

MESTRADO EN POLÍTICAS SOCIAIS E INTERVENCIÓN  
SOCIOCOMUNITARIA  
TRABALLO DE FIN DE MESTRADO  
2022/2023  
SETEMBRO

# Relatos de realidad: estudio cualitativo sobre la violencia obstétrica

---

Relatos de realidade: estudo cualitativo sobre a  
violencia obstétrica

Reality stories: qualitative study on obstetric  
violence

Alumna: Antía Vidal Nogueira

Tutora: M<sup>a</sup> Paloma Moré Corral





## **RESUMEN:**

La violencia de género se manifiesta de muchas maneras posibles. Puede ser mediante una violencia física, psicológica, económica, sexual, vicaria... Una de las formas de violencia de género más invisibilizadas es la violencia obstétrica, definida como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”.

A través de este estudio cualitativo en el cual se han llevado a cabo 7 entrevistas, 4 a mujeres reconocidas como víctimas de violencia obstétrica y 3 a matronas del sistema público español de salud. Con este estudio se intenta conocer el alcance y las consecuencias en la vida de las mujeres este tipo de violencia, saber si las mujeres y el personal sanitario saben reconocerla e indagar sobre si las desigualdades de género influyen en la sistematización de este tipo de violencia ejercida contra las mujeres. El objetivo principal que se persigue es visibilizar la violencia obstétrica como una forma común y sistematizada de violencia de género.

Durante el análisis de la información recopilada aparecieron temas tan interesantes como la falta de consentimiento informado durante los partos, la importancia de la red de apoyo, las principales diferencias entre la sanidad pública y privada en cuanto a la atención obstétrica o la infantilización y deshumanización de las mujeres durante el proceso de embarazo y parto, entre otros.

La principal conclusión que se obtiene es que la violencia obstétrica es una realidad y está presente en el sistema sanitario español, tanto público como privado y que es necesario seguir investigando sobre la violencia obstétrica para poder conocer el verdadero alcance de la misma.

**PALABRAS CLAVE:** violencia obstétrica, género, salud, realidad.

## **RESUMO:**

A violencia de xénero manifestase de moitas formas posibles. Pode ser mediante unha violencia física, psicolóxica, económica, sexual, vicaria... unha das formas de violencia de xénero máis invisibilizada é a violencia obstétrica, definida como “aquela que exerce o persoal da saúde sobre o corpo e os procesos reprodutivo das mulleres, expresada nun trato deshumanizado, un abuso da medicalización e a patoloxización dos procesos naturais”.

A través deste estudo cualitativo no cal se realizaron 7 entrevistas, 4 a mulleres recoñecidas como vítimas de violencia obstétrica e 3 a matronas do sistema nacional de saúde español. Con este estudo inténtase coñecer o alcance da e as consecuencias na vida das mulleres deste tipo de violencia, saber si as mulleres e o persoal sanitario saber recoñecela e indagar sobre se as desigualdades de xénero inflúen na sistematización desde tipo de violencia exercida contra as mulleres. O obxectivo principal que persigue esta investigación é facer visible a violencia obstétrica como unha forma común e sistematizada de violencia de xénero.

Durante a análise da información recompilada apareceron temas tan interesantes como a falta de consentimento informado durante os partos, a importancia da rede de apoio, as principais diferenzas entre a sanidade pública e a privada e canto a atención obstétrica ou a infantilización e deshumanización das mulleres durante o proceso de embarazo e parto, entre outros.

A principal conclusión que se obtén é que a violencia obstétrica é unha realidade e está presente no sistema sanitario español, tanto público coma privado e que é preciso seguir investigando para poder chegar a coñecer o verdadeiro alcance da mesma.

**PARBRAS CHAVE:** violencia obstétrica, xénero, saúde, realidade.

## **SUMMARY:**

Gender-based violence manifests in many possible ways. It can occur through physical, psychological, economic, sexual, vicarious forms, and one of the most overlooked forms of gender-based violence is obstetric violence, defined as "that which healthcare personnel exert on women's bodies and reproductive processes, expressed through dehumanizing treatment, an abuse of medicalization, and pathologization of natural processes."

Through this qualitative study, in which 7 interviews were conducted, 4 with women recognized as victims of obstetric violence and 3 with midwives from the Spanish public healthcare system, an attempt is made to understand the scope and consequences of this type of violence in women's lives. It seeks to determine whether women and healthcare personnel can recognize it and to investigate whether gender inequalities influence the systematization of this type of violence against women. The main objective is to raise awareness of obstetric violence as a common and systematic form of gender-based violence.

During the analysis of the collected information, several interesting themes emerged, such as the lack of informed consent during childbirth, the importance of support networks, the main differences between public and private healthcare regarding obstetric care, and the infantilization and dehumanization of women during the pregnancy and childbirth process, among others.

The main conclusion drawn is that obstetric violence is a reality present in the Spanish healthcare system, both public and private, and that further research is necessary to fully understand its true extent.

**KEY WORDS:** obstetric violence, gender, health, reality.



# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	9
Justificación de la investigación .....	9
Preguntas de investigación.....	11
Objetivos:.....	11
MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES.....	12
METODOLOGÍA.....	21
ANÁLISIS Y RESULTADOS.....	24
O.E.1 Conocer cómo funciona el sistema sanitario en relación a la atención obstétrica.....	24
Diferencias sanidad pública y privada.....	25
Actualizaciones profesionales.....	26
Organización del trabajo en sistema de turnos.....	28
Protocolos .....	28
Intervencionismo.....	30
O.E.2 Investigar si en el proceso de embarazo, parto, postparto o tras un aborto se respetan y reconocer los derechos de las mujeres.....	31
Consentimiento informado.....	31
Planes de parto y respeto a las decisiones de las mujeres.....	32
O.E.3 Indagar acerca del acompañamiento a las mujeres durante el proceso de embarazo, parto, postparto y tras un aborto.....	34
Sistema sanitario .....	34
Red de apoyo.....	35
Salud mental.....	36
O.E.4 Investigar cómo las desigualdades de género influyen en la atención sanitaria obstétrica. ....	37
Patologización de un proceso natural.....	37
Importancia de la información previa de las mujeres .....	38
Infantilización y dehumanización.....	39
Cuestión de género .....	40
O.E. 5 Indagar sobre el conocimiento de la violencia obstétrica en la sociedad.....	41
¿Qué es violencia obstétrica?.....	41
Tabú .....	43

Cambios en el sistema .....	43
DISCUSIÓN .....	44
CONCLUSIONES.....	50
VALORACIÓN CRÍTICA.....	51
BIBLIOGRAFÍA .....	53
ANEXOS.....	59
Anexo I. Consentimiento informado.....	59
Anexo II. Guión temas par entrevistas.....	61

## INTRODUCCIÓN

### Justificación de la investigación

La violencia de género se manifiesta de muchas maneras posibles. Puede ser mediante una violencia física, psicológica, económica, sexual, vicaria... Una de las formas de violencia de género más invisibilizadas es la violencia obstétrica, definida por el Observatorio de Equidad de Género en Salud de la OMS (2013) como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales”.

Desde hace varios años, diversas organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, están poniendo el foco en la violencia obstétrica como un problema grave de salud pública a nivel mundial, el cual afecta al bienestar biopsicosocial de las mujeres y los niños y niñas recién nacidos (Mena Tudela, 2021). Este tipo de violencia es una de las más presentes en el sistema sanitario, pero su carácter estructural hace que pase desapercibida, incluso para quien la está ejerciendo (Rodríguez Mir y Martínez Gandolfi, 2021). En España, para lograr entender el alcance de este tipo de violencia dentro del sistema sanitario y poder prevenirla se ha creado el Observatorio de la Violencia Obstétrica<sup>1</sup> en 2014. Algo que llama la atención en relación a esta forma de violencia de género es que, por ser tan estructural y estar tan normalizada, en ningún país de Europa existe legislación específica en cuanto a ella (Mena Tudela, 2021).

Por ser, la obstétrica, una violencia invisibilizada y que realmente afecta negativamente a la salud de las mujeres y de sus hijos e hijas es necesario investigar y hacerla visible, darle voz tanto a las mujeres que han vivido una situación de violencia obstétrica como a las y los profesionales de la salud que conviven a diario con ella. Es necesario conocer la postura de las y los profesionales también para conocer los recursos existentes al respecto y tratar

---

1 El Observatorio de Violencia Obstétrica en España es creado en 2014 por la asociación El parto es nuestro como un organismo multidisciplinar con la finalidad de denunciar públicamente la incidencia de las prácticas que constituyen la violencia obstétrica. <https://observatorioviolenciaobstetrica.es/>

de entender las situaciones que llevan a la aparición y mantenimiento de esta violencia en los sistemas de salud modernos, para, desde ahí, poder trabajar para erradicarla. Por todo ello, se considera que la pequeña investigación que se va a llevar a cabo a lo largo de este trabajo es importante para la sociedad y va a aportar conocimiento desde ambas perspectivas, la de las mujeres víctimas y la de las y los profesionales de la salud que desarrollan su carrera laboral dentro de la institución que la sustenta. Destacar en este punto, para justificar la necesidad de la investigación en torno a todo lo que rodea a la violencia obstétrica, algunos datos obtenidos en 2021 por el Observatorio de la Violencia de Género. Estos datos reflejan que un 40% de las mujeres identifican haber sufrido este tipo de violencia, un 44´4% considera que fue sometida a procesos dolorosos o innecesarios y de estas un 83´4% no los había aceptado mediante un consentimiento informado. Esto indica que la violencia obstétrica es un problema real que afecta a la salud de las mujeres.

La idea de llevar a cabo el presente proyecto de investigación parte, principalmente, de mi conciencia feminista y social. La violencia de género está presente en muchas familias y yo la he vivido, no en primera persona, pero sí he visto cómo estaba presente en las casas de familiares cercanas. Aunque hasta que comencé a leer y a tomar conciencia de lo que era la violencia de género en todas sus vertientes, no fui consciente de lo cerca que había estado toda mi vida. Desde siempre he estado interesada en temas sociales y de lucha contra las desigualdades. Desde la adolescencia ha ido creciendo mi conciencia feminista y he llevado a cabo mis propias reflexiones acerca de lo que significa el feminismo. La violencia obstétrica, por ser una de las violencias contra las mujeres más estructurales e invisibilizadas no apareció en mi vida hasta hace pocos años, cuando llegada a una edad comienzas a hablar y leer sobre temas que durante la adolescencia o los primeros años de la vida adulta no te planteas. En el momento que comencé a leer y conocer más acerca de este tipo de violencia de género ha crecido en mi la necesidad de conocer más y mejor este fenómeno. Por tanto, cuando tuve la oportunidad de poder llevar a cabo una investigación, aunque sea pequeña, acerca de este tema me pareció una oportunidad estupenda para formarme e informarme mucho más acerca de esta violencia.

Este trabajo de investigación consta de 7 apartados y se estructura de la siguiente manera: en la introducción se expone la justificación de la investigación, las preguntas de investigación, los objetivos y el marco teórico y antecedentes del tema. A continuación se expone el análisis de los resultados dando respuesta a los objetivos específicos que se plantean al inicio y exponiendo las categorías de análisis que emergen de cada uno. Tras el análisis se realiza una discusión y se exponen las principales conclusiones. Para acabar se lleva a cabo una reflexión personal acerca del proceso de investigación, las limitaciones del estudio y posibles líneas de investigación futuras. Finalmente se presenta la bibliografía utilizada y los anexos.

### **Preguntas de investigación**

¿Las mujeres y los profesionales de la salud saben reconocer la violencia obstétrica? ¿Qué consecuencias tiene en la salud de las mujeres este tipo de violencia? ¿Las desigualdades de género influyen en la sistematización de esta violencia dentro del sistema sanitario?

### **Objetivos:**

Buscando ahondar más en la violencia obstétrica y sus consecuencias para las mujeres, el presente trabajo plantea el siguiente objetivo general:

- Visibilizar la violencia obstétrica como una forma común y sistematizada de violencia de género.

En cuanto a los objetivos específicos son los siguientes:

- Indagar sobre el conocimiento de la violencia obstétrica en la sociedad.
- Conocer cómo funciona el sistema sanitario en relación a la atención obstétrica.
- Investigar si en el proceso de embarazo, parto, postparto o tras un aborto se respetan y reconocen los derechos de las mujeres.
- Indagar acerca del acompañamiento a las mujeres durante todo el proceso.
- Investigar cómo las desigualdades de género influyen en el proceso.

## MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES

Desde hace tiempo se ha pensado que la desigualdad de género forma parte de las sociedades desde el inicio de los tiempos (Lerner, 1990), sin embargo, recientes investigaciones de arqueólogas e historiadoras feministas (Almudena Heranando, Riane Eisler) afirman que en las primeras comunidades no debieron existir diferencias con respecto al género o que si las había, estas no implicaban una posición superior del género masculino, estas desigualdades surgen a medida que aumenta la complejidad socioeconómica de las sociedades (Hernando, 2016). Se ha tratado de justificar la posición de privilegio y superioridad de los hombres desde muchas perspectivas para poder negar a las mujeres la capacidad de ser sujetos de pleno derecho en la sociedad (Facio y Fries, 2005; López Méndez, 2007). Las desigualdad de género se refleja en la sociedad a través de la creación de los estereotipos de género, el acceso a los recursos o el reparto del poder, además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que estas desigualdades tienen un efecto negativo sobre la salud de las niñas y mujeres de todo el mundo (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2009).

El patriarcado es el sistema de dominación y organización social encargado de establecer las relaciones jerárquicas que sitúan a los hombres en lo más alto de la pirámide de poder (Amorós, 1995; Cagigas Arriazu, 2000; Facio y Fries, 2005). El estatus de superioridad del hombre dentro de la sociedad, ese orden social creado por el patriarcado, se mantiene a través de la violencia (Amorós, 1995; Cagigas Arriazu, 2000).

Son muchos los tipos de violencia que se utilizan para mantener el orden social patriarcal. Esta puede ser física, psicológica, económica, sexual... En los últimos años se ha puesto de manifiesto la existencia de una violencia específica que produce un desempoderamiento absoluto de las mujeres y que además ha sido invisibilizada durante muchísimos años: la violencia obstétrica. Esta violencia produce una doble discriminación: primero por ser mujeres y después por el hecho de ser pacientes que asumen que la autoridad (personal sanitario) está trabajando por su salud, tanto física como mental (García García, 2015).

La violencia obstétrica es la que el personal sanitario ejerce sobre los cuerpos de las mujeres y sus procesos reproductivos. Desencadena en un trato completamente deshumanizado, un abuso de la medicalización y un sistema de patologización de los procesos naturales reproductivos (García García, 2015). La violencia obstétrica es una de las más invisibilizadas y negadas por una amplia parte de la sociedad, a pesar de las pruebas evidentes que aportan organismos como la Organización Mundial de la Salud (El parto es nuestro, 2021). Las definiciones generales que una persona puede encontrar a un solo clic en internet no reflejan el verdadero alcance de la violencia obstétrica, ya que estas se reducen a ciertas acciones que se pueden producir durante el parto y que afectan negativamente a las mujeres. Estas definiciones muchas veces no llegan a captar la verdadera complejidad del término, excluyendo los factores culturales, estructurales, sistémicos, políticos y económicos que forman parte ineludible de este tipo específico de violencia machista, derivada de la sociedad patriarcal en la que vivimos (Murialdo Miniello, 2021). Parte de la sociedad está invisibilizando la violencia obstétrica, pero aun no existiendo, esta violencia es percibida por un 67,4% de las mujeres en España, según un estudio realizado 2019 (Womens and Birth, 2021). El hecho de que dos de cada tres de las mujeres encuestadas en el estudio hayan percibido ser víctimas de violencia obstétrica se puede considerar como una prueba más que confirma que este tipo de violencia es estructural, por lo que es necesario que los Estados y los profesionales de la salud trabajen en conjunto para erradicarla (El Parto es Nuestro, 2021). Aunque este tipo de violencia no es nueva, ha estado oculta durante mucho tiempo, de ahí que no exista demasiada información en relación a la misma. En algunos estudios realizados se arrojan datos de falta de información por parte de las y los profesionales de la salud sobre este fenómeno y la falta de conocimiento del término “violencia obstétrica” por parte de las mujeres que acudían a los servicios de salud (Rodríguez Mir y Martínez Gandolfi, 2021).

En los últimos años se ha producido un aumento de la visibilización de este tipo de violencia. La creación de asociaciones dedicadas a la lucha contra la violencia obstétrica, el aumento de las denuncias relacionadas con este tipo de violencia y la aparición de mujeres en los medio de comunicación denunciando

y visibilizando este tipo de violencia de género han hecho que la violencia obstétrica comience a formar parte del debate social y político.

En la realización de este trabajo se ha obtenido información tanto de mujeres víctimas de violencia obstétrica como de profesionales de la salud, y se ha recogido información que recalca muchas de los temas tratados hasta el momento: desconocimiento del término por parte de las mujeres, violencia sistematizada a lo largo del proceso de embarazo y parto, la violencia obstétrica es un tema tabú entre el colectivo de profesionales sanitarios.

Por todo ello, se considera importante llevar a cabo investigaciones que den voz a ambas partes del problema para poder conocerlo en profundidad y así, poder comprenderlo mejor y lograr erradicarlo y poder mejorar la salud biopsicosocial de las mujeres, las cuales sufren en primera persona la violencia de género.

La Organización Mundial de la Salud propuso en el año 2003 la siguiente definición de «violencia» (OMS, 2003: 3):

“El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo de comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

Como se ha mencionado con anterioridad, el maltrato que comportan determinadas prácticas médicas contra las mujeres durante el embarazo, el parto y el postparto tiene nombre: violencia obstétrica. Esta comprende un conjunto de actitudes y procedimientos ejecutados por el personal sanitario que supeditan y menosprecian a la mujer con consecuencias físicas y psicológicas para su salud y la del recién nacido (Vivas, 2021:165).

El primer país que reconoció la violencia obstétrica de manera legal fue Venezuela. En la Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia publicada el 19 de marzo de 2007 se define como VO:

“La apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador,

en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres” (Pérez D´Gregorio, 2010).

En el artículo 51 de esta ley se detalla que se considerarán actos constitutivos de violencia obstétrica:

1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.
5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer (Pérez D´Gregorio, 2010).

Desde 2006 se han aprobado leyes en México, Puerto Rico y Uruguay; y se están discutiendo en Chile, Panamá, Colombia, Perú y Ecuador. Que en tantos países se haya visto la necesidad de legislar las prácticas de violencia en el embarazo, parto y posparto muestra claramente que este problema es global y que trasciende fronteras y sociedades.

Al hacer un repaso de las definiciones que estos textos legales hacen de la violencia obstétrica, extraigo cinco unidades de análisis principales que se repiten a lo largo de los distintos textos (Murialdo, 2020), y son:

- Trato deshumanizador
- Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres

- Abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales
- Pérdida de capacidad de decisión
- Omisión de consentimiento informado

Es de destacar que en Europa no existe ningún país que tenga una legislación sobre este tipo de violencia (Quattrocchi, 2018), a pesar de que es un tema que está presente tanto en el debate tanto político como social y la Comisión de Derechos de las Mujeres e Igualdad de Género ha realizado un informe en 2020 sobre la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, en el cual se habla de una involución en materia de derechos de las mujeres. En España, se ha creado un debate en torno a la violencia de género debido a que en el anteproyecto de la reforma de la Ley 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva se consideraba incluir la violencia obstétrica como una forma de violencia de género (Asociación andaluza de matronas, 2021). Finalmente, debido a presiones del sector médico, ya que el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos publicó una nota de prensa remarcando que el término violencia obstétrica “no se ajusta a la realidad y criminaliza a los profesionales” y además niegan su existencia en nuestro país (Reguero Ríos, 2021). Finalmente, el debate fue ganado por el sector médico, ya que en la Ley Orgánica 1/2023 por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo no aparece el término violencia obstétrica. El gobierno decidió finalmente eliminar el término a pesar de que España cuenta con 3 condenas por parte del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de la ONU (CEDAW) con respecto a este tipo de violencia (Requena, 2023). En este nuevo texto legislativo sí se habla de consentimiento libre e informado, de la autonomía de la mujer, de disminuir el intervencionismo y reforzar las prácticas relativas al parto respetado, pero el hecho de no recoger el término violencia obstétrica significa continuar y colaborar en la invisibilización de este tipo de violencia.

La violencia obstétrica es una desigualdad de género añadida. Estamos hablando de una violencia estructural e institucional que emana de una cultura patriarcal que afecta a diversos ámbitos, incluyendo las ciencias médicas. A pesar de que la violencia obstétrica no es nueva, ha permanecido oculta

durante mucho tiempo y en la actualidad continúa siendo desconocida, incluso por profesionales de la salud como ya se ha mencionado. Se trata de un viejo problema, transformado en un concepto novedoso (Rodríguez Mir y Martínez Gandolfi,2022).

Según la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, artículo 2, apartado 3, el paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles; un ejemplo de violencia obstétrica que infringe esta ley sería negar la información completa requerida por la paciente. La falta de información genera desconfianza hacia el personal, el hecho de sentirse ignorado no solo genera incertidumbre, si no que desencadena una serie de emociones negativas que afectan a las pacientes. Por otro lado, si la paciente no tiene toda la información necesaria para tomar una decisión siendo consciente de las posibles consecuencias, se le está negando un derecho básico.

Existen muchos estudios que pretenden dar a conocer la magnitud de las repercusiones de la violencia contra las mujeres, en lo referente a la salud y bienestar de las mismas (OMS, 2006, 2013; ONU, 2003). Existe evidencia referente a que la violencia contra las mujeres, en todas sus variantes, tiene repercusiones a nivel físico, psicológico y social, produciendo también impacto a nivel económico (ONU, 2003). Por este motivo, y como “la salud es un recurso valioso que le permite a las personas conducir sus vidas individual, social y económicamente productivas, ofreciéndoles libertad para trabajar, aprender y participar activamente en la vida familiar y comunitaria” (ONU, 2012, p.3), la violencia de género es considerada una prioridad de salud pública a nivel mundial (ONU, 2003; Tetikcok et al., 2016). La violencia obstétrica constituye una discriminación de género y representa una violación de los derechos humanos desde un enfoque de los derechos de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, entendidos como derechos inalienables e indivisibles de los derechos humanos.

El Observatorio contra la Violencia Obstétrica, de la asociación El Parto es Nuestro, realizó un informe basándose en una encuesta realizada a casi 2.000 mujeres, cuyos resultados muestran que este tipo de violencia es una realidad en muchos centros sanitarios. Los principales datos reflejan que en más de la mitad de los casos (50,7%) las mujeres no fueron informadas de la práctica que se les iba a realizar (episiotomía, inducción al parto, maniobra de Kristeller...) y en algo más de la mitad de los casos (50,1%) no se solicitó su consentimiento. En un 65,8% el plan de parto no fue respetado y a un 74,7% de las mujeres no se les dejó decidir en qué postura dar a luz. Ya casi no se deja que el parto se inicie espontáneamente, apenas nacen bebés en sábados o domingos, menos aún en las clínicas privadas (en este sentido es muy revelador el informe "Nacer en horario laboral", publicado por El Parto es Nuestro en noviembre de 2016). España fue denunciada ante la CEDAW por incumplimiento de la protección de los derechos de las mujeres ante la discriminación, en concreto acerca de la violencia obstétrica, lo que demuestra que aunque si existen mecanismos legales para combatir la violencia obstétrica, aunque no exista una legislación específica, estas no son suficientes, como señala el Posicionamiento contra la Violencia obstétrica publicado en 2021 en conjunto por la CEP-PIE, la Asociación Estatal Estudiantes Enfermería y el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina.

Es fundamental destacar que la violencia obstétrica también es violencia contra los bebés, puesto que está demostrado que les afecta directamente en su desarrollo cerebral, por ejemplo: el enorme estrés que le supone ser separado de la madre en las primeras horas de vida afecta el neurodesarrollo, debido a que, al llorar, el bebé produce niveles altísimos de cortisol que pueden ser dañinos para su propio cerebro (Schore, 2005). En los estudios realizados con ratas y monos se ha comprobado cómo esto afecta al desarrollo de partes cruciales para la conducta social y afectiva, como son el hipocampo o la amígdala (Zhang et al, 2012).

Cabe destacar la gran labor de investigación llevada a cabo por Ana Requena y Raúl Aguilar (2022)<sup>2</sup> para el periódico elDiario.es en el artículo “El mapa de las cesáreas en España: los hospitales que abusan de los partos quirúrgicos”. El cual nos muestra la tasa de cesáreas de diferentes hospitales de España, y 28 hospitales tanto públicos como privados superan el 45% de cesáreas. Hay que tener en cuenta que el porcentaje de cesáreas según la OMS no debería superar el 15%. Sin embargo, como bien lo explican en el artículo: “la probabilidad de dar a luz por cesárea se multiplica en función del hospital al que una mujer acuda. Las cifras muestran una elevadísima variabilidad en función del centro” (2022).

De los 28 centros hospitalarios con una tasa de cesáreas por encima del 45%, la mayoría están fuera del sistema público: 23 son hospitales privados y 10 se podrían considerar centros con grandes maternidades donde han nacido más de 5.000 niños en la última década.

#### Los hospitales con mayor tasa de cesáreas de España

Listado de hospitales con una tasa de cesáreas por encima del 45% entre 2010 y 2020, el triple que lo recomendado

Hospital	Púb-Priv	Partos	% de cesáreas
Hospital 9 de Octubre C. Valenciana	Privados	45.403	88,3%
Vithas Hospital Santa Catalina Canarias	Privados	14.515	46,0%
Hospital Pardo de Arceveca Madrid	Privados	8.855	47,9%
Hospital Recoletas Campo Grande C. León	Privados	6.322	48,5%
Hospital San Francisco de Asís Madrid	Privados	6.312	49,4%
Clinica Vistahermosa Grupo HLA C. Valenciana	Privados	6.116	47,9%
Clinica Mompie Cantabria	Privados	5.331	46,8%
Vithas Hospital Perpetuo Internacional C. Valenciana	Privados	5.300	80,8%
Hospital Medimar Internacional C. Valenciana	Privados	5.119	57,7%
Hospital Santa Barbara C. La Mancha	Públicos-SNS	5.055	90,9%

+ Mostrar 16 más

Fuente: elDiario.es “El mapa de las cesáreas en España” (2022)

Continuando con el tema de las cesáreas, asumiendo que en muchas ocasiones son necesarias, nos encontramos ante un abuso en muchos hospitales de este país. Un estudio comparó la integración psíquica de ese

<sup>2</sup> En este artículo se exponen los resultados obtenidos en una investigación llevada a cabo para analizar diferentes variables en relación a la probabilidad que una mujer tiene de que su parto termine en cesárea y las posibles causas de estas diferencias [https://www.eldiario.es/sociedad/mapa-tasa-cesareas-espana-hospitales-abusan-partos-quirurgicos\\_1\\_9545161.html](https://www.eldiario.es/sociedad/mapa-tasa-cesareas-espana-hospitales-abusan-partos-quirurgicos_1_9545161.html)

cambio físico del “cuerpo que se convierte en dos”. Para las mujeres que daban a luz por cesárea, la experiencia del encuentro con su bebé era más difícil y desconcertante (Lupton y Schmied, 2013).

Hace ya unos años investigadores de la Universidad de Yale compararon cómo respondía el cerebro de la madre, tres meses después del nacimiento del bebé, al oír el llanto de su hijo, comparando madres que habían tenido una cesárea programada y madres que habían tenido un parto vaginal (Swain et al., 2008-9). Nos comenta Olza en su libro “Parir” (2018) que entre las primeras, la respuesta cerebral era menos amplia e intensa, su cerebro se activaba menos, aunque a los 6 meses de vida ya no se observaban diferencias.

Cabe destacar también que el personal obstetra tampoco lo tiene fácil. En el contexto actual de medicina defensiva muchos viven un estrés enorme cuando algo sale mal en un parto y algunos deciden por ello dejar la obstetricia y dedicarse solo a la ginecología (Ghetti, Chang y Gosman, 2009; Mollart, Skinner, Newing y Foureur, 2013). Además, actualmente, existen pocas áreas que estén verdaderamente preparadas para adaptarse al nuevo modelo de parto respetado, ya que pocos quirófanos permiten el contacto piel con piel inmediato, faltan profesionales especializados en obstetricia y formados en el nuevo modelo de atención al parto y en cuestiones bioéticas como el respeto a la paciente y habilidades de comunicación o gestión emocional (Posicionamiento violencia obstétrica, 2021).

La violencia obstétrica no es sólo consecuencia de protocolos obsoletos y mala praxis médica, sino que se trata de una forma más de violencia de género: se infantiliza a las mujeres, tratándolas de un modo paternalista y vejatorio, pero está tan normalizada a nivel social que resulta difícil la visibilización del problema. Y la violencia de género más peligrosa es precisamente aquella que está invisibilizada. Ya que, muchas veces cometemos el error de pensar que la invisibilidad de ciertas prácticas se pueden explicar por bajas tasas de incidencia. Pero esto no es así, es que no ha sido suficientemente estudiada, en España existen pocos estudios y además la VO puede adoptar numerosas formas y en ocasiones es borrada bajo síndromes de depresión post parto o estrés post traumático.

## METODOLOGÍA

Para llevar a cabo la investigación, se opta por una metodología cualitativa, ya que se considera que es la más adecuada para analizar una realidad subjetiva y compleja. Además, las metodologías cualitativas suelen resultar más idóneas para los trabajos con perspectiva de género, ya que de ese modo como hemos dicho anteriormente, podemos trabajar con subjetividades, que las mujeres expresen sus cosmovisiones dentro de un diálogo, de modo que se fomente un clima de mayor escucha y confianza. Tal y como indican Taylor y Bogdan (1984), el estudio de las personas a través de métodos cualitativos, hace que lleguemos a conocerlas en lo personal, y a experimentar lo que ellas sienten a través de sus luchas cotidianas. El presente trabajo se encuadrará en un paradigma fenomenológico. Este, busca conocer la experiencia personal sobre un determinado fenómeno, sin buscar una explicación causal (Tójar Hurtado, 2006). Ya que, lo que se busca con este estudio es conocer la experiencia mujeres víctimas de violencia obstétrica, siendo este paradigma el más adecuado para ello. Para la realización de este proyecto de investigación se seleccionarán 2 perfiles de informantes. Uno formado por mujeres víctimas de violencia obstétrica, a las cuales se les realizarán entrevistas en profundidad, también este tipo de entrevistas al personal sanitario obstétrico (matronas) para obtener una perspectiva de los profesionales acerca de esta forma de violencia de género.. La entrevista en profundidad ha sido seleccionada como la más adecuada para llevar a cabo esta investigación ya que esta permite obtener información relevante para una investigación a través de una conversación o un diálogo parecido al que se daría en un contexto de interacción espontánea entre dos personas que tienen la confianza suficiente para conversar acerca de temas profundos y personales, como si fuesen “amigos íntimos”. Si bien es cierto que la persona entrevistadora debe tener la habilidad de, manteniendo el clima de confianza y el contexto desenfadado de una conversación, orientar la misma hacia un propósito claro y un diseño bien definido (Vallés, 2007). Ya que no se trataba de entrevistas cerradas, lo que se ha hecho es tener un guión de temas acerca de los que se quería obtener información. Estos guiones se pueden consultar en el anexo II.

Para seleccionar a las personas participantes, se ha utilizado una selección no probabilística, a través de un muestreo intencionado. De manera que las personas participantes son seleccionadas a través de procedimientos no aleatorios, en los que la investigadora ha tenido un papel activo, para así, poder asegurar la recopilación de la mayor información posible (Arantzamendi, López - Dicastillo, Vivar, 2012; Tójar Hurtado, 2006). Se realizaron un total de 7 entrevistas, 4 a mujeres víctimas de violencia obstétrica y 3 a matronas. Para acceder a los informantes se utilizaron plataformas de internet, por ejemplo grupos de madres, grupos de lactancia,... Y también se accedió al campo a través de personas conocidas de la investigadora.

También se ha empleado un cuaderno de campo. En este cuaderno la investigadora ha ido anotando reflexiones, puntos de vista, conclusiones o dudas que le han ido surgiendo a lo largo del estudio, dejando así, constancia de información que puede ser importante en el proceso posterior de análisis (Arantzamendi et al., 2012; Hernandez Sampieri et al., 2010; Tójar Hurtado, 2006).

Uno de los pasos más importantes en la investigación cualitativa es el proceso de análisis de la información. Morse y Field explican el análisis cualitativo de la información como “el proceso de agrupar los datos, hacer evidente lo invisible, vincular y atribuir consecuencias a antecedentes” (Arantzamendi et al., 2012, p. 108). El análisis de la información, en un estudio cualitativo, no es un proceso lineal, sino que es interactivo, y se lleva a cabo desde el momento en que se obtienen la primera información (Hernandez Sampieri et al., 2010).

Taylor y Bodgan (1990) proponen tres fases para llevar a cabo el análisis de los datos: 1) descubrimiento, 2) codificación y 3) relativización. En un primer momento, en la fase de descubrimiento se examinan los datos obtenidos de las entrevistas llevadas a cabo, en busca de temas emergentes. A continuación, en la fase de codificación, se realiza la división de la información obtenida, para así agrupar los datos en códigos a los que se les asigna un nombre (Arantzamendi et al., 2012). La última fase, la de relativización de los datos, consiste en “interpretar los datos en el contexto en el que fueron recogidos” (Salgado, 2007), para, a partir de ahí, extrapolar la aplicabilidad de la teoría a

otros contextos o grupos (Arantzamendi et al., 2012). Los resultados obtenidos tras este proceso de análisis se recogen en el posterior apartado denominado “Análisis y resultados”.

Para saber si una investigación cualitativa es buena es necesario que cumpla con unos estándares de calidad y rigor científico. La calidad no es una dimensión que sea aplicable solamente a la parte metodológica de las investigaciones cualitativas, sino que debe estar presente a lo largo de todo el estudio (Tójar Hurtado, 2006). A continuación se expone cómo se ha mantenido la calidad y el rigor científico a lo largo de la presente investigación. Para Guba y Lincoln (Guba, 1981; Lincoln y Guba, 1985) la calidad de una investigación se corresponde con la veracidad, la cual dividen en cuatro categorías:

- 1) Credibilidad: se refiere a la veracidad de los resultados, es decir, el grado en que estos se acercan a la realidad (Arantzamendi et al., 2012). Para ello es necesaria una labor constante de escucha activa, reflexión, relación de empatía con las personas participantes durante todo el proceso de recogida de la información. De esta manera, para mantener la credibilidad, se ha contactado con las personas participantes para aclarar dudas, se ha utilizado el cuaderno de campo y se ha realizado una transcripción literal de las entrevistas, manteniendo el idioma de la persona entrevistada para poder garantizar la riqueza contextual.
- 2) Transferibilidad o aplicabilidad: significa poder crear hipótesis de trabajo que puedan ser aplicadas en otros contextos (Arantzamendi et al., 2012; Tójar Hurtado, 2006). Para ello, se detallan las características generales de las personas participantes en dos tablas a continuación.

	Nº EMBARAZOS	Nº PARTOS	Nº ABORTOS	ÁREA SANITARIA	EDAD	PROFESIÓN
EV1	2	2	---	Ourense, Verín e Barco de Valdeorras	35/40	Profesora
EV2	3	2	1	Vigo	35/42	Bióloga
EV3	4	1	3	Vigo	45	Actriz
EV4	3	2	1	Vigo	44	Logopeda

Tabla 1. Características principales mujeres víctimas de violencia obstétrica

	PROFESIÓN	AÑOS EXPERIENCIA	HOSPITAL	TRABAJO EN SANIDAD PRIVADA	EDAD
EM1	Matrona	3	Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante	No	29
EM2	Matrona	3	Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante	Enfermera	28
EM3	Residente matrona	2	Hospital General Universitario Dr. Balmis de Alicante	Enfermera en planta de maternidad y obstetricia	27

Tabla 2. Características principales profesionales sanitarias

- 3) Auditabilidad: debido a que la realidad social es un fenómeno cambiante, es imposible replicar una investigación cualitativa a la perfección en dos contextos distintos. Para mantener la máxima estabilidad es preciso utilizar métodos para la recogida de información que se solapen o complementen (Arantzamendi et al., 2012; Tójar Hurtado, 2006). Para ello se ha utilizado el cuaderno de campo, para ir anotando dudas, reflexiones o ideas que han ido surgiendo a la investigadora a lo largo de todo el proceso de investigación.
- 4) Confirmabilidad: para conseguir este punto es necesario que las y los investigadores dejen a un lado las ideas preconcebidas y actúen con neutralidad (Arantzamendi et al., 2012; Tójar Hurtado, 2006). Este es el punto más difícil de conseguir, sobre todo ya que es la primera incursión en el proceso investigador de la investigadora, por lo que, en cierta manera y aunque se ha intentado en todo momento mantener una posición neutral al respecto, la experiencia e ideales de la investigadora pueden haber influido en el proceso de recogida de información.

## ANÁLISIS Y RESULTADOS

A continuación se expondrán los resultados obtenidos del proceso de análisis llevado a cabo de la información obtenida a lo largo de todo el proceso de investigación, dando así respuesta a los objetivos planteados al inicio de la investigación.

### O.E.1 Conocer cómo funciona el sistema sanitario en relación a la atención obstétrica.

Un factor importante a tener en cuenta para conocer el verdadero alcance de la violencia obstétrica es conocer cómo es el sistema sanitario en España y

conocer cómo se establecen los protocolos, los turnos de trabajo... a continuación haremos un repaso de diferentes temas relacionados con el sistema sanitario en España que han surgido durante las entrevistas.

#### ❖ **Diferencias sanidad pública y privada**

En España contamos con un potente sistema sanitario público, universal y gratuito, sin embargo algunas mujeres deciden utilizar la sanidad privada. Una de las principales diferencias que existen entre la sanidad pública y la privada, como señalan las 3 matronas entrevistadas es la falta de personal y recursos.

*“...en tema de recursos, pues mucho más limitada la privada, pues menor número de matronas de ginecólogos en algunas incluso ni pediatra.” EM1*

*“Partiendo de la base de que un hospital público tienes a un ginecólogo de guardia presencial 24 h y en la privada, no. En la privada tienes al ginecólogo de guardia que está en su casa y vive a 20 minutos, porque yo eso sí lo viví.*

*“Pues es que solo hace falta mirar las estadísticas, que hay una tasa de cesáreas brutal, o sea. No se la juegan” EM1.*

*“Y luego el tema de las cesáreas también. Que la tasa de cesáreas en la privada es altísima. Bueno por... Pues por el horario de los ginecólogos, por conveniencia...” EM3.*

Por otra parte, una de las matronas considera también que a pesar de contar con un potente sistema sanitario en relación a la atención obstétrica, muchas mujeres no lo aprovechan:

*“Pero yo creo que el problema no viene de si las matronas, en este caso, o el colectivo los gines, hacen preparación al parto o informan, el problema es que muchas mujeres no asisten...Que yo no digo que por su cuenta vayan a su preparación, al parto privada, o a sus talleres, o a su yoga, o sea, por supuesto, pero la sanidad pública es muy potente en este sentido y tenemos la infraestructura muy buena, con proyectores, con pelotas, con material, con bebés, con simulaciones. Y, además, que*

*se guarda un día la semana para esa preparación, pero lo que nos encontramos realidad es que muchas mujeres no vienen” EM3*

El hecho de que los números de cesáreas o episiotomías llevadas a cabo en la sanidad privada es mucho más alto que en la pública, como muestra el artículo de elDiario.es (Requena & Aguilar, 2022), puede estar relacionado con la minimización de riesgos debido a la falta de recursos o con la organización del trabajo debido a que existe un déficit en el personal necesario para una atención de calidad. Se prioriza la organización del personal sanitario por encima del bienestar de la mujeres y sus hijos, minimizando riesgos en el parto, pero aumentando la aparición de problemas de salud en ambos posteriormente (García, 2015). Por otra parte, creo que es trabajo del propio sistema sanitario preguntarse por qué las mujeres no utilizan el sistema público para su preparación al parto, como comenta EM3. Algo está fallando para que estas decidan utilizar servicios privados o que decidan no acudir a este servicio ofrecido por el sistema de salud público.

#### ❖ Actualizaciones profesionales

Por otra parte, el sistema sanitario público no está ofreciendo a las y los profesionales del campo de la obstetricia la posibilidad de actualizarse en este campo, si quieren formarse deben hacerlo por su cuenta:

*“Al final si tú te quieres formar yo pienso que tiene que ser por tu cuenta, no, no puedes estar dependiendo de lo que te ofrezca al hospital, porque si no, no, no te quedas atrás” EM1*

*“Creo que no. Creo que la que se actualiza o el que se actualizan es el que quiere...Yo al final los cursos que he querido hacer que creo que son de última actualidad, que me interesan para mi trabajo los he tenido que pagar yo” EM2*

EV4 comenta también que el sistema sanitario no te obliga a tener formación específica para la labor que vas a desempeñar como enfermera:

*“Mi hermana o mi prima estuvieron de enfermeras en...una en con la recién paridas y otra en...Primaria, en atención primaria y no tienen formación específica y una vez estás ahí, tampoco te obligan a seguir*

*formándote, con lo cual, si tú eres de la vieja escuela, pues sigues dando...A lo mejor los consejos que dabas, quiero decir lo dejan al criterio de la persona” EV4*

EM3 matiza que durante la residencia si que el sistema ofrece una formación de calidad y actualizada, pero que después es labor tuya mantener esas actualizaciones profesionales:

*“Te diría que sí, sí, que hay mucha formación. Sobre todo en, en tema de obstetricia y ginecología en el paritorio, constantemente están saliendo protocolos...Y, y ponen los medios, eso sí. Pero luego de ti depende, como cualquier profesional sanitario, que tú te actualices” EM3*

Por parte de las mujeres participantes en el estudio, también señalan que se han encontrado con profesionales del ámbito sanitario público que no estaban actualizados en cuanto a las últimas recomendaciones acerca de la lactancia materna:

*“cuando yo voy leyendo cosas y tal y digo la matrona que, que a mí me preparo para el parto de, de X1 mmm... era pro lactancia pero estaba desfasadísima porque a mí me decía cosas del tipo no le puedes dar pecho antes de las 2:00 h ni puede pasar de las 4:00 h, entonces yo a X1 la tenían un régimen militar que yo pensaba que la niña tenía cólicos y después, piensas y dices lo que tenía esta niña era hambre” EV4*

*“Si, porque la matrona de mi centro de salud es mayor y pff actualizada 0 de hecho tuve bastantes problemas con, para iniciar la lactancia y cada vez que iba allí ehh era en plan mira, pásate al biberón que total estás sufriendo para nada” EV1*

Esto es un error grave del sistema, los profesionales de la salud deben estar actualizados, sea cual sea su especialidad y considero que en un sistema sanitario público como el español debería ofrecer y primar la actualización de los profesionales que trabajan en el.

### ❖ Organización del trabajo en sistema de turnos

El sistema sanitario español establece turnos de entre 12 y 14 horas para los profesionales de la obstetricia y guardias de 24 horas para los médicos. El síndrome de burnout está presente en muchos profesionales sanitarios y en algunos estudios se considera este como causante de la aparición de la violencia obstétrica como comentan Rodríguez Mir y Martínez Gandolfi en su estudio “La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España” (2022). Sin embargo, las matronas que han participado en el estudio no consideran que ninguno de estos aspectos tenga relación con la aparición de la violencia obstétrica, incluso consideran que los turnos largos son un factor protector, ya que la mujer es probable que esté acompañada durante todo el proceso de parto por los mismos profesionales.

*“Entonces bueno, tema del burnout por el tema del turno de trabajo, pues puede ser... Pero yo no creo ya que sea tanto por el turno de trabajo, sino.... Sobre todo gente un poco, pues que no se actualiza o incluso que reniegan o del derecho de las mujeres a elegir ciertos aspectos de su parto. Yo creo que está más ligado a eso”EM2*

*“Sinceramente no creo que sea él, la mayor causa, porque hace ya muchos años también que se tratan turnos largos” EM3*

*“Cualquier persona quiere que nos atienda la misma mujer o, bueno hombre o gine o matróon o residente lo que sea. Y que hay una continuidad de cuidados hasta que nace el bebé, porque al final estableces un lazo de confianza, un vínculo entonces para mí... Es un... eso sería un factor protector, porque justamente creas el vínculo” EM3*

### ❖ Protocolos

En cuanto a las actualizaciones de los protocolos hospitalarios las matronas entrevistadas comentan que si se actualizan, pero que este es un proceso largo y, sin embargo, hay divergencias entre ellas acerca de si sienten que se cuenta con su voz o no para la actualización de estos protocolos.

*“Y yo creo que sí, que estaba bastante acorde con lo que con lo que marcan las guías” EM1*

*“Pero es verdad que... o sea necesitan actualización y eso pues, pues es lo que te comentaba antes que no siempre... Sale rápido, o sea que a lo mejor tardan años en actualizar los protocolos” EM1*

*“Si, se le comenta a la supervisora, o sea, lo hablamos entre nosotras, se comentaba supervisora y luego cada x tiempo hacemos reuniones con la jefa de servicio. Y se propone ah” EM1*

*“¿No sé yo, por ejemplo, hay hasta qué punto me puedo quejar de que un protocolo no me gusta? Yo donde yo estoy, no me siento cómoda para hacerlo” EM2*

*“Pero claro, voy yo al jefe de servicio le digo cámbialo. ¿Y va a decir tú quién eres? ¿Y tú quién eres? Sí, entonces a mí me encantaría. Por eso digo que creo que falta...Eh de equipo. Falta de equipo no?” EM2*

*“Yo te puedo hablar del hospital de Alicante, que lo bueno es que los protocolos están hechos en conjunto, en conjunto con matronas, con enfermeras, con ginecólogos, jefes de servicio, con auxiliares, la supervisora, que es un punto a favor que tiene en cuenta la voz y voto de... vamos, de todo el personal” EM3*

Este aspecto es llamativo dado que las tres matronas entrevistadas trabajan en el mismo hospital, pero cada una tiene su visión. Esto puede estar ligado con la personalidad de cada una o con la confianza que sienten que sus superiores tienen en ellas, es un punto sobre el que habría que seguir indagando.

Por otra parte, aunque puede que no estén de acuerdo al 100% con todos los protocolos que están actualmente activos en sus centros de trabajo, coinciden las tres que la existencia de protocolos es positiva:

*“Pues de bueno que al final nos obliga a todos a trabajar igual, a unificar criterios. Y de malo pues que que no individualizan las necesidades de cada de cada mujer” EM1*

*“Yo creo que un protocolo estandarizado si está actualizado está bien. Al final es una guía que te ayuda a actuar, sobre todo en complicaciones” EM2*

*“Pues a lo mejor, pues lo que te decía antes que a veces esos protocolos, no, no, no casan con tu forma de ser, o con tu forma de ver las cosas. Pero al final tú trabajas una institución pública y...y es lo que hay” EM3*

### ❖ **Intervencionismo**

El embarazo y el parto son procesos naturales, sin embargo precisan de ciertas revisiones, monitorizaciones y apoyos. Hace relativamente pocos años que el proceso de parto se lleva a cabo de forma mayoritaria en los hospitales y desde que esto ocurre se ha llevado a cabo un aumento del intervencionismo en los partos, esto quiere decir que ha aumentado la utilización de material externo para favorecer la salida del bebé. Los hospitales grandes y los privados presentan una alta tasa de intervencionismo en los partos. A este respecto obtenemos visiones dispares entre las matronas.

*“¿Es un hospital intervencionista? ...es intervencionista, pero es que es como todo depende de quién haya ese día, pues se va a meter, va a confiar más en ti, te va a dejar a ti más actuar o, o se va a meter y le va a romper la bolsa a la mujer por ponerte un ejemplo. Pero en teoría nos respetan bastante” EM1*

*“Yo creo que la verdad es que en la gran mayoría de los casos se intenta, se intenta hacer un parto vaginal. Sí que es verdad que lo mismo también depende...pero por lo que yo vivo, creo que no, donde yo estoy, no creo que sea un hospital de mucha intervención, creo que interviene cuando hay que intervenir” EM2*

*“No sé muy bien el motivo, pero sí que cada vez la gente busca más estos sitios porque la realidad es que en los hospitales grandes, hay mucha intervención, un hospital universitario, de tercer nivel, hay mucha intervención...Mucha intervención, mucha eh...instrumentalización y de provocar el parto cuanto antes mejor” EM3*

## O.E.2 Investigar si en el proceso de embarazo, parto, postparto o tras un aborto se respetan y reconocer los derechos de las mujeres.

### ❖ Consentimiento informado

El consentimiento informado está definido en la Ley de autonomía del paciente como “la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”. Por tanto, es un deber de las y los profesionales sanitarios informar acerca de todo procedimiento que se realiza en el cuerpo de la mujer y es un derecho fehaciente que las mujeres han de estar informadas en todo momento. A través de los testimonios, tanto de las mujeres como de las matronas que han participado en el estudio, podemos comprobar que se realizan muchos procedimientos durante el embarazo y el parto no informados:

*“Igual, pues igual, o sea, también va a depender de la persona que esté con ella que le toquen ese momento. Yo veo a matronas que informan de todo lo que hacen, que es lo suyo, como se debería ser hacer y otras, pues. Te dicen que te han roto la bolsa cuando ya te la han roto, entonces pues. Pues sí o te ponen los oxitocina y ni te avisan ni y cosas, así...” EM1*

*“Pero... me tienes que coser y tal me dice, no le dije ¿me hiciste episiotomía? y me dice, hombre, pero qué te piensas que para meter la ventosa no tengo que rajar” EV1*

*“No sé exactamente que me pusieron. Yo salí del paritorio, eh como en una película estás de terror en las que en la, la típica esta de los extraterrestres que lo que ves son focos blancos encima tuya y que hay gente alrededor...Pues esa sensación y no podía moverme. Tenemos sospechas de que utilizaron haloperidol” EV2*

*“Tiven que firmar a... a inducción do parto...Pero sen información...eu tiña que ler aquilo, ehh cando lle preguntei se podía acabar nunha cesárea, o tipo riuse de min: no te enteraste de nada de lo que te acabo de explicar...” EV3*

*“Cuando me llevaron a parir, sí que no sé si es que yo no sabía pujar o qué que se me subió una enfermera encima y me...Y me empujó la tripa para que saliera la niña” EV4*

En los relatos de las mujeres entrevistadas aparecen procesos no informados, tratos paternalistas o malas actitudes por parte del personal sanitario. La información es poder y cuando las mujeres en un momento tan vulnerable no están informadas se les arrebatan su poder de decisión y su capacidad de raciocinio. Parece que no se les explican los procedimientos porque no los van a poder entender.

#### ❖ **Planes de parto y respeto a las decisiones de las mujeres**

Las mujeres tienen derecho a decidir cómo quieren que sea su parto y pueden decidir si dar lactancia natural o no, pero no siempre estos derechos de las mujeres se respetan o no siempre son informadas acerca de sus propios derechos.

Los planes de parto deben ser explicados y elaborados con las matronas durante el periodo de embarazo, eso dicen los protocolos, pero las matronas nos cuentan que no llegan muchas mujeres con planes de parto, por lo que deberíamos preguntarnos si es porque no hay una buena información previa sobre cómo hacerlo y lo que son o si las mujeres no se ven con la confianza suficiente cuando llegan al hospital como para entregarlo:

*“Yo he tenido épocas en la resi que llegaban muchas mujeres con el plan de parto, pero esto va como todo depende de la información, pues...Si ha hecho clases de educación maternal si su matrona de atención primaria la informo” EM1*

*“Me gusta que la mujer me diga, tengo un plan, es verdad que no estamos acostumbrados a verlos. No estamos acostumbrada que nos lo digan” EM2*

*“A ver no, no llegan muchas mujeres con plan de parto y la pregunta es por qué? ¿Por qué no vienen con plan de parto? Porque desde el centro de salud nosotros tenemos que informar, lo que es un plan de parto. Tenemos que entregarlo y tenemos que decirle que luego sin miedo que*

*lo entregue. Entonces eh, entre que a lo mejor ya desde un principio no se hace, no se ofrece el plan de parto, entonces a paritorio no llega y que luego que durante el camino se pueden perder” EM3*

¿Y qué pasa cuando las mujeres si llegan con un plan de parto elaborado y con las ideas claras? Que depende con que profesional se encuentren, pueden ser escuchadas y respetadas o no:

*“Pues si me lo das a mí te lo voy a respetar y lo voy a intentar hacer lo mejor posible porque yo creo que estoy bastante concienciada, pero si se lo das a, pues por ponerte un ejemplo a una matrona que tiene 60 años ya que está a punto de jubilarse que...Que es como es, pues te lo voy a tirar a la cara, o sea, al final tu parto y tu lactancia es que van a depender de la persona que te toque y es así de triste” EM1*

*“O sea, por supuesto, si tú por ejemplo, te hablo en mi hospital, tú vas con tus 13 que no te quieres poner una vía. Y te la van a poner” EM2*

*“Yo personalmente veo en el paritorio cuando un plan de parto a la gente le molesta...molesta que una mujer venga y te diga lo que son sus derechos porque no está pidiendo que la pongas a hacer el pino, está pidiendo cosas básicas”EM3*

A todas las mujeres entrevistadas se les ha sido negado alguno de sus derechos bien fuera durante el proceso de embarazo, parto o postparto. Durante la pandemia del COVID-19, muchos protocolos que se implantaron en relación a la atención obstétrica provocaron un recorte en derechos de las mujeres, por ejemplo:

*“Pero claro, antes de la semana 25 a mí no me hicieron ningún tipo de seguimiento con la matrona. Y cuando le decía, oye, mira, quiero que me hagas por lo menos la ecografía para saber si mi hija tiene latido y si mi hija está bien. Y me dice: Más ganas que tú de oír el latido de su hija tienen aquellas mujeres que ya han pasado de la semana 25 porque esas tienen un bebé vivo que si paren va a salir vivo de esta pero el tuyo no” EV2*

Además de verse implicadas en procedimientos no consentidos:

*“...e aí e cando xa sin consultar instrumentos, espátulas e a episiotomía, sen consultar nada” EV3*

*“Una vez dentro, pues nada lo mismo. Gritos de empuja bien a ver si es que no te enseñaron en las clases parto a empujar. Esto es culpa tuya. Bueno ventosa, maniobra de kristeller sin avisar también” EV1*

Los profesionales sanitarios utilizaban, otra vez ese paternalismo y superioridad utilizado para coaccionar a las mujeres o asustarlas con poner en peligro la vida de sus bebés para que aceptasen una intervención en vez de explicarles lo que estaba pasando y utilizar argumentos para justificar esa intervención:

*“En lo primero me soltaron es que el último que tenían que hacer a mi era darme explicaciones” EV2*

*“O solicitar una orden judicial contra mí. Para hacerme una cesárea bajo sedación porque no quiere tener que lidiar conmigo” EV2*

*“Y no sabía que ejercer un derecho que es rechazar, un procedimiento médico y un tratamiento médico que tiene efectos secundarios tanto sobre la madre como sobre el feto. Que siendo un derecho que yo tengo. Me lo pudiese negar y llegar a esos a esos límites de violencia” EV2*

### **O.E.3 Indagar acerca del acompañamiento a las mujeres durante el proceso de embarazo, parto, postparto y tras un aborto.**

#### **❖ Sistema sanitario**

Las mujeres embarazadas tienen derecho a una cita cada mes con la matrona de atención primaria. Esta matrona debe ser la encargada de acompañarla, solventar todas las dudas que vaya teniendo y prepararla para el momento del parto. A través de los relatos obtenidos con las entrevistas, observamos que el acompañamiento por parte de las instituciones es algo imprescindible, pero que en realidad no siempre se está llevando a cabo de la forma adecuada y que las mujeres, muchas veces, se sienten abandonadas:

*“Creo que hace falta matronas de primaria, que ya las hay, pero más creo que hace falta mucha formación de preparación al parto de las mujeres que las mujeres conozcan su cuerpo” EM2*

*“Creo que es falta esa. Esa díada. Sistema sanitario, mamá. Esa matrona mamá. Pero ya no solo en el parto, porque es que el parto es un momento, el parto.... Como mucho que van a ser bien 24 horas? son muchas, pero cuando... 12 horas de tu vida? es que es el después, es que es el antes y sobre todo el después” EM2*

*“Creo que faltan matronas en la planta de maternidad, la planta obstetricia en la planta de gine, incluso con las amenazas de parto prematuro o las amenazas de aborto. Creo que hace falta una matrona, creo que es la el profesional especializado en los cuidados a la mujer y el recién nacido. Entonces creo que ahí faltamos” EM2*

*“Acompañada poco. Eh, porque al final las revisiones que te hacen son ecografías de peso. Te mido la tensión te doy una dieta. Siguiete revisión. Que te peso, te mido, te doy otra dieta con un color más fosforito y en las sucesivas citas cada vez el color más fosforito” EV4*

*“Entón hai un abandono das secuelas, das consecuencias a tódolos niveis, físico, psicológico... conseguín despois de moito tempo na seguridade social co fisio” EV3*

#### **❖ Red de apoyo**

Por otra parte, un pilar fundamental para las mujeres es su familia o la red de apoyo que una va construyendo con el paso de los años, tanto para recuperarse del parto, como para la posterior crianza del bebé:

*“Precisas de tribu para poder sair adiante” EV3*

*“...las madres que tenemos, que tenemos red de apoyo, que yo siempre tuve mucha en casa entre mi madre, mi marido, mi hermana y tal tenía toda la red del apoyo genial, pero no me quiero imaginar familias que no tengan red de apoyo, tiene que ser la cosa jodida...” EV4*

Sin embargo, algunas veces no se tiene en cuenta esta red de apoyo durante el proceso e incluso esta red, una vez nace el bebé, deja abandonada, en cierta medida, a la mujer.

*“Creo que hace falta...Incorporar a las familias. Incorporar a los abuelos a las abuelas a...Estos apoyos porque luego la mujer se va a su casa y qué fácil, es decirle chicas de niño no come, este niño está enano. No sé, creo que faltan esas cosas” EM2*

*“Y luego la familia sin querer, centra toda su atención en el bebé. Y, la mujer que acaba de pues de dar una vida, de dar a luz, el cambio hormonal, brutal, social, emocional. Y luego toda responsabilidad que conlleva el cuidar de una criatura dependiente. Pues se olvida todo el mundo de ella” EM3*

#### ❖ **Salud mental**

El hecho de quedarse embarazada suponer un cambio trascendental en la vida de cualquier mujer y cualquier eventualidad que pueda ocurrir durante el proceso puede afectar de forma negativa a su salud mental. Los relatos obtenidos nos muestran que esta atención a la salud mental de las mujeres no es del todo adecuada por parte de las instituciones, ni durante el proceso, tanto de embarazo y parto, como de las posteriores secuelas emocionales o traumas que las mujeres puedan tener:

*“Pero creo que en general no tenemos en cuenta los sentimientos de... o las preocupaciones creo que no creo que no tenemos en cuenta su salud mental, creo que no creo que deberíamos tener más en cuenta” EM2*

*“El parto es crucial para luego el desarrollo de muchos trastornos mentales. Como la depresión posparto, una psicosis puerperal, el estrés postraumático...O sea que yo creo que el parto es un momento muy corto, muy efímero, pero que sí que tiene muchas trascendencia. Sobre todo en el posparto” EM3*

*“He necesitado terapia durante muchísimos meses. Para poder sobrellevar el trauma que porque yo reviviré estar en aquella cama*

*completamente indefensa, sin poder moverme y me acuerdo de un momento del dolor del corte del bisturí. Capa a capa” EV2*

Las acciones que se llevan a cabo por parte del personal sanitario y la forma con la que se trata a las mujeres cuando se tiene que enfrentar a alguna dificultad en su proceso de embarazo o parto, son cruciales a la hora de la gestión emocional de las mujeres. Cuando hay una amenaza de parto prematuro, los protocolos establecen que si esta amenaza de parto se produce antes de la semana 25 no intervienen para tratar de pararlo, sin embargo, la forma de actuar de los profesionales sanitarios influye en como una mujer asuma esta circunstancia:

*“Y yo me volví a mi casa llorando, me pasé 3 días metida en esta cama. Llorando con contracciones pensando que mi hija iba a hacer para morirse” EV2*

Así mismo ocurre cuando después del parto, las mamás se quedan solas en una habitación, cuando sus bebés tienen que irse a una UCI o a alguna consulta, si no se informa a esa mujer de cómo está su bebé o qué está pasando con él, empiezan a darle vueltas a la cabeza afectando negativamente a nivel emocional en un momento en el que son muy vulnerables.

*“E despois para o cuarto, estiven 4 horas sin poder ver ó neno, e sin información... Non sabía se o neno estaba vivo, si estaba morto.... Nin nada, entón estaba... aí comezou como, no? Algo cerebral que...” EV3*

#### **O.E.4 Investigar cómo las desigualdades de género influyen en la atención sanitaria obstétrica.**

La violencia obstétrica está calificada como una forma de violencia de género, la cual se ejerce sobre las mujeres solo por el mero hecho de serlo. A lo largo de los discursos obtenidos en las entrevistas se han podido observar la manera en que el género influye como factor desencadenante de la sistematización de la violencia obstétrica.

##### **❖ Patologización de un proceso natural**

En primer lugar nos encontramos con que durante el proceso de embarazo, parto y postparto se lleva a cabo una patologización del mismo, tratando a las

mujeres como enfermas, cuando este se trata, a priori, de un proceso completamente natural:

*“...que la mujer se sienta segura y que no olvidemos que no es una mujer enferma, que es una mujer sana y que está dando a luz” EM3*

*“... o embarazo non é unha enfermidade, pero parece...” EV3*

Esto se lleva a cabo desde que se comienza a dar a luz en los hospitales, se pasa de parir en un ambiente conocido, seguro, a un lugar extraño, lleno de gente que entra y sale sin dar explicaciones, donde no eres libre de moverte o de dar a luz en la posición que tu cuerpo te dice que es la mejor:

*“eso yo tuve que subir al potro sí o sí, yo decía, pero déjame, déjame cagarla, así que yo estoy en esta posición. Me estaba agarrando la rodilla, yo a mí misma y digo, yo creo que así sale no, no te tienes que subir al potro, te tienes que subir al potro y la y la matrona que era majísima, pero ahí no me dejó elegir” EV4*

*“E logo... bueno estaba na sala de dilatación... e tes a pelota e tal, podes usala pero non te podes soltar da máquina ajajajaj. Enton podía estar o lado da camilla sentada e facer asú un pouco pero...” EV3*

#### ❖ **Importancia de la información previa de las mujeres**

Cuando una persona acude a un centro hospitalario por cualquier motivo de salud no se plantea tener que formarse previamente acerca de su condición, acude y confía en el criterio y profesionalidad del personal sanitario. Sin embargo, hemos visto a lo largo de todas las entrevistas realizadas que no ocurre lo mismo con el proceso de embarazo, parto y postparto. Las mujeres deben formarse e informarse mucho previamente y durante el proceso para conocer sus derechos e impedir que sean pisoteados, acerca de lo que es mejor para ellas y sus bebés y para poder estar muy seguras y confiadas durante un proceso muy vulnerable:

*“Al final yo creo que la atención es muy desigual. Que depende mucho del profesional” EM2*

*“...porque muchas veces la mujer desea una cesárea, pero no está muy bien informada de lo que eso conlleva” EM3*

Las mujeres deben conocer los protocolos, la ley de protección del paciente, las recomendaciones de la OMS, los derechos sobre su cuerpo... para poder reconocer e impedir que se ejerza sobre ellas violencia. Esto es muy cansado y aun cuando las mujeres son conscientes de que se está ejerciendo violencia sobre ellas, no siempre son capaces de reaccionar, debido a la vulnerabilidad de la situación.

*“Hombre cuando me hicieron las kristller ahí a lo loco sin avisarme , cagué viva, pero literal, ya no por el hecho de que me pasara algo a mí, sino jolín, es que solo un mínimo que leas o te informes ya sabes que esa maniobra ya en muchos sitios está prohibida, se supone que no se recomienda” EV1*

*“Y mi marido fue mi marido, claro, mi marido no, no sabía nada, no entiende o no ha leído y me mira entonces en nuestra, pues mira una buena solución y dije, me está ofreciendo una kristeller cariño, es una maniobra que está desaconsejada por la Organización Mundial de la Salud porque tiene serias complicaciones” EV2*

*“Tes que te poner moi firme, porque eu logo me puxen e funciona, pero pásalo mal... e aínda así non funciona 100%” EV3*

*“De hecho, con la lactancia de X2, yo siempre ya decía, yo sí, sí, sí, sí, y yo hacía lo que me salía del coño, porque ya había leído, y entonces así estuve hasta los 3 años” EV4*

#### ❖ **Infantilización y dehumanización**

Durante el proceso de embarazo, parto y postparto, el personal sanitario se dirige hacia las mujeres con paternalismo, infantilizadas, tratadas como si no supieran lo que quieren o tratando de cuestionar sus decisiones.

*“Tratarla como una mujer, como una persona, como una adulta” EM2*

*“Pero a una mujer se la ningunea. En el momento en que se queda embarazada” EV2*

*“Entonces hay que cambiar ese modelo de diferencia a la mujer si ya no usamos paternalismo ni en los niños. En oncología, cuando una mujer o un hombre no se quiere poner una quimioterapia porque no quiere, pues aquí tiene que ser igual” EM2*

*“... si coaccionada. Sentíame amenazada... infantilizada. Risas por cosas que a min me facían gracia...” EV3*

Al mismo tiempo se las trata, algunas veces, no como personas humanas adultas, sino como “contenedores” que transportan algo que está por encima de ellas y dejan de tener el control de su cuerpo:

*“Non se escoita as mulleres, non...Es unha vasija, es un contenedor, un cofre” EV3*

*“Y no, y no vale todo. Y no se puede tratar a la mujer como una máquina que hace un producto, y que el producto vale más que la máquina. Y que si hay que romper la máquina para sacar el producto todo vale” EV2*

#### ❖ **Cuestión de género**

La violencia obstétrica es una forma más de las diversas violencias que se ejercen hacia las mujeres por el mero hecho de serlo, por lo que muchas veces la única causa o desencadenante de esta violencia ejercida por el personal sanitario, sin importar su rango o especialidad, es el hecho de estar delante de una mujer. Durante las entrevistas e han recogido testimonios que sustentan como eje central de la violencia obstétrica las desigualdades de género existentes en la sociedad:

*“É verdade e eu creo que acontece coas mulleres... o nacemento trátase mal e a morte parece que ten outra solemnidade.. e claro dime: e que parir paren as mulleres e morrer morremos todos...” EV3*

*“Creo que hay una diferencia entre lo que es una mala praxis y una violencia obstétrica, igual que porque considero que si fuera un hombre no se le haría” EM2*

La culpa es otro eje central sobre el que se sustenta el patriarcado, la culpa hacia las mujeres. Todo el tiempo las mujeres estamos bajo una presión

constante para cumplir con las expectativas que se espera de nosotras en cada momento y si no se nos culpabiliza de lo malo que nos pueda pasar:

*“Exacto y esa sensación de culpa que luego sientes tú completamente injusta hacia ti y hacia tu bebé y hacia y hacia todo, pero entiendo que al final la culpa es algo que nos persigue a las mujeres y especialmente a las madres” EV2*

*“E o final cargas coa culpa e a culpa non é nosa e dun sistema moi cruel, moi inxusto, moi devastador con todo, co natural, un capitalismo feroz e dentro deso non, non pode ser” EV3*

Otro aspecto importante, relacionado con el género y que se ha podido recoger en las entrevistas es el hecho de que existe una gordofobia estructural y que afecta en la mayoría de casos a las mujeres:

*“...yo también he visto gente que era una señora a una mujer en pleno parto, señora, usted está gorda, pero vamos a ver tú no puedes hacer eso. Es que es una falta de respeto” EM2*

*“Para ellos pesar 65 kg embarazada era sobrepeso...No son los kilos, son las palabras: tu no tenías que engordar” EV2*

*“... e logo a gordofobia, tes que baixar de peso...Todo é que estas gorda. E as formas e todo o final eu creo que aí... como botándoches a culpa” EV3*

## **O.E. 5 Indagar sobre el conocimiento de la violencia obstétrica en la sociedad.**

### **❖ ¿Qué es violencia obstétrica?**

La violencia obstétrica abarca un amplio repertorio de actos violentos ejercidos por el personal sanitario, o mismo por el propio sistema, hacia las mujeres de forma sistematizada. No todas las mujeres saben reconocerla:

*“Y a ella no la vas a concienciar de que lo que ha sufrido es violencia, que ella tenía derecho a estar 72 horas, ver si se ponía de parto a monitorización” EV2*

*“No, porque de hecho yo lo contaba como anécdotas. Luego al leerlo en redes y enterarme de lo que es la violencia obstétrica, digo, ostia, pero si esto me pasó a mí, esto me pasó a mí, esto me pasó a mí” EV4*

Y las que si saben, la han sufrido aun siendo conscientes de lo que estaba pasando, ya que el sistema se aprovecha de un momento muy vulnerable para ejercer esta violencia:

*“Y yo se lo dije a mi marido, digo, nos levantamos y nos vamos. Porque esto pinta mal, pero al final nos quedamos. Tenemos miedo, no dejan de infundirte miedos y te cabe la duda siempre de siendo parte, no tener la verdad” EV2*

*“é duro eh... e ti non cres como muller, bueno eu teño 45, pero xa dunha época que xa no é a da miña nai, evolucionadas, independentes, con estudos...ti que vaias caer nesta, entón é un golpe, como que te volve sentar para atrás...É unha humillación é dis ostras tío, é un caer na realidade de aínda estamos así...” EV3*

Además la violencia obstétrica no implica grandes actos violentos, sino que se puede ejercer, por parte de cualquier profesional de la rama sanitaria, muchas veces de forma muy sutil. Está tan sistematizada y normalizada que el personal sanitario la ejerce incluso sin ser conscientes de ello:

*“Al final es que violencia obstétrica la ejerce el ginecólogo o la matrona, el celador auxiliar, o sea, no es algo de un colectivo que ellos se sienten más atacados. Pero, pero para mí violencia obstétrica, pues eso es no informarte, por ejemplo, hacerte algo sin informarte eh y, no respetar tus derechos y sí que existe, o sea claro que existe” EM1*

*“Vamos que yo creo que hay muchísima violencia obstétrica, si, y porque al final eso engloba muchas cosas y es que a veces tenemos ciertos comportamientos muy interiorizados y quizá pues nos da la sensación de que no es violencia, pero que luego realmente si te das cuenta de que sí, claro” EV1*

*“Tenemos muchas ucranianas y al final, pues no te esfuerzas igual, yo veo que no, no te esfuerzas igual no estás ahí gastando tiempo en el traductor y...Cuesta más y al final, pues si tienes mucho trabajo, pues yo soy la primera que a veces lo hago y digo, bueno, cuando tenga un rato me paso y ya le cuento tranquilamente, pero que muchas veces no tienes ese momento” EM1*

#### ❖ **Tabú**

A pesar de que la violencia obstétrica está reconocida por la OMS y diversas asociaciones en todo el mundo, todavía sigue siendo un tema tabú y que produce mucho daño en el ámbito sanitario, pero el hecho de que es una violencia sistematizada y real no se puede negar:

*“Pues sí, o sea claro que sí. Este y claro que se intenta tapar... es que al final, pero no es algo de atacar a un colectivo. Yo pienso que se confunden los términos porque que el colectivo médico se siente atacado” EV1*

*“... pero que el término sigue haciendo daño, sigue calando y se intenta evitar... Pero vamos que yo llevo 2 años de residente y lo he visto día sí y día también” EM1*

*“...yo no estoy de acuerdo, yo creo que la violencia obstétrica que existe y creo que hay que decirlo” EM2*

*“...es un término a lo mejor suena fuerte porque violencia es una palabra muy fuerte, pero es que detrás de ese término se esconden hechos. Hechos palabras, caras, gestos y eso lleva siendo así toda la vida” EM3*

#### ❖ **Cambios en el sistema**

A pesar de que ya hace varios años que la OMS está advirtiendo de que los gobiernos deben actuar en consecuencia para poder acabar con la violencia obstétrica, no se está procediendo de la manera adecuada, ya que esta violencia sigue estando presente en todos los ámbitos sanitarios. Sin embargo, si se están llevando a cabo pequeños cambios en el sistema o en la forma de actuar del personal sanitario para reducir el impacto de esta violencia sobre la

salud de las mujeres y sus bebés, pero todavía queda un camino largo que recorrer:

*“Pero es verdad que, o sea necesitan actualización y eso pues es lo que te comentaba antes que no siempre... Sale rápido, o sea que a lo mejor tardan años en actualizar los protocolos” EM1*

*“Yo estoy súper a favor de los planes de parto. Creo que las mujeres tienen que hacer planes de parto, creo que las mujeres tienen que ir informadas a su parto y una forma de que vayan informadas a su parto es hacer un plan de parto” EM2*

La forma de lograr el cambio es alzar la voz, escuchar a las mujeres, al personal sanitario que quiere cambiar el sistema. Es necesaria a colaboración de todas las partes para lograr el cambio real.

*“...pero es verdad que hay que empezar a hablar y hay que alzar la voz y cada vez más por, para los derechos de las mujeres” EM3*

*“Está moi ben armado, unha das enfermeiras que eu entrevistara era optimista, non? Pensaba que todo ia poder mudar, de aquí a 30 nos, as asociacións, nos as mulleres, ti, eu, falar desto...” EV3*

*“Yo mira, yo he denunciado porque mi madre, en los 80 se hizo dos cesáreas voluntariamente. Porque estaba de 38 semanas y le decía que los embarazos duraban 9 meses y que si con 38 semanas de embarazo no se había puesto de partos que nunca se iba a poner de parto. Y yo decía, mi madre ha vivido siempre con el estigma de pensar que ella no sabía parir o que no podía parir y yo no quería eso para mí” EV2*

## **DISCUSIÓN**

Al inicio de la investigación se plantearon tres preguntas a las cuales se les ha tratado de dar respuesta a través de los datos recogidos en las entrevistas llevadas a cabo: ¿Las mujeres y los profesionales de la salud saben reconocer la violencia obstétrica? ¿Qué consecuencias tiene en la salud de las mujeres este tipo de violencia? ¿Las desigualdades de género influyen en la sistematización de esta violencia dentro del sistema sanitario?

La violencia obstétrica existe. Es un problema estructural de nuestra sociedad y afecta, en mayor o menor medida a todas las mujeres. Es una violencia ejercida tanto por el sistema como por el personal sanitario, independientemente de su rango o especialidad. La violencia obstétrica no siempre es reconocida, ni por las mujeres que la sufren ni por los profesionales que la ejercen. Debido a que esta violencia es estructural, sistemática y ejercida únicamente contra las mujeres está íntimamente relacionada con las desigualdades de género, por lo que es una forma más de violencia de género.

El sistema sanitario y, en el caso de España, el sistema sanitario público es el encargado de dar respuesta, acompañar y atender a las mujeres y sus bebés a lo largo del proceso de embarazo, llegando este a término o no. En nuestro país las mujeres tienen el derecho por ley de poder decidir aspectos tan importantes para sus vidas como poder interrumpir el embarazo de forma voluntaria, elegir ciertos aspectos de cómo quieren que sea su parto, su lactancia... sin embargo, a lo largo de esta investigación se ha podido comprobar que estos derechos no siempre son respetados y que muchas veces el sistema falla en cuestiones tan relevantes como es un buen acompañamiento, el respeto absoluto a las mujeres y sus decisiones y el trato de las mujeres como personas adultas con capacidad de decisión. Se ha podido comprobar que las profesionales entrevistadas hablan de una falta de medios para poder llevar a cabo partos naturales, que muchas veces se ven saturadas por el volumen de trabajo o que afirman que cuando llevas muchas horas trabajadas tu atención no es la misma, por lo que observamos que este es un fallo claro del sistema. Las tasas elevadas de episiotomías o de inducciones de partos, el hecho de que estemos a la cabeza en número de partos instrumentalizados, la gran tasa de cesáreas, muy por encima de lo recomendado por la OMS (datos del Euro Peristat en 2015), pueden venir derivadas de esta falta de medios o el volumen de trabajo y además, ser uno de los desencadenantes de que no se estén cumpliendo muchas de las recomendaciones del Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud, publicado por el Ministerio de Sanidad en el año 2012 (Iglesias, Conde, González & Parada, 2019).

Por otro lado, existen profesionales sanitarios que niegan la existencia de este tipo de violencia contra las mujeres, de hecho en España, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, en el año 2021 publicó un comunicado expresando su rechazo ante el intento del gobierno acerca de legislar sobre la violencia obstétrica con la reforma de la Ley del aborto. En este comunicado se “garantiza la inexistencia de actos violentos en la atención a las pacientes” y se afirma que hablar de violencia obstétrica “criminaliza las actuaciones de profesionales que trabajan bajo los principios del rigor científico y la ética médica”. A pesar de que la violencia obstétrica está reconocida por la OMS y diversas organizaciones internacionales, que varios países de Latinoamérica han legislado para acabar con ella, que España cuenta con 3 sentencias de las CEDAW por violencia obstétrica, que están surgiendo asociaciones como El Parto es Nuestro que luchan por los derechos de las mujeres en este aspecto y a pesar del debate social y político surgido en torno a esta declaración, finalmente el gobierno decidió eliminar el apartado sobre violencia obstétrica de la nueva Ley del aborto, llegando a eliminar por completo el termino del texto legislativo. Esto, unido a que todos los testimonios recogidos, tanto de mujeres que han pasado por embarazo y un parto y de las profesionales de la salud, nos indican y corroboran la existencia sistemática de este tipo de violencia hacia las mujeres, indica que el sistema patriarcal se sigue protegiendo e intentando acabar con cualquier intento de cambio que impida que la mujer siga estando en un posición subordinada.

Los testimonios recogidos corroboran la existencia de la violencia obstétrica y no tiene porque ser con grandes actos de violencia física o psicológica como han sufrido algunas de las mujeres entrevistadas, sino que como bien nos cuentan las matronas entrevistadas, pequeños actos, que podrían parecer inocuos, como pueden ser no explicarle a las mujeres los procedimientos que se van a llevar a cabo en sus cuerpos, no respetar la decisión de una lactancia materna, intentar hacer cambiar de opinión a las mujeres o que no puedan estar acompañadas en todo momento por la persona que ellas decidan, ya constituye un acto de violencia.

Otro de los fallos del sistema, como bien se puede apreciar en todos los testimonios recogidos, es el hecho de que el acompañamiento durante el

proceso de embarazo, parto, postparto y sobre todo tras un aborto no es el adecuado. Las mujeres están a merced de que los profesionales que las atiendan estén correctamente formados y actualizados para poder darles una atención de calidad. Como se ha podido comprobar, muchas mujeres se sienten abandonadas por el sistema y tienen que buscar la manera de informarse y formarse acerca de sus derechos de manera autónoma, además de que muchas veces las secuelas no son reconocidas como tal y , por tanto no se da una atención adecuada a las mismas (problemas de suelo pélvico, molestias por episiotomías, problemas de salud mental...). Uno de los problemas con los que se encuentran las mujeres que llegan al hospital queriendo ejercer sus derechos y que sean respetadas es que no siempre sienta bien al personal sanitario, ya que algunas veces estos priorizan la facilitación de su trabajo y la organización del mismo, sobre el beneficio de la mujer. Esto es irónico ya que hasta hace relativamente poco los partos eran en casa, por lo que, a no ser que surgiese alguna complicación, los partos nunca estaban medicalizados ni instrumentalizados. El proceso de embarazo y parto es algo natural, pero desde hace un tiempo se ha patologizado y medicalizado todo lo que rodea a este proceso, convirtiendo a la mujer en paciente subordinada al criterio médico amparado en una reducción y minimización de los riesgos y posibles complicaciones durante el parto, sin embargo no existen datos que respalden esta teoría de forma convincente (Al Adib, Ibáñez, Casado & Santos 2017). Esto desemboca, como hemos podido comprobar, en una reducción o desaparición completa del derecho de las mujeres a decidir sobre su salud sexual y reproductiva (Al Adib, Ibáñez, Casado & Santos 2017). Este proceso de medicalización e intervencionismo en los partos ha hecho que aumenten los problemas de salud mental, sobre todo en el período de puerperio y postparto (García, 2015).

La violencia obstétrica es ejercida sobre las mujeres por un sistema patriarcal opresor que pretende arrebatarse a las mismas todo poder de decisión (Bellón, 2015). Debido a ello, este tipo de violencia se puede encuadrar como un tipo más de violencia de género. A continuación, se analizarán ciertos aspectos recogidos en las entrevistas y que se han encontrado en otras investigaciones

que sustentan el hecho de que el género es la principal causa de la aparición y sistematización de esta violencia dentro de los sistemas de salud.

Todas las personas entrevistadas en esta investigación consideran que muchos de los actos violentos ejercidos por el personal sanitario no ser llevarían a cabo si los que están delante fuesen los hombres. Por lo que consideran que la cuestión de género es principal para el desarrollo de la violencia obstétrica. Las mujeres entrevistadas hablan de la culpa como método de coacción para que accedieran a ciertos procedimientos, se amenaza a las mujeres y se les infunde el miedo a hacerles daño a sus bebés para así obligarlas, en cierta manera, a aceptar algún procedimiento. Las mujeres nunca van a querer poner en riesgo la vida de sus bebés, por lo que utilizar el riesgo hacia la vida de los bebés como coacción es una práctica completamente denunciada. La culpa es una de las herramientas que el patriarcado utiliza para mantener a las mujeres en esa posición de subordinación (Martínez, 2021), se culpa a las víctimas de la violencia sexual por la forma en la que van vestidas, se culpa a las víctimas de violencia de género por no escapar a tiempo de la situación... la culpa tiene un poder grandísimo sobre la conciencia de las mujeres y, como comenta una de las entrevistadas, las mujeres estamos presionadas para ser madres, pero se nos culpabiliza y recrimina cuando estando embarazadas no vemos el proceso como un momento idílico, teniendo que enfrentarnos a comentarios misóginos como “no gritabas tanto cuando lo hacías” (EV3) o “tuviste gusto para hacerlo, pues ahora te jodes...” (EV3).

Las formas en las que se ha de tratar a las mujeres y se les informa acerca de lo que puede suceder o de los procedimientos necesarios deben ser respetuosas. Se ha de tratar a las mujeres como personas adultas, responsables de sus actos y respetar sus decisiones sin paternalismos. Sin embargo, la infantilización y deshumanización de las mujeres gestantes o que están en un proceso de parto es una práctica habitual (García, 2015; Iglesias, Conde, González & Parada, 2019; Terán, Castellanos, González y Ramos, 2013; Bellón, 2015; Rodríguez y Martínez, 2022). Se intenta cambiar las decisiones ya tomadas por las mujeres, por ejemplo acerca de la lactancia, como comentaba una de las matronas entrevistadas.

Otro de los ejemplos de ese trato deshumanizador es el hecho de tratar a las mujeres como “contenedores” o “máquinas”, percepción que también comentaba alguna de las mujeres entrevistadas. Se desprovee a las mujeres de su condición humana y de su poder de decisión con respecto a su cuerpo, porque se considera que lo que está gestando está por encima de ella y que el personal sanitario tiene un poder de decisión superior sobre la mujer en lo que respecta a su bebé (Bellón, 2015).

Uno de los aspectos que más me han llamado la atención a la hora de analizar la información obtenida con las entrevistas, es que en 4 de 7 entrevistas ha salido el tema del peso. La gordofobia es un tema de candente actualidad y sobre el que está surgiendo un debate social muy acuciante. La gordofobia “es el odio, rechazo y violencia que sufren las personas gordas por el hecho de ser gordas” (Instituto Canario de Igualdad, 2021) y tiene una especial incidencia sobre las mujeres, ya que el sistema patriarcal ejerce sobre nosotras una brutal exigencia para cumplir con los cánones estéticos de belleza, juventud y delgadez (Instituto Canario de Igualdad, 2021). Cada vez son más las mujeres gordas que reivindican el hecho de que tener una corporalidad gorda no siempre tiene que ir asociado a problemas de salud. La presión estética que el sistema ejerce sobre las mujeres llega incluso al proceso de gestación que conlleva en sí mismo un aumento de peso. Tres de las mujeres entrevistadas han sido juzgadas por su peso, sin darles una base médica, durante su gestación. Por tanto, es imprescindible escuchar a las mujeres, para poder detectar todos los procesos de violencia con los que tenemos que convivir en el día a día para así dejar de normalizar ciertas conductas.

Otro de los temas que aparecen en alguna de las entrevistas, pero no se ha tratado en profundidad es cómo la crisis sanitaria derivada de la pandemia de la COVID-19 fue un factor de riesgo para sufrir violencia obstétrica, ya que las mujeres debían acudir solas a las citas médicas pudiendo recibir una mala noticia sin apoyo, tener que dar a luz también sin una persona de su red de apoyo que las acompañase, priorizar los partos por cesárea en los primeros protocolos COVID, preferencia por los partos instrumentados porque en los protocolos se indicaba que “dado que durante los pujos activos la exhalación es mayor y no se puede asegurar la efectividad de las mascarillas, se intentará

acortar lo más posible la fase activa del expulsivo" (Angulo y Suarez, 2021). Una investigación llevada a cabo en China revela que de los 108 casos analizados de mujeres embarazadas que habían dado positivo en COVID-19, el 92% fueron sometidas a una cesárea alegando que se debían realizar para evitar estrés fetal, sin embargo no existían estudios que demostrasen la correlación entre esas dos variables (ZaighamyAndersson, 2020).

Como se ha podido comprobar a lo largo de toda la investigación la violencia obstétrica es una realidad. Una realidad que afecta negativamente a la salud y la vida de las mujeres y sus hijos e hijas. Es una violencia invisibilizada por las instituciones y un tema tabú entre el personal sanitario. Sin embargo, parece que cada vez más mujeres están alzando la voz y organizándose para luchar contra esta violencia permitida y sistematizada. Aun así, hasta que las instituciones se hagan cargo y reconozcan su existencia no se podrá luchar verdaderamente para terminar con esta lacra. Es imprescindible seguir investigando y dando voz a las mujeres para que se pueda terminar con la violencia obstétrica y todo tipo de violencia de género.

## CONCLUSIONES

<b>OBJETIVO GENERAL</b>	<b>CONCLUSIONES</b>
Visibilizar la violencia obstétrica como una forma común y sistematizada de violencia de género	<p>La violencia obstétrica es una realidad y está presente en el sistema sanitario español, tanto público como privado.</p> <p>Es necesario seguir investigando sobre la violencia obstétrica para poder conocer el verdadero alcance de la misma.</p>
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<b>CONCLUSIONES</b>
Indagar sobre el conocimiento de la violencia obstétrica en la sociedad	<p>Existe una invisibilización por parte de las instituciones españolas acerca de este tipo de violencia.</p> <p>En ocasiones ni personal sanitario ni muchas mujeres conocen el alcance de la violencia obstétrica ni saben reconocerla.</p>

<p>Conocer cómo funciona el sistema sanitario en relación a la atención obstétrica</p>	<p>Se están llevando a cabo cambios dentro del sistema sanitario en relación a los protocolos de parto, intentando fomentar el parto natural y respetado, sin embargo los cambios son lentos y sin una legislación referente a la violencia obstétrica como tal y que la castigue es muy difícil que esta llegue a erradicarse.</p>
<p>Investigar si en el proceso de embarazo, parto, postparto o tras un aborto se respetan y reconocer los derechos de las mujeres.</p>	<p>Los derechos de las mujeres no están siendo respetados en lo que la atención obstétrica se refiere. No se sienten libres de expresar sus deseos y hacer valer sus derechos.</p>
<p>Indagar acerca del acompañamiento a las mujeres durante todo el proceso.</p>	<p>Las mujeres se sienten abandonadas y violentadas por el sistema que permite que se le nieguen derechos básicos y que no se respeten sus decisiones en lo referente a su embarazo parto y posterior maternidad.</p>
<p>Investigar cómo las desigualdades de género influyen en el proceso.</p>	<p>El género y las desigualdades establecidas en torno al mismo son las que generan la aparición de este tipo de violencia, por lo que se puede incluir dentro de la violencia de género.</p>

## VALORACIÓN CRÍTICA

Este estudio pretende mostrar una pequeña parte de la realidad que sufren las mujeres en relación a la violencia obstétrica. Existen varias limitaciones en este estudio. Lo primero es el hecho de que la muestra es reducida, solo de 7 participantes. Por otro lado, está el hecho de que todas las mujeres han sido y ellas se consideran víctimas de violencia de género, sería interesante incluir relatos de mujeres que no se consideran víctimas o llevar a cabo una parte cuantitativa con una muestra amplia para saber si la sociedad reconoce la violencia obstétrica. Así mismo, las tres matronas entrevistadas son jóvenes, con una corta experiencia y con muchas ganas de trabajar y cambiar las cosas,

sería interesante conocer la visión de matrona con más experiencia y también de otro perfil sanitario.

Creo que haciendo este estudio, a pesar de sus limitaciones, ha podido ver que me gustaría seguir investigando, ya que han salido temas muy interesantes, como por ejemplo el tema de la gordofobia en la medicina, ya no solo centrado en la obstetricia. También estudiar sobre la violencia obstétrica durante la pandemia, ya que en alguna de las entrevistas se podía entrever que se recortaron derechos y hay estudios que analizan como los protocolos establecidos para ese tiempo mermaron la atención obstétrica.

Este era mi primer estudio de investigación, ya que el TFG debido a un problema de tiempo tuve que convertirlo en proyecto de investigación. Al inicio este trabajo lo íbamos a hacer dos personas, sin embargo, la otra alumna que lo iba a hacer conmigo tuvo que dejarlo por problemas personales. Cuando me quedé sola para hacer el trabajo me entraron miedos y dudas de si sería capaz de llevar a cabo el trabajo completo en tiempo al tener que compatibilizarlo con las estancias prácticas y con mis compromisos laborales. Sin embargo, ahora estoy orgullosa y contenta por el trabajo realizado. He aprendido mucho, conocido a mujeres valientes que aceptaron con la mejor de las disposiciones a participar en el estudio. Siento que me queda mucho sin contar en este trabajo y que este es un tema sobre el que se puede y se debe seguir investigando. Este pequeño estudio muestra solo una mínima parte de lo que es la violencia obstétrica y he tratado de reflejar lo mejor que he sabido los relatos, historias, vivencias y emociones que las participantes han mostrado durante las entrevistas. Seguramente tenga muchos errores, como ya he comentado antes, este era mi primer contacto con la investigación real y puede que la objetividad necesaria para llevar a cabo un buen trabajo de investigación cualitativa me haya sido difícil de alcanzar del todo. Lo he hecho lo mejor que he podido, con el apoyo al inicio de mi compañera y durante todo el proceso de mi directora e, igual que dije antes, estoy contenta con el resultado final y sobre todo con los aprendizajes adquiridos durante todo el proceso, tanto académicos como personales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Al Adib Mendiri, M., Ibáñez Bernáldez, M., Casado Blanco, M., & Santos Redondo, P. (2017). La violencia obstétrica: un fenómeno vinculado a la violación de los derechos elementales de la mujer. *Medicina Legal de Costa Rica*, 34(1), 104-111.
2. Amorós, Celia. (1995). 10 palabras clave sobre mujer. Pamplona, España. Verbo Divino.
3. Ana Requena y Raúl Sánchez (2021). El mapa de las cesáreas en España: los hospitales que abusan de los partos quirúrgicos. *elDiario.es*. [https://www.eldiario.es/sociedad/mapa-tasa-cesareas-espana-hospitales-abusan-partos-quirurgicos\\_1\\_9545161.html](https://www.eldiario.es/sociedad/mapa-tasa-cesareas-espana-hospitales-abusan-partos-quirurgicos_1_9545161.html)
4. Asociación Andaluza de Matronas (2021). Posicionamiento violencia obstétrica.
5. Arantzamendi, M., López - Dicastillo, O., & Viva, C. (2012). Investigación cualitativa: manual para principiantes. Eunate.
6. Cagigas Arriazu, A. D. (2000). “El patriarcado, como origen de la violencia doméstica.” *Monte Buciero*, 5, 307–318.
7. Dávila-Aliaga, C., Hinojosa-Pérez, R., Espinola-Sánchez, M., Torres-Marcos, E., Guevara-Ríos, E., Espinoza-Vivas, Y., ... & Saldaña-Díaz, C. (2021). Resultados materno-perinatales en gestantes con COVID-19 en un hospital nivel III del Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 38, 58-63.
8. D'Gregorio, R. P. (2010). Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 111(3), 201-202.
9. El parto es nuestro (2016). Informe Nacer en horario laboral: ¿Quién asume los riesgos de un parto programado? Disponible en: [https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/Prensa/nacer\\_en\\_horario\\_laboral\\_informe\\_el\\_parto\\_es\\_nuestro.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/Prensa/nacer_en_horario_laboral_informe_el_parto_es_nuestro.pdf)

10. Euro-Peristat Project. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015. November 2018. Available [www.europeristat.com](http://www.europeristat.com)
11. Facio, A., & Fries, L. (2005). Feminismo, género y patriarcado. *Revista Sobre Enseñanza Del Derecho de Buenos Aires*, 3(6), 259–294. <https://doi.org/issn 1667-4154>
12. García García, E. M. (2015). La violencia obstétrica como violencia de género. Una mirada feminista de la situación en España. Disponible en: <https://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/151385>
13. Ghetti, C., Chang, J., & Gosman, G. (2009). Burnout, psychological skills, and empathy: Balint training in obstetrics and gynecology residents. *Journal of graduate medical education*, 1(2), 231-235.
14. Guba, E. (1981). Criteria for Assessing the Trustworthiness of Naturalistic Inquiries. *Educational Technology Research and Development*, 29 (2), 75-91.
15. Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2010). Metodología de la investigación. *Metodología de la investigación*.
16. Hernando, A. (2016). Sobre identidad/alteridad y el estudio del pasado. Una introducción. *Revista Arkeogazte*, 6, 29-36.
17. Iglesias, S., Conde, M., González, S., & Parada, M. E. (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. MUSAS. *Revista de Investigación en Mujer, Salud y Sociedad*, 4(1), 77-97.
18. Lupton, D., & Schmied, V. (2013). Splitting bodies/selves: women's concepts of embodiment at the moment of birth. *Sociology of Health & Illness*, 35(6), 828-841.
19. Lerner, G. (1990). El origen del patriarcado. La creación del patriarcado, 310-345.

20. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
21. Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry* (Vol. 75). Sage.
22. Martínez Rodríguez, A. (2021). Ser mujer, sentirse culpable. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 41(140), 405-408.
23. Mena Tudela, D. Violencia obstétrica en España: una práctica evidenciada. 2021. Obtenido de: <https://observatorioviolenciaobstetrica.es/violencia-obstetrica-en-espana-una-practica-evidenciada/>
24. Méndez, I. L. (2007). *El enfoque de género en la intervención social*. Cruz Roja Española.
25. Mollart, L., Skinner, V. M., Newing, C., & Foureur, M. (2013). Factors that may influence midwives work-related stress and burnout. *Women and birth*, 26(1), 26-32.
26. Murialdo Miniello, V. (2020). *La construcción cultural del parto respetado en Madrid*.
27. Murialdo Miniello, V (2021). El concepto de violencia obstétrica y su evolución. Ponencia presentada en el II Seminario Internacional de Violencia Obstétrica, 18 de mayo de 2021, Universitat Jaume I.
28. Olza, Ibone. (2018). *Parir*. Ed: Vergara
29. Organización Mundial de la Salud. (2003). *World report on violence and health*. (E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, & A. B. Zwi, Eds.), *Publicación Científica y Técnica*. Washington. <https://doi.org/10.1590/S0036-46652003000300014>
30. Organización Mundial de la Salud. (2006). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. Washington. Recueperado de:

[http://www.svri.org/nacional.pdf%5Cnhttp://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=23947&Itemid=270](http://www.svri.org/nacional.pdf%5Cnhttp://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23947&Itemid=270)

31. Organización Mundial de la Salud. (2012). Guías para la RBC. Componente Salud. Rehabilitación Basada En La Comunidad: Guías Para La RBC. <https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
32. Organización Mundial de la Salud. (2009). Subsanan las desigualdades de una generación. (Ediciones Journal S.A, Ed.). Buenos Aires.
33. Piñeyro Bruschi, M. (2021). Guía básica sobre gordofobia: un paso más hacia una vida libre de violencia. Instituto Canario de Igualdad, Gobierno de Canarias.
34. POSICIONAMIENTO SOBRE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA. 2021. CEP-PIE. Asociación Estatal Estudiantes Enfermería. Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina.
35. Quattrocchi, P. (2018). Violencia Obstétrica. Aportes desde América Latina. Revista Género & Direito, 7(1), 20-46.
36. Reguero Ríos, P. (2021). Los colegios de médicos rechazan el concepto de violencia obstétrica y dicen que no existe en España.. 13/07/2021. El salto.
37. Requena Aguilar, Ana (2023). España rechaza ante Europa utilizar el término “violencia obstétrica” porque “confronta” a médicos y mujeres. [www.eldiario.es](https://www.eldiario.es/sociedad/espana-rechaza-europa-utilizar-termino-violencia-obstetrica-confronta-medicos-mujeres_1_10194690.html). Disponible en: [https://www.eldiario.es/sociedad/espana-rechaza-europa-utilizar-termino-violencia-obstetrica-confronta-medicos-mujeres\\_1\\_10194690.html](https://www.eldiario.es/sociedad/espana-rechaza-europa-utilizar-termino-violencia-obstetrica-confronta-medicos-mujeres_1_10194690.html)
38. Rodríguez Mir, J., & Martínez Gandolfi, A. (2022). La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. Gaceta sanitaria, 35, 211-212.
39. Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. Liberabit, 13(1729–4827), 71–78.

Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272007000100009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009)

40. Sánchez, S. B. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata, Revista Internacional de Éticas Aplicadas*(18), 93-111.
41. Schore, A. N. (2005). Back to basics: Attachment, affect regulation, and the developing right brain: Linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatrics in review*, 26(6), 204-217.
42. Swain, J. E., Tasgin, E., Mayes, L. C., Feldman, R., Todd Constable, R., & Leckman, J. F. (2008). Maternal brain response to own baby-cry is affected by cesarean section delivery. *Journal of child psychology and psychiatry*, 49(10), 1042-1052.
43. Taylor, S. J., & Bodgan, R. (1984). La observación participante en el campo. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós Ibérica.
44. Terán, P., Castellanos, C., González Blanco, M., & Ramos, D. (2013). Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Revista de obstetricia y ginecología de Venezuela*, 73(3), 171-180.
45. Tetikcok, R., Ozer, E., Cakir, L., Enginyurt, O., İscanli, M. D., Cankaya, S., & Ozer, F. (2016). Violence towards women is a public health problem. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 44, 150–157. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2016.10.009>
46. Tójar Hurtado, J. C. (2006). *Investigación cualitativa. Comprender y actuar*. Madrid, España. La muralla.
47. Valles, M. S. (2007). *Entrevistas cualitativas (Vol. 32)*. CIS.
48. Wang Y, Ma Y, Hu J, Cheng W, Jiang H, Zhang X, et al. Prenatal chronic mild stress induces depression-like behavior and sex-specific changes in regional glutamate receptor expression patterns in adult rats. *Neuroscience* 2015; 301: 363-74.

49. Zaigham, M., & Andersson, O. (2020). Maternal and perinatal outcomes with COVID-19: a systematic review of 108 pregnancies. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 99(7), 823-829.

## **ANEXOS**

### **Anexo I. Consentimiento informado**

#### **TRABAJO DE FIN MÁSTER EN POLÍTICAS SOCIALES E INTERVENCIÓN SOCIOCOMUNITARIA**

**Investigadora principal: ANTÍA VIDAL NOGUEIRA**

#### **TITULO:**

“Relatos de realidad: estudio cualitativo sobre la violencia obstétrica”

#### **OBJETIVOS:**

##### General:

Visibilizar la violencia obstétrica como una forma común y sistematizada de violencia de género.

##### Específicos:

- Indagar sobre el conocimiento de la violencia obstétrica en la sociedad.
- Conocer cómo funciona el sistema sanitario en relación a la atención obstétrica.
- Investigar si en el proceso de embarazo, parto, postparto o tras un aborto se respetan y reconocen los derechos de las mujeres.
- Indagar acerca del acompañamiento a las mujeres durante todo el proceso.
- Investigar cómo las desigualdades de género influyen en el proceso.

#### **RECOGIDA DE DATOS:**

Se llevará a cabo a través de una entrevista en profundidad, en la que se tratarán temas encaminados a alcanzar los objetivos planteados al inicio del estudio. También se recogerán datos sociodemográficos de las personas participantes en el estudio. Las entrevistas podrán ser llevadas a cabo de forma

telemática o presencial, dependiendo de la disponibilidad de la investigadora y las participantes.

#### **ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES:**

- Cumplimiento de normas de buena práctica y Declaración de Helsinki
  - Confidencialidad de la información
  - Consentimiento informado

#### **CONTACTO:**

Antía Vidal Nogueira [XXXXXXXXXX](#)

Esta hoja informativa fue entregada a todas las posibles participantes del estudio previamente a que aceptasen llevar a cabo las entrevistas. Todas las participantes dieron su consentimiento de forma oral.

## Anexo II. Guión temas par entrevistas

### A. Guión temas entrevistas mujeres auto reconocidas como víctimas de VO

#### ❖ Partos

- Hospital público o privado
- ¿Cuántos?
- Acompañamiento
- Proceso informado
- Plan de parto
- Diferencias entre los partos

#### ❖ Atención sanitaria

- Embarazo, parto, puerperio y postparto.
- Relación con los profesionales sanitarios
- Salud mental
- Atención obstétrica en España

#### ❖ Violencia obstétrica

- Víctima de VO
- ¿Qué es?

### B. Guión temas para profesionales sanitarias:

#### ❖ Sistema sanitario

- Turnos
- Atención sanitaria
- Actualizaciones profesionales

- Diferencias público/privado
- ¿Qué cambiarías?
- ❖ Atención obstétrica en España
  - Nacimiento
  - Planes de parto
  - Atención previa y post parto
  - Salud mental
  - Protocolos
  - Partos intervenidos
- ❖ Violencia obstétrica
  - ¿Qué es?
  - Situación actual España
  - ¿Realidad?

