación. Como por ejemplo, las expuestas por Ximena Silva (El parto

es nuestro) para el diario Público en su artículo: *Violencia obstétrica: las prácticas agresivas que sufren algunas mujeres en el parto* (Silva, 2019) y en *El concepto violencia obstétrica y el debate actual sobre la atención al nacimiento* (Goberna-Tricas y Boladeras, 2018) que además también son algunas de las que más han aparecido en las entrevistas que he realizado. Estas son:

El llevar a cabo diversos procedimientos invasivos sin informar a la mujer ni tomar en cuenta su opinión, tales como la episiotomía rutinaria sin ser anunciada ni consentida (corte de la vulva hasta el ano para facilitar la salida del feto) por simple facilidad para los profesionales sin existir evidencias de una necesidad real o riesgo de desgarro a la hora del parto. Además, esta intervención podría causar complicaciones tales como: incontinencia urinaria, patología en el suelo pélvico y dolor a la hora de volver a mantener relaciones sexuales (problemáticas que desarrollaré más adelante respecto a las secuelas de la violencia obstétrica). En algunos trabajos sobre esta intervención tales como *La episiotomía como práctica cultural de género: otro caso de mutilación genital femenina* (Rodrigues Ribeiro, 2020), se pone de manifiesto cómo esta práctica es recomendada por la OMS únicamente en un 10% de los casos. Además, se ha reconocido por el mismo organismo como una forma del maltrato contra el cuerpo de las mujeres en el año 2019. Respecto a la lectura cultural que se da sobre esta intervención, Rodrigues Ribeiro la relaciona con un sentido ritual que tiene que ver con el sacrificio que implicaría enfrentarse a la maternidad desde el momento del parto, fruto de esa construcción patriarcal en la que la madre resulta una figura sufridora que se sacrifica por sus hijos. Además, la autora también critica cómo no se integran los avances de las nuevas evidencias científicas en procesos de salud femenina, desmintiendo mitos tales como que el periné no permite la salida del bebé en el parto. Sin embargo, bien ejercida, esta práctica es necesaria si por alguna emergencia obstétrica se tiene que recurrir al parto instrumental o para evitar desgarros. Respecto a lo que las mujeres entrevistadas me comentaron sobre esta práctica, me encontré con respuestas como la siguiente, en base a la consideración de la episiotomía como una forma de mutilación:

- 1:04:37 - *“Aquí durante muchos años nos han mutilado también, una episiotomía es una mutilación. (...) Y hay un único motivo para hacer una episiotomía, que es que el bebé tiene que salir ya porque se está muriendo.”* (Entrevista propia a Maria Llavoré Fábregas).

Otra intervención médica muy denunciada desde los movimientos contra esta violencia es la maniobra de Hamilton, la cual se lleva a cabo para inducir el parto a través de una maniobra manual invasiva que consiste en separar las membranas del útero mediante un movimiento circular con los dedos para que de esta manera, se liberen las prostaglandinas<sup>5</sup> necesarias para generar las contracciones. Los riesgos de esta intervención, además de ser sumamente dolorosa incluso en días posteriores a su realización y de ser muchas veces realizada sin previo aviso o sin darle explicaciones a la madre, son: rotura prematura de la bolsa amniótica, sufrimiento fetal, hemorragia y contracciones excesivamente dolorosas y descontroladas. Además, su eficacia médica tampoco está verazmente demostrada.

Los tactos innecesarios para controlar el avance del trabajo de parto o la rotura de bolsa para acelerarlo también son intervenciones comentadas en las entrevistas y que desde las plataformas contra la violencia obstétrica se considerarían como tal si no existe una verdadera evidencia de tener que realizarse, tales como algún tipo de emergencia obstétrica como el sufrimiento fetal. Estas serían algunas de las impresiones respecto a dichas intervenciones, las cuales transmiten la incomodidad de las mujeres a las que les fueron practicadas por el dolor que les generaba o por cómo el personal sanitario no respetó su pudor a la hora de practicarles los tactos, así como los efectos que éstos tuvieron sobre el ritmo y desarrollo de sus partos:

- 2:16 - *“En el primer tacto sangré bastante y tuve contracciones, a mí eso casi que me parece muy invasivo, como casi que te lo están provocando, y en el segundo me puse de parto, no sé ¿no se pueden evitar estos tactos? Es que no les encuentro mucho sentido, si yo voy a dar a luz igual.”* (Entrevista propia a Usuaria E4).

- 12:36 - *“Lo de los tactos es increíble, porque te mete la mano en... Hasta el apuntador. (...) Si no me metieron la mano cincuenta veces como diez personas diferentes, no me la metió nadie.”* (Entrevista propia a Usuaria E9).

---

<sup>5</sup>Prostaglandinas: Conjunto de sustancias que favorecen la maduración en el cuello del útero para dar lugar a las contracciones e inducir el parto (Ruiz, 2021).

- 34:20 - “Yo le dije que no quería que rompiera la bolsa del líquido amniótico, y en el último tacto la rompió, y mi hijo nació por su culpa, porque mi hijo nació en un pujo. (...) Esa fue la única vez. (...) Él nunca me ha dicho que sí. Desde mi punto de vista es la única pega que tengo con este hombre, y es muy intervencionista.” (Entrevista propia a Doula 1).

Otro procedimiento es el de la inducción del parto a través de la administración de oxitocina sintética por la economización del tiempo dentro del sistema de salud, en el que no se respetan los tiempos naturales del proceso biológico del parto. Además, con esta práctica es necesario monitorizar la frecuencia cardíaca fetal por los riesgos que pueda correr el bebé por esta inducción de aumento de las contracciones. Desde las plataformas contra la violencia obstétrica se reclama cómo esta práctica debería regularizarse y no utilizarse de manera rutinaria. Además, con la introducción de la anestesia epidural<sup>6</sup> muchas veces es necesario ese extra hormonal debido a que la actividad uterina se ve profundamente reducida con el uso de la anestesia, cayendo en un proceso de medicalización del parto incluso en partos normales y sin riesgo. El uso de la epidural también puede venir dado por una previa administración de la oxitocina sintética (que estimula el parto), en ocasiones sin haber informado previamente a la mujer en el trabajo de parto, por lo que debido al aumento del dolor y de la intensidad de contracciones, ésta puede pedir su administración. De esta manera, una vez que se comienzan a utilizar procedimientos invasivos y una medicalización innecesaria en los partos de bajo riesgo, estos procedimientos funcionarían como una cadena, siendo necesario introducir cada vez más y más intervenciones en el proceso.

Otra de las problemáticas más tratadas desde los movimientos contra la violencia obstétrica es la del uso indebido o excesivo de diversos fármacos. Por ejemplo, la anestesia epidural no puede ser administrada en cualquier momento del parto, así como muchas veces se administra teniendo en cuenta la comodidad del anestesista (por ejemplo, que se encuentre en la misma planta, o adaptando la administración a sus turnos laborales) frente a la de la madre, tal y como compartieron conmigo algunas profesionales sanitarias.

Actualmente, desde la asociación El parto es nuestro se está desarrollando una campaña contra el haloperidol: *Posicionamiento contra el uso del haloperidol en el parto* (El Parto es

---

<sup>6</sup>Epidural: Consiste en la introducción de un anestésico local en el canal raquídeo o columna vertebral, fuera de las meninges y de la médula. De esta manera se interrumpe la transmisión nerviosa de la sensación dolorosa. (Institut Marquès, 2021).



Nuestro, 2021). Éste es un fármaco que, tal y como reporta desde la asociación, en ocasiones se ha administrado a mujeres junto con la dolantina, que es otro fármaco utilizado para aliviar el dolor en las contracciones. La problemática del uso del haloperidol<sup>7</sup> es que supuestamente se habría administrado a estas mujeres sin informarles previamente e incluso sin justificación médica, convirtiéndose de esta manera en una forma de sumisión química persiguiendo que la mujer sea más manejable en el momento del parto. Además, desde la asociación se reporta cómo no existe evidencia científica para ser utilizado en el momento del parto, ya que actúa como un sedante que produciría somnolencia en la parturienta, así como dificultad de movimiento. Este y otro tipo de cócteles farmacológicos alterarían la experiencia de la mujer y tendrían efectos sobre su salud y sobre la de su bebé (aunque existan muy escasas investigaciones respecto al tema, desde la asociación se reporta el riesgo de depresión respiratoria en el bebé). En las entrevistas no pude acceder a la experiencia del uso de este fármaco concreto (o las mujeres no lo reconocieron o no se lo notificaron), sin embargo, sí que hablamos sobre los efectos del uso de la anestesia en sus partos y sobre cómo ésta trastocó sus experiencias, en torno a lo que también opinaron algunas profesionales:

- 20:00 - *“No es lo mismo una analgesia epidural bien puesta, que una anestesia que no se pueden ni mover. (...) Yo no sé cuántos fórceps he asistido, porque la señora no podía empujar nada, porque le han puesto tanta epidural para que no abriera la boca en toda la noche, que no lo puedes ni imaginar. De salir discutiendo. Y tenemos que hacer un Kristeller, ya tenemos que usar un fórceps.”* (Entrevista propia a Matrona E1).
- 19:04 - *“Yo estaba, con un colocón de la ostia, porque entre la oxitocina, el antibiótico que me habían puesto para no sé qué, era una locura. (...) La oxitocina y todo, para mí fue una bomba.”* (Entrevista propia a Usuaria E9).
- 10:20 - *“Llamé al anestésista y le dije: ¿por favor me puedes bajar la anestesia? es que está muy fuerte, las piernas no las noto nada, estoy muy incómoda, tengo un hormigueo en las piernas, me encuentro mal. Y me dijo que no, dos veces. Y yo ya no sabía a quién acudir, ya me rendí. (...) Yo tengo la impresión de que todo eso fue a lo mejor por ralentizar el proceso porque a lo mejor no tenían paritorios libres. (...) Ya*

---

<sup>7</sup>Haloperidol: Fármaco antipsicótico (El parto es nuestro, 2021).

*cuando me pasaron a paritorio yo tenía las piernas paralizadas, no sentía nada.”*  
(Entrevista propia a Usuaria E4).

De esta manera pude comprobar cómo muchas veces, el uso de fármacos y anestésicos utilizado en exceso puede convertir un parto natural o de baja intervención, en uno mucho más instrumentalizado y medicalizado que le arrebató a la mujer el poder de ser una parte activa de su propio parto.

En relación con el uso de la anestesia, el uso de fórceps sin aparente justificación médica también se contempla como violencia obstétrica, ya sea para ponerle fin al parto de una manera más rápida, o mediante el uso de los conocidos como “fórceps didácticos”, los cuales se utilizan para mostrar a los alumnos su uso en un parto *in situ*. El uso de este instrumento puede producir efectos secundarios tales como daños en el cráneo del neonato (hematomas y contusiones, hasta incluso lesiones neurológicas, hemorragias craneales, fractura o parálisis facial parcial), y daños en los genitales de la parturienta. Además, el uso del mismo implicaría que en una gran cantidad de ocasiones sea necesario realizar la episiotomía para introducirlos; con lo cual aumentaría el riesgo de sufrir desgarros en el canal de parto, lesiones urinarias, e incluso hemorragias para la mujer que esté dando a luz. En lo que respecta a partos instrumentalizados mediante fórceps u otro tipo de instrumentos, las entrevistadas comentaron lo siguiente, resaltando en algunos casos cómo la buena comunicación del personal médico mejoró su experiencia notablemente a pesar de las intervenciones:

- 32:00 - *“Al final utilizaron espátulas, que te abre un poco el canal de parto, (...) esa es la intervención que hicieron, (...) pero no lo sentí como de más intervención. (...) Como me iban contando todo en todo momento...”* (Entrevista propia a Usuaria E7).

-12:30 - *“Como el niño no salía, finalmente: ventosa. El que tiró de la ventosa es el que yo digo, que es el ginecólogo que debía de estar en prácticas y el problema vino de ahí: del primer tirón, no salió, y del segundo tirón que ya fue cuando el bebé salió; me hizo una escabechina, no debió de tirar bien, de hecho tuve un desgarro de nivel 3-4 que es lo máximo. Entonces yo entiendo que no te pueden avisar para no ponerte*

*más nerviosa, pero claro, yo estaba sola con mi matrona, y de repente estaba la matrona, el ginecólogo en prácticas, el ginecólogo más mayor y empezaron a entrar un montón de enfermeras, cuando lo de la ventosa. Y empezó a haber mucho nerviosismo, todo el rato se miraba el reloj, todo el rato se miraba el reloj, y tú no eres tonta, (...) sabes que se está acabando el tiempo.” (Entrevista propia a Usuaría E8).*

- 14:00 - *“No salía, la niña estaba atascada, entonces tuvieron que usar una ventosa. Mi ginecóloga me preguntó: ¿te parece que use la ventosa? y le dije que sí, porque de verdad, yo empujaba (...) yo soy una persona muy atlética. (...) Mientras apretaba ella extrajo a la niña, y ahí en ese momento noté que se me partió en coxis, que fue por la postura, evidentemente. (...) Es muy doloroso.” (Entrevista propia a Usuaría E4).*

Otra maniobra médica encuadrada dentro de la violencia obstétrica es la maniobra de Kristeller, que consiste en empujar con el antebrazo sobre el fondo del útero cuando el feto tiene la cabeza encajada para que éste pueda salir a ritmo de las contracciones. Esta maniobra se sigue realizando en España, a pesar de que desde la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal (E Innovación, 145: 2010) se desaconseja su realización. La problemática de esta maniobra, es que además de ser sumamente dolorosa para la parturienta, no respeta la evolución espontánea del parto, y a veces se llega a realizar sin avisar e informar a la madre del por qué su uso. Además, puede tener efectos adversos tales como la fractura de costillas o el esternón, desgarró vaginal, hematomas en el vientre en el caso de la parturienta y la distocia de hombros e hipoxia en el caso del neonato. Muchas veces se recurre a esta práctica cuando existe riesgo de emergencia obstétrica. Las mujeres entrevistadas me transmitieron por lo general el malestar que vivieron con esta práctica, describiéndola como traumática y muy dolorosa, además de compartir cómo en sus casos no les ayudó en el desarrollo de su parto:

- 12:14 - *“Bueno, se me subieron encima a apretarme. (...) Se puso el ginecólogo, se puso la matrona, varias veces. De hecho una escabechina en la tripa que no te puedes imaginar.” (Entrevista Usuaría E8).*

- 28:21 - *“A todo esto me hicieron la maniobra esta que se te sube encima y tira para abajo, bueno, eso fue muy fuerte para mí, (...) te tratan como si fueses, no sé María (se emociona). (...) A Alicia le pusieron un kiwi, que es como una mini-ventosa para sacarla, entonces tiraban y nada, la ponían plas plas, y yo madre mía ¿qué hacéis?. Cogieron unas tijeras y me pegaron un tajo, me dijo Pedro: te han pegado un tajo como si no hubiera un mañana. Y después de una hora haciéndome todas estas maniobras me dijeron: vamos a ponerle los fórceps. (...) Sacaron unas pinzas metalizadas horribles.”* (Entrevista propia a Usuaria E9).

- 14:00 - *“Una matrona decidió que tenían que estrujarme la tripa, me apretaba así con el codo, me hacía un daño brutal, que luego he leído que no sirve para nada esa práctica. (...) Es bastante traumático para la madre y supongo que para el bebé también.”* (Entrevista Usuaria E4).

- 33:48- *“Sí que lo había oído, (...) la parte de que se te suben a apretarte sí había oído que se considera violencia obstétrica. Cuando me lo hicieron a mí, en ese momento de nerviosismo... Bien es cierto que te piden permiso, te dicen: vamos a ayudarte, ¿me dejas que me suba encima? En ese momento después de estar varias horas empujando, lo que quieres es la seguridad del niño, si en ese momento te dicen que te voy a ayudar, sí, súbete encima, haz lo que quieras. (...) En mi caso no sirvió, no sé si en otros casos gracias a eso se ahorran la ventosa. No lo considero violencia, porque que te metan instrumental ya es peor.”* (Entrevista Usuaria E8).

Los anteriormente expuestos son los ejemplos de las principales intervenciones físicas denunciadas desde el movimiento contra la violencia obstétrica, siempre y cuando sean realizadas de manera rutinaria, sin informar o pedir el consentimiento de la parturienta o sin existir una verdadera evidencia en cada caso particular a la hora de realizarse. Los partos programados y/o acelerados en función de los horarios de trabajo del personal sanitario, así como el aumento de los porcentajes de las cesáreas realizadas en los hospitales por la economización del tiempo en un sistema productivista en el ámbito hospitalario, también resultan problemáticas insertas dentro de esta problemática asistencial. Además, respecto a las cesáreas, la abogada e investigadora italiana Alessandra Battisti (figura muy

comprometida con los derechos de las mujeres y los neonatos) compartió con las participantes de las jornadas de *Prácticas interseccionales. La atención a la salud afectivo-sexual desde un conocimiento transdisciplinar* Universitat Rovira i Virgili (2021) cómo, a través de investigaciones realizadas por el Instituto Nacional de Salud sobre mortalidad materna en Italia, se obtuvieron cifras muy preocupantes en las que la tasa de mortalidad materna aumentaba al ritmo del aumento de los partos por cesárea. Por ello, muchas veces procedimientos tales como la cesárea, implican diversos riesgos dando una falsa sensación de seguridad a las mujeres a las que se les practican o a las que se les induce a ello. De esta manera, aunque Battisti nos hablase del caso italiano, considero que su crítica a un modelo de atención basado en medidas de emergencia en vez de en atención a la normalidad, es perfectamente aplicable al caso español.

En el libro *El concepto <violencia obstétrica> y el debate actual sobre la atención al nacimiento* (Goberna-Tricas y Boladeras, 2018) existe un capítulo escrito por la abogada Francisca Fernández Guillén (a la que pude entrevistar para este trabajo), titulado: *¿Existe algo que pueda llamarse violencia obstétrica?*, y en el cual también se define el trato inhumano en la atención obstétrica a través de los siguientes ejemplos:

- *Impedirnos “pensar” el parto, privarnos de información y poder de decisión.*
- *No ofrecernos alternativas, elegir por nosotras, obligarnos a parir en una determinada posición, la más común, tumbada de espaldas y subidas a un potro.*
- *Separarnos de nuestros hijos al nacer por rutina.*
- *Privarnos de apoyo emocional y del acompañamiento de la persona elegida por nosotras.*
- *Engañarnos: inducir los partos por conveniencia o decir que hay que programar una cesárea porque tenemos la pelvis estrecha, por ejemplo.*
- *Crear un ambiente falto de intimidad en torno a la mujer que está de parto.*
- *Practicar la episiotomía de forma rutinaria.* (Goberna-Tricas y Boladeras, 2018: 106).

De esta manera, la violencia obstétrica, más allá de abarcar aspectos e intervenciones más físicas, también reivindica una atención emocional de calidad, la creación de espacios en los

que se respete la intimidad, la erradicación de maneras de violentar a las mujeres a través del trato o el lenguaje, así como la importancia de promover el poder de decisión de las mujeres sobre sus propios cuerpos permitiendo una interacción e intercambio de consideraciones entre los profesionales sanitarios y las madres.

Por otro lado, existe un debate en torno al propio término de “violencia obstétrica”, debido a la propia incomodidad que éste pueda generar por el tono acusatorio que supone hacia el personal de salud que la ejerce. Sin lugar a dudas, considero que no puede negarse la popularización de este término desde América Latina, hasta llegar a España y a Europa. Además, debido a su reconocimiento por parte de organismos internacionales, estimo que puede hablarse de una cierta democratización del término. Normalmente, en las entrevistas que realicé con investigadoras, abogadas, y algunas profesionales sanitarias, éste era conocido y utilizado. En las entrevistas a las madres, algunas conocían su uso y otras, a pesar de sentir que su parto no había sido respetado, no habían incorporado el mismo o simplemente no lo habían sentido de esta manera. De esta manera, volviendo al personal de salud, pude acceder a diversas opiniones en torno al término que en ocasiones, llegaba a resultarles especialmente acusatorio:

- 22:10 - *“Esque nos culpan mucho, esque da mucha rabia.”* (Entrevista propia a Matrona E1).
  
- 39:00 - *“A mí me parece un poco acusatorio. (...) También creo que si utilizas otra palabra menos fuerte invisibilizas el problema. (...) Estaría ahí, ahí, pero creo que antes de cambiar el término es cambiar la forma de entenderlo.”* (Entrevista propia a matrona E3).
  
- 13:34 - *“A mí no me gusta la palabra violencia obstétrica. Es simplemente que intervenimos en un proceso en el que no haría falta intervenir. Si se interviene de forma necesaria, entonces no es violencia obstétrica.”* (Entrevista propia a Doula 1).

Así, aunque el uso del término “violencia obstétrica” sea una posición política por la que designar una realidad invisibilizada, considero que al haber sido la científica social en este

caso, era muy importante que me adaptase a las diferentes concepciones que cada persona entrevistada tenía, evitando ofender, acusar o imponer mi visión de los hechos a nadie. Para así poder conocer la visión de las entrevistadas sobre la problemática asistencial al parto facilitando el diálogo y accediendo a las experiencias subjetivas de las mismas. Además, volviendo al libro *El concepto <violencia obstétrica> y el debate actual sobre la atención al nacimiento* (Goberna-Tricas y Boladeras, 2018) respecto a este tema, en el capítulo escrito por Sarah Lázare Boix titulado *Pensar la violencia obstétrica desde la antropología. Aportaciones, propuestas y herramientas*, la autora expone el pensamiento de la matrona y dra. Dolores Ruiz-Berdún, la cual defiende cómo el uso de este término no debería resultar intimidante para aquellos profesionales que están seguros de no ejercer este tipo de violencia.

Finalmente, una puntualización que considero importante a tener en cuenta es establecer la diferencia entre una mala práctica médica puntual (mala praxis) y la violencia obstétrica. La violencia obstétrica es el desarrollo de distintas prácticas basadas en una problemática estructural reproducida a través del maltrato hacia la parturienta, dada por su condición como mujer, que además se basa en un ejercicio paternalista de la medicina, por lo que se trata de una problemática de género, con todas las aristas que ésta incluye. Sin embargo, en el contexto español en el que se enmarca este trabajo, al no existir una legislación que la encuadre y defina, podrían existir debates en torno a situaciones concretas que impliquen que sea necesario evaluar cada caso. Por otro lado, la mala praxis estaría relacionada con las negligencias médicas que un profesional sanitario pueda hacer en un momento puntual, sin el trasfondo estructural que caracteriza a la violencia obstétrica. Sin embargo, la violencia obstétrica, también puede o no incluir mala praxis, ya que puede ir desde burlas por parte del personal sanitario, que no implica mala praxis, hasta secuelas físicas que sí serían efectos de la misma.

## **2.2. Implicaciones del parto hospitalario**

Para poder entender la violencia obstétrica como un tipo de violencia institucional ejercida en contra de la integridad y cuerpos de las mujeres, es importante tener en cuenta que donde se desarrolla es en el espacio hospitalario. Este resulta un espacio en el que, en vez de trabajar en modelos desde la normalidad; se hace en base a modelos de medicina preventiva frente a cualquier anomalía o riesgo que pueda aparecer a lo largo del embarazo y del parto. A priori, esta manera de actuar podría parecer la más lógica, sin embargo, hay que tener en cuenta que, en base a diversos estudios a los que haré referencia a continuación, esta lógica ha supuesto

que la atención a estos partos se homogenice en base a un modelo en el que la mujer ha perdido protagonismo y autoridad en su parto, relegada al papel de paciente como sujeto pasivo. Además, esta lógica intervencionista se basa en un modelo de atención a la salud que medicaliza los procesos naturales asociados a los ciclos y fisiología femenina, que comenzarían desde la primera menstruación.

Para tratar el tema de la protocolización basada en el riesgo en el parto, me gustaría hacer referencia al trabajo: *Análisis de la atención médica de embarazos y partos: aportes conceptuales* (Castrillo, 2016), en el que se desarrolla la idea de que a la hora de atender partos existe una primacía del riesgo que se ha estandarizado y normalizado a todos ellos. De esta forma, se justificaría una atención médica determinada de manera hegemónica, sin tenerse en cuenta la existencia de aquellos partos de bajo riesgo, en los que no sería necesario dicho intervencionismo. Estos factores de riesgo se miden en los controles prenatales, bajo los que se tutelará a la mujer y valorarán los cuidados necesarios:

*“Un indicador clave de esta primacía del enfoque de riesgo es la función que cumplen los controles prenatales (CPN) como dispositivo de asignación de scores y etiquetas de riesgo. Estos controles tienen el principal propósito de determinar una primera calificación del riesgo y definir el tipo de cuidado requerido y el nivel apropiado de atención. La “etiqueta de riesgo” se renueva en cada CPN, y esta preponderancia del enfoque de riesgo biomédico da cuenta de la construcción patologizante del embarazo.”* (Castrillo, 2016:5).

Respecto a este tema, las entrevistadas identificaron de manera unánime esta sobremedicalización que muchas veces desconecta a las mujeres de sus propios procesos fisiológicos, encasillados en dicha etiqueta de “riesgo” que también patologiza el embarazo y el parto. Sin embargo, antes de mostrar las respuestas obtenidas, considero importante tener en cuenta que el hecho de que se reconozca la existencia de un exceso de medicalización de estos procesos, no quita a que en ocasiones existan problemas de salud de por medio, tales como molestias que generen menstruaciones muy dolorosas, irregularidades en el ciclo, endometriosis, ovarios poliquísticos, y demás problemáticas en base a las que se entienda una necesaria intervención farmacológica. Además, considero que resulta importante no elaborar juicios de valor sobre las mujeres que acuden a una medicalización de sus ciclos y que después necesitan o buscan el intervencionismo farmacológico también en su parto. Sino que, como científicas y científicos sociales debemos remitirnos a explicar el por qué de que esto ocurra, teniendo en cuenta los casos particulares y sus subjetividades, y estableciendo



claramente los contextos en los que se desarrollan las acciones de los individuos como parte de un grupo social determinado en el que se desarrollan y socializan.

En las entrevistas se recogieron las siguientes opiniones en lo que respecta a estos procesos de excesiva medicalización y patologización de los ciclos y estados fisiológicos de la mujer:

- 51:30 - *“La mujer efectivamente solicita la intervención, pero creo que es muy irresponsable decirlo y no dar la explicación posterior. (...) No podemos invisibilizar los miles de años de medicalización, nos han hecho creer que el conocimiento autorizado (...) está en el poder-saber biomédico. Por tanto, cuando ese discurso se traspasa por generaciones es muy poco probable que una mujer te diga (...) “no voy a tomar medicamentos”. Argumentarlo es una conducta irresponsable, superficial y básica.”* (Entrevista propia a Pía Rodríguez Garrido).
- 48:12 - *“Medicalizar e intervenir esos procesos naturales también les facilita la vida. (...) Todo lo que tiene que ver con la idea de que las mujeres tenemos que sufrir y tenemos que vivir un eterno dolor. Osea el dolor va de la mano con la idea de la feminidad. (...) Es una brutalidad. (...) Una menstruación dolorosa no es una cuestión que refleje salud y bienestar en el cuerpo de la mujer. (...) Los cuerpos de las mujeres, a la medicina, todo lo que tiene que ver con su sexualidad (...) ¿qué te dan? Tome pastillas anticonceptivas. (...) El hombre es el patrón de medida.”* (Entrevista propia a Dayana Méndez Aristizábal).
- 30:40 - *“A las mujeres se nos está medicando desde siempre para huir de nuestra propia naturaleza. Todos los estados de nuestra sexualidad, es decir, la menstruación, la menopausia... Todo está medicalizado. Tenemos que huir de nosotras mismas. (...) A los hombres no se les medica tanto. (...) Nos hacen temer nuestros estados naturales, tenemos miedo al parto, (...) todo aquello que desde pequeñas vemos en la tele hace mella. (...) Hay una hipermedicalización de las mujeres en general, no solo en el parto. (...) Hay una psicologización muy grande de las mujeres. (...) Tenemos muchas más posibilidades de cuando vayamos al médico, (...) se nos va a decir, que es ansiedad, que es psicológico... Es muy raro por ejemplo, que un hombre vaya al médico con un dolor en los testículos, y le digan que es normal.”* (Entrevista propia a Eva Margarita García).

Como pude comprobar, muchas de las entrevistadas desarrollaron un discurso muy crítico en contra de esta medicalización, enfocándose como una problemática con bases sociales e históricas, no como una decisión únicamente individual de las mujeres. Es decir, que existe un por qué contextual que explica que las usuarias busquen dicha medicalización.

Para seguir con esta problemática, me gustaría hacer referencia al trabajo *Medicalización en las mujeres embarazadas y parturientas: una aproximación desde terapia ocupacional* (Rodríguez Hernández et al, 2012) en el cual, se tratan diversos mitos, tales como la supuesta seguridad de la cesárea sobre la que ya he hablado anteriormente, el parto en postura horizontal (posición de litotomía, la cual facilita el parto instrumentalizado) como la mejor opción, y el uso de la episiotomía para evitar desgarros. Además, en este trabajo se expone cómo el resto de Europa estaría avanzando hacia un modelo más desmedicalizado en la atención al parto, mientras que España se ha quedado en un modelo mucho más desfasado que no avanzaría al ritmo de la evidencia científica actual. Esta comparación en la que el modelo de atención al parto en España se ve devaluada frente al de otros países europeos, también apareció en las entrevistas:

- 16:15 - *“Tenemos ejemplos cercanos, y no sé por qué, no los miramos. Nos empeñamos en observar Estados Unidos. (...) Seguimos las reglas del colegio americano de ginecología y obstetricia, cuando son los países del mundo desarrollado con peores tasas de mortalidad materna y neonatal. Es decir, no son ejemplo de nada. Es un país súper intervencionista y con malos resultados. Y en cambio tenemos al lado de casa, países nórdicos que tienen modelos de atención basados en la normalidad y la salud que están dando buenísimos resultados. (...) Por ejemplo; Suecia tiene los mejores del mundo, y si miras el tipo de atención que tienen, es completamente opuesta a la que hay aquí. (...) Las mujeres tienen opciones reales. (...) Tenemos modelos aquí al lado. (...) No interesa perder poder, al final cuando tú das poder a las mujeres, alguien tiene que perder este poder. (...) Estamos viviendo en un sistema de salud muy jerárquico, patriarcal, muy paternalista.”* (Entrevista propia a Laia Casadevall Castañé).
- 37:30 - *“El concepto que tenemos de los hospitales aquí en España debería cambiar ya. (...) Las casas de parto, lo que tienen en Francia de toda la vida.”* (Entrevista propia a Doula 1).

- 1:24:07 - *“En Holanda me lo decían: ¿en España por qué los médicos atienden partos normales?”*. (Entrevista propia a Maria Llaboré Fàbregas).

De esta manera, algunas profesionales apostaban por esa vuelta al modelo del parto en casa o a uno más intermedio, como las casas de parto, siempre y cuando se trate de un embarazo y un parto dentro de los parámetros de bajo riesgo. De esta manera se promoverían modelos basados en la normalidad para mejorar, no sólo la calidad en base a una atención más respetuosa, sino también los resultados obstétricos.

Volviendo al texto *Medicalización en las mujeres embarazadas y parturientas: una aproximación desde terapia ocupacional* (Rodríguez Hernández et al, 2012), se hace una distinción especialmente relevante a la hora de leer los datos sobre morbilidad. En España, los datos de indicadores de mortalidad actuales son de 15 defunciones maternas (tasa de mortalidad de 3,7 por cada 100.000 nacidos vivos) y una tasa de mortalidad perinatal del 4,5, ambas en 2016, según el último Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018 (Ministerio de Sanidad, 2019). Estos datos son muy positivos y no distan mucho de la media europea. Sin embargo, tal y como reconocen Rodríguez Hernández et al (2012), a la hora de leer estos datos; debe tenerse en cuenta que unos resultados positivos de mortalidad, no se traducen necesariamente en unos mejores resultados de morbilidad de las mujeres tras el parto (datos en los que deberían incluirse el sufrimiento materno-fetal en el parto y los efectos secundarios del mismo, no sólo en la madre a nivel físico y emocional, sino también en el bebé). Esta es una de las problemáticas desarrolladas en la entrevista con Francisca Fernández Guillén respecto a los vacíos que existen en los indicadores de morbilidad y a qué se incluye dentro de ésta, transmitiendo la necesidad de realizar una lectura crítica y mucho más exhaustiva de los resultados obtenidos. Así como también puso de manifiesto cómo muchos hospitales no hacen públicos sus resultados estadísticos, por ejemplo, respecto al porcentaje de cesáreas, reivindicando una mayor claridad y transparencia en los datos:

- 4:20 - *“Tiene dos retos: incorporar los derechos de las mujeres (...), y además tienen un reto en cuanto a datos, hay una brecha de datos tremenda. No se sabe exactamente cuál es la morbilidad ni la mortalidad maternoinfantil (...). Los hospitales españoles no están obligados a un registro de las muertes neonatales. Esto es algo que el INE obtiene a través del registro civil.”* (Entrevista propia a Francisca Fernández Guillén).

- 6:30 - “*Con la parálisis cerebral igual, con los niños (...), la concreción de esas consecuencias se va a producir meses o años después o tampoco va a constar registrada de origen obstétrico.*” (Entrevista propia a Francisca Fernández Guillén).
- 7:00 - “*No hay un criterio especificado de qué es muerte neonatal.*” (Entrevista propia a Francisca Fernández Guillén).

Estos vacíos en los datos eran una de las grandes preocupaciones de la entrevistada, ya que actualmente se estarían perdiendo de vista problemas de salud que aparecen como efectos a largo plazo por complicaciones producidas en el parto, tales como la parálisis cerebral. De esta manera, no se estarían teniendo en cuenta ni podrían atajarse en el momento del parto para que puedan prevenirse.

Por otro lado, es importante tener en cuenta los significados del establecimiento del parto dentro del espacio hospitalario, el cual además, tendría un sentido muy marcado de territorialidad y pertenencia por parte del personal sanitario frente a la falta de pertenencia por parte de las usuarias.

Históricamente se ha pasado de un parto en casa, a los partos atendidos en el ámbito hospitalario, lo cual ha supuesto muchas mejoras en los datos de mortalidad de las madres en el parto gracias a procedimientos como la asepsia<sup>8</sup>. Sin embargo, para las usuarias resulta un lugar desconocido, y por lo tanto ajeno. Aunque en muchos casos, a pesar de dicho extrañamiento, también brinda un gran sentido de seguridad (altamente valorable en el proceso del parto, especialmente para las madres primerizas) por la figura del personal sanitario como personas expertas que velan por el buen desarrollo del mismo. Sin embargo, tal y como expuso la antropóloga Patrizia Quattrocchi en las jornadas de *Prácticas interseccionales. La atención a la salud afectivo-sexual desde un conocimiento transdisciplinar* (Universitat Rovira i Virgili, 2021); dicha búsqueda de seguridad en manos de los profesionales sanitarios ha ido mucho más allá, convirtiéndose en una relegación de poder hacia los mismos, lo que implicaría una pérdida de poder sobre su propio parto.

---

<sup>8</sup>Asepsia: Conjunto de procedimientos científicos destinados a preservar de gérmenes infecciosos el organismo, aplicados principalmente a la esterilización del material quirúrgico (RAE, 2021).

De esta manera, una de las lecturas que he podido hacer de los hospitales como espacios en los que atender y acompañar partos, sería que teniendo en cuenta que el hospital es el lugar en el que se tratan diversas patologías y problemas, a priori, un parto no tendría por qué desarrollarse en un hospital si no se trata de un embarazo o parto de riesgo. Sin embargo, aquí encontré dos opiniones muy distintas sobre el tema en las entrevistas, ya que hubo personas que se posicionaron en las ventajas de atender partos en el hospital bajo la idea de que implicaría tener un mayor acceso a medios y profesionales, ya que el parto se concibe efectivamente, como un proceso fisiológico; pero que en cualquier momento puede convertirse en un parto de riesgo que únicamente pueda ser intervenido en el espacio hospitalario. Por otro lado, encontré también opiniones que rechazan que un parto de bajo riesgo tenga que atenderse en el mismo espacio en el que se tratan problemas de salud, además de defender las buenas prácticas y resultados de los partos domiciliarios (siempre y cuando se tomen todas las medidas necesarias). Estas fueron algunas de las respuestas obtenidas en torno al tema de la concepción del parto en relación a los espacios en los que se desarrolla:

- 12:19 - *“Son mujeres que históricamente han concebido el hospital como un espacio netamente para tratar patologías. Por tanto un nacimiento que viene en condiciones fisiológicas sin ninguna patología tanto materna como fetal, no requeriría por tanto un hospital o una clínica”*. (Entrevista propia a Pía Rodríguez Garrido).
- 40:30 - *“Un 50% de las mujeres que deciden tener un parto en casa, es porque han sufrido violencia obstétrica en su parto anterior o en sus partos. El otro 50 son primíparas que tienen claro que no quieren pasar por un parto hospitalario y conciben que como no están enfermas, el mejor lugar para dar a luz es en su propia casa. (...) El hospital es para enfermos y para cuidar la patología.”* (Entrevista propia a Laia Casadevall Castañé).
- 4:30 - *“Muchas veces las mujeres que parimos en casa parecemos unas locas que nos metemos en una cueva a cantarle a la luna. (...) En Inglaterra, en Holanda, países en los que se ha visto que cuanto menos intervención obstétrica, mejor va a ser generalmente para el parto si no existe ninguna patología.”* (Entrevista propia a Eva Margarita García).

- 23:20 - *“La gente quiere un parto humanizado, la gente quiere un parto respetado, pero creo que lo primero que nos deberíamos de plantear las mujeres es volver a parir en casa. (...) ¿Sabes por qué está el miedo? Porque el parto es en el hospital, es en el sistema sanitario. (...) El sentido de pertenencia. Si yo te hago entrar al consultorio es mi territorio, me pertenece a mí, nunca va a ser tuyo.”* (Entrevista propia a Alejandra Martínez Gandolfi).
- 1:13 - *“Yo los dos embarazos tenía muy claro que no quería ir al hospital. Los dos partos los tuve en casa. Esa parte fantástica en los dos. Yo los tuve en casa porque tenía verdadero terror a ir al hospital, porque la experiencias que yo había tenido con la medicina, con la ginecóloga en la primera y con el ginecólogo en el segundo habían sido muy malas, y yo estaba convencida que si iba al hospital, me iba a quedar completamente paralizada, osea que me los iban a tener que sacar de cualquier manera.”* (Entrevista propia a Usuaría E5).

Tal y como pude conocer con estas respuestas, la concepción del espacio en el que vivir un parto se trata muchas veces, de algo determinado en base a concepciones culturales. Además, también pude advertir el desarrollo de una corriente que aboga por una vuelta a un parto más respetado y humanizado, también debido al desarrollo, cada vez en mayor medida; de investigaciones y de divulgación sobre la problemática de la violencia obstétrica bajo la que las mujeres toman cada vez más conciencia a la hora de vivir este proceso. Planteándose como una vuelta a la conexión con los ciclos naturales y fisiológicos femeninos, y al parto en casa como consecuencia de estos discursos.

Por otro lado, debido a estas nuevas concepciones, demandas y evidencia científica que demuestra sus mejores resultados, cada vez existen más hospitales en los que se están adaptando los servicios de atención al parto en base a la creación de espacios mucho más acogedores, tales como el Hospital Universitario de Torrejón, el cual, es el primer hospital público en la provincia de Madrid que habría incluido el parto en agua como una de las opciones a la que podrían optar las mujeres para dar a luz. Convirtiéndose en una importante referencia para mujeres que buscan de manera consciente una experiencia lo menos intervenida y más respetuosa posible. Tal y como lo presentan en su página web:

*“Durante estos años se ha convertido en una referencia del Parto Respetado, con iniciativas como el Programa Piel con Piel, para la no separación del niño y su madre desde el instante del nacimiento, no solo en el parto sino también en las cesáreas, así como el fomento de políticas de promoción de la lactancia materna de Unicef, que le han valido la certificación de la Iniciativa por la Humanización de la Atención en el Parto y la Lactancia Materna.”.* (Hospital Universitario de Torrejón, 2021).

Este es un ejemplo de hospitales públicos más relevante que ha adaptado sus servicios a una mejor y más humanizada experiencia de las madres. Además, de manera general, distintas prácticas recomendadas por la OMS que serían beneficiosas para el proceso del parto, tales como por ejemplo el piel con piel<sup>9</sup>, se han ido implementando y normalizando como parte de los protocolos en la última década de manera generalizada. En una de las entrevistas que realicé con una matrona, me comentaba lo siguiente a propósito de los cambios que podemos observar en los protocolos y maneras de trabajar a la hora de atender los partos:

- 1:20- *“Yo veo muchísima evolución en estos 11 años. (...) Todas las técnicas se hacían intervencionistas porque era así cómo se trabajaba.”* (Entrevista propia a Matrona E1).

Sin embargo, resulta relevante tener en cuenta que, a pesar de todas las mejoras materiales y de protocolo que se hagan en los hospitales, éstas puedan o no resultar prácticas a la hora de aplicarse y utilizarse en los partos, tal y como resaltaba en nuestra entrevista, la matrona Laia Casadevall:

- 15:00 - *“Es muy triste. Pusieron piscinas en muchos hospitales públicos por demanda de las mujeres, pero ningún profesional en ningún hospital público está formado en atender el parto en agua. Por lo tanto, ¿qué ocurre?, que no se puede parir en agua en la mayoría de hospitales, y si se puede parir, es por voluntad de los profesionales que están allí que se han formado independientemente. ¿Pero esto tiene sentido alguno? (...) Es tirar el dinero a la basura. Es una cuestión al final, de marketing puro.”* (Entrevista propia a Laia Casadevall Castañé).

---

<sup>9</sup>Piel con piel: colocar al recién nacido sobre su madre para reforzar los vínculos y el apego entre ambos, entre otros muchos beneficios. (Vicente, 2018).

Por otro lado, respecto a las clínicas privadas, puede encontrarse una gran variedad de servicios, tales como partos personalizados, seguimientos de matronas desde el inicio del embarazo hasta el final del proceso del puerperio, y demás opciones. Sin embargo, no debe caerse en la equivocación de pensar que existe mayor violencia obstétrica en hospitales públicos por falta de personal o de medios, ya que la violencia obstétrica no se trata en esencia de una problemática de falta de medios (de hecho, desde estos movimientos se critica el uso excesivo de medios tales como la tecnología y la instrumentalización); sino que es un hecho que abordar de manera más estructural y educativa. Respecto a las diferencias entre sanidad privada y sanidad pública a propósito de la violencia obstétrica, no es algo sobre lo que haya hecho especial hincapié en esta investigación debido a las limitaciones espaciales de este trabajo escrito, pero sí considero que resulta importante comprender que ésta aparece en ambos espacios, aunque entre ellos puedan existir algunas diferencias presentes en las entrevistas:

- 12:10 - *“La mujer en la asistencia privada no tiene confianza con la matrona. Entonces se va a fiar de su ginecólogo, y si tu ginecólogo hace malas prácticas, tú le vas a creer porque es tu ginecólogo. (...) Yo he escuchado; el monitor hay veces que nos hace caiditas para abajo, como si fuera una línea, se llaman espicas, eso no tiene ningún signo, ni bueno, ni malo, ya está, no pasa nada. Y de ver alguna espica, a las ocho de la tarde, y decirle a la mujer: “Mira bonita, te voy a hacer una cesárea porque tu hijo, ¿ves esto?, está sufriendo, yo le voy a salvar la vida”. Escucharlo, y encima, tener que aguantar.”* (Entrevista propia a Matrona E1).
- 15:00 - *“Luego también en la pública, (...) hay violencia, como no quiero subir el índice de cesáreas, te hago un fórceps a lo borrico, y destrozos por abajo. Por no subir sus estadísticas. (...) Aquí todo el mundo hace.”* (Entrevista propia a Matrona E1).
- 31:40 - *“Hay seguros médicos que sí pagan más por la cesárea que por un parto, entonces claro... Si voy a recibir más dinero por una cesárea que por un parto y me voy a ahorrar dinero, pues voy a ir conduciendo a la mujer en cierta medida para ganarme una cesárea. Si la mujer ya tiene mi confianza, se la ha llevado a su terreno totalmente.”* (Entrevista propia a Matrona E1).



- 34:10 - “*Los contratos a las matronas en la sanidad pública es vergonzoso. Contratos de un día.*” (Entrevista propia a Matrona E1).
- 4:20 - “*Depende mucho de la persona que te atienda. (...) Realmente el parto en la atención pública es una lotería. (...) Al final la estructura jerárquica que tiene la sanidad, ya sea en la pública o en la privada, es la que es.*” (Entrevista propia a Doula 1).

Como pude comprobar a través de estas respuestas, la violencia obstétrica no es algo exclusivo de una atención pública o privada, aunque cabe destacar que, por ejemplo, la precariedad del personal sanitario sea una realidad en ambos casos y que esto juegue importancia en la atención al parto. Así como considero que el hecho de que en ocasiones en la sanidad privada, a pesar del uso de una atención más personalizada como reclamo, que los profesionales cobren más por una cesárea que por un parto vaginal, es una razón de peso bastante importante para procurar que los partos acaben en cesárea siempre que sea posible y se produzca de nuevo un exceso de intervencionismo.

Siguiendo con los pros y contras de este espacio de atención al parto, tal y como se desarrolla en el trabajo *La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer* (Al Adib Mendiri et al, 2017), la disminución de los índices de mortalidad materno-infantil es uno de los aspectos positivos del parto hospitalario y, además, sería un error negarse a las mejoras sobre la calidad de vida de las personas gracias a la medicina practicada desde este ámbito. Sin embargo, el problema radica en que este control médico supone un mayor control paternalista sobre las embarazadas a lo largo de intervenciones las cuales, en base a las recomendaciones de la OMS; un mayor número de las mismas no se traduce en mejores resultados gineco-obstétricos. Todo ello, teniendo en cuenta que bajo esta concepción del parto medicalizado no está instaurada la idea del acompañamiento a la mujer en su propio proceso, sino más bien la idea de que el parto estaría hecho por el personal sanitario. De esta manera, en este texto se expone cómo (aunque éste sea un tema que voy a desarrollar en mayor medida en el siguiente capítulo) no se estaría teniendo en cuenta el bienestar emocional de la madre ni el contexto que se está creando para que el parto pueda desarrollarse en un espacio tranquilo y en el que ésta se sienta segura:

*“Durante el trabajo de parto las mujeres pueden ser singularmente vulnerables a las influencias ambientales; la atención obstétrica moderna somete con frecuencia a las mujeres a tasas altas de intervención, personal poco familiarizado, falta de privacidad y otras condiciones que pueden experimentarse como duras. Estas condiciones pueden tener un efecto adverso sobre el progreso del trabajo de parto y sobre el desarrollo de sentimientos de competencia y confianza; a su vez, estos efectos pueden deteriorar la adaptación a la maternidad y el establecimiento de la lactancia materna, además de aumentar el riesgo de depresión.”* (Al Adib Mendiri et al, 2017:6).

Finalmente, también se hace referencia a cómo en el artículo 6 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, las mujeres embarazadas tienen derecho a la información, así como libertad para que estas puedan elegir cómo quieren que sea su parto. Este derecho es especialmente relevante porque se trata de una de las principales problemáticas tratadas por el movimiento contra la violencia obstétrica, denunciando cómo muchas veces, ocurre justo lo contrario: falta de información sobre lo que está pasando a la parturienta y a su acompañante cuando por ejemplo, existe alguna complicación o tiene que realizarse alguna intervención. Además, las experiencias que viven las madres pueden haber sido muy diferentes e incluso implicar que éstas tengan un buen recuerdo a pesar de que su parto no llegase a ser lo que esperaban del mismo, por el simple hecho de que las intervenciones que les fueron realizadas, se les explicaron y justificaron de manera previa por parte del personal sanitario, para que de esta manera ellas pudieran entender las circunstancias e incluso ser mucho más proactivas a colaborar en el proceso. Por lo que el problema no sería completamente el espacio hospitalario en el que se desarrolle el parto, sino en gran parte el trato que se le dé a la usuaria y cómo se le haga sentir en el mismo.

### **2.3. Violencia obstétrica como violencia estructural**

Para comenzar este capítulo me gustaría hacer referencia al concepto de *Modelo Médico Hegemónico* desarrollado por el antropólogo Eduardo L. Menéndez, el cual lo definió de la siguiente manera en *Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*. (Eduardo L. Menéndez, 1988):

*“Por MMH entiendo el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas*

*hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.*” (Eduardo L. Menéndez, 1988)

Este autor, en sus años de trabajo de investigación y teorización sobre esta problemática, pone de manifiesto cómo desde el ámbito biomédico se atiende únicamente la dimensión biológica, como si esta no se viera afectada por el contexto histórico, o por las culturas y estilos de vida de los individuos. Además de puntualizar que los distintos sistemas médicos no se ven exentos de relaciones sociales e ideológicas. Algunos de los efectos de este Modelo Médico Hegemónico que además son aplicables a la cuestión de la violencia obstétrica son: el aumento del uso de fármacos y de la intervención médica en los comportamientos sociales, y los criterios de productividad y rendimiento aplicados a la práctica médica. Además, más allá de la crítica que ha realizado a este modelo, también ha desarrollado el término de la *autoatención*, el cual considero especialmente relevante para analizar los distintos modelos de atención a la salud y enfermedad que existen en todas las sociedades, existiendo en esta autoatención de los individuos inscritos en estos grupos sociales (de los que todas/os formamos parte), la dotación de cierta autonomía a la hora de acceder a las terapias relativas a su problema. Menéndez, en su trabajo *Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos* (Menéndez, 2018) define de la siguiente manera este concepto:

*“La autoatención refiere a los saberes, es decir, a las representaciones y prácticas sociales que los sujetos y microgrupos utilizan para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, soportar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención.”* (Menéndez, 2018).

De esta manera, existe cierta autonomía (el autor señala que puede ser total o relativa) de la que disfrutaban los individuos respecto a sus estados de salud o enfermedad, incluso a la hora de tomar la decisión de acudir a un profesional. La problemática de este autocuidado, serían las prácticas de riesgo que puedan encontrarse, por ejemplo, en la automedicación. Es por ello que el autor reivindica la importancia de que el modelo biomédico que se está imponiendo en espacios en los que existían previos modelos de medicina, debería promover que esta autoatención esté basada en prácticas con un impacto positivo para las personas, para

que éstas puedan acceder a dichos saberes terapéuticos y gestionarlos de manera correcta. Sin embargo, evitando caer en esencialismos teóricos con este tema, el autor también expone cómo esta autoatención, a pesar de poder resultar empoderante para los sujetos, no debería sustituir a aquellos servicios y responsabilidades que recaen (o deberían recaer) sobre el sistema médico, como por ejemplo sería la atención a la salud mental de las/los usuarias/os o las intervenciones quirúrgicas más complejas. De igual manera considero que esta problemática es aplicable al caso de la vivencia del embarazo y del parto, por cómo desde los movimientos contra la violencia obstétrica se reivindica la información veraz y de calidad como uno de los recursos para luchar contra la misma y para desarrollar la confianza en la propia capacidad que tienen las mujeres de vivir sus partos atendiendo a sus necesidades y consideraciones propias, evitando esa delegación total de elección y responsabilidad en el personal sanitario.

Siguiendo con esta idea principal, tanto en la revisión bibliográfica en torno al tema a tratar para su teorización, como en las entrevistas, existe una idea latente de que, al igual que la violencia de género; la violencia obstétrica es parte de un problema estructural más grande que estaría profundamente arraigado en nuestra sociedad. En las entrevistas recogí las siguientes declaraciones:

- 4:10 - *“Al ser estructural, está atravesada por distintos modelos, distintos paradigmas. Tiene que ver con el modelo capitalista, neoliberal, occidentalizado, capacitista en el cual hoy en día (...) operan las instituciones y operamos las personas. Por tanto la violencia gineco-obstétrica surge como respuesta a la intersección de esos distintos parámetros, de esos distintos paradigmas.”* (Entrevista propia a Pía Rodríguez Garrido).
- 11:00 - *“La violencia obstétrica es un tipo de violencia de género. Y como tal se edifica sobre una situación de violencia estructural que está fundada, enterrada en una sociedad patriarcal, en una desigualdad de género, donde lo femenino es definitivamente infravalorado (...). Esa visión patriarcal y de desigualdad no escapa a ninguna esfera, ni del conocimiento ni de ningún tipo. Desde lo cultural a todo el conocimiento científico que históricamente se ha presentado como irrefutable, como súper objetivo, súper libre de cualquier idea que lo pueda alterar (...), la salud de las*

*mujeres no es la excepción. (...) Como decía Foucault, la medicina, los profesionales de la salud se erigen como auténticas autoridades de la Historia contemporánea.”* (Entrevista propia a Dayana Méndez Aristizábal).

- 8:20 - *“La violencia obstétrica (...), es un tipo de violencia estructural como cualquier otro tipo de violencia de género, y, evidentemente, la violencia obstétrica sólo se va a ejercer contra mujeres. (...) Sigue el mismo patrón que la violencia de género, es decir, se infantiliza a las mujeres, se las trata como a contenedores, se utilizan sus cuerpos... Como en cualquier tipo de violencia sexual.”* (Entrevista propia a Eva Margarita García).

Por lo tanto, teniendo en cuenta estas respuestas, no quedaría ninguna duda de cuál sería la raíz de esta problemática según las entrevistadas, ya que muchas relacionaron directamente la violencia obstétrica con la violencia de género, teniendo en cuenta que ésta se encuentra inserta dentro de un sistema binarista y patriarcal en el que la mujer se encuentra subordinada por estos roles e identidades establecidas como femeninas, las cuales marcan su lugar como sujeto social. Además, esta diferenciación social entre hombres y mujeres resulta excluyente de otras realidades sociales, como la de las personas no binarias. Haciendo referencia al pensamiento del antropólogo Javier Rodríguez Mir (2021, *Asignatura Lecturas de textos etnográficos, Departamento de Antropología Social y Pensamiento Filosófico Español, Facultad de Filosofía y Letras, UAM*), considero importante recuperar la diferencia entre medicina y biomedicina, ya que existen muchos tipos de medicinas (siendo la biomedicina uno de ellos) en una gran variedad cultural y geográfica, en la que muchas de ellas se articulan pudiendo dar lugar a diversos sistemas de salud en los que se produce una resignificación y reapropiación de conceptos y prácticas. Esto no ocurre con la biomedicina (en la que se encuadra el Modelo Médico Hegemónico de Menéndez), contra la cual va dirigida la crítica desde los movimientos por la erradicación de la violencia obstétrica, ya que desde ésta se estudian los aspectos biológicos, dejando de lado los culturales y los significados que se utilizan en los diferentes sistemas de salud, los cuales rigen los comportamientos de las personas en torno a la salud y enfermedad a través de diferentes creencias.

Para profundizar en esta idea, me gustaría remitirme al trabajo titulado *La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica* (Bellón Sánchez, 2015), en

el que se describe cómo para comprender el desarrollo de las distintas dinámicas que operan en la violencia obstétrica, debe comprenderse que los valores sociales, personales, y las distintas influencias económicas y políticas del contexto; afectarían directamente sobre el modelo asistencial al parto. En el contexto de la sociedad española, la violencia obstétrica está sesgada por una visión androcéntrica y patriarcal de estos procesos. Para apoyar dichas afirmaciones, la autora hace referencia al trabajo de tres teóricos que he querido seleccionar para poner de manifiesto cómo el poder médico se reproduce a través de la violencia obstétrica.

En primer lugar se encuentra el trabajo de la antropóloga Margaret McDonald, la cual ha ahondado en la crítica a este poder biomédico desde corrientes más naturalistas que critican cómo ese exceso de medicalización se inscribe en los cuerpos de las mujeres perpetuando dichas ideas sociales. Ésta, se trata de una crítica inevitablemente feminista, que aboga por un papel mucho más empoderado de la parturienta. En dicho papel, las mujeres se sentirían seguras y capaces en sus cuerpos para poder llevar adelante un proceso como lo sería el parto, bajo un modelo de atención en el que, a diferencia del modelo de intervención tecnológica y de control de la mujer, se priorice su bienestar, dotando a la misma de mayor posibilidad de elección sobre sus propios partos.

Otra de las referencias a las que se hace alusión en el texto, es al trabajo del obstetra Michel Odent (actualmente uno de los profesionales y divulgadores clave en defensa del parto humanizado y de baja intervención), cuyo trabajo de investigación es expuesto de la siguiente manera:

*“Odent, argumenta que la atmósfera del parto es crucial para garantizar la secreción hormonal (especialmente oxitocina) por parte de las mujeres, lo que permite un parto y posparto menos problemático. También considera que una asistencia despersonalizada, monitoreada tecnológicamente y con falta de privacidad, son factores clave que obstaculizan la relajación necesaria para liberar las hormonas. También defiende que las intervenciones médicas y tecnológicas pueden tener consecuencias a largo término en el desarrollo personal del recién nacido, afectando su sociabilidad e incrementando las posibilidades de desarrollar comportamientos agresivos o suicidas.”* (Odent, 2011, 2009 y, 2000 en Bellón Sánchez, 2015:107).

Finalmente, como tercera referencia, se encuentra la figura del sociólogo Michel Foucault, el cual desarrolla la idea de que el campo de la medicina no se trata de un campo de conocimiento puro y universal. Debido a que, a través del biopoder que opera en esta disciplina, nos enfrentamos al establecimiento de un control de la población, entendido como algo racional y acordado por todos los individuos que forman parte de la misma sociedad. De esta manera, el hospital es la institución disciplinaria en la que se designa lo que es normal y lo que no, y en la que se establece dicho seguimiento y control de los sujetos. En este escenario hospitalario, el parto precisaría de una monitorización continua y de una serie de intervenciones médicas, haciendo de éste un proceso médico más que fisiológico.

Otra autora que ha teorizado e investigado sobre la problemática del sistema médico hegemónico en el parto, es la antropóloga Michelle Sadler, la cual describe cómo el sistema médico actual está instaurado en base a un sistema verticalista y biologicista, en el que no se tiene en cuenta la dimensión emocional. Además, añadido a esto, también se trata de un sistema androcéntrico, en el sentido en el que la emocionalidad estaría directamente relacionada a los roles de género femeninos y por ello, no se prima tanto como sí se hace con aspectos mucho más técnicos y relacionados con la “eficacia” y roles tradicionalmente vinculados con lo masculino.

Michelle, en una de sus entrevistas de radio titulada “*Los múltiples casos de mujeres que han sufrido violencia obstétrica*” (CooperativaFM, 2019), habla de un modelo industrial basado en la productividad del parto, siendo el bebé sano; el producto del mismo, sin tener en cuenta por lo que la parturienta tenga que pasar para conseguir dicho objetivo. Además, en este contexto, las mujeres más pobres, racializadas, y más jóvenes, sufrirían mayor violencia obstétrica contra sus cuerpos, teniendo en cuenta que este tipo de violencia también viene muy afectada por discriminaciones sociales previamente existentes. De ahí la gran importancia de mantener la mirada interseccional que analice las diferentes categorías sociales que intervienen en este proceso que, al igual que la existencia humana, se mueve entre la interacción de lo biológico con lo cultural. Este término de la interseccionalidad, tal y como pudimos aprender las/los alumnas/os del aula de Javier Rodríguez Mir (2021, *Asignatura Lecturas de textos etnográficos, Departamento de Antropología Social y Pensamiento Filosófico Español, Facultad de Filosofía y Letras, UAM*), fue acuñado por Kimberlé Williams Crenshaw; académica de derecho especialista en raza y género, para poner de manifiesto cómo las identidades de las personas interaccionan en base a diferentes

sistemas de opresión que categorizan las diferencias biológicas y culturales generando desigualdad (socialmente construida) entre diferentes grupos sociales.

En el trabajo *La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense* (Arguedas Ramírez, 2014), se desarrolla cómo este modelo está establecido en una estructura social de género basada en la dicotomía de lo masculino y lo femenino como contrarios. La autora habla del “útero colonizado” en torno al que se establece un poder disciplinario por medio de la violencia contra los cuerpos leídos como femeninos. Por otro lado, en este mismo trabajo se vuelve a tratar la teoría de Michel Foucault, el cual se establecería como un teórico clave en torno a la idea de saberes institucionalizados y no institucionalizados. El teórico habla de éstos segundos como los saberes subyugados:

*“Para Foucault los saberes subyugados son un conjunto de conocimientos que han sido descalificados, considerados inadecuados o insuficientemente elaborados. Saberes ingenuos, localizados en la base de la jerarquía del saber.”* (Arguedas Ramírez, 2014:155).

En este caso, los saberes femeninos serían los saberes no institucionalizados, y por tanto, profundamente devaluados en el parto hospitalario:

*“Está doblemente subyugado, además, en razón del lugar social que las mujeres ocupan de acuerdo con la dominante estructura social de género que privilegia lo masculino sobre lo femenino. Frente al poder/saber ejercido por parte de los profesionales en salud (especialistas en medicina y enfermería), las mujeres embarazadas o en proceso de parir no son interlocutoras válidas. No hablan el lenguaje de la ciencia y, por ello, no ocupan un lugar igualitario en la relación establecida dentro de la institución médica.”* (Arguedas Ramírez, 2014:155).

De esta manera se establecen relaciones de poder en las que la mujer es relegada al mero papel de espectadora de su propio parto, siendo descalificada de sus propias sensaciones por el hecho de no ser lo suficientemente científicas ni objetivas, resaltando cómo estas mujeres, al no poseer el capital cultural que simboliza el saber científico del personal sanitario, se verían excluidas de un proceso en el que irónicamente, ellas deben ser las protagonistas. El término *capital cultural* pertenece al pensamiento del autor Pierre Bourdieu, desarrollado en *Una teoría de la sociedad* (González Ochoa, 2018). Bourdieu también desarrolló el término



del *habitus*, que representa al conjunto de disposiciones interiorizadas, a esa sociedad inscrita en el cuerpo de los individuos y que se construye en base a tres partes: el individuo, la cultura de grupo, y las instituciones sociales en base a las que el individuo se socializaría. Además, al seguir estas disposiciones se reforzaría el *habitus* no sólo individualmente, sino también en toda la sociedad, haciendo que éste se reproduzca y evolucione con el tiempo. Esta asimilación e interiorización del poder masculino resulta esencial para la reproducción del orden simbólico establecido, en el que la mujer sufre la violencia simbólica naturalizada en sus esquemas mentales construidos de manera social, y sometiéndose a un proceso autodevaluativo en el que se acepta esa relación muchas veces, sin necesidad de utilizarse una coerción física explícita. Además, respecto a los tres elementos básicos (González Ochoa, 2018) que forman parte de esta violencia simbólica, considero que pueden aplicarse perfectamente al proceso de la atención al parto bajo el modelo biomédico. Estos son: el *agente dominante* que ejerce el poder simbólico (siendo éste un poder no reconocido), que en este caso sería el personal sanitario; el *agente dominado* sobre el que se ejerce dicho poder asimilado y tomado como legítimo por el personal médico, las cuales serían las gestantes, y por otro lado; el *capital simbólico* que en este caso se trataría del conocimiento biomédico. Con todo esto, el autor no buscaría satanizar al personal médico, ni desvincular a las gestantes de cualquier atisbo de autonomía, sino explicar de manera más sistematizada cómo estas relaciones de poder basadas en la socialización y en el capital cultural de una de las partes, son inconscientes a todos los sujetos, afectando a los mismos de maneras diferentes. Además, es importante tener en cuenta que siempre existen excepciones a la norma, que también existen usuarias que son a la vez trabajadoras del sistema sanitario (por lo que tendrían dicho capital cultural integrado) y que poco a poco se está desarrollando una mayor concienciación en torno a esta problemática. Es decir, que existan determinadas problemáticas sociales no significa que la actitud de los diferentes agentes sociales sea inamovible, ya que estos mismos pueden deconstruir dichas ideas y modelos en base a los que actuar.

Respecto a esta problemática de las relaciones de poder y la jerarquía de saberes, en las entrevistas realizadas, matronas e investigadoras identificaron de manera clara esta desigualdad:

- 42:50 - “*Imagínate, si la parte física se ha desatendido, imagínate la emocional.*” (Entrevista propia a Laia Casadevall Castañé).

- 21:00 - *“Parto y nacimiento habían pertenecido siempre a las mujeres, hasta que apareció la era de la medicina y aparecieron los hombres. (...) Desprestigiando a las matronas, utilizando una guerra de poder. Los que podían acceder a estudios universitarios por ser hombres, porque nosotras no podíamos, pues ellos se quedaron con la atención de la clase alta, y el poder. (...) Desde entonces, aún hay una raíz importante de poder, de sentirse superior, por encima de las matronas y de las mujeres.”* (Entrevista propia a Laia Casadevall Castañé).
  
- 52:00 - *“Hay un componente de jerarquía, en el que el médico o la matrona creemos que ese parto es nuestro y que lo que yo decida va a misa. No, no, no, es que hay que cambiar ese chip, el parto es de la mujer.”* (Entrevista propia a Matrona E2).
  
- 55:42 - *“El poder biomédico se encarga de volver a traerte a la norma.”* (Entrevista propia a Pía Rodríguez Garrido).
  
- 41:30 - *“Yo creo que el problema no es en sí la jerarquía, sino que más bien cómo se utiliza el poder para poder tú posicionarte jerárquicamente en oposición a ese otro sujeto. Cómo yo utilizo mi poder de matrona para violentar a la mujer que está pariendo o cómo el médico utiliza su poder de médico para decirme a mí lo que yo puedo o no puedo hacer.”* (Entrevista propia a Pía Rodríguez Garrido).

Como pude comprobar, en las entrevistas se reconoce cómo existe esta desigualdad de poderes que relega a la mujer a un segundo plano, así como se establecen determinadas normas socialmente aceptadas y se desatiende la emocionalidad del parto, no entendiendo éste como un proceso holístico atravesado por diferentes dimensiones (psicosocial, histórica, etc).

Por ello, el hecho de que haya saberes que no se encuentran integrados ni son tenidos en cuenta en el parto hospitalario, además de crear relaciones de poder entre la madre y los sanitarios, también excluye de la práctica diversos saberes que podrían resultar positivos, siempre y cuando no supongan una práctica de riesgo. Por ejemplo, una de las prácticas tomadas de un sistema médico diferente al biomédico y que finalmente se van introduciendo en mayor medida a la hora de atender partos por su probada eficacia, sería la moxibustión.

Esta práctica proviene de la medicina tradicional china, y es utilizada para corregir la postura del bebé cuando viene de nalgas, para que de esta manera se pueda favorecer el parto vaginal (Gisbert, 2021). En España, esta práctica es mayormente practicada en la sanidad privada, ya que no está integrada en las prácticas regladas en un parto hospitalario público. Además, debe tenerse en cuenta que tampoco se estudia en la formación académica del personal sanitario, por lo que este tipo de prácticas alternativas son realizadas por profesionales que hayan querido formarse en ello de manera específica, por lo que no siempre existirán personas en todos los centros y hospitales que puedan practicarla.

De esta manera pude comprobar cómo el parto es un proceso con fuertes implicaciones culturales, no sólo en sus prácticas médicas, sino también en los espacios en los que se desarrolla. Por ejemplo, el parto domiciliario actualmente no está instaurado de manera cultural en España, y sí lo está en otros países europeos como Holanda<sup>10</sup>. Así como tampoco existen casas de parto en el contexto español. El parto domiciliario, desde el desarrollo de la institución médica y de la instauración del parto hospitalario como la norma; es visto como una práctica de riesgo. Aunque bien es cierto que en España actualmente el parto domiciliario, aunque no sea la opción más escogida, no es ilegal; siempre y cuando se cumplan algunos requisitos tales como: que el embarazo y parto sean de bajo riesgo, que exista una distancia determinada del domicilio al hospital en caso de cualquier emergencia obstétrica, el desarrollo del plan de nacimiento previamente establecido, así como la presencia de profesionales sanitarios capacitados en el domicilio y la firma del consentimiento informado por parte de la madre. Muchas otras recomendaciones para el parto domiciliario planificado pueden encontrarse en la página web de El parto es nuestro, en el artículo titulado *El parto en casa planificado (El parto es nuestro, 2021)*.

Otra autora que ha trabajado mucho esta desigualdad en el sistema médico y el lugar de las mujeres en el mismo es Carme Valls, la cual ha teorizado sobre la problemática de la invisibilidad del cuerpo femenino para la medicina. Para hablar de la misma, me gustaría hacer referencia al trabajo *Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido* (Llobera et al, 2019) en el que se hace referencia a la visión de esta médica sobre las relaciones de poder que se establecen en base a la desigualdad de género y al lugar de la mujer como paciente:

---

<sup>10</sup>Ejemplo que ha aparecido repetidas veces en las entrevistas a la hora de hablar sobre el parto en casa como un modelo positivo.

*“En este sentido, Carme Valls (2009) señala que el patriarcado usa, como si fueran científicas, tres reglas o máximas relativas al cuerpo de las mujeres: la naturalización de la diferencia sexual como inferioridad; la fragmentación del cuerpo y la experiencia; y la objetualización de los sujetos, a través de la medicalización y el poder en el acto médico.”* (Llobera et al, 2019:168-169).

Por lo tanto, todos estos procesos en los que se produce un control sobre la capacidad sexual y reproductiva de las mujeres no podrían entenderse sin una crítica feminista, ya que la violencia obstétrica, al sostenerse en base a un sistema médico hegemónico, también lo haría sobre la visión patriarcal del cuerpo de la mujer como un objeto del que poder apropiarse y manejar por parte del personal sanitario, como si, tal y como expone Carme Valls; lo físico fuese algo separado de aquello que la mujer padece. De esta manera, el poder que se ejerce en los paritorios no se trata de un poder establecido únicamente en base a la relación profesional sanitario - paciente. También debería hablarse de otros muchos factores que operan en esta relación y que no son excluyentes de ésta, tales como el racismo, la clase o las relaciones de género y desigualdad que se perpetúan muchas veces de manera independiente a que la persona sanitaria sea hombre o mujer, reproduciéndose estos roles tradicionalmente asociados a la masculinidad, también entre usuarias y profesionales mujeres, tal y como se plasmó en las entrevistas realizadas:

- 4:20 - *“También hay matronas que son muy intervencionistas (...) depende de la persona. Los ginecólogos (...) al final ellos son los titulares del parto, y a quien van a denunciar es a él, no a la matrona.”* (Entrevista propia a Doula 1).
- 41:00 - *“Son las propias mujeres las que tienen ese paternalismo hacia la mujer. (...) De todo el colectivo, de mujeres hacia mujeres, estoy convencida de que hay cosas a un hombre que no se te ocurriría decirle. (...) Me preocupa que sea de mujeres a mujeres.”* (Entrevista propia a Matrona E3).
- 37:11 - *“Sí que arrastramos quizá un componente de género. Sin embargo, al menos en mi experiencia, no lo he sentido como hombre-mujer; sino como ginecólogo-matrona.”* (Entrevista propia a Matrona E2).

Volviendo al paradigma biotecnológico en el que se encuadra la atención al parto, existe un elemento muy representativo de cómo se vive el parto, y ese sería el concepto del miedo. Este estaría estrechamente ligado al dolor que se inscribe en los cuerpos de las parturientas. Para hablar sobre esta problemática me gustaría hacer referencia al trabajo *Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: una aproximación desde la antropología* (Cardús i Font, 2015) en el que se indaga en la construcción de distintos imaginarios sobre el parto basado en las experiencias y relatos que se comparten de este momento.

Como ya he desarrollado anteriormente, el parto del ámbito hospitalario tiene diversas implicaciones que afectan directamente sobre la concepción patológica del parto y sobre el estado emocional de la parturienta, pero además, también se produciría en este proceso una cesión de la jurisdicción del propio cuerpo al médico, en nombre de la seguridad que el equipo de profesionales sanitarios transmitiría a la madre (Cardús i Font, 2015). De esta manera, cuanto más se alimente la idea de miedo y del dolor y menos se trabaje en el método psicoprofiláctico<sup>11</sup> que ayude a la madre a enfrentarse al parto con una buena atención psicológica perinatal, más negativos serán estos relatos y vivencias, más desvinculadas se sentirán las madres de estos procesos y más buscarán esa seguridad fuera de ellas mismas.

En su trabajo *Una dosis de salud para las mujeres por favor. La objetividad científica las mantiene enfermas* (Méndez Aristizábal, 2018), la autora se refiere al papel de las mujeres dentro de la investigación en salud como un “sur metafórico”, en el que éstas han sido tratadas como la otredad y los hombres como la generalidad. Ésto, además de tener efectos nocivos sobre la propia salud de las mujeres por la visión reduccionista de la misma y la falta de investigación en problemas de salud femenina; explicaría por qué existen problemáticas concretas tales como la violencia obstétrica o la escasa detección y tratamiento de enfermedades ginecológicas tales como la endometriosis, o el síndrome de ovarios poliquísticos, cuyo principal tratamiento ofrecido desde la biomedicina actual es la anticoncepción hormonal.

Para seguir con esta concepción devaluada del cuerpo femenino, me gustaría hacer referencia a la idea de éste como un recipiente, concepción que existe, por ejemplo, desde las culturas del México antiguo, como figura dadora de vida (ver anexo 4.1. Vasija de mujer con vientre abultado), en relación al proceso de devaluación cultural al que se ha sometido la identidad

---

<sup>11</sup>Método psicoprofiláctico: método a través del que se prepara tanto mental como físicamente a la mujer para vivir un parto consciente (Gazca Nieto, 2014).

femenina en diferentes contextos. Para ilustrar esto y cómo puede esta idea del cuerpo de la mujer como un recipiente; relacionarse con el conflicto asistencial que estoy tratando en este trabajo, me gustaría hacer una lectura contemporánea de esta idea desde la perspectiva biomédica. Para ello, quiero apoyarme en el trabajo titulado *Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del “paradigma tecnocrático”* (Hernández Garre, J. M. & Echevarría Pérez, P., 2016), en el que se desarrolla la idea de que las intervenciones médicas que se realizan en los cuerpos de estas mujeres se centran en el útero como soporte que contiene al neonato. De esta manera, la madre desaparece como sujeto emocional fruto de una enculturación del proceso del parto basado en una dinámica fabril.

Algunas entrevistadas me comentaron lo siguiente respecto a esta cuestión, reconociendo esta cosificación de la mujer como receptáculo en el momento del parto:

- 52:30 - *“Yo creo que no se entendió, no se entiende todavía lo que es la maternidad. Cuando una mujer va a parir, es un cuerpo que lleva un objeto dentro que tiene que salir, a cualquier precio (...). Pocas veces pensamos que detrás de ese canal hay una mujer, que tiene una vida por detrás, que tiene una vida sexual, que tiene unos genitales que según lo que tú hagas o no hagas (...) va a tener una repercusión para toda su vida (...). Se pierden de vista el sufrimiento, los sentimientos de la mujer. (...) No nos enseñan a gestionar el sufrimiento. (...) No hay confianza en el cuerpo de la mujer. (...) Creemos que haciendo cosas tenemos el control nosotros. (...) Cuando tú en un parto rompes la fisiología, tienes más riesgos.”* (Entrevista propia a Maria LLavoré Fàbregas).
- 1:06:37 - *“Al final lo que se ve desde la medicina es que el cuerpo de la mujer es un receptáculo. (...) Se cosifica a las mujeres.”* (Entrevista propia a Maria LLavoré Fàbregas).

Respecto al papel de las mujeres en los partos, considero importante puntualizar que aunque exista un sistema hegemónico que alimente esa delegación de las parturientas en el personal sanitario y un papel más pasivo de estas mismas, debe tenerse en cuenta que, tal y como se ha desarrollado en el capítulo introductorio; éste se está transformando, y que gracias al libre acceso a la información que supone internet, éstas llegan muchas veces a los partos cada vez más concienciadas y preparadas, lo que supondría una transformación positiva a la hora de vivir el proceso. Aunque por otro lado, algunas de las entrevistadas, me transmitieron su

preocupación por la cantidad de información no veraz y prácticas de riesgo a la que puede tenerse acceso en esa documentación individual que cada mujer realice:

- 1:42 - *“Tenemos acceso a mucha información, que por una parte es muy bueno porque se democratiza toda esa información, que al final es algo que nuestros abuelos o nuestros padres no se lo habrían imaginado. Pero al final tenemos que tener en cuenta, sobre todo los profesionales, a quién le puede llegar esa información. (...) Realmente tenemos una carencia de juicio crítico, para saber qué sí y qué no, que todo lo que venden nos lo van a creer. (...) No se tiene mucho filtro en eso, y hay que tener mucho cuidado, porque luego las mujeres, sobre todo en época de covid, vienen súper demandantes, vienen con el escudo ya por delante de que tú les vas a hacer algo. (...) Gestionar luego toda esa información es tan complicado...”* (Entrevista propia a matrona E3).
  
- 28:21 - *“Información hay y está al alcance de todos, pero no todas las mujeres tienen los mismos recursos ni tienen el mismo nivel sociocultural. (...) El personal sanitario tiene que informar. (...) Muchas veces, como ellos hacen tantas veces lo mismo, es que no te están diciendo nada. Tú vas a un ecógrafo y es que no te miran a la cara. (...) Pero por tu lado, considero que tienes el derecho y el deber de informarte por las fuentes que tú consideres que te tengas que informar.”* (Entrevista propia a Eva Margarita García).
  
- 40:14 - *“Desde luego que vivimos en un momento con una carga de información brutal y el problema es distinguir la paja de lo que es verdaderamente necesario. Creo que eso puede solucionarse a través del sistema de salud, que al final es el que hace el seguimiento, (...) creo que la mejor información es la que viene de los profesionales. Quiero decir, está muy bien que cada persona se informe como quiera (...) lo que puede equiparar la información que una mujer recibe, es que la reciban del sistema de salud, (...) que esa información sea abordada de una manera unificada.”* (Entrevista propia a Mireya Toribio Medina).

De esta manera, pude observar cómo, a pesar de todas las bondades que plataformas como internet brindan a la hora de acceder a la información complementaria a la que debe proporcionarse a las usuarias y familiares desde los centros médicos; las entrevistadas

pusieron de manifiesto la importancia de que cada persona desarrolle una vigilancia propia bajo la que analizar la información para evitar prácticas de riesgo. Resultando este acceso a la información un derecho que de igual manera, implicaría responsabilidades. Así como también es importante entender las circunstancias propias de cada mujer sin juzgar el acceso previo a la información que hayan podido tener, o las propias situaciones precarias que hayan podido vivir en su entorno, considerando que existen mujeres que durante su gestación hayan podido ser víctimas de malos tratos, lo cual podría desembocar en problemas psicológicos en el desarrollo de su embarazo, parto y posparto.

Para terminar con este capítulo, me gustaría reivindicar cómo, al tratarse de una problemática estructural, el modelo asistencial al parto precisa inevitablemente de ser analizado mediante literatura feminista, al igual que ya ocurre con aspectos tales como una crianza más respetuosa de las/los hijas/os o con maneras alternativas de vivir la maternidad y de habitar el mundo como mujer. Para ilustrar todo esto me gustaría hacer referencia al trabajo *¿Parir o revolucionar?: Un análisis del discurso feminista radical sobre el parto natural* (Cavalcanti, 2019). En este texto, la autora hace un recorrido a través de lo que distintas autoras feministas han teorizado sobre la cuestión del parto, lo que me ayudó a comprender su papel social y a reconocer los cambios producidos en las reivindicaciones feministas respecto al mismo. Ya que en la actualidad, lo que hace años suponía un avance para las mujeres en el parto a través de la medicalización, como por ejemplo mediante el uso de la analgesia; hoy cuenta con una mirada crítica por la pérdida de sensibilidad que ésta genera, así como por el uso excesivo que puede darse de la misma. En este texto se hace un recorrido a través de autoras tales como Simone de Beauvoir, la cual analizaba en su obra *El segundo sexo*, cómo los relatos que llegan a las niñas y jóvenes sobre el parto podrían tildarse como terroríficos (a pesar de tratarse de una teórica del siglo pasado, esta observación me resulta sumamente actual). Además, en estos relatos el dolor al que se ve sometida la mujer juega una parte muy importante en la emoción del miedo con la que muchas mujeres (especialmente las primerizas) se enfrentan a su parto. En la actualidad, desde las aportaciones feministas al movimiento por el parto humanizado, se procura que el momento del parto pueda ser una experiencia empoderante en la que la mujer sea un sujeto activo dueña de su dimensión sexual y reproductiva. Esta idea se desarrolla en otra obra comentada en el ensayo de Cavalcanti: *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución* (Rich, 2019), en la que la autora realiza un recorrido histórico por la historia de la atención gineco-obstétrica, así como analiza la maternidad como una institución patriarcal en la que el



parto se ve alineado a la misma. Entendiendo que éste se trata de un momento crucial en el que las violencias sufridas quedan inscritas en los cuerpos de la mujer y de sus bebés, reivindicando que el poder esté en manos de la mujer y no del obstetra y entendiendo que el parto no es sino una reproducción de lo que ocurre en una sociedad machista, en la que éste no escapa a sus relaciones de poder ni a sus lógicas.

#### **2.4. La otra parte de una misma problemática: el personal de salud**

Una de las cuestiones que quería tratar a propósito de la violencia obstétrica y que considero que no ha sido suficientemente tenida en cuenta a la hora de abordarla, es “el otro lado”. Es decir, mirar también hacia la realidad que viven los sanitarios, no para justificar que se ejerza esta violencia, sino para poder entender más profundamente cómo es el contexto en el que se desarrolla la misma. Para ello he tenido en cuenta tres aspectos principales: las condiciones laborales, la formación, y la jerarquización de los equipos médicos.

Respecto a las condiciones laborales me gustaría introducir el tema haciendo referencia al síndrome de “burnout”, el cual se utiliza para definir el desgaste y agotamiento crónicos que sufre un profesional por causas de sus condiciones y exigencias laborales (Quirón Prevención, 2018). Algunos de los efectos secundarios de este síndrome se describen como el desapego e incluso indiferencia hacia la usuaria/el usuario (en este caso la usuaria y su acompañante), o endurecimiento en el trato con ésta/éste. Por lo tanto, a priori, podría considerarse que cómo se encuentre el personal médico en el trabajo y los recursos de los que disponga, afectaría directamente sobre el trato con las usuarias. Sin embargo, respecto a si ésta es una de las probables causas que afectan a profesionales para ejercer violencia obstétrica, encontré diversas discrepancias en las entrevistas:

- 6:30 - *“Creo que es fundamental al momento de analizar la violencia gineco-obstétrica, sin embargo no lo tomaría como una causa. La violencia laboral va por otra arista. Sin embargo, efectivamente, como consecuencia, el profesional o la profesional se enfrenta a una situación de estrés laboral, de burnout en algunos casos. Yo no lo vería como una causa de la violencia gineco-obstétrica.”* (Entrevista propia a Pía Rodríguez Garrido).
- 39:30 - *“Las personas del ámbito sanitario tienen que tener unos mínimos garantizados. (...) Sin embargo creo que, aún solventando estas cosas, la violencia*

*obstétrica no va a desaparecer. (...) Porque para que la violencia obstétrica desaparezca necesitamos un proceso profundo de conciencia que empieza desde que nos dicen que las niñas son rosa y los niños azul.”* (Entrevista propia a Dayana Méndez Aristizábal).

- 7:52 - *“Aunque tengas muchas mujeres a las que atender, hay cosas básicas como el respeto a las personas, el pedir el consentimiento informado. El tratar a las personas como personas y el no abusar de intervenciones innecesarias y más si no tienes los recursos necesarios. (...) Es mejor que no intervengas y no compliques las situaciones porque así no vas a necesitar tantos recursos. (...) Hay cosas que no se tratan de recursos ni de personal, se trata de humanidad.”* (Entrevista propia a Laia Casadevall Castañé).
  
- 8:38 - *“El volumen de mujeres que nos están llegando en Madrid son tantas (...) Esque tengo que atender tres, cuatro partos, mientras me están viniendo inducciones, mientras tengo que hacer monitores, mientras tengo que hacer muchas cosas. Toda la teoría es muy bonita (...) y te encuentras que es que no puedes.”* (Entrevista propia a Matrona E3).

Tomé en cuenta las consideraciones obtenidas a través de las entrevistas, en las que, aunque se defendía la importancia de tomar en cuenta el contexto laboral en la asistencia hospitalaria al parto, también se ponía de manifiesto cómo a pesar de que esta problemática es algo arraigado de manera estructural, deben defenderse la existencia de unos mínimos de respeto hacia las parturientas en la atención al parto (matizo que considero que este respeto debería entenderse de manera recíproca). Además, quise corroborar estas ideas con lo que se ha escrito sobre violencia obstétrica en relación con el síndrome de burnout. Para ello me gustaría hacer referencia al trabajo *Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica* (Pintado-Cucarella et al., 2015), en el que se defiende la importancia de tener en cuenta esta relación entre el desgaste profesional y la mala gestión de la asistencia al parto:

*“En el ámbito de la Ginecología y Obstetricia es importante considerarlo, pues se ha demostrado una prevalencia importante del síndrome en los médicos. La forma de afrontar el estrés y el desgaste profesional en los médicos tiene efectos en el bienestar de las pacientes.*

*Esto puede originar situaciones de tratos groseros hacia las pacientes, falta de sensibilidad médica y deterioro de la relación médico-paciente.” (Pintado-Cucarella et al., 2015:175)*

En este mismo trabajo mantengo que la violencia obstétrica se trata de una problemática de causas múltiples, y una de ellas sería que los profesionales no cuentan con las herramientas o conocimientos necesarios para afrontarla. De esta manera, teniendo en cuenta estos aspectos puede conocerse mejor la problemática y humanizar, no únicamente a las parturientas; sino también al personal sanitario.

Además, como hemos podido vivir a raíz de la pandemia COVID-19, en el sistema sanitario español, muchas veces las condiciones laborales de sus trabajadoras/es son profundamente precarias, con contratos temporales, horarios difíciles de conciliar y grandes cantidades de trabajo. Este último aspecto además, ha sido un tema recurrente en todas las entrevistas realizadas a profesionales sanitarias, ya fueran de la sanidad privada como de la pública. Por ello, resulta importante tener en cuenta que las estructuras tecnificadas y de producción afectarían no solo sobre las madres que sufren la violencia obstétrica, sino también en el día a día de las personas sanitarias.

Éstas también sufren de traumas agudos y ansiedad generalizada provocada por la experiencia laboral, lo que supone directamente un riesgo sobre la salud tanto física como psicológica de las mismas. Además, tampoco cuentan dentro de su horario laboral con espacios en los que aprender a gestionar sus emociones ni a evaluar problemas de los equipos médicos o que hayan surgido con los pacientes. Para poder acceder a este punto de vista de los profesionales en mayor profundidad, además de las entrevistas realizadas y presentadas en este trabajo, quise participar en una mesa redonda que se organizó desde la UNED (Ourense) en el curso de *Violencia obstétrica: una aproximación teórica y práctica* (UNED, 2021), en la que los profesionales participantes transmitieron cómo no se promueve la creación de vínculos cercanos entre las profesionales y las pacientes, especialmente en los grandes hospitales en los que resulta imposible hacer un seguimiento más personalizado de las usuarias. También se expuso en la presentación de María Begoña Pérez Vázquez sobre *Consecuencias para los profesionales de la violencia obstétrica* de este mismo curso; cómo muchas veces el trauma de haber presenciado violencia obstétrica y haberse sentido cómplices, haría que los profesionales la reproduzcan. Así como de igual manera, existe un miedo a la denuncia (de las usuarias hacia el personal sanitario), que genera la actividad de una medicina defensiva por parte de estas/os profesionales, ya que reciben más denuncias por

no realizar determinadas intervenciones que por hacerlas bajo un exceso de intervencionismo. Además de no contar con herramientas a la hora de trabajar con la emocionalidad de las mujeres (y la propia) en los partos. También, respecto a lo que voy a desarrollar más adelante sobre la jerarquía en los equipos médicos, en esta mesa redonda se expuso cómo muchas veces, en las sesiones clínicas de algunos hospitales en las que se reúne el equipo profesional sanitario, se excluía a las matronas y únicamente se permitía participar a las/los médicas/os obstetras, signo de esta verticalización de los equipos sanitarios.

Para seguir indagando en la realidad de estas sanitarias y sanitarios me gustaría remitir al trabajo: *Estrés postraumático en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica* (Olza Fernández, 2014) en el que la autora expone cómo, además de la falta de formación en habilidades para la atención emocional, existen otras cuestiones a tener en cuenta. Estas pueden ser los traumas propios no resueltos que deriven en una mayor medicalización del proceso, seguida de complicaciones iatrogénicas<sup>12</sup> que precisen de aún más medicalización. También entre estas razones se encuentra el síndrome de burnout como incentivo que deshumaniza el trato hacia las usuarias. De esta manera, pude comprender cómo el personal sanitario, aunque no sea una víctima externa de violencia obstétrica como sí lo sería la madre; sí puede considerarse víctima de un sistema productivista amparado en el modelo médico hegemónico actual.

Otra de las cuestiones relacionadas con dicho modelo médico es la formación, y no únicamente la que es aprendida en el grado universitario, como técnico sanitario, o en las prácticas antes de comenzar a trabajar con las usuarias. Sino también en la carencia de una formación más holística, que se muestra en la falta de habilidades de comunicación clínica con las usuarias, o en el desconocimiento sobre aspectos más psicológicos del parto e incluso de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Así como también considero que debe tenerse en cuenta la presión que puedan sentir los profesionales en sus prácticas de formación para ejercer violencia obstétrica. Este fue un tema bastante recurrente en mis entrevistas con matronas, las cuales me describían cómo se habían visto forzadas a realizar intervenciones en su formación con las que no se sentían cómodas, y en base a las que sentían que le estaban haciendo daño a la madre. También la falta de reciclaje de dichos

---

<sup>12</sup>Iatrogenia: Alteración, especialmente negativa, del estado del paciente producida por el médico (RAE, 2021).

conocimientos en unos puestos de trabajos que exigen estar al día de las últimas evidencias científicas fue otra de las problemáticas que más aparecieron en las entrevistas realizadas.

Algunos de los principales elementos que surgieron en estas entrevistas son: la poca implicación del personal sanitario en el reciclaje de sus conocimientos, la falta de tiempo o de ayuda económica por parte de las instituciones para apoyar ese reciclaje y la falta de integración en el sistema sanitario de los saberes basados en la última evidencia científica junto con la correspondiente formación en dichos saberes de los profesionales sanitarios. Así como la falta de formación que haga mayor incidencia sobre el trato con las usuarias y sus estados emocionales:

- 11:50 - *“Hay dos cosas importantes. Una, es que la formación de base que se da en este país es de muy baja calidad. Osea la formación académica es muy cutre.(...) Hay sitios en los que la formación de matrona en España, es ir a un hospital, y aprender de lo que se perpetúa en ese hospital, sin tener acceso a formación académica en una universidad donde se le dé otro punto de vista, lo que dice la evidencia...etcétera. De entrada la formación es muy pobre y debe mejorarse pero radicalmente. (...) Además, no existe ningún órgano regulatorio una vez tú tienes el título. (...) Tú puedes seguir siendo matrona, con los conocimientos que aprendiste hace cincuenta años, y nadie te va a pedir responsabilidades. (...) Esto es un problema del sistema. (...) Lo que no es justo, es que en este país si quieres actualizarte tengas que pagártelo de tu bolsillo, y que dependa de tu propia voluntad profesional.”* (Entrevista propia a Laia Casadevall Castañé).
  
- 13:30 - *“Existen, cursitos, que la gente se conforma mucho con eso porque les da puntos para la bolsa (...), y los cursos que son realmente interesantes, que podrían ser: suturas, suelo pélvico, tema de entrenamiento si te interesa, tal, son súper caros. (...) Te estoy hablando de que un experto de lactancia te cuesta setecientos. (...) Yo creo que sí existe una falta de formación, y sobre todo de actualización. Porque ahora es un poco lo de los extremos que te he comentado antes. Ahora hay dos generaciones que son contrapuestas: la mía, que es súper naturalista, la de personas que ahora tengan cincuenta, sesenta años que están a punto de jubilarse, que era súper intervencionista (...) y luego una que está en medio. (...) Nos falta un poco esa actualización de la gente y el obligar a hacerlo.”* (Entrevista propia a Matrona E3).

- 8:10 - *“Muchas veces es problemática tuya que estés reciclado o no. (...) Si yo quiero hacer bien mi trabajo, me tendré que buscar la vida y hacerme cursos que a lo mejor no me cubre la formación profesional pública. (...) Es mi moralidad. (...) El que no está formado es porque no quiere.”* (Entrevista propia a Doula 1).
- 26:00 - *“Yo creo que hay muchos ginecólogos, o a éste le pasaba, que no tienen ningún tipo de formación feminista o de cómo atender realmente con empatía a una mujer.”* (Entrevista propia a Usuaria E10).

Por otro lado, aparte de la problemática de la falta de reciclaje por parte del personal sanitario, también me gustaría exponer cómo existe, siguiendo esta lógica del modelo médico; jerarquía dentro del cuerpo médico. Esta respondería al proceso de patologización del parto, en el que, en vez de ser atendido desde la normalidad y el acompañamiento de la matrona/del matrn (profesional principalmente formado/a para acompañar partos sin complicaciones), se desarrolla principalmente mediante un seguimiento médico por medio de la ginecóloga/el ginecólogo, que en principio debe supervisar el parto y sólo intervenir cuando exista algún problema o emergencia obstétrica, como una cesárea de urgencia o la necesidad de instrumentalizar el parto.

En las entrevistas esta cuestión fue denunciada por parte de las matronas. Además, considero que resulta primordial tener en cuenta que este grupo, además de estar profundamente feminizado, está compuesto por enfermeras/os que han realizado el EIR (Examen para acceder a una plaza de Enfermero Interno Residente) para especializarse en Enfermería Obstétrico-Ginecológica, mientras que las ginecólogas/os son médicos que se han especializado en Ginecología, más orientados a intervenir en la patología. De tal manera, se reproducirían dos relaciones de poder entre estos profesionales: de clase y de género, en las que la figura de la/del médico tomaría mayor protagonismo en la toma de decisiones del parto, cuando en circunstancias normales esto sería tarea del matrn/de la matrona, figura que muchas veces (tal y como apareció en las entrevistas), no se sentiría con la necesaria autoridad para cuestionar el trabajo de otros profesionales médicos.

Para ilustrar cómo resultaría positivo incentivar ese protagonismo de la figura de la matrona/del matrn mediante la despatologización del parto de bajo riesgo, además de las respuestas de las entrevistas que voy a presentar más adelante, me gustaría ilustrarlo con datos de un conjunto de estudios presentados desde la página web de la asociación El Parto es Nuestro en su artículo *¿Por qué una matrona?* (Fernández Guillén, 2021):

*“En los estudios que han comparado la asistencia de las comadronas con la de los médicos en partos de bajo riesgo, los resultados neonatales fueron similares, lo que significa que, en este tipo de partos, intervenir más no reporta beneficio alguno. Los resultados de salud materno-infantil de los partos asistidos por comadrona son tan buenos o mejores que los de los asistidos por ginecólogo, pero con tasas de intervención y uso de medicación muy inferiores.”* (Fernández Guillén, 2021).

Además, en este mismo artículo se expone cómo desde la OMS se considera que el matrn/la matrona es la figura más apropiada para el seguimiento de embarazos y partos de bajo riesgo, estando plenamente capacitada/o para reconocer cuándo sería necesaria la intervención de la médica/del médico, traducándose esto en partos de menor intervención y menor índice de cesáreas en aquellos atendidos mayormente por estas/estos profesionales.

Por otro lado, existe un estudio desarrollado por investigadoras/es del Grupo de Investigación Global Health, Gender and Society (GHenderS) de Blanquerna-Universitat Ramon Llull presentado en el artículo *Servicios de maternidad liderados por matronas reducen intervención en partos* (La Vanguardia, 2020), que muestra cómo los partos encabezados por matronas/es obtienen resultados con menor intervención (menor uso de epidural, de realización de episiotomías y de la utilización de oxitocina). Además de que los partos en grandes hospitales con grandes salas de parto, también generan resultados de una mayor intervención médica por parte de los profesionales de ginecología. Por lo tanto, se expone cómo supondría una mejora en los resultados obstétricos el realizar una mayor apuesta por las/los matronas/es a la hora de atender partos de bajo riesgo y de desarrollar unidades obstétricas más reducidas.

Con esto no se pretende desestimar la labor de la figura del médico/de la médica, sino tener en cuenta que por la formación de ambos perfiles las/los matronas/matrones atienden la fisiología del parto mientras que la médica/el médico interviene en la patología, resultando necesaria su intervención si existe alguna complicación, pero no por ello resultando necesario protocolizar su liderazgo en todos los partos.

Éstas son las opiniones obtenidas en las entrevistas sobre la jerarquía en lo equipos de profesionales sanitarios y sobre el lugar de las/los matronas/matrones en esta organización:

- 7:30 - *“Los primeros partos (...), por detrás pasaba la ginecóloga que estaba a cargo del paritorio, tú estabas con el matrn o la matrona que te tocaba, estabas de prácticas y te decían por detrás: corta (la episiotomía), más, más, más, así no, cose rápido, más, más”, entonces claro, la mujer con las piernas abiertas ahí. (...) ¿Qué haces?”* (Entrevista propia a Matrona E1).
- 27:50 - *“Tenías a veces un poco de lucha con algunos ginecólogos residentes. (...) A veces tenías que luchar para que a esta mujer no le hagan una ventosa, o un fórceps, si todavía no es el momento. Y claro tienes que luchar, porque ellos también tienen que aprender, pero claro, no de esa manera.”* (Entrevista propia a Matrona E2).
- 21:10 - *“Yo lo que veo es que si estamos ginecólogo y matrona, no se toma la decisión en consenso (...), ya no te hablo por supuesto de preguntárselo a la mujer. (...) Pero bueno, sí, todavía existe eso de lo que dice el gine va a misa. (...) Entonces cuando hay mucho lío y tal, te sientes presionada. Inducciones que se pautan que no se tendrían que pautar, porque el gine se va de puente. (...) Además, te las intentan vender como, es que si no tu hijo va a estar mal, o es que si no no tal, que eso ya me parece el culmen de la violencia obstétrica”* (Entrevista propia a Matrona E3).
- 29:00- *“Antes tenía mucha más importancia lo que dijera un residente de ginecología de primero, que una matrona que llevaba años trabajando, porque él o ella era el médico, y tú, eres la matrona y lo serás toda la vida. Ahora está cambiando porque lo estamos luchando mucho. (...) Sí que había un componente patriarcal y machista, las cosas que les hacíamos a las mujeres siempre a escondidas. (...) Saber que a una mujer no le tocaría un tacto vaginal, pero hacérselo antes de tiempo, porque si no sabías que venía la gine y sería un tacto agresivo, doloroso. (...) Darle zumos, darle de comer, de beber a escondidas (...) o mentir, decir que está a ocho centímetros en vez de seis, porque si no le harán no sé cuantas cosas, aprendíamos a mentir pero para proteger a la mujer. (...) Ya se tiene más credibilidad, ya nos hemos empoderado.”* (Entrevista propia a Maria Llaboré Fàbregas).
- 11:36 - *“A la hora de la verdad, muchas veces a las matronas se las ve relegadas al papel de meras enfermeras obstétricas a la orden del ginecólogo o ginecóloga de turno, (...) a muchas matronas se les está obligando a ejercer violencia obstétrica,*



*porque claro, u obedeces o te despido. (...) Hay muchas personas que tienen que dejar su trabajo, atender partos en otro sitio, irse a Inglaterra, hay muchas matronas que se han ido a Inglaterra. (...) También hay muchos que abren los ojos. (...) Los protocolos del hospital son tan inamovibles, que les obligan a ejercer violencia obstétrica. (...) Los profesionales claro que son víctimas de la violencia obstétrica, porque muchas veces se ven abocados a ejercerla.” (Entrevista propia a Eva Margarita García).*

De esta manera pude comprender cómo la jerarquización de los equipos médicos es una problemática reconocida especialmente por las matronas, al verse forzadas a ejercer violencia obstétrica e incluso a entrar en conflictos con otras/os profesionales a la hora de evitar que se realicen ciertas intervenciones en los partos, aunque se exponga que esta situación está mejorando poco a poco, reivindicando la importancia de no eliminar los protocolos, sino adaptarlos a las circunstancias de cada caso. Evitando que sean las personas (tanto usuarias como personal sanitario) las que tengan que adaptarse para cumplirlos. De esta manera, pude entender un poco más cómo el personal sanitario se enfrenta a su realidad laboral y comprender que en la realidad de la violencia obstétrica hay muchas partes que pertenecen a la misma, basadas en experiencias más complejas de lo que a primera vista pueda parecer la dicotomía víctima- agresor.

## **2.5. Realidades invisibilizadas dentro de la violencia gineco-obstétrica**

Como ya he expuesto anteriormente, la violencia obstétrica se ejerce contra mujeres en el proceso de embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, considero importante atenerse a las realidades y condiciones concretas de estas mujeres, ampliando la mirada hacia las violencias gineco-obstétricas que sufren más allá del parto.

Para ello me gustaría comenzar con la problemática social del racismo, como una de las realidades que atraviesan la atención gineco-obstétrica en España, apoyándome en el trabajo de Eva Margarita García García en su tesis doctoral: *La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales* (García García, 2018) en la que introduce este fenómeno incidiendo en la exclusión de diferentes grupos de personas por causas como su etnia, entre otras:

*“Hay otros tipos de violencia (racismo, xenofobia, homofobia, etc.) que en cierta forma son independientes de la violencia obstétrica pero que interactúan con ésta. Así, puede haber personal sanitario más sensible a estas cuestiones y puede haber otro tipo de personal que sí muestre ciertas actitudes (racistas, xenófobas, homófobas) dependiendo de varios factores (sociabilización, formación, educación, contacto con culturas, etc.) que interactúan con la violencia obstétrica en particular y la violencia hospitalaria en general.” (García García, 2018:352).*

Además, en la entrevista que pude realizar con la autora, ésta me habló de un caso concreto con una de las madres con las que pudo trabajar para el desarrollo de su tesis; una mujer gitana que sufrió discriminación en su estancia hospitalaria tras dar a luz, a la cual aislaron en una habitación más alejada debido a los prejuicios racistas que existen en torno a la comunidad gitana, poniendo de manifiesto cómo la atención a las usuarias en España no estaría adaptada a la interculturalidad de su propia sociedad:

- 26:20 - *“Una de las informantes que tuve, que es una chica gitana, la pusieron a propósito aislada en una habitación que estaba al fondo del pasillo, porque decían que como era gitana le iba a venir a visitar mucha familia, y le fueron a visitar dos personas. ¿Por qué asumen? (...) ¿Cómo va a estar eso tenido en cuenta en España?” (Entrevista propia a Eva Margarita García).*

En base al ejemplo de esta usuaria, y a pesar de la escasez de estudios que existen respecto a la realidad del racismo en la atención al parto en el contexto español, ésta fue una parte que quise abordar en las entrevistas, especialmente con las profesionales sanitarias. Me interesaba especialmente conocer si existen protocolos concretos de mediación cultural y lingüística si la madre que está de parto y su acompañante no hablan español, o si quieren practicar alguna práctica cultural no contemplada a priori en los protocolos médicos. Estas fueron las respuestas obtenidas:

- 9:30 - *“Debemos mirar las consideraciones de las mujeres gitanas ¿no?, que también tienen muchísimos cuestionamientos y (...) sus necesidades corporales, culturales, no se ven recogidas en la visión del sistema sanitario español, y ya no estoy hablando de una mujer ni marroquí, ni latinoamericana.” (Entrevista propia a Dayana Méndez Aristizábal).*

- 1:05:00 - *“Las mujeres marroquíes acuden a la consulta con sus maridos, ya hay una limitación importante, no sólo por el idioma, sino porque la mujer no puede expresarse, está su marido y ahí hay un problema. (...) El parto va a ser distinto, igual por ejemplo con la etnia gitana, los partos con ellas son distintos. Problemas yo no he tenido, yo me he adaptado a ellas. (...) Por ejemplo, con los musulmanes, una situación que me ha pasado varias veces es, una mujer que está desbordada en su parto, y le ofrecemos la epidural, y muchas no saben lo que es la epidural, y otras dice el marido que no que no que no, y no hay epidural, la mujer dice que no porque el marido dice que no.”* (Entrevista propia a Matrona E2).
  
- 28:30 - *“Nosotros en el 12 de Octubre tenemos muchas personas de muchas culturas. Tenemos a gente haciendo el Ramadán y te dicen: que eso no lo puedes hacer, es que eso es una barbaridad, ¿cómo le puedes decir que es una barbaridad? (...) Eso es una falta de formación, (...) en cuanto algo se les sale de la generalidad ya se ponen nerviosos. (...) Cuando hablan otro idioma y no nos podemos comunicar, todo eso lo complica mucho.”* (Entrevista propia a Matrona E3).
  
- 1:11:20 - *“Te podría dar mil ejemplos. Desde mujeres que vienen con su marido y no quieren un ginecólogo médico, también que hubiera un mediador cultural hombre y quisieran una mujer, a personal de salud tratando de forma despreciativa a una mujer inmigrante, (...) o hartándose de risa porque hubiera una mujer más peluda o más pelada. (...) Desde la crisis ya no hay (mediadores culturales).”* (Entrevista propia a Maria Llavoré Fàbregas).

Como pude observar, se pone de manifiesto cómo existe una problemática real por esa falta de medios en mediación cultural y lingüística, ambas dimensiones siendo sumamente importantes, tanto para la información entre el personal sanitario con las madres y acompañantes (siendo esa comunicación y consentimiento informado una de las principales vías para evitar ejercer violencia obstétrica), como para poder adaptar las prácticas médicas a la realidad cultural de las usuarias. De esta manera pude comprobar cómo el sistema sanitario basado en la biomedicina, no se adapta ni al personal sanitario por su escasa formación ofrecida en problemáticas interculturales, ni a las personas usuarias de este sistema que podrían verse beneficiadas de dicha mediación. En la ponencia de la investigadora Elisabeth

Llamas de las jornadas de *Prácticas interseccionales. La atención a la salud afectivo-sexual desde un conocimiento transdisciplinar* (Universitat Rovira i Virgili, 2021) ésta reivindicaba la importancia de la figura de la/del mediadora/or cultural en las consultas de revisión y en el momento del parto, poniendo de manifiesto cómo la migración es concebida como un problema en vez de como un fenómeno social más de nuestra actualidad. De esta manera, no se valoran ni toman en cuenta los conocimientos y cosmovisiones de las mujeres migrantes, viendo estas diferencias como algo que separa a las usuarias y profesionales de la salud, en vez de como una oportunidad de intercambio de prácticas y concepciones. Además, la investigadora denunciaba cómo la falta de mediación idiomática y cultural supone una dificultad para los profesionales a la hora de, por ejemplo, identificar la existencia de violencia machista, por el desconocimiento de los roles de género en diferentes culturas. Así como también denunció, cómo muchas veces tampoco se atiende a la importancia que tiene la fecundidad como valor social en algunas culturas, por el énfasis que en ocasiones se hace en la anticoncepción para estas mujeres migrantes en las revisiones ginecológicas.

Considero de gran importancia tener en cuenta la existencia de estas realidades a la hora de desarrollar cualquier discurso sobre violencia gineco-obstétrica en una sociedad tan intercultural como la española. Además, en este mismo contexto existen innumerables zonas rurales las cuales no gozan de los mismos medios que tendrían ciudades tales como Madrid o Barcelona. En las entrevistas realizadas con una médica (Alejandra Martínez Gandolfi) y una matrona (Matrona E2), ambas trabajadoras en zonas rurales, se expuso cómo muchas veces existe falta de personal de guardia, una única matrona para pueblos enteros, problemas con el transporte de acceso a hospitales, e incluso situaciones bajo las que tienen que atenderse partos en el centro de salud del pueblo cuando el personal sanitario de dicho centro no suele incluir entre sus competencias el acompañamiento de partos. Por lo tanto, las desigualdades en los medios y centros que existen en zonas rurales afectan directamente sobre la atención al parto de diferentes maneras:

- 19:28 - *“Un parto aquí no está previsto, es una urgencia. (...) Mis compañeros no lo pasan bien, se para la urgencia, somos pocos médicos, (...) todo el mundo quiere ser el primero. (...) Todo eso te carga de mucho estrés, porque el niño también se puede morir.”* (Entrevista propia a Alejandra Martínez Gandolfi).

- 29:40 - *“Definitivamente los partos que tenemos en el centro de salud son más tranquilos y la mujer sufre menos, (...) son más humanizados porque no hacemos nada.”* (Entrevista propia a Alejandra Martínez Galdolfi).

En base a estas respuestas, pude comprobar cómo muchas veces, la menor intervención sobre un parto, resulta una garantía de bienestar en el sentido de que no se realizan intervenciones innecesarias sobre el cuerpo de la mujer, ya que se trabaja mucho más desde el acompañamiento. Aunque me dio que pensar en la falta de medios, por ejemplo, para intervenir en caso de emergencia o incluso en las anestесias precisas para tratar el dolor en el parto, si así lo prefiere la mujer. Así como por otro lado, la ansiedad que genera al personal de salud (como por ejemplo sería un médico de familia en consulta) por el hecho de tener que atender un parto, no sólo resultar algo que normalmente no hace, sino por tener que seguir cubriendo las necesidades del resto de pacientes en consulta.

Otra de las realidades que quería incluir en este capítulo más allá del racismo y las desigualdades entre las zonas rurales y la metrópoli, es la de las esterilizaciones forzosas, las cuales, aunque puedan sonar a algo del pasado, se tratan de una problemática muy actual para algunas mujeres, siendo la siguiente noticia la que ha hecho eco de este fenómeno en el contexto español: *“España prohíbe las esterilizaciones forzosas de mujeres con discapacidad”* (de Grado Alonso, 2020):

*“Tras la publicación hoy en el Boletín Oficial del Estado, este viernes 18 de diciembre entra en vigor la modificación del Código Penal para la erradicación de las esterilizaciones forzosas de personas con discapacidad incapacitadas judicialmente, una práctica que sufren especialmente las mujeres y que supone una vulneración de los derechos reproductivos, que en la última década ha afectado a un millar de mujeres en España.”* (de Grado Alonso, 2020).

Antes de esta resolución era legal practicarle una esterilización no consentida a aquellas personas consideradas incapacitadas judicialmente, y la asociación Cermi Mujeres, la cual he presentado en el capítulo introductorio, ha conseguido poder erradicar la legalidad de esta práctica a través de la proposición de ley finalmente aprobada, ya que resulta además, contraria a la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad. Tal y como se expone en la noticia, esta Convención fue ratificada por España en 2008 y reconoce el

derecho de las personas con discapacidad a mantener su fertilidad, el cual resulta incompatible con las esterilizaciones forzosas, en las que muchas veces no existe información previa a la persona ni un consentimiento real por parte de la misma. Los datos que se presentan sobre esterilizaciones forzosas en la noticia son los siguientes:

*“Solo en 2016 se llevaron a cabo 140 esterilizaciones no consentidas, y en el periodo 2005-2013 hubo 865 intervenciones, según denuncia Cermi de acuerdo a los últimos datos oficiales disponibles.”* (de Grado Alonso, 2020).

A pesar de resultar una resolución aprobada por todos los grupos, resulta todavía un tema bastante controvertido, ya que se describe como una práctica realizada mayoritariamente por las familias de manera preventiva y con buena intención para proteger a su familiar con discapacidad. Sin embargo, ésta choca con los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres y personas, tengan o no cualquier tipo de discapacidad, perpetuando una imagen infantilizada y asexuada de las mujeres con discapacidad que las incapacita civilmente. Además, se trata de una cuestión perfectamente aplicable a la violencia gineco-obstétrica ya que, tal y como se ha puesto de manifiesto desde CERMI Mujeres, son las mujeres las que se quedan embarazadas y por ello, a las que mayormente se les realizan estas esterilizaciones de manera preventiva.

Por otro lado, también me gustaría hacer una mención a la mutilación genital femenina, la cual considero que de igual manera debería encuadrarse dentro de las violencias sufridas por mujeres en el ámbito gineco-obstétrico. En primera instancia, puede pensarse que esta práctica no se realiza en el contexto español por razones culturales y religiosas (aunque es realizada en diversas comunidades religiosas, no únicamente en la islámica como comúnmente se conoce), pero debe tenerse en cuenta una vez más, que la sociedad española es muy diversa y actualmente, según el diario Efeminista: *“En España hay 3.600 en riesgo de ser mutiladas”* (Baena Garrido, 2020).

En la noticia, también se exponen algunas de las medidas que se están realizando en la actualidad para poder intervenir en la cuestión de la mutilación genital femenina en el contexto español:

*“Un grupo de mujeres de la Asociación de Mujeres Africanas de Castilla-La Mancha (Amaclam) y Médicos del Mundo (MDM) tratan de desmontarlos con talleres de prevención,*

*educación y formación que dirigen tanto a adolescentes procedentes de países subsaharianos donde se practica la mutilación como a profesionales del sistema sociosanitario y docentes.”* (Baena Garrido, 2020).

Esta realidad, a diferencia de las esterilizaciones forzosas de mujeres con discapacidad, ha sido muy tratada por diversas asociaciones y movimientos sociales, y existen diversos trabajos académicos e incluso desarrollados por parte del Ministerio de Igualdad del Gobierno de España con el fin de luchar por su erradicación. La Mutilación Genital Femenina es definida por la OMS como: *“Los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos.”* (Organización Mundial de la Salud, 2021), además de reconocerla como una vulneración de los derechos humanos de las niñas y las mujeres. Así como también existe un Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina.

En un estudio realizado por la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género titulado: *La mutilación genital femenina en España* (Fundación Wassu-UAB, 2020), se exponen las razones culturales que explican esta práctica:

*“La MGF tiene arraigado un fuerte significado simbólico entre las comunidades que la practican, además de una estructura social que la mantiene. Es altamente valorada en los grupos étnicos que la perpetúan, se considera una actividad dentro del ciclo vital de las mujeres y su realización cuenta con el consentimiento de la comunidad e, incluso, de la mayoría de las familias de las niñas. En algunas sociedades, forma parte de las ceremonias de iniciación, vinculada a dos valores básicos de la cultura: el sentimiento de pertenencia a la comunidad (identidad étnica) y el de complementariedad entre los sexos (identidad de género)”* (Kaplan, 1998; Kaplan et al., 2013; Kaplan & GIPE/PTP, 2017; GIPE/PTP, 2010, como se citó en la Fundación Wassu-UAB, 2020:21).

Este es un tema delicado de tratar por todas las implicaciones y significados sociales que tiene, sin embargo, creo que es interesante añadir a esta concepción de violencia gineco-obstétrica, no sólo por la mutilación en sí, sino por las dificultades obstétricas que se han reportado (Organización Mundial de la Salud, 2020), tales como: una mayor posibilidad de terminar el parto en cesárea, mayor posibilidad de sufrir hemorragias durante y después del parto y, finalmente, mayor riesgo de mortalidad de la madre. Además, a la hora de

intervenir en este tema es muy fácil caer en actitudes paternalistas, ya que, tal y como se trató en una de las aulas del antropólogo Javier Rodríguez Mir (2021, *Asignatura Lecturas de textos etnográficos, Departamento de Antropología Social y Pensamiento Filosófico Español, Facultad de Filosofía y Letras, UAM*), lejos de buscar perpetuar la práctica, resalta cómo es importante el abordaje y cuestionamiento de la misma. Ya que lo que desde una cosmovisión occidental pueda resultar una práctica que debe ser abolida, desde las comunidades que lo practican es un rito de paso para ser mujer que garantiza un lugar en la sociedad así como una puerta abierta hacia el matrimonio. Por tanto, sería mejor plantear medidas más participativas y desarrolladas entre los propios actores sociales que forman parte de dicha tradición, para así poder encontrar alternativas a la mutilación que puedan mantener los significados sociales de ésta, evitando que la acción contra la mutilación genital femenina se trate de una intrusión de carácter colonial contra los grupos sociales desde los que se practica.

Por otro lado, también me gustaría tratar la problemática de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, y para ello me guiaré a través del trabajo *Violencia obstétrica y aborto. Aporte para el debate en Colombia* (Tamayo Muñoz et al, 2015) del cual, a pesar de ser desarrollado para otro contexto geográfico, pueden extraerse diversos análisis de una realidad común. Para ello, describen distintas formas de discriminación contra las mujeres que acuden a realizarse una IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo) tales como: la estigmatización social de las mujeres que se lo practican, tachadas de “irresponsables”, o los ataques moralistas contra las mismas.

Para los ataques moralistas en sí, considero que existen ejemplos muy cercanos, como por ejemplo en la ciudad de Madrid, por los ataques y acoso que reciben las mujeres que van a abortar, tal y como se ha denunciado innumerables veces desde la clínica Dator en Madrid, lo que ha llegado incluso a reflejarse en las redes sociales y medios de comunicación en noticias como: “*A las puertas de una clínica que practica abortos: “¿Viene usted a matar a su hijo?”*” (Franco, 2020). En ésta se expone cómo hasta el 89% de mujeres que acuden a la clínica para interrumpir su gestación, se ven increpadas por estos grupos organizados específicamente para acosarlas. Además, actualmente en España se ha hecho eco de cómo resulta imposible para las mujeres que quieran acceder a un aborto voluntario en La Rioja, hacerlo en su Comunidad, debido a que todo el personal de ginecología de la misma ha firmado la objeción de conciencia, lo que sume a dichas mujeres en una profunda falta de información para poder valorar sus alternativas, y las obliga a alargar más el proceso e incluso a tener que cambiar de comunidad para poder practicarse el aborto de manera segura, problemática que pude



encontrar en noticias como: “*Prohibido abortar en La Rioja*” (Villaverde, 2021). Teniendo todo esto en cuenta, puede advertirse una problemática en el trato y menosprecio de la parte emocional en las mujeres que se someten a esta intervención.

Finalmente, también quería hacer una mención a la muerte perinatal<sup>13</sup> que sufren muchas mujeres junto con sus parejas y familiares, ya que no existe un protocolo médico a nivel estatal para tratar estas pérdidas, sino que, tal y como pude tratar con las sanitarias entrevistadas; estos casos responden a las competencias de los profesionales a nivel individual, encontrándome una vez más con la posibilidad de que pueda existir una falta de competencias para este tipo de momentos tan delicados emocionalmente. Las entrevistadas reclamaron una mayor inversión en el acompañamiento psicológico de aquellas mujeres y parejas que hayan sufrido este tipo de pérdidas, más allá de las asociaciones existentes a nivel nacional (como la asociación Umamanita) y del acompañamiento tan importante que realizan las profesionales con esas madres y padres. De esta manera, considero que aunque en este trabajo me haya centrado en la violencia obstétrica ejercida en el momento del parto, es importante ampliar la mirada a la hora de ver todas las realidades menos problematizadas de la atención gineco-obstétrica, no significando que por ello sean menos comunes en nuestra sociedad.

## **2.6. Secuelas de la violencia obstétrica**

La violencia obstétrica, además de aparecer en el momento del parto, tiene múltiples consecuencias que aparecen en el periodo del posparto. La primera y más comúnmente conocida es la depresión posparto, también llamada depresión perinatal, la cual es definida de la siguiente manera en la página web del National Institute of Mental Health:

*“La depresión perinatal es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres durante el embarazo y después del parto. La palabra “perinatal” se refiere al tiempo antes y después del nacimiento de un bebé. La depresión perinatal incluye aquella que comienza durante el embarazo (llamada depresión prenatal) y la que comienza después del nacimiento del bebé (llamada depresión posparto). Las madres con depresión perinatal experimentan sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y fatiga que pueden dificultar que realicen sus*

---

<sup>13</sup>Muerte perinatal: muerte que se produce entre la semana número veintidós de gestación y los primeros siete días de vida después del nacimiento (Perdomo, 2019).

*tareas diarias, incluidos el autocuidado o el cuidado de los demás.*” (National Institute of Mental Health, 2021).

Lo que me interesa de este trastorno es la relación que existe entre el mismo y la violencia que la mujer haya podido sufrir, ya sea en el momento del parto o en el contexto en el que se vea envuelta en su vida personal. Para ello me gustaría remitir al trabajo: *Depresión posparto: ¿Se encuentra asociada a la violencia basada en género?* (Escobar et al, 2009), en el que se desarrolló un estudio observacional evaluando la situación personal de cada mujer, no sólo respecto a su experiencia en el embarazo y postparto, sino también a su relación con la pareja y la violencia que hubiera sufrido a lo largo de su vida. De esta manera se identificaron también las violencias externas al ámbito hospitalario y pertenecientes al contexto de la madre, llegando a la siguiente conclusión:

*“A modo de conclusión, en el presente estudio podemos afirmar que existe un mayor riesgo de padecer depresión posparto en aquellas mujeres que fueron víctimas de los diferentes tipos de violencia, que hay tasas altas de violencia en la mujer y que existen factores de la madre que se relacionan con la presentación de depresión posparto.”* (Escobar et al, 2009:117).

En este estudio no se habla directamente sobre la violencia obstétrica producida en el parto, pero me parece un buen inicio para considerar la violencia en general (en este caso, violencia de género en todas sus formas) como un factor de riesgo social asociado a la depresión perinatal más allá de la experiencia vivida en el parto, la cual también se vería afectada por las realidad personal de cada madre. Por lo tanto, tener una mirada holística en estos procesos es fundamental.

Para seguir con la problemática de este trastorno, ya en relación con la vivencia de un parto con violencia obstétrica, me gustaría considerar una de las charlas de la psicóloga Natalia Guedella Sebastián en el curso de *Violencia obstétrica: una aproximación teórica y práctica* (UNED, 2021), en su ponencia *Consecuencias para la mujer, el bebé y la familia*, en la que expuso cómo el trauma psíquico es algo subjetivo, es decir, que no existe una norma escrita sobre lo que puede suponer un trauma. Por lo tanto, al igual que a la hora de evaluar las experiencias vividas por las mujeres en sus partos en base a cómo lo habrían percibido, lo mismo ocurre con la experiencia posterior del puerperio o los recuerdos que se conservan del

parto. Además, defiende cómo el trato que reciba la madre, es el principal elemento que marca los partos, y que algunos de los efectos del parto traumático, más allá de una posible depresión posparto serían: problemas en la lactancia, dificultades en el apego entre la madre y el bebé, así como problemas en el desarrollo emocional, físico e intelectual de ambos. Por lo tanto, las consecuencias multifactoriales de un parto traumático deberían tenerse en cuenta para poder intervenir en ellas de manera integral. Además, también incluye el Trastorno de Estrés Postraumático como una de las posibles consecuencias de un parto que se haya vivido como violento o no respetado. Este trastorno podría mostrarse de las siguientes maneras: mediante la reexperimentación del trauma, la evitación de estímulos relacionados, estados de ansiedad o nerviosismo con estímulos relacionados, así como estados de obsesión, extrañeza con el bebé y sensación de duelo. Al presentar testimonios de madres que sufrían estos trastornos, expuso cómo éstas sentían que les habían robado el parto o directamente, que ellas no habían parido. Además, también propuso que, tras un parto traumático en el que una mujer haya sufrido violencia obstétrica, ésta podría llegar a sufrir tocofobia<sup>14</sup> desarrollada de manera secundaria por dicha vivencia. De manera tal que, al volver a quedar embarazada y llegado el momento de vivir su parto, pediría que se les practicase una cesárea para no tener que pasar por el proceso del parto vaginal.

Todo ello en lo relativo a la madre, ya que también explicó cómo el bebé, aunque todavía no haya desarrollado el filtro cognitivo que le permita comprender lo que le ocurre, sí que lo siente y, aquello que nota se le quedaría grabado en el sistema límbico (parte del cerebro en el que se encuentra la memoria emocional). Además de que las hormonas que la madre emita durante el proceso del parto jugarían un papel importante, ya que son transmitidas al bebé a través de la placenta. De esta manera, teniendo en cuenta la importancia de la epigenética<sup>15</sup>, la psicóloga Natalia Guedella señala cómo la salud tanto mental como física de la madre, afecta directamente sobre el desarrollo del bebé.

Por otro lado, otra de las consecuencias de los partos con exceso de intervencionismo (que muchas mujeres pueden haber vivido como violencia obstétrica) es la discapacidad que pueda sufrir una mujer tras el parto, por ese intervencionismo o por mala praxis. Este es un tema que no me había planteado a la hora de pensar en las problemáticas que quería abordar en el

---

<sup>14</sup>Tocofobia: Miedo a quedarse embarazada y al parto (Oviedo Moreno & Salvador, 2019).

<sup>15</sup>Epigenética: Es el estudio de los mecanismos que regulan la expresión de los genes sin una modificación en la secuencia del ADN. Establece la relación entre las influencias genéticas y ambientales que determinan un fenotipo (National Human Genome Research Institute, 2021).

trabajo, pero que he decidido incluir por la incidencia que tuvo en algunas de las entrevistas que he podido realizar. Así, en la entrevista a Francisca Fernández Guillén pude conocer cómo esta profesional trata las consecuencias de la violencia obstétrica a través de su trabajo como abogada, así como también las diferentes cuestiones que le han llevado a cuestionar la asistencia al parto hospitalario. Siendo uno de los caso más comunes los problemas de incontinencia que puedan llevar a estas mujeres a la baja e incapacidad laboral, sin que muchas veces se tomen responsabilidades desde los centros, ni se otorguen los medios necesarios para una rehabilitación de calidad:

- 9:45 - *“A las mujeres que quedan con daños que fueron del parto, por mala praxis, van a estar de baja prolongada por daños físicos o psicológicos por mucho tiempo. (...) Por ejemplo, los casos que yo llevo, que tienen incontinencia fecal, urinaria o de gases, estas mujeres van a tener muchas veces una incapacidad laboral total, total.”* (Entrevista propia a Francisca Fernández Guillén).
- 37:40 - *“Me preocupa muchísimo la discapacidad que se genera a las mujeres en el parto que las deja con incontinencia, no hay investigaciones”.* (Entrevista propia a Francisca Fernández Guillén).

También matronas y madres me hablaron sobre su experiencia con este tipo de disfunciones provocadas por intervenciones como la episiotomía, la cual puede provocar efectos secundarios físicos, pero también psicológicos:

- 57:00 - *“Yo he tratado disfunciones sexuales de: me han hecho una episiotomía y me duelen mucho los puntos, o me hicieron muchos tactos vaginales con muchas personas allí, y luego a nivel de deseo sexual de volver a iniciar relaciones sexuales, de, me está pasando algo que no sé de dónde me viene, eso sí que lo he visto mucho. Y muchos problemas de lactancia, que luego derivan en deserotizar toda la zona del pecho.”* (Entrevista propia a Matrona E3).
- 34:31- *“Me sentí más atacada en el momento de no darme información, que del destrozo que me hicieron sin darme explicaciones. (...) Yo la musculatura la tengo completamente separada.”* (Entrevista propia a Usuaría E8).

La discapacidad o incapacidad laboral que describía Francisca en nuestra entrevista son patologías que aparecen en el suelo pélvico, muchas veces fruto de episiotomías realizadas en el momento del parto o por partos instrumentalizados (como la utilización de fórceps o ventosas) los cuales tienen efectos muchas veces irreversibles, tales como dolores e incontinencia urinaria o fecal. Además, como pude corroborar a través de la entrevista a Matrona E3, una vez más, las secuelas físicas no se reducen únicamente a ello, sino que también afectan a la relación propia y con las/los demás. Así como también pude conocer las experiencias compartidas de mujeres a las que a la hora de administrarles la anestesia epidural, se les administró demasiada provocando, no sólo consecuencias en el parto por causa de la gran pérdida de sensibilidad, sino posteriormente llegando a tener una de las piernas dormida durante meses. Esto dificultaría profundamente el día a día de la madre, sumándole la crianza tras el nacimiento de su bebé, sin recibir una vez más, ningún tipo de responsabilidad desde los centros (a no ser que se presenten denuncias, en base a las que podría abrirse un proceso legal).

Otro de los efectos de este intervencionismo que también apareció en las entrevistas, son las infecciones por efecto del exceso de tactos vaginales o episiotomías que también provocan diversos efectos secundarios, como muestra la experiencia de una de las madres entrevistadas, la cual me transmitía su malestar por cómo su caso no fue tratado con la discreción que requería:

- 36:46 - *“A los nueve días se me infectó la episiotomía, eso fue horrible para mí, no podía ni mear ni cagar, tenía que ir a la matrona a que me sondasen y a que me sacasen la caca con la mano, y ahí se lo enseñaba a todo el mundo, me decía: ¿te importa que se lo enseñe a este estudiante? Pues sí me importa.”* (Entrevista propia a Usuaría E9).

Finalmente, más allá de los efectos derivados de partos más intervenidos o vividos de manera traumática, existe el abandono que sufren las madres tras el parto, el cual también fue un tema que no había considerado a la hora de plantear este trabajo, y que decidí incluir por la gran presencia que tuvo en las entrevistas. Este se trata de un “abandono” que es reportado por las mujeres a nivel médico, tras estar acostumbradas a un aluvión de pruebas para controlar el buen desarrollo del embarazo. Esta situación ha aparecido especialmente por la experiencia que han vivido las mujeres que han dado a luz en tiempos de la pandemia

COVID-19, ya que vieron cómo sus clases de preparación al parto se cancelaron, cómo tuvieron partos bajo los protocolos de COVID-19 (aislamiento, soledad porque muchas veces no se les permitía estar con sus acompañantes, uso de mascarilla, pruebas PCR, e incluso separación del bebé de la madre) en los hospitales, y finalmente, cómo no recibieron ningún tipo de seguimiento o acompañamiento como podrían serlo los grupos de lactancia, que muchas veces resultan un gran apoyo para las madres a la hora de crear redes sociales a través de las que compartir consejos y vivencias. Algunas de las respuestas obtenidas respecto a esta situación de desamparo que muchas madres sintieron fueron las siguientes, además de tratarse de un hecho reconocido por algunas profesionales sanitarias:

- 24:25 - *“Para la lactancia necesitas mucha ayuda, mucho apoyo, estás destrozada, yo no he estado más medicada en mi vida.”* (Entrevista propia a Usuaria E8).
  
- 50:00 - *“Tenía dos amigas que habían dado a luz unos meses antes, y tenían montado un grupete de crianza. (...) Empecé a ir, se venía Juan también un día a la semana. (...) Yo ahí sí que sentía María un poco, que durante el embarazo había estado muy bien acompañada, (...) eres como el objeto cuidado, te hacen un montón de análisis, (...) iba al grupo de yoga de embarazo, iba a la fisio, a terapia, la matrona, (...) y cuando nació Violeta, todo eso se te corta. (...) De repente es como que todo el cuidado que has tenido las 38 semanas de embarazo como que hace, cataclás, y dices, ostras. (...) A mí no me han hecho una revisión desde que nació Ana.”* (Entrevista propia a Usuaria E7).
  
- 1:17:40 - *“En el hospital no me han hecho ninguna revisión, fue como adiós no vuelvas. (...) Ni un pediatra, ni un médico, ni la ginecóloga. (...) me dieron el alta sin verme. (...) No había personal, eso está claro. Fueron unas circunstancias especiales, eso espero, que sean especiales y esto no pase más, que no se repita.”* (Entrevista propia Usuaria E4).
  
- 59:00- *“Sí, nos olvidamos de ellas. Pasa lo mismo en las familias, todo es la embarazada, la embarazada, la embarazada, y luego todo es el bebé, es un momento complicadísimo y creo que tampoco sabemos preparar a las parejas.(...) Culpabilizamos mucho a las mujeres. (...) Luego si deciden dar fórmula, ya no nos*

*parece tan bien, aquí respetamos lo que queremos. (...) En general las madres están abandonadas.*” (Entrevista propia a Matrona E3).

En definitiva, he querido ilustrar cómo “el después” de los partos en general y de los partos en los que se haya producido violencia obstétrica en particular; sigue resultando muchas veces una incógnita, en el sentido de que las mujeres (especialmente las madres primerizas) pueden llegar a sentirse vulnerables en un momento de grandes cambios para ellas y sus entornos de manera muy abrupta, tras todo el seguimiento y control médico previo. Así como también reivindico que una inversión en partos más respetados, es una inversión en puerperios más felices, así como en la salud mental de las madres, familiares más cercanos y del personal de salud que acompaña dichos procesos. Consiguiendo evitar de esta manera el tratamiento de futuras patologías (que supone ciertos costes para el sistema sanitario) y favoreciendo también el apego entre madre y bebé, que resulta profundamente beneficioso para procesos tales como la lactancia o para el futuro desarrollo del neonato.

## **2.7 Soluciones**

Uno de los debates en torno a las soluciones más reivindicadas desde los movimientos por el reconocimiento de la violencia obstétrica, es el del punitivismo, es decir; si la elaboración de leyes que castiguen la violencia obstétrica es una solución práctica o no.

Como he expuesto en el estado de la cuestión, existe una legislación que contempla la violencia obstétrica en algunos Estados latinoamericanos, pero no es el caso de España (a excepción del caso catalán con la nueva Ley 17/2020). Sin embargo, esto no significa que no puedan tratarse situaciones de este tipo de violencia o de negligencias médicas en partos con la legislación actual que protege los derechos de la paciente. A pesar de ello, parece que siguen existiendo resistencias en torno al reconocimiento de la existencia de este tipo de violencia mientras no haya sido reconocida en el ámbito jurídico español.

Para tratar esta problemática me gustaría remitir a otra de las charlas impartidas en el curso de *Violencia obstétrica: una aproximación teórica y práctica* (UNED, 2021) concretamente a la ponencia de Ana María García Fernández (abogada en Femlegal). Esta abogada expuso cómo la violencia obstétrica debería ser considerada como violencia de género, ya que es una violencia ejercida contra las mujeres y es de esta manera como debe ser analizada teniendo en cuenta los condicionantes sociales, así como denunciando cómo en el contexto hospitalario se prima en costos y en tiempo, y no en la satisfacción de las usuarias. De tal manera, la violencia obstétrica también atentaría contra el derecho a la salud y a una atención digna.

Respecto a las leyes actuales a las que se puede acceder para defender este deseo en el parto, García Fernández expuso la existencia de la *Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*, en la que se defiende la voluntad libre de las parturientas para tomar decisiones en base al consentimiento informado. Sin embargo, la existencia de esta ley no garantiza que se preserven dichos derechos en la práctica ni que las mujeres estén al tanto de que exista una ley que les ampare en dichas situaciones. También expuso las diferentes vías para incurrir casos en los que por ejemplo, esta ley no haya sido respetada, cuyo procedimiento es diferente si se trata de un caso en la sanidad pública o privada. Aunque por desgracia, también puntualizó cómo, tras pasar por las vías extrajudiciales, sólo llegan a los tribunales las lesiones más graves. De esta manera, podría considerarse que una legislación que trate problemáticas más concretas contempladas dentro de lo que se establezca que es la violencia obstétrica (más allá de lesiones físicas graves), podría suplir estos vacíos.

En las entrevistas también quise conocer distintas opiniones sobre el punitivismo judicial como posible solución, o como una de las posibles soluciones a este problema asistencial. Estas fueron algunas de las respuestas obtenidas, las cuales contemplaban cómo la legislación en torno al tema podría suponer un gran avance en el reconocimiento de la problemática (incluso reconociéndose como violencia machista), aunque esto no garantizaría que sea una solución práctica con la que pueda erradicarse de raíz:

- 26:30 - *“Yo no soy partidaria de hacer más leyes. El problema de América Latina es que tienen unas leyes estupendas que luego no se aplican. Y en España ya tenemos muchas leyes. (...) Me interesa que se apliquen las que hay. Yo con las que hay ya puedo trabajar. Yo he llevado a las Naciones Unidas un caso, y no me han hecho falta más leyes; ni nacionales ni internacionales. Lo que hace falta es que las leyes que se aplican a los pacientes se nos apliquen a nosotras (...). Dicho esto, hay que reconocer (...) que una ley hable de violencia obstétrica es poderoso, tiene un efecto”.* (Entrevista propia a Francisca Fernández Guillén).
  
- 34:18 - *“Yo creo que el reconocimiento jurídico es muy necesario, es una herramienta sumamente valiosa. (...) Todo el activismo, todo el ruido que hacemos las mujeres, va en torno también a que exista un reconocimiento jurídico. (...) No basta con que exista un reconocimiento jurídico. (...) Es muy importante (...) pero no es suficiente.*



*Tiene que haber un proceso de socialización, de sensibilización, de políticas públicas.” (Entrevista propia a Dayana Méndez Aristizabal).*

- 26:48 - *“Yo creo que sí, que debería estar regulado en todo el mundo, porque es un tipo de violencia más. (...) De hecho el informe de Naciones Unidas lo recomendaba, que los Estados deberían poder garantizar, perseguir y enjuiciar a los responsables de la violencia obstétrica. (...) Tendría que haber una ley que lo regulara. (...) Quizás así dejaríamos de ejercerla, a veces no aprendemos hasta que no hay un castigo. (...) No puedes salir impune de la violencia que ejercemos contra las mujeres, no es justo. (...) Yo no sé cómo va a acabar un parto ni si va a morir una madre o un bebé, lo que yo sé es que puedo acompañar con profesionalidad, actualizado, con evidencia científica. (...) Si tú puedes demostrar que has actuado en base a esto, pues nadie podría salir perjudicado.” (Entrevista propia a Laia Casadevall Castañé).*
  
- 18:45 - *“La legislación que hay de violencia obstétrica en México, Argentina, Venezuela, está legislada dentro de la violencia de género. (...) La legislación de violencia de género que hay en España solo se contempla dentro de las relaciones sexoafectivas. (...) ¿Pero qué pasa con la violencia machista fuera de eso? (...) Que se amplíe la consideración de violencia de género a más ámbitos. (...) La legislación debería de funcionar para cuando todo lo demás falle. No debería ser el fin en sí mismo.” (Entrevista propia a Eva Margarita García).*

El plantear la legislación como una de las posibles soluciones me llevó en algunas de las respuestas obtenidas, a dar un paso anterior hacia una de las medidas más necesarias: la formación. Esta idea como posible solución se mantuvo de manera unánime en todas las entrevistas realizadas cuando planteaba cuáles podrían ser las medidas a tomar de manera más urgente. Además, al tener en cuenta que la violencia obstétrica se trata de una de las formas en las que se presenta la violencia de género contra los cuerpos e integridad de las mujeres, la educación en igualdad también sería aplicable a la formación de los futuros profesionales que vayan a acompañar y asistir partos. Estas fueron algunas de las respuestas que se dieron en las entrevistas, las cuales ponen el foco en una transformación hacia una sociedad más equitativa, así como también en una formación completa, actualizada y de calidad:

- 58:10 - *“Yo creo que lo más relevante es el cambio cultural, y esto como siempre, se reduce a la educación. (...) Todos, personal sanitario y sociedad. (...) No es un cambio rápido. (...) Creo que es un problema que requiere que miremos a largo plazo y que empecemos a trabajar ya. (...) La educación afectivo-sexual tiene que incluir estas cosas.”* (Entrevista propia a Mireya Toribio Medina).
- 52:40 - *“Para mí lo primero sería una base de educación, no sólo en la que nos enseñen respeto desde pequeños, sino para que tengamos juicio crítico. Una vez que ya tengamos eso, tener información veraz, y poder compararla y elegir apoyándome en mi profesional de confianza. Un profesional al que se le obligue a estar formado y a realizar buenas prácticas.”* (Entrevista propia a Matrona E3).

Esta formación continua, como ya expuse anteriormente en capítulo dedicado al punto de vista de los profesionales sanitarios; sería una de las principales soluciones previas a cualquier regularización jurídica. Una formación más holística que tenga en cuenta los aspectos emocionales que son parte del proceso del parto y embarazo, así como que permita al personal sanitario acceder a herramientas de gestión emocional tanto para practicarlas con las madres, como con ellos mismos. Sin embargo, esta formación, tal y como también he expuesto anteriormente en base a las entrevistas, la mayoría de veces corre a cuenta de los propios profesionales. Por lo que sería interesante que desde las instituciones se garantice este reciclaje de conocimiento basado en la evidencia científica, no sólo en la información transmitida en la formación de estos profesionales, sino también en los cursos a la hora de trabajar en las clínicas y hospitales. Además, también se propuso que dichos cursos fueran considerados como horas laborales, ya que el problema muchas veces, sería que al implantarse estas formaciones fuera del horario laboral, éstas no serían accesibles a la hora de poder conciliarlas con la vida familiar y personal.

Este proceso formativo, me lleva inevitablemente a pensar en un término muy utilizado desde el movimiento feminista: la deconstrucción. Este implica el cuestionamiento de ideas y concepciones que anteriormente se han dado por sentadas, para, en este caso; poder construir una formación y asistencia al parto mucho más beneficiosa para todas las partes que la conforman. Resultaría interesante que, al igual que ocurre con las campañas que son emitidas por parte del Estado hacia la población (campañas antitabaco, contra el racismo, por la igualdad de género, etc), se creasen equipos interdisciplinarios con matronas/es,

ginecólogas/os, psicólogas/os, antropólogas/os, sexólogas/os, enfermeras/os y auxiliares (entre otros muchos perfiles que podrían aportar propuestas) para la elaboración de políticas públicas y de nuevos protocolos que busquen impulsar una mejora en el modelo asistencial al parto. Esto debería venir de la mano de una mejora de las condiciones laborales del personal sanitario, así como de un mejor aprovechamiento de los recursos, ya que, al instaurar una atención al parto de menor intervención y menos medicalizada, esto implicaría una reducción del uso de recursos médicos. De esta manera, lo que es beneficioso para el personal sanitario, lo sería para las usuarias, y viceversa. Con todo esto no considero que con estas medidas se eliminen los casos de negligencias médicas o que las faltas de respeto que sufren muchas mujeres a la hora de vivir su parto vayan a erradicarse, ya que, al tratarse de una problemática estructural, para ello sería necesario un cambio de paradigma hacia una sociedad igualitaria y no capitalista. Sin embargo, considero que trabajar por la transformación de la mentalidad de las personas que toman parte en estos procesos, puede resultar sumamente positivo. Además, dentro de esta propuesta, considero que introducir la mirada de otros sistemas de salud en las diferentes prácticas y creencias que pueda haber alrededor del proceso del parto, también resultaría un acierto para hacer del sistema médico actual, uno más abierto y del que puedan formar parte otros sistemas con sus diferentes terapias. Este proceso muchas veces se genera mediante la reapropiación y resignificación de conceptos y prácticas, generando así un sistema médico más pluralista basado en un sincretismo cultural bajo el que pueda articularse la atención al embarazo, parto y puerperio (Rodríguez Mir, Javier. 2021, Asignatura Lecturas de textos etnográficos, Departamento de Antropología Social y Pensamiento Filosófico Español, Facultad de Filosofía y Letras, UAM).

Respecto a esta transformación social hacia una sociedad más igualitaria, la investigadora Serena Brigidi en su ponencia *La importancia de la visión interseccional en la investigación, en la didáctica y la práctica* perteneciente a las jornadas de *Prácticas interseccionales. La atención a la salud afectivo-sexual desde un conocimiento transdisciplinar* (Universitat Rovira i Virgili, 2021), expuso cómo desde la agenda política del movimiento feminista se están abriendo los discursos y reconociendo la importancia de realidades relacionadas con la maternidad, la crianza y el parto respetado. De esta manera, Brigidi pone de manifiesto la importancia de construir una sociedad que valore los procesos fisiológicos de las mujeres tales como la menstruación y el parto, mediante proyectos de coeducación que promuevan el pensamiento crítico y el cuestionamiento de nuestra realidad en base a los diferentes ejes

experienciales que, en este caso, no solo las madres, sino también las personas que sufren esta violencia de segundo orden (acompañantes y familiares que apoyan a estas mujeres) experimentan. Mientras, considero que buscar y trabajar constantemente por esta meta, no es incompatible con tratar de mejorar el contexto y las condiciones actuales de las personas que se ven insertas dentro de dicho sistema.

### **3. Conclusiones**

La violencia obstétrica puede resultar un tema sensible de tratar por todas las implicaciones emocionales que supone para las madres que dan a luz y para sus acompañantes, así como también afecta, aunque de diferente manera, sobre el personal que los asiste y acompaña. Sin embargo, considero que es importante estar en constante revisión de lo fácil que es caer en aquello que se critica desde los propios movimientos contra la violencia obstétrica: en la infantilización de las mujeres.

Con esto no quiero negar que las mujeres que hayan sufrido violencia obstétrica sean víctimas de la misma, sino que resulta importante tener en cuenta diversos aspectos. Como por ejemplo, que cada mujer tiene su propia vivencia, y que aunque yo personalmente pueda considerar que un caso pueda ser violencia obstétrica, si la persona no lo ha vivido como tal, mi papel como antropóloga no es “abrirle los ojos” a nadie, ni imponer mi percepción de los hechos. Aunque bien es cierto que, a la hora de realizar las entrevistas, muchas veces a través de las preguntas planteadas y del diálogo con las madres, algunas vieron en ella un espacio en el que reflexionar sobre sus propios partos y discursos elaborados en base a dicha experiencia, haciendo una revisión más reflexiva del mismo que algunas compartieron conmigo posteriormente. De esta manera, encasillar a estas madres al sujeto de víctimas me parece erróneo, ya que limitarles a este papel puede convertirles en sujetos pasivos sin capacidad de autonomía, mientras que a la hora de conversar con ellas, pude comprobar cómo son ellas mismas las que comparten posibles mejoras y soluciones a la atención que les fue dada de diferentes maneras: priorizando su criterio sobre el del personal sanitario, cuestionando las intervenciones que les fueron realizadas, formándose e incluso buscando que sus partos posteriores fueran más acordes a sus expectativas. De esta manera, considero que es importante que, al igual que desde el movimiento contra la violencia obstétrica (y como he querido reivindicar con este trabajo); se exige que los derechos de las parturientas

sean respetados y que el personal sanitario se responsabilice de cumplirlos, también concibo que en esta mejora del modelo asistencial debería existir una corresponsabilidad en base a la que las mujeres (teniendo siempre en cuenta que el contexto de cada mujer afecta directamente sobre estos procesos y que existen personas en condiciones precarias que quizás no tengan los medio o acceso a la información que precise) sean conscientes del papel que tenemos las usuarias respecto a nuestros cuerpos. Es decir, entendiendo el contexto social y cultural sobre el que he desarrollado en este trabajo, como una realidad a transformar; no como circunstancias estáticas de las que no podamos escapar.

En este proceso, considero que las/los antropólogas/os debemos reivindicar nuestro papel a la hora de acceder a todos estos discursos, no sólo por la importancia que le dotamos a realizar nuestro trabajo con ética, relacionando la teoría con la práctica y buscando siempre dejar una huella positiva en las personas con las que trabajamos; sino también por la complejidad que buscamos obtener a través de nuestras preguntas antropológicas. Por ello considero que las/los antropólogas/os tendríamos mucho que decir en la implantación de modelos asistenciales más respetuosos y en la elaboración de protocolos médicos e incluso de políticas públicas que se adapten a las necesidades de una sociedad diversa, en la que las experiencias y creencias en torno al parto no son homogéneas.

Finalmente, me gustaría poner de manifiesto por qué sopeso que es relevante que nos interese por un proceso como lo es el parto (con todo lo que le rodea). Y es que considero que impulsando un modelo de parto respetuoso con todas las personas implicadas, también se está haciendo una apuesta por el fomento de vínculos saludables en la crianza y por el empoderamiento de la mujer en otros aspectos de su vida, tales como su dimensión sexual y reproductiva, lo que revertiría de manera positiva en los grupos sociales en los que éstas se desarrollan, invirtiendo en este proceso teniendo en cuenta que tendrá efectos positivos mucho más allá del momento del parto. De esta manera, una apuesta por una atención al parto más respetuosa, es también una apuesta por una sociedad más feminista, que defienda el derecho a buscar un embarazo, a gestar, a parir y a maternar en libertad; con amor, responsabilidad y respeto. En definitiva, una sociedad de la que inevitablemente, todas las personas nos veamos beneficiadas.

## **4. Anexos:**

### **4.1. Vasija de mujer con vientre abultado**



Vasija de mujer con vientre abultado. 300 a.C. - 600 d.C. Valle de Coahuayana (en la colindancia de Michoacán y Colima) o valles centrales de Jalisco. México. Web Museo Amparo.

### **4.2. Tabla de caracterización de las personas entrevistadas**

<b>Nombre/Código</b>	<b>Perfil</b>
Matrona E1	Enfermera, especialista en Salud Mental en el ámbito infantil y matrona. Realiza partos personalizados, consultas presenciales y a domicilio. Autora de un libro sobre posturas en el parto. Madre. 39 años. Madrid.
Francisca Fernández Guillén	Abogada especializada en negligencias médicas, responsabilidad civil y seguros. Responsable de la primera resolución favorable de Naciones Unidas condenando a indemnizar a la víctima por violencia obstétrica. Madre. Una de las fundadoras de la asociación El parto es nuestro.

Pía Rodríguez Garrido	Investigadora doctoral en la línea de investigación del cuidar: género, familia y sociedad. Universitat de Barcelona. Ha ejercido como matrona en Chile y tiene formación como doula. 33 años.
Dayana Méndez Aristizábal	Investigadora doctoral en Derechos Humanos: derecho a la salud, derechos sexuales y reproductivos, violencia obstétrica. Universidad Carlos III de Madrid. Graduada en Derecho (especialista en Derecho Laboral y Seguridad Social), ejerció en Colombia como abogada. Columnista de opinión. Integrante del Grupo de Estudios de Género del Instituto Bartolomé de las Casas de la UC3M. 34 años. Madrid.
Maria Mallol	Graduada en psicología. Desarrolló su TFM en torno a la problemática de la violencia obstétrica. Máster en Psicología Clínica Infantojuvenil y máster de Sexología Clínica y de Terapias de parejas del ISEP en Barcelona. 26 años.
Matrona E2	Matrona en un pueblo de Ávila. Ha trabajado en hospitales públicos en Madrid y también lleva grupos de preparación al parto. 30 años.
Laia Casadevall Castañé	Matrona (se especializó en la <i>City University of London</i> ), asesora de lactancia, escritora, docente, divulgadora científica y activista. Fundadora y coordinadora del proyecto Vull ser Informada (Quiero ser Informada) desde <i>Dona Llum, Associació Catalana per un Part Respectat</i> (de la que forma parte). Autora del libro <i>Guía para un embarazo consciente</i> . Pertenece a la junta directiva de la <i>Associació de Llevadores del Part a Casa de Catalunya (ALPACC)</i> . Madre. 33 años.

Matrona E3	Matrona e investigadora. Formada en el uso de la información y el Big Data en colaboración con universidades nacionales e internacionales. Realiza partos personalizados, consultas presenciales y a domicilio. Preparadora física tanto en embarazo como en posparto. Madrid. 26 años.
Maria Llaboré Fàbregas	Matrona y antropóloga en Barcelona. Ha trabajado en asistencia e investigación en el Hospital Mútua de Terrassa, en sala de parto en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, no sólo en asistencia al parto, sino también en consulta del suelo pélvico. Experta en duelo perinatal y tutora de matronas residentes. Actualmente ejerce como formadora y asesora en DonaSalut. Madre. 49 años.
Usuaría E4	Farmacéutica. Tuvo a su hija el día que más muertos registrados hubo de covid en España (2 de abril). Tenía un parto personalizado, se lo cancelaron por la situación. Cerraron la maternidad de su hospital de referencia, y la derivaron a otro. 37 años. Madrid.
Eva Margarita García	Licenciada en filosofía. Máster en Investigación aplicada en estudios feministas, de género y ciudadanía. Doctora en antropología, publicando la primera tesis sobre violencia obstétrica de Europa. Investigadora en problemáticas de salud femenina. Agente de igualdad de oportunidades y profesora colaboradora en la UOC y en la escuela de Feminismos Alternativos Periféricas. Editora de libros de divulgación en anaya. Autora del libro <i>Partos Arrebatados. La violencia obstétrica y el mercado de la sumisión femenina</i> . Madre. 43 años.



Alejandra Martínez Gandolfi	Médica de familia en la sanidad pública de Castilla y León y doctorando en la Universidad Autónoma de Madrid en el departamento de Antropología Social y Pensamiento Filosófico Español. 52 años.
Usuaría E5	Fotógrafa de producto y escritora. Madre. Integrante de una asociación contra la violencia obstétrica, actualmente formándose como doula. Tuvo dos partos, en 2006 y en 2012. 44 años.
Doula 1	Comunicadora audiovisual, experta en protocolo y organización de eventos, doula, asesora en lactancia, directora de eventos y comunicación, y directora de un centro materno-infantil. Madre. Ha tenido dos partos en 2011 y en 2013. 40 años. Madrid.
Mireya Toribio Medina	Actualmente ejerce como investigadora doctoral en la Universidad de Birmingham, licenciada en Derecho y especializada en Justicia Criminal, ha trabajado como organizadora de eventos en la Embajada de España en Londres. Asistente de investigación en la Universidad de Oxford en torno a las problemáticas de la violencia obstétrica y el terrorismo y las redes sociales. También ha ejercido como abogada en Ollé & Sesé abogados. 30 años.
Usuaría E6	Psicóloga en el área social, trabajadora en un centro de día con personas con enfermedades mentales crónicas. Dio a luz en septiembre del 2020. Madre. 37 años. Madrid.
Usuaría E7	Psicóloga en una fundación de ayuda a menores y familias de riesgo de exclusión social. Madre. Tuvo un parto en 2019. 37 años. Madrid.

Usuaría E8	Psicóloga que ejerce en el área de Recursos Humanos. Madre. 1 parto en agosto del 2020. 30 años. Madrid.
Usuaría E9	Educadora social. Madre. Tuvo su parto en 2017. 39 años. Madrid.
Usuaría E10	Estudiante de Estudios Internacionales. 22 años. En una revisión ginecológica se le informó de un embarazo que, tras pruebas posteriores, resultó no serlo. Madrid.

## **5. Bibliografía y otros recursos**

### **5.1 Bibliografía**

(1) Al Adib Mendiri, Miriam, Ibáñez Bernáldez, María, Casado Blanco, Mariano, & Santos Redondo, Pedro. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), pp.104-111. [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152017000100104&lng=en&tlng=es).

(2) Alonso, L. E. 1998: *La mirada cualitativa en sociología*. (1ª. ed. 2ª. imp. ed.). Ed. Fundamentos.

(3) Arguedas Ramírez, Gabriela. 2014. “La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense”. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe* Vol. 11, n° 1, pp. 155-180 -ISSN: 1659-4940

(4) Asociación Española de Psicología Perinatal. Web. 17 oct. 2020. <http://www.asociacionpsicologiaperinatal.es/>

(5) Baena Garrido, Macarena. “En España hay más de 3.600 niñas en riesgo de ser mutiladas”. *Efeminista*. 5 feb. 2020 Web. 7 en. 2021. <https://www.efeminista.com/18-000-ninas-mutilacion-mgf-mitos-ablacion/>

(6) Bellón Sánchez Silvia. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*. 2015(18):93-111.

(7) Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. (2015) “El maltrato de las mujeres durante el parto en los establecimientos de salud a nivel mundial: una revisión sistemática de métodos mixtos”. *PLoS Med* 12 (6): e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>

(8) Cavalcanti, Aline de Andrade Ramos. ¿Parir o revolucionar?: Un análisis del discurso feminista radical sobre el parto natural / Give Birth or Revolution?: An Analysis of Radical Feminism Discourse about the Natural Childbirth. *Asparkía. Investigación feminista*, 2019, no 34, p. 31-48.

(9) Cardús i Font, Laura (2015). «Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: Una aproximación desde la antropología» en *Dilemata*, 7 (18), pp. 129-145.

(10) Castrillo, B. (2016). Análisis de la atención médica de embarazos y partos: aportes conceptuales. Paper presented at the II Jornadas de Género y Diversidad Sexual (GEDIS), La Plata. [http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/analisis\\_de\\_la\\_atencion\\_medica\\_de\\_embarazos\\_y\\_partos\\_\\_aportes\\_conceptuales.pdf](http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/analisis_de_la_atencion_medica_de_embarazos_y_partos__aportes_conceptuales.pdf)

(11) CEDAW. Dictamen del Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo respecto de la comunicación núm. 138/2018\*,\*\*. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas. 28 feb. 2020. Web. 26 oct. 2020.

(12) Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer. *Naciones Unidas*. Web. 3 dic. 2020.

<https://www.ohchr.org/SP/HRBodies/CEDAW/Pages/Introduction.aspx>

(13) Comités Institucional y Técnico de la Estrategia de Atención al Parto Normal y de Salud Reproductiva. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Plan de Parto y Nacimiento. *Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad*. Web. 28 may. 2021. <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>

(14) Consejo Rector y Asesor del Comité Científico de la SEGO. *Violencia obstétrica: Un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado, científicamente inaceptable*. 2018. Web. 12. nov. 2020. <https://us18.campaign-archive.com/?e=e52bacb293&u=fbf1db3cf76a76d43c634a0e7&id=5a73a608b8>

- (15) Coronado, Nuria. “El patriarcado es el padre enrollado que se va de putas con mujeres que pueden ser su hija”. *La hora digital*. 7 abr. 2021. Web. 24 abr. 2021. <https://www.lahoradigital.com/noticia/31355/igualdad/el-patriarcado-es-el-padre-enrollado-que-se-va-de-putas-con-mujeres-que-pueden-ser-su-hija.aspx>
- (16) de Grado Alonso, Laura. “España prohíbe las esterilizaciones forzosas de mujeres con discapacidad”. *Efeminista*. 17 dic. 2020. Web. 1 mar. 2021. <https://www.efeminista.com/esterilizaciones-forzosas-mujeres-discapacidad-violencia>
- (17) Depresión perinatal. *National Institute of Mental Health*. Web. 15 abr. 2021. [https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-perinatal/#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%20tristeza%20posparto%20\(baby,despu%C3%A9s%20de%20dar%20a%20luz.](https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-perinatal/#:~:text=El%20t%C3%A9rmino%20tristeza%20posparto%20(baby,despu%C3%A9s%20de%20dar%20a%20luz.)
- (18) DONA LLUM - Associació Catalana per un Part Respectat. Web. Feb 2020. <https://www.donallum.org/>
- (19) “El parto en casa planificado”. *El parto es nuestro*. Web. 21 abr. 2021. <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/el-parto-en-casa-planificado>
- (20) E Innovación, (2010) Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco, consultado el 11 de abril del 2015 en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_472\\_Part0\\_Normal\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf)
- (21) Epigenética. *National Human Genome Research. Institute*. Web. 17 abr. 2021. [https://www.google.com/search?q=epigenetica&rlz=1C1CHBF\\_esES925ES925&oq=epigenetica&aqs=chrome..69i57j0j46j0l7.2467j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=epigenetica&rlz=1C1CHBF_esES925ES925&oq=epigenetica&aqs=chrome..69i57j0j46j0l7.2467j0j9&sourceid=chrome&ie=UTF-8)
- (22) Escobar J, Pacora P, Custodio N, Villar W. Depresión posparto: ¿Se encuentra asociada a la violencia basada en género? *An Fac Med*. 2009;70(2):115-118.

- (23) Fernández Guillén, Francisca. “¿Por qué una matrona?” *El Parto es Nuestro*. Web. 20 feb. 2021. <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/por-que-una-matrona#:~:text=Para%20la%20OMS%2C%20la%20matrona,y%20el%20reconocimiento%20de%20complicaciones>.
- (24) Franco, Lucía. “A las puertas de una clínica que practica abortos: “¿Viene usted a matar a su hijo?””. *El País*. 23 Feb. 2020. Web. 17 Mar. 2021. [https://elpais.com/ccaa/2020/02/14/madrid/1581693735\\_847594.html](https://elpais.com/ccaa/2020/02/14/madrid/1581693735_847594.html)
- (25) Fundación Cermi Mujeres. Web. 20 en. 2021. <https://www.fundacioncermimujeres.es/es>
- (26) Fundación Wassu-UAB. (2020). *LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN ESPAÑA*. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/pdfs/Estudio\\_MGF.pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/pdfs/Estudio_MGF.pdf)
- (27) García García, Eva Margarita (2018). La violencia obstétrica como violencia de género: Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales. Tesis doctoral, Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. Disponible en: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia\\_garcia\\_eva\\_margarita.pdf](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf)
- (28) Gazca Nieto, J. Parto indoloro psicoprofiláctico. 20 observaciones personales. *Ginecol Obstet Mex*. 2014; 82: 210-222.
- (29) Gisbert, Rosa. “Moxibustión: medicina tradicional china para girar a un bebé que viene de nalgas”. *EnfermeríaTV*. 11 mar. 2021. Web. 23 may. 2021. <https://enfermeriatv.es/es/moxibustion/>
- (30) Goberna-Tricas, J.; Boladeras, M. (coords.). El concepto «Violencia obstétrica» y el debate actual sobre la atención al nacimiento. Madrid: Tecnos, 2018.
- (31) González Ochoa, César. (2018). Una teoría de la sociedad. *Cultura y representaciones sociales*, 12(24), 273-309. <https://doi.org/10.28965/2018-024-10>

(32) Hernández Garre, J. M., & Echevarría Pérez, P. (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del &quot;paradigma tecnocrático&quot;. *Revista Internacional De Sociología*, 74(1), e025. <https://doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>

(33) “Igualdad se compromete a legislar contra la violencia obstétrica”. *La Vanguardia*. 8 Oct. 2020. Web. 19 En. 2020. <https://www.lavanguardia.com/politica/20201008/483936932715/igualdad-se-compromete-a-legislar-contra-la-violencia-obstetrica.html>

(34) Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018. *Ministerio de Sanidad*. 18 dic. 2019. Web. 20 dic. 2020. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>

(35) Jan, Cecilia. “La ONU condena a España a indemnizar a una mujer por la violencia obstétrica sufrida durante el parto”. *El País*. 11 Mar. 2020. Web. 19 En. 2021. <https://elpais.com/sociedad/2020-03-11/la-onu-condena-a-espana-a-indemnizar-a-una-mujer-por-la-violencia-obstetrica-sufrida-durante-el-parto.html>

(36) “Jesusa Ricoy”. *Plataforma científica en defensa del pinzamiento óptimo del cordón umbilical*. Web. 3 may. 2021. <https://pinzamientoptimo.org/jesusa-ricoy/>

(37) “La anestesia epidural o peridural”. *Institut Marqués*. Web. 25 Abr. 2021. <https://institutomarques.com/ginecologia/unidad-de-la-mujer/la-anestesia/anestesia-epidural-o-peridural/>

(38) “La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) niega la Violencia Obstétrica. El Parto es Nuestro Responde”. *El parto es nuestro*. 31 oct. 2018. Web. 20 nov. 2020. <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2018/10/31/la-sociedad-espanola-de-ginecologia-y-obstetricia-sego-niega-la-violencia-obstetrica-el-parto-es-nuestro-responde>

(39) Llobera, Rosa, Ferrer, Victoria y Chela, Xènia (2019). Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. *Investigaciones Feministas* 10 (1), 167-184.

(40) Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451-464.  
[https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios\\_catedras/electivas/816\\_rol\\_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo\\_medico.pdf](https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816 rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf)>

(41) Menéndez, Eduardo L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, (58), 104-113. Recuperado en 23 de mayo de 2021, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1607-050X2018000300104&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2018000300104&lng=es&tlng=es).

(42) “Mutilación genital femenina”. *Organización Mundial de la Salud*. 3 feb 2020. Web. 20 may. 2021.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation><https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/es/>

(43) “Observatorio de la violencia obstétrica”. *El parto es nuestro*. Web. 27 feb. 2021.  
<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/observatorio-de-la-violencia-obstetrica>

(44) Olza Fernández, I. Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. En: Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. 2014, vol. 111, pp. 79-83

(45) Organización Mundial de la Salud. Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. Declaración de la OMS. Ginebra: OMS; 2014.

(46) Oviedo Moreno, Óscar & Salvador, Zaira. ¿Qué es la tocofobia? - Síntomas, causas y tratamiento. *Reproducción Asistida ORG*. 13 ag. 2019. Web. 17 mar. 2021.  
<https://www.reproduccionasistida.org/tocofobia/#:~:text=La%20tocofobia%20es%20un%20trastorno,lugar%20a%20un%20parto%20traum%C3%A1tico>.



(47) Papeles el tiempo de los derechos. ‘Una dosis de salud para las mujeres por favor. La “objetividad científica” las mantiene enfermas’, Inés Dayana Méndez Aristizábal (Universidad Carlos III de Madrid), Número 18, Año:2018. <https://redtiempodelosderechos.files.wordpress.com/2018/02/wp18-derechosalud.pdf>

(48) Perdomo, Natalia. “Muerte perinatal: una pérdida silenciosa”. *NeuroClass*. 11 dic. 2019. Web. 20 abr. 2020. <https://neuro-class.com/muerte-perinatal-una-perdida-silenciosa/#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,de%20vida%20despu%C3%A9s%20del%20nacimiento.>

(49) Pintado-CucarellaS, Penagos-CorzoJC, Casas-Arellano MA. Síndrome de desgaste profesional en médicos y percepción de la violencia obstétrica. *Ginecol Obstet Mex*. 2015;83(03):173-178.

(50) Plataforma Pro Derechos del Nacimiento. Web. 12 Oct. 2020. <http://pdn.pangea.org/index.html#myCarousel>.

(51) “Posicionamiento contra el uso del haloperidol en el parto”. *El parto es nuestro*. 9 abr. 2021. Web. 28 abr. 2021. <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2021/04/09/posicionamiento-contr-el-uso-del-haloperidol-en-el-parto>

(52) ¿Qué es el programa de parto respetado? *Hospital universitario de Torrejón*. Web. 18 oct. 2020. <https://www.hospitaldetorreon.es/especialidad-interna/programa-de-parto-respetado/7/34/>

(53) RAE. Asepsia. 2021. Web. 12. abr. 2021. <https://dle.rae.es/asepsia>

(54) RAE. Iatrogenia. 2021. Web. 15 abr. 2021. <https://dpej.rae.es/lema/iatrogenia#:~:text=Adm.,del%20cabello%2C%20n%C3%A1useas%2C%20etc>

(55) Rich, Adrienne. *Nacemos de mujer. La maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Traficantes de sueños, 2019. Impreso.

(56) Rodrigues Ribeiro, M. (2020). “La episiotomía como práctica cultural de género: otro caso de mutilación genital femenina.” *Investigaciones Feministas*, 11(1), 77-87. <https://doi.org/10.5209/infe.63791>

(57) Rodríguez Hernández M, Flores Martos JA, Moruno Millares P. Medicalización en las mujeres embarazadas y parturientas: una aproximación desde terapia ocupacional. Parte I. (2012) *TOG (A Coruña)*, vol. 9, núm. 15, pp:1-18. Disponible en: <http://revistatog.es/num15/pdfs/revision.pdf> . Acceso: 06-02-2021.

(58) Rodríguez, Jesica. “VIOLENCIA OBSTÉTRICA: UN MAL ENDÉMICO QUE AZOTA LA SALUD Y LOS DDHH DE LAS MUJERES”. *Asociación Española de Psicología Perinatal*. 25 Nov. 2020. Web. 15 en. 2021. <http://www.asociacionpsicologiaperinatal.es/2020/11/25/violencia-obstetrica-un-mal-endemico-que-azota-la-salud-y-los-ddhh-de-las-mujeres/>

(59) Ruiz, Elena. “Prostaglandinas: qué son y cómo se utilizan para inducir el parto”. *Mi bebé y yo*. Web. 25 Abr. 2021. <https://mibebeyyo.elmundo.es/parto/salud-en-el-parto/prostaglandinas#:~:text=Las%20prostaglandinas%20son%20un%20conjunto,ponen%20en%20marcha%20el%20parto.>

(60) “Servicios de maternidad liderados por matronas reducen intervención en partos”. *La Vanguardia*. 17 nov. 2020. Web. 20 feb. 2021. <https://www.lavanguardia.com/vida/20201117/49523436430/servicios-de-maternidad-liderados-por-matronas-reducen-intervencion-en-partos.html>

(61) Silva, Ximena. “Violencia obstétrica: las prácticas agresivas que sufren algunas mujeres en el parto”. *Público*. 13 dic. 2019. Web. 20 feb. 2021. <https://www.publico.es/sociedad/violencia-obstetrica-practicas-agresivas-mujeres-parto.html#:~:text=La%20mujer%20como%20sujeto%20pasivo,o%20la%20falta%20de%20respeto>

(62) Šimonovic, Dubravka (2019). 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 al parto y la violencia obstétrica. Nueva York: Naciones Unidas.

(63) “Síntomas del síndrome de `burnout`: ¿cómo identificarlo? *QuirónPrevención*. 24 jul. 2018. Web. 18 en. 2021. <https://www.quironprevencion.com/blogs/es/prevenidos/sintomas-sindrome-burnout-identificarlo>

(64) Tamayo Muñoz J, Restrepo Moreno C, Gil L, González Vélez A. Violencia obstétrica y aborto. Aportes para el debate en Colombia. Grupo Médico por el Derecho a Decidir. GDC Colombia, 2015.

(65) Umamanita. Apoyo para la muerte perinatal y neonatal. Web. 2 feb. 2021. <https://www.umamanita.es/>

(66) Vicente, Rocío. “Beneficios de la técnica piel con piel” *QuirónSalud*. 5. feb. 2018. Web. 24. abr. 2021. <https://www.quironsalud.es/blogs/es/mano-pediatra/beneficios-tecnica-piel-piel>

(67) Villaverde, Teresa. “Prohibido abortar en La Rioja”. *Pikara Online Magazine*. 17 Feb. 2021. Web. 17 Mar. 2021. <https://www.pikaramagazine.com/2021/02/prohibido-abortar-en-la-rioja/>

## 5.2. Otros recursos y referencias

(1) CooperativaFM. “Los múltiples casos de mujeres que han sufrido “violencia obstétrica””. *YouTube*. 8. en. 2019. <https://www.youtube.com/watch?v=WkxJstovZ8c>

(2) Curso de Violencia obstétrica: una aproximación teórica y práctica. (UNED, 2021).

(3) Investigación *Violencia obstétrica: el nuevo objetivo de la investigación, las políticas y los derechos humanos sobre el parto*. (Universita Degli Studi Di Udine, 2016-2018) (Página web en creación).

(4) *II Seminario internacional sobre Violencia Obstétrica* (Universitat Jaume I, 2021).

(5) Jornadas de *Prácticas interseccionales. La atención a la salud afectivo-sexual desde un conocimiento transdisciplinar* (Universitat Rovira i Virgili, 2021).

(6) *Jornadas: La salud como derecho. Mujeres y bienestar* (Espacio de Igualdad Hermanas Mirabal, 2020).

(7) Rodríguez Mir, Javier. 2021, Asignatura Lecturas de textos etnográficos, Departamento de Antropología Social y Pensamiento Filosófico Español, Facultad de Filosofía y Letras, UAM.

(8) Vasija de mujer con vientre abultado. *Museo Amparo*. Web. 23 may. 2021. <https://museoamparo.com/colecciones/pieza/400/vasija-de-mujer-con-vientre-abultado>