

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

-The obstetric violence-

Trabajo fin de grado – Grado en Enfermería

Escuela Universitaria de Enfermería

“Casa de Salud Valdecilla”

Universidad de Cantabria

Junio 2016

Autora: Carla Cobo Gutiérrez

Directora: María Lourdes Sevilla Miguélez

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO 1: LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA.....	9
1.1 Concepto de violencia obstétrica.....	9
1.2 Evolución histórica: orígenes de la violencia obstétrica	11
1.3 Violencia obstétrica en la práctica sanitaria actual.....	13
1.4 Violencia obstétrica desde un marco legal.....	18
1.5 Consecuencias de la violencia obstétrica en la mujer.....	20
1.6 Impacto de la violencia obstétrica en el recién nacido	22
1.7 Percepción de las usuarias acerca de la violencia obstétrica.....	22
1.8 Conocimiento del personal de la salud sobre la violencia obstétrica	23
1.9 Justificaciones para la existencia de la violencia obstétrica	24
1.10 Situación de la violencia obstétrica en España.....	25
1.10.1 Activismo feminista y autonomía de la enfermera obstétrica.....	25
1.10.2 Una mirada centrada en el futuro.....	27
REFLEXIONES.....	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30

RESUMEN

En la década de 1960 surge un activismo feminista que lucha por la defensa del parto respetado y los derechos de las mujeres durante su atención perinatal. Uno de sus objetivos fue dar a conocer el término de violencia obstétrica, entendiéndolo como un tipo de violencia de género ligado al modelo de atención biomédico, que denuncia la excesiva medicalización e intervencionismo que caracterizan la atención obstétrica actual. Venezuela, seguida de otros países latinoamericanos, fue el primer país en reconocer legalmente este tipo de violencia, sin embargo, en España aún no se ha legislado. Analizando la atención obstétrica actual, se ha demostrado que numerosas intervenciones realizadas de forma rutinaria no se encuentran justificadas desde la evidencia científica, por ejemplo, el significativo aumento de cesáreas, episiotomías y otras prácticas experimentado en los últimos años. Los estudios consultados, demuestran que existe una importante falta de conocimientos, tanto por parte de los profesionales como de las mujeres, acerca de los derechos de las parturientas lo que incrementa la vulnerabilidad a su violación. Las competencias adquiridas por los enfermeros especialistas en obstetricia, les sitúan en una posición clave para disminuir la incidencia de este tipo de violencia contra la mujer.

Palabras clave: enfermería, parto, derechos reproductivos, violencia, obstetricia

ABSTRACT

In the 1960s, a feminist activism emerged to defend the right to have a respected labor and to fight for women's rights during their perinatal care. One of its objectives was to make the term obstetric violence public by considering it a type of gender-based violence linked to the biomedical care model, which reports the excessive medicalization and interventionism typical of the current obstetric care. Venezuela, followed by other Latin American countries, was the first country to legally recognize this type of violence. However, no legislative provision has been made in Spain yet. By analyzing the current obstetric care, it has been proven that multiple routine procedures are not evidence based, such as the significant increase of caesarean sections, episiotomies or other practices experienced in the last few years. Contemporary research shows that there is a considerable lack of knowledge about laboring women's rights from both health professionals and women. This leaves women increasingly vulnerable to having those rights violated. The competencies that midwives acquire place them in a key position to reduce the impact of this type of violence against women.

Keywords: nursing, delivery, obstetric, reproductive rights, violence, obstetrics

INTRODUCCIÓN

La violencia de género es una realidad que afecta a millones de mujeres en todo el mundo y supone una forma de vulneración de sus derechos humanos. Según el artículo de Alvarado Rigos y Guerra, en 1996, fue reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública con importantes dimensiones¹.

Como recogen Calvo González y Camacho Bejarano, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), define la violencia de género como²:

“Todo acto o intención que pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, incluyendo las amenazas de dichos actos, la coerción o privación arbitraria de libertad, tanto en la vida pública como en la privada”.

A nivel mundial, la OMS estima que más de un tercio de las mujeres sufren violencia física y/o sexual³. Sin embargo, centrándonos en España, el porcentaje de mujeres maltratadas que denuncian este hecho está entre el 2 y 10%. Dentro del mismo país, en lo relacionado con las cifras de incidencia y mortalidad, existen importantes diferencias entre comunidades autónomas. Según Calvo González y Camacho Bejarano, tomando los datos del Ministerio de Sanidad, Ceuta, Melilla y las Islas Baleares presentan mayor prevalencia de violencia de género, sin embargo, Cantabria obtiene los resultados más bajos².

A día de hoy se puede afirmar que la violencia de género continúa siendo un fenómeno invisible debido a su carácter privado en la mayor parte de los casos¹. Se trata del reflejo de la discriminación, la subordinación y el desequilibrio en las relaciones de poder existentes entre ambos sexos que presenta fuertes raíces sociales y culturales².

Aunque la violencia contra la mujer puede existir en cualquier ámbito social⁴, a menudo está relacionada con bajos niveles socioeconómicos y educativos². Por otra parte, existen ciertas circunstancias, por ejemplo, el embarazo, que aumentan la vulnerabilidad a sufrir violencia contra la mujer⁵. Sin embargo, según algunos estudios revisados, esta prevalencia varía de un 1.2% a un 66%. Este amplio rango, probablemente, es debido al uso de diferentes metodologías en los distintos estudios así como a aspectos culturales y a la dificultad para reducir el término a una única definición³.

La violencia contra la mujer incrementa el riesgo de padecer complicaciones obstétricas y trastornos depresivos⁶. Como recogen en su artículo Calvo González y Camacho Bejarano, según datos de la OMS, las mujeres víctimas de violencia de género incrementan en un 16% las posibilidades de tener bebés con insuficiencia ponderal, más de un 50% las probabilidades de aborto, casi el 50% la posibilidad de sufrir depresión² o mayor riesgo de desarrollar otros trastornos como el síndrome de estrés postraumático³.

En determinadas sociedades, además, aumentan 1,5 veces sus posibilidades de contagio por el VIH². Varios estudios corroboran que un 20% de las mujeres sufre violencia sexual en algún momento de su vida. Este tipo de violencia está relacionado con mayor riesgo de cesáreas electivas, partos inducidos y menor número de episiotomías. Estos hechos se explicarían con el miedo que pueden presentar estas mujeres a la realización de procedimientos invasivos⁷. Por otra parte, la violencia contra la mujer también incrementa el riesgo de embarazos no deseados, bebés prematuros y sangrados vaginales durante el embarazo³.

Estrechamente relacionado con el embarazo, el parto, el concepto de género y las desigualdades de poder, surge un activismo feminista en Venezuela, Argentina y México que pretende dar a conocer el término de violencia obstétrica como una forma de violación de los derechos de las parturientas en las salas de parto⁸.

La violencia obstétrica es considerada como un tipo de violencia de género, sin embargo, en nuestro país, el conjunto de prácticas constitutivas de violencia obstétrica se encuentran prohibidas, puesto que suponen una violación de los derechos humanos, pero no se encuentran tipificadas como tal⁹. Venezuela, mediante la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, en el año 2006, fue el primer país en penalizar este tipo de conductas. Posteriormente, otros países latinoamericanos como Argentina y México legislaron este concepto⁸.

En el caso de España, como recoge Recio Alcaide, centrándonos en los últimos datos oficiales del Ministerio de Sanidad (año 2012), el porcentaje de cesáreas que se realizan está en torno a un 25,3%, dándose un porcentaje significativamente superior en la sanidad privada. Sin embargo, la OMS, en base a los países que presentan las tasas de mortalidad perinatal más bajas, considera que un porcentaje adecuado está en torno al 10% no debiendo superar el 15% en cualquier caso. Este hecho significa que, al menos, la mitad de las cesáreas realizadas en nuestro país, se encuentran injustificadas¹⁰.

Según Recio Alcaide, con las episiotomías ocurre algo similar. Mientras que la OMS establece que no está justificada la realización rutinaria de las mismas, lo cierto es que, por ejemplo, en la Comunidad Valenciana, el porcentaje de éstas, está en torno a un 58% en los centros públicos y un 72% en los privados. Sin embargo, en los países nórdicos, este porcentaje se sitúa entre el 15-18%. Por tanto, en base a estos datos, se puede asegurar que el número de intervenciones a las que una mujer se ve sometida durante su proceso de parto, está más relacionado con el respeto que los profesionales muestran hacia ella, que con la complejidad del propio parto¹⁰.

A pesar de la relevancia de este fenómeno, parece ser que el origen de su invisibilidad radica en la escasez de datos existentes sobre indicadores en el ámbito sanitario¹⁰. Esto lleva consigo la imposibilidad de realizar una autocrítica y una evaluación de los resultados obtenidos según nuestro modelo sanitario actual. En la mayoría de los centros sanitarios, no se evalúan sus prácticas y el ciudadano se encuentra con importantes barreras para acceder a cifras y estadísticas.

Para dar a conocer la realidad que viven muchas parturientas durante su atención perinatal, algunos profesionales de prestigio como Michel Odent (médico obstetra francés), Ibone Olza (psiquiatra infanto-juvenil y perinatal), Celsa Bruenner (obstetra y tocoginecóloga), Mariana Macua (partera) o Fabiana Mendoza (enfermera y doula), comenzaron luchando por el parto respetado y por los derechos de madres y bebés, defendiendo el parto natural y el nacimiento humanizado.

Dada su importancia e interés, centraré esta monografía en el análisis de la violencia obstétrica, un grave problema de salud pública, que provoca un desequilibrio en el bienestar biopsicosocial de madres y bebés.

Justificación de la elección del tema:

Considero que mi primera toma de contacto con el tema de la violencia obstétrica, tuvo lugar cuando cursé la asignatura de *“Enfermería en la salud de la mujer”*. Con ella comencé a tomar conciencia de algunas situaciones que se viven en salas de parto. No obstante, en numerosas ocasiones, al relacionarme con mujeres que habían dado a luz, no era infrecuente que manifestasen sentimientos negativos y de desacuerdo relacionados con la asistencia recibida en el momento del parto. Estas situaciones se desarrollaban desconociendo que todo este tipo de prácticas asistenciales estaban incluidas bajo el término de violencia obstétrica. Sin embargo, una vez que comencé a informarme sobre dicho tema, me di cuenta que esas vivencias que manifiestan muchas mujeres, coincidían con los datos que leía acerca de la violencia obstétrica.

Se trata de un fenómeno que ocurre con relativa frecuencia en las salas de parto y, sin embargo, muy poco conocido socialmente e, incluso, legalmente. Por este motivo, por considerarlo un tema novedoso, de actualidad e interés y, sobre todo, con elevada prevalencia, decidí realizar dicha monografía sobre este tema.

Objetivos:

- Objetivo general:
 - Valorar la violencia obstétrica desde diferentes perspectivas
- Objetivos específicos:
 - Determinar la prevalencia de la violencia obstétrica
 - Analizar la violencia obstétrica dentro de un marco legal
 - Examinar la violencia obstétrica desde el punto de vista de la paciente
 - Determinar el conocimiento de los profesionales sanitarios sobre la violencia obstétrica

Estrategias de búsqueda:

Para la realización de esta monografía, la búsqueda bibliográfica tuvo lugar entre los meses de octubre y diciembre de 2015 y me permitió hallar un total de 164 documentos. Entre ellos, se encuentran:

- Libros de texto.
- Páginas web como la del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de la OMS, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria, FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España, otras asociaciones como El parto es nuestro así como distinta bibliografía escrita por Ibone Olza, gran defensora del parto respetado y de los derechos de madres y bebés.
- Gaceta oficial de la República Bolivariana de Venezuela.
- Las siguientes bases de datos:
 - SciELO
 - Web of Science
 - PubMed
 - Cuiden Plus
 - Dialnet
 - Google Académico
- Por último, también se incluyeron otros documentos obtenidos tras realizar una búsqueda manual a partir de referencias bibliográficas citadas en los trabajos consultados que resultaban interesantes. Tras esto, fueron un total de 175 las referencias bibliográficas encontradas.

Mediante el uso de descriptores DeCS y MeSH (Figura 1), se realizaron diferentes combinaciones a través de los operadores booleanos “AND” y “OR” y se obtuvieron un total de 130 artículos.

DeCS	MeSH
Enfermería	Nursing
Parto	Delivery, obstetric
Derechos reproductivos	Reproductive rights
Violencia	Violence
Obstetricia	Obstetrics

Figura 1. Descriptores DeCS y MeSH

Fuente: elaboración propia

Durante la búsqueda bibliográfica se delimitó la fecha siendo incluidos artículos publicados en los últimos cinco años aunque, finalmente, también se seleccionaron algunos con mayor antigüedad por considerar su contenido relevante para el tema. Los criterios para la exclusión fueron no disponer de acceso libre al contenido, estar en otro idioma diferente al español o inglés, no estar relacionados con el tema elegido o no aportar datos de interés. No fue excluido ningún trabajo en base al tipo de publicación.

Una vez identificados los estudios, entre los meses de enero y febrero de 2016, se realizó una lectura bibliográfica para seleccionar aquellos que resultasen interesantes para la realización de la presente monografía. En el mes de enero fueron excluidos 86 documentos y se seleccionaron 78 estudios. En una segunda lectura realizada en el mes de febrero, se descartaron 45 estudios por no aportar información novedosa, por no estar relacionados con el tema a tratar o por no tener conclusiones de interés. Posteriormente, fueron incluidos 11 estudios obtenidos mediante una búsqueda manual. Finalmente, fueron un total de 44 estudios los seleccionados para la elaboración de dicha monografía (Figura 2), de los cuales 37 son en español y 7 en inglés (Figura 3). RefWorks fue el gestor bibliográfico utilizado para la incorporación de las referencias bibliográficas.

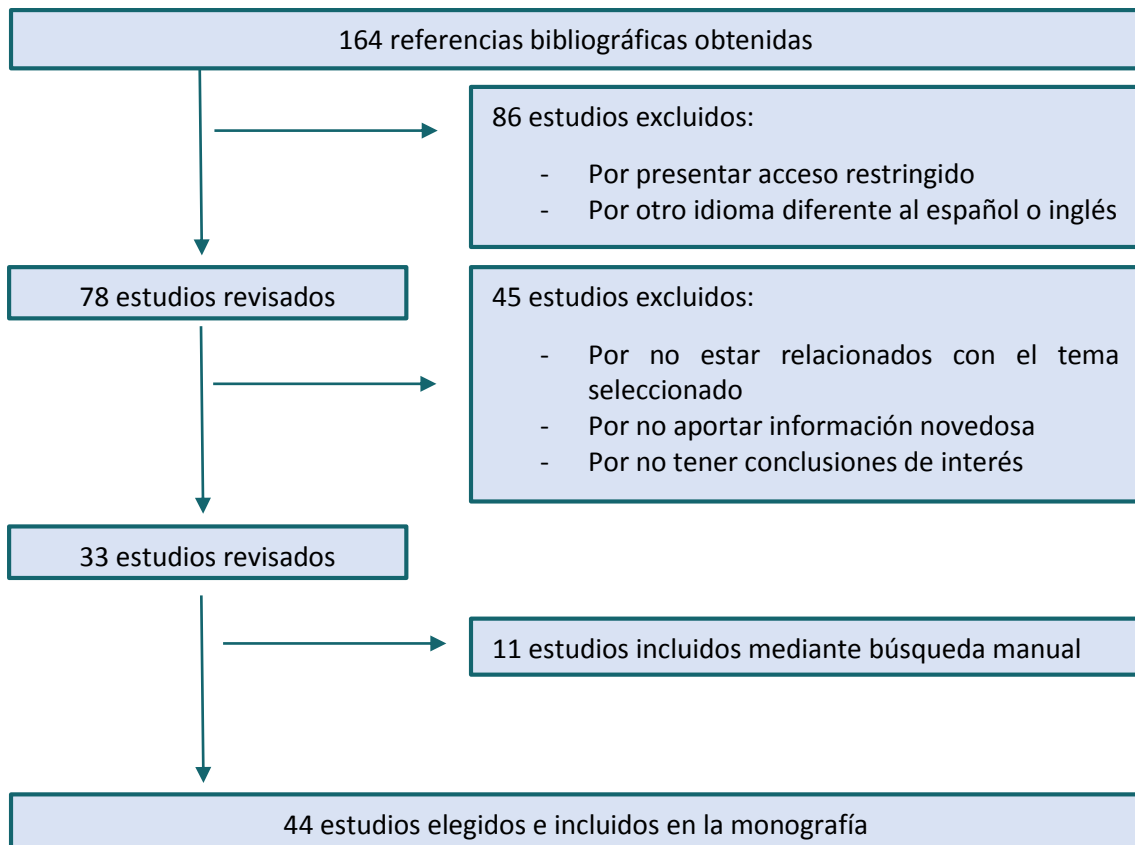


Figura 2. Diagrama de flujo del proceso de selección de bibliografía

Fuente: elaboración propia

LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

FUENTE	TÍTULO DEL DOCUMENTO
SciELO	-Domestic violence against pregnant women
	-Care in a birth center according to the recommendations of the World Health Organization
	-Violencia obstétrica: percepción de las usuarias
	-Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud
	-La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje
	-La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica
Web of Science	-Sexual violence and mode of delivery: a population-based cohort study
PubMed	-Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes
Cuiden Plus	-Violencia simbólica en la atención al parto. Un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu
	-La violencia enmascarada
	-The institutionalization of violence against women in the birth process: integrative review
	-How the workers of a birthing center justify using harmful practices in natural childbirth
	-Detección y atención a la violencia de género en el embarazo. Una asignatura pendiente
Dialnet	-La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense
	-Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica
	-Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto
	-Recomendaciones de la OMS para el parto: conflicto de intereses en la práctica
	-La atención al parto en España: cifras para reflexionar sobre un problema
	-La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica
	-Evolución del nacimiento por cesárea: el caso de México
	-El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra
	-La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico
	-Nosotras parimos, ¿nosotras decidimos? El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materno infantil
	-Detección de la violencia de género en atención primaria
	-La violencia de género un problema de Salud Pública
	-¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos
	-La exploración vaginal durante la asistencia al parto
	-El parto es nuestro: El impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico de España
Google Académico	-Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica
	-La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos
Universidad de la República	-Facultad de psicología. Trabajo fin de grado. ¿Cómo parimos? De la violencia obstétrica al parto humanizado
Universidad Jaime I	-Facultad de ciencias humanas y sociales. Trabajo fin de máster. La violencia obstétrica como violencia de género. Una mirada feminista a la situación en España
Universidad central de Venezuela	-Facultad de medicina. Trabajo especial de grado para optar al título de especialista en obstetricia y ginecología. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente
Gaceta oficial República Bolivariana de Venezuela	-Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia
El parto es nuestro	-Impacto de la violencia obstétrica en el bebé
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	-Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud
	-Importancia de potenciar el trabajo de las comadronas y su autonomía profesional para mejorar la atención al parto
Gobierno de Cantabria	-Estrategia para la atención al parto normal
European Perinatal Health Report	-Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010
Organización Mundial de la Salud (OMS)	-Manejo de las complicaciones del embarazo y parto: Guía para obstetras y médicos
	-Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea
Matronas profesión	-Modelo de atención al parto dirigido por matronas frente al dirigido por matronas y obstetras en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona
	-Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres
Nuberos científica	-Autonomía de la matrona: un repaso a su situación en el mundo

Figura 3. Documentos seleccionados para la elaboración de la monografía

Fuente: elaboración propia

Descripción del capítulo:

La monografía está estructurada en un único capítulo. A continuación, se realiza una breve descripción del mismo:

- Capítulo 1: Violencia obstétrica

Este capítulo comienza con una introducción al concepto así como un breve resumen de sus orígenes. Posteriormente, se realiza un análisis de la atención actual al parto en diferentes hospitales y países teniendo en cuenta las conductas constitutivas de violencia obstétrica. Se examina el concepto desde una perspectiva legal, entendiéndolo como una forma de violación de los derechos sexuales y reproductivos de las parturientas. También se reflejan los conocimientos y opiniones del personal sanitario acerca de la violencia obstétrica así como los de las usuarias.

Por último, realizaré un breve análisis de las diferentes asociaciones surgidas gracias al movimiento feminista que apoyan la lucha contra la violencia obstétrica. Destacaré la autonomía de la enfermera obstétrica, que mediante las competencias que posee, puede contribuir a la prevención y minimización de la incidencia de este problema. Expondré cuáles son los pilares fundamentales que hay que fomentar para conseguir la erradicación de dicho tipo de violencia de género.

CAPÍTULO 1: LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA

1.1 Concepto de violencia obstétrica

Actualmente vivimos en una sociedad en la que el modelo sanitario dominante es el conocido como biomédico. Dicho modelo defiende la idea de que “existe un tratamiento para todo”, incluso para aquellos procesos biológicos como el embarazo y el parto que son abordados como si fuese patologías y que, por tanto, deben ser supervisados y tratados por profesionales sanitarios¹¹.

Se trata de un modelo altamente jerarquizado, misógino, en el que la autoridad y el poder están en manos de médicos, y quien demanda asistencia sanitaria, la paciente, adopta la posición de “sujeto pasivo”, carente de autonomía. Esto es lo que ocurre en el caso del embarazo y el parto, desde un primer momento, la gestante deposita su plena confianza en los profesionales convirtiéndose en su objeto de control, en una persona incapaz de participar en la toma de decisiones acerca de su salud y carente de dominio sobre su propio cuerpo¹¹.

Para Ibone Olza, psiquiatra infantil y perinatal, los profesionales de obstetricia durante la atención al parto ejercen la denominada “violencia sanitaria”, considerando esta práctica profesional como un acto deshumanizado¹¹.

Durante la atención al embarazo y al parto, se da una relación en la que se niegan determinados derechos fundamentales a la parturienta. No existe la propuesta de alternativas, la adecuada información o la toma de decisiones conjuntas en lo relacionado con las técnicas diagnósticas realizadas, los fármacos utilizados durante el proceso de parto o los posibles efectos adversos derivados de las actuaciones médicas. En varias ocasiones, no se les proporciona toda la información que se debería, hecho que permite actuar con total potestad a los profesionales sanitarios sin tener en cuenta que lo que realmente importa es alcanzar el máximo bienestar de la gestante, en todas sus dimensiones. Durante la atención al parto, también es común la realización de ciertas técnicas que parecen innecesarias o injustificadas desde el punto de vista médico, que no respetan la singularidad de cada proceso y de las cuales podrían derivarse numerosas complicaciones¹¹.

Según éste modelo, éstas actuaciones médicas están consideradas propias de un tipo de violencia denominado “violencia obstétrica”. Es decir, se puede afirmar que este tipo de violencia es el resultado de la aplicación de dicho modelo sanitario conocido como biomédico¹². Sin embargo, *¿qué se entiende por violencia obstétrica?*

Este concepto podría definirse como un tipo de violencia llevada a cabo por los profesionales sanitarios sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres¹².

Se trata de un tipo de violencia que, al igual que otras formas de violencia contra la mujer, ha permanecido oculta durante mucho tiempo. Fue introducida hace pocos años debido al activismo feminista por los derechos reproductivos de madres y bebés. Venezuela, en el año 2006, mediante la “Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia”, fue el primer país en el mundo en reconocer legalmente este tipo de violencia⁸. Como recoge Ibone Olza en su artículo, “Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica”, en dicha Ley, en el Artículo 15, numeral 13, Perez D’Gregorio, define la violencia obstétrica como¹³:

“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 la pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”.

Posteriormente, este concepto fue acogido en otros países latinoamericanos como algunos estados de México, por ejemplo, Durango en el año 2007, Veracruz en 2008, Guanajuato en 2010 y Chiapas en el año 2012. Fue en el año 2014, cuando el Senado Nacional de México aprobó ciertas modificaciones en determinadas leyes relacionadas con la violencia contra la mujer en las que incluyó la violencia obstétrica como una práctica punible¹⁴.

Argentina acuñó este término en el año 2009 mediante la “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”. En el artículo 6, la violencia obstétrica se define como¹²:

“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, de conformidad con la Ley 25.929” (Ley de parto humanizado).

Para autores como Arguedas Ramírez, activista por los derechos humanos, la violencia obstétrica se define como⁸:

“Un conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y postparto”.

Como recoge M^a Alejandra Machado en su trabajo final de grado, “¿Cómo parimos? De la violencia obstétrica al parto humanizado”, Magnone según las palabras de Medina, Doctora en ciencias jurídicas y sociales, plantea que la violencia obstétrica es¹⁵:

“Toda conducta, acción u omisión, realizada por el personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y de los procesos naturales”.

En base a estas definiciones, se puede afirmar que la violencia obstétrica es un tipo de violencia basada en el género¹³ que incluye diferentes formas de expresión del control y opresión ejercidos sobre los cuerpos de las mujeres embarazadas o en trabajo de parto⁸. Éste concepto no incluye únicamente a los profesionales que atienden a la parturienta durante el proceso de parto, sino también a todos aquellos que han tenido trato con la mujer embarazada a lo largo de todo el proceso. Del mismo modo, no sólo se refiere al personal médico, si no a cualquier miembro del equipo multidisciplinar que interviene durante el embarazo o proceso de parto¹⁶.

Bajo este término se incluyen diferentes formas de violencia, física y psíquica. Se trata de una forma de violencia de género que pone de manifiesto la asimetría existente entre ambos sexos en las relaciones de saber y poder. El hecho de ser mujer, incrementa su vulnerabilidad a sufrir este tipo de violencia¹².

Para dar a conocer este término, desde 1960, existe un importante activismo feminista por movimientos por el parto respetado y por los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres que, en la década de 1980, han logrado importantes avances. Ejemplos de ello son las convenciones internacionales sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos o las recomendaciones de Fortaleza, publicadas por la OMS en 1985 que destacan el derecho a la información y la desmedicalización del parto como puntos clave¹⁴.

Por estas razones, una de las prioridades actuales de la OMS, es que los Estados generen políticas basadas en proporcionar una asistencia adecuada y una atención integral teniendo en cuenta las diferentes esferas que componen al ser humano, respetando su derecho a participar en la toma de decisiones acerca de su embarazo y parto¹⁵.

1.2 Evolución histórica: orígenes de la violencia obstétrica

Al igual que Arguedas Ramírez, para retroceder a los inicios de la violencia obstétrica, me basaré en las palabras de Silvia Federici, cientista social y filósofa, quien en su libro “El Calibán y la Bruja” relata cómo las mujeres, en la transición del feudalismo al capitalismo, fueron desterradas de sus propios cuerpos, especialmente en lo relacionado con la sexualidad y reproducción⁸.

En la época feudal muchas mujeres eran sanadoras. Eran consideradas sabias, pues tenían un importante conocimiento acerca de plantas medicinales que habían adquirido de generaciones anteriores y que les permitía velar por la salud de su pueblo. Además, eran parteras, controlaban la fertilidad de las mujeres y podían provocar abortos, es decir, hacían el papel de consejeras y enfermeras¹⁵.

La caza de brujas fue un período que abarcó desde el feudalismo hasta la modernidad. En él, mujeres campesinas sufrieron una persecución violenta que hizo que muchas de ellas terminasen en la hoguera. Durante esta época, las mujeres ocupaban una posición de poder debido al control de la reproducción, la sexualidad y sus conocimientos para curar. Sin embargo, la situación social que vivían los campesinos, con fuertes limitaciones de accesibilidad a las tierras, les llevó a intentar controlar la natalidad. Este hecho provocó que las mujeres sabias se convirtiesen en brujas que tenían que ser quemadas ya que suponían una fuerte amenaza tanto para la Iglesia como para el Estado. Había que eliminar determinadas conductas llevadas a cabo por esas mujeres que debían ser vistas socialmente como aberraciones¹⁵.

No obstante, es necesario tener presente que las brujas no sólo eran las parteras, las mujeres que evitaban el embarazo o las mendigas que robaban algo para comer buscando la supervivencia. Bajo el término de brujas, estaban incluidas las mujeres promiscuas, rebeldes que contestaban y discutían⁸.

En la Edad Media, las mujeres seguían ocupando un lugar de poder como sabias, curanderas, comadronas, hechiceras y magas, lo que creó cierta desconfianza para la Iglesia e hizo que tuviesen que ser controladas¹⁵.

La caza de brujas supuso el control del cuerpo de las mujeres y la destrucción de todas las prácticas y creencias que fuesen incompatibles con los principios del trabajo capitalista. Implicó una depreciación de las sanadoras lo que facilitó la llegada de la medicina profesional y la obstetricia a cargo de varones y cirujanos. Además, la necesidad de formación universitaria para su práctica, supuso la exclusión de las mujeres en este ámbito. En el siglo XVII, aparecen los primeros hombres parteros y paulatinamente la obstetricia pasa a ser competencia del poder estatal¹⁵.

La llegada de la Edad Moderna también tuvo su influencia sobre la caza de brujas. El ataque a esas mujeres sabias y curanderas, supuso la expropiación de su saber adquirido a través de las generaciones lo que permitió la aparición de la medicina profesional¹⁵. La desvalorización de las prácticas y saberes tradicionales relacionados con el parto, supone que los profesionales de medicina sean los únicos autorizados a intervenir en dicho proceso y en los cuerpos de las mujeres que se encuentran en trabajo de parto¹².

Actualmente, con base a esas influencias históricas y culturales, se pueden observar ciertas diferencias entre las sociedades occidentales y las no-occidentales en cuanto al modo de asistencia al parto⁸. En el análisis de esas prácticas utilizadas durante el trabajo de parto, se evidencian distintas formas de expresión propias del pensamiento patriarcal¹⁵.

Mientras que en las sociedades occidentales las mujeres no tienen capacidad de moverse libremente, teniendo que parir en posición de decúbito, hecho implantado sin una base científica, en las sociedades no-occidentales, pueden moverse libremente, alternan decúbitos laterales, verticales, de rodillas o agachadas siendo la posición de decúbito supino muy inusual⁸.

En la cultura occidental, el parto se traduce en actuaciones médicas en relación con el útero, proceso en el que la parturienta queda excluida¹⁵.

Arguedas Ramírez toma las palabras de Gupta y Nikodem, investigadores en lo relacionado con la atención al parto, que defienden que el uso de la postura en decúbito está relacionado con la llegada de la Revolución Industrial⁸. Se trata de un período histórico comprendido entre la segunda mitad del siglo XVIII y la entrada del XIX. Durante estos años, especialmente en los siglos XIX y XX, las prácticas sanitarias y sociales sufrieron ciertas modificaciones con las que se fueron adaptando al importante cambio económico, político y tecnológico que provocó la Revolución Industrial. Uno de los acontecimientos más significativos relacionados con la maternidad, es que el parto dejó de tener lugar en las casas y fue sustituido por el parto en el hospital⁸.

No obstante, en España, aún en la década de 1950, muchos partos de zonas rurales eran atendidos por matronas. Sin embargo, este hecho comenzó a ser visto como una práctica peligrosa y pre-moderna, contraria a la civilización¹⁴.

Trasladar el parto a los hospitales, para los médicos suponía poder llevar a cabo un control más exhaustivo sobre aquellos casos patológicos¹⁵. Estos defienden la idea de que el intervencionismo médico es la manera más efectiva de reducir la mortalidad materno-infantil¹². Lo cierto es que hoy en día ese intervencionismo se ha extendido hasta tal punto que embarazos y partos totalmente saludables son tratados como si fuesen patologías necesarias de intervención médica, constituyendo un ejemplo clave de violencia obstétrica¹⁵.

Como refleja Arguedas Ramírez, según Gupta, Nikodem y Federici, la sustitución de las parteras por hombres parteros y de éstos por cirujanos obstetras, supuso la aparición de la medicina perinatal. La inmovilidad durante el parto así como el uso de drogas anestésicas, a partir de principios del siglo XX, se convierten en prácticas comunes durante la atención al parto⁸.

Dichos investigadores defienden que no existe una única práctica recomendada, puesto que el parto es un proceso cambiante y dinámico, al igual que la variedad de mujeres que experimentan dicho acontecimiento, en el que los profesionales de obstetricia deben estar dotados de suficientes conocimientos y adecuada disposición para tener en cuenta las preferencias de la parturienta⁸.

Como alternativa al parto hospitalario, en la década de 1970, colectivos feministas comenzaron promoviendo el parto natural y sus beneficios. Destacan la importancia de considerar el bienestar emocional de las parturientas, favoreciendo que sean ellas las que guíen el proceso de parto, por ejemplo, eligiendo libremente la postura que quieren adoptar para dar a luz¹⁴.

Llegados a este punto, para comprender el significado y el motivo por el que se ejerce la violencia obstétrica, resulta necesario el análisis del término poder obstétrico⁸. La parturienta es la persona que mejor conoce los efectos fisiológicos y psicológicos que le está provocando el parto en ese momento, sin embargo, sus conocimientos, considerados ingenuos y acientíficos, son ignorados hasta no ser validados por los profesionales sanitarios¹⁵. Entre ellos no hay intención de establecer un diálogo, sino una relación de poder, en este caso, de poder por conocimientos. La finalidad de la utilización del poder obstétrico es la producción de cuerpos dóciles, sexuados y disciplinados que permitan obtener la máxima efectividad de los embarazos y partos⁸.

De este apartado se puede sintetizar que durante muchos siglos, la reproducción biológica ha sido la función primordial de la mujer y esencia de la feminidad. El hecho de defender la idea de que las mujeres son personas destinadas a portar nuevos seres, que deben sacrificarse por ello y pagar un precio por el placer sexual, en este caso, tener un parto doloroso, lleva consigo la ejecución de ciertas prácticas y actuaciones que impactan de manera negativa en la salud de las madres y los bebés¹⁴.

1.3 Violencia obstétrica en la práctica sanitaria actual

Para poder llevar a cabo un análisis de la atención al parto en diferentes instituciones sanitarias, resulta imprescindible conocer qué conductas de rutina constituyen actos de violencia obstétrica. Para ello, tomaré como ejemplo la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, donde en el artículo 51, establece los siguientes actos llevados a cabo por el personal sanitario como constitutivos de violencia obstétrica¹⁷:

-No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.

-Obligar a las mujeres a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.

-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.

-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.

-Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

Una vez conocidos dichos actos, comenzaré realizando un análisis de la atención al parto en España. Según Recio Alcaide, Cuerpo Superior de Estadísticos del Estado, en nuestro país, el parto se ha convertido en el primer motivo que demanda ingreso hospitalario. Sin embargo, considera que éste está más relacionado con la zona geográfica o con el tipo de hospital, si es del sector público o privado, que con la propia complejidad del parto¹⁰.

Según los datos del Ministerio de Sanidad del año 2012, los más recientes disponibles, en España, una de cada cuatro mujeres, es decir, el 25,3% traen a sus bebés al mundo mediante una cesárea¹⁸. Sin embargo, la OMS, basándose en aquellas regiones que obtienen las tasas de mortalidad perinatal más bajas, considera que valores en torno al 10% se relacionan con una tasa de cesáreas aceptable, no debiendo superar esta cifra el 15%¹⁹.

Según el artículo de Recio Alcaide, “*La atención al parto en España: cifras para reflexionar sobre un problema*”, en el territorio español, analizando los datos de cesáreas por Comunidades Autónomas, se puede comprobar que existe una gran variabilidad. La tasa de cesáreas más baja registrada, de un 15,1% correspondiente al País Vasco, es la única que se aproxima a las recomendaciones de la OMS. La Comunidad Valenciana con un 30,1% de cesáreas, obtiene las tasas más elevadas¹⁰. En base a estos resultados, surge la duda de pensar si existe diferente anatomía o fisiología entre mujeres de distintas Comunidades Autónomas. Sin embargo, para Recio Alcaide, el problema radica en la existencia de diferentes políticas sanitarias, que conllevan el hecho de duplicar la posibilidad de verse sometida a una operación de cirugía mayor dependiendo de la Comunidad Autónoma que elijas para dar a luz¹⁰.

Del mismo modo, esa variabilidad también se puede observar si se realiza un análisis de la atención perinatal teniendo en cuenta el tipo de institución sanitaria, es decir, distinguiendo entre hospitales públicos y privados. Según los datos proporcionados por Recio Alcaide, procedentes del Ministerio de Sanidad, el número de cesáreas que se realizan en la sanidad privada supera notablemente al de la pública. Sin embargo, desde el punto de vista médico, este hecho carece de justificación, pues los partos de mayor riesgo, en consecuencia, los que más probabilidades tienen de acabar siendo atendidos por cesárea, son los que atiende la sanidad pública¹⁰.

Tomando como base los indicadores perinatales de la Estrategia para la atención al parto normal del Servicio Cántabro de Salud (SCS) del año 2006, podemos comprobar que, nuestra Comunidad Autónoma se ajusta claramente a estos principios. El porcentaje de cesáreas del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), se aleja de las recomendaciones de la OMS alcanzando un valor del 24,59%, superado por un 28,05% del Hospital de Laredo. Al mismo tiempo, casi la mitad, el 48%, de los bebés nacidos en la Clínica privada de Mompía, vinieron al mundo mediante cesárea²⁰.

Comparando estos datos con algunas cifras europeas, se puede comprobar nuevamente la fuerte variabilidad en la atención al parto que existe entre distintos países. Según los datos del European Perinatal Health Report del año 2010, mientras que en los países nórdicos la tasa de cesáreas se sitúa en torno al 15-18%, en Chipre alcanza el 52%²¹.

Sin duda, digno de mención es el caso de México. En dicho país, el número de cesáreas ha aumentado notablemente en los últimos años situándolo, a nivel mundial, como uno de los países con el porcentaje de cesáreas más elevado. Dicho porcentaje, según García Alonso, alcanza el valor del 46% quedando prácticamente igualado al número de partos vaginales y es que, el aumento de las cesáreas supera al descenso de los partos. El número de partos instrumentalizados ha disminuido, pues los profesionales de la medicina se decantan por las cesáreas que son más previsibles. Además, destaca que la mayoría de las cesáreas son programadas e injustificadas desde el punto de vista médico. Considera que conforme avanza la edad de la parturienta, se incrementa la posibilidad de cesárea programada. Del mismo modo, relaciona las cesáreas con el nivel de escolaridad. Expresa que dicho porcentaje se eleva a medida que se incrementa el nivel educativo de la madre²².

Si en nuestro país se realiza un análisis de la atención perinatal teniendo en cuenta el número de partos instrumentales (es decir, aquellos que en el momento expulsivo requieren el uso de fórceps, espátula o ventosa), los datos demuestran que la sanidad privada, realiza un número de partos instrumentales superior al de la pública. Tomando como ejemplo la Comunidad Valenciana, las probabilidades de tener un parto instrumental se duplican o triplican en las instituciones privadas con respecto a las públicas¹⁰.

Los datos de la Estrategia para la atención al parto normal del SCS del año 2006, demuestran que nuestra Comunidad Autónoma sigue dicha tendencia. Un 14,93% de los partos atendidos en el HUMV se consideran partos instrumentales, en el Hospital de Laredo el valor es de un 10,87% y, en la Clínica Mompía, dicho porcentaje llega a alcanzar un 30,64% de los partos²⁰.

Haciendo una comparación entre países europeos, según datos del año 2010 procedentes del European Perinatal Health Report, el número de partos instrumentales no alcanza el 5% en Letonia o Lituania, llegando al 15% en España o al 16% en Irlanda²¹.

Una situación similar ocurre con las episiotomías. Nuevamente, tomando como ejemplo la Comunidad Autónoma de Valencia según los datos del año 2012, el número de episiotomías realizadas en la sanidad pública se aproximaba al 58%, mientras que en la sanidad privada, este porcentaje alcanzaba el 72%. Según los datos del Ministerio de Sanidad del año 2009, realizando un análisis de esta práctica entre distintas Comunidades Autónomas, se puede observar que en Murcia dicho porcentaje era de un 34%, mientras que en Galicia, llegaba al 66%¹⁰. Haciendo una media nacional, en España, en un 41,9% de los partos, se realiza una episiotomía¹⁸.

Curiosamente, dentro de la misma Comunidad Autónoma también se pueden observar significativas diferencias. Como ejemplo de ello, el Principado de Asturias. Según recoge Recio Alcaide, basándose en los datos de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del año 2010, el Hospital Universitario Central de Asturias alcanzó la cifra de un 90% de episiotomías al mismo tiempo que el Hospital de Jario registró un 8%, siendo ambos hospitales públicos¹⁰.

En Cantabria, según la estrategia para la atención al parto normal, en el año 2006, el Hospital de Laredo realizó episiotomías en un 39,8% de los partos atendidos, valor que se encuentra superado por el 54,24% que se obtuvo en el HUMV. Ampliamente por encima de estos valores, la Clínica Mompía obtuvo un porcentaje del 80%²⁰.

En el ámbito europeo, según el European Perinatal Health Report, el uso de la episiotomía en el año 2010, en países como Chipre, alcanza el 75% mientras que en Dinamarca no llega al 5%²¹.

Apoyándose en la evidencia científica, la OMS considera que se deben limitar a las estrictas necesarias²³, como recoge el artículo de Recio Alcaide, una tasa superior al 20% carece de justificación, mientras que el Ministerio de Sanidad recomienda que ésta práctica no exceda el 15%¹⁰. Se trata de una intervención sanitaria realmente cuestionada ya que se ha demostrado que no ayuda al bebé ni evita desgarros sino que, por el contrario, los desgarros más graves, de tercer y cuarto grado, pueden ser debidos a extensiones de la episiotomía desde la vagina al ano²⁴.

En cuanto a los partos inducidos, tal y como recoge la estrategia de atención al parto normal del Sistema Nacional de Salud, el Ministerio de Sanidad y la OMS consideran que no se debe superar un porcentaje del 10%¹⁸. Según los datos publicados por el Ministerio de Sanidad del año 2012, en España la tasa se sitúa en torno al 19,4%¹⁸. Sin embargo, como recoge Recio Alcaide, en la sanidad privada de la Comunidad Valenciana, con base a los datos del Observatorio de Salud Infantil Perinatal, esta tasa llega a duplicarse e incluso a triplicarse, pudiendo alcanzar un porcentaje en torno al 32%¹⁰.

Respecto a los posibles efectos del uso de la oxitocina sintética, la evidencia científica demuestra que, además de aumentar el dolor, puede causar rotura uterina, hipoxia y sufrimiento fetal agudo²⁴. Debido a ello, las recomendaciones consideran que el porcentaje de su uso no debe superar el 5-10%. Sin embargo, según datos del Ministerio de Sanidad, llega a ser utilizada en un 53,3% de los partos¹⁰.

Teniendo en cuenta los datos procedentes de la estrategia para la atención al parto normal, en nuestra Comunidad Autónoma se puede comprobar que el número de partos inducidos en el año 2006, alcanzó un valor del 17,42% en el HUMV, superado por un 25,95% del Hospital de Laredo. En la Clínica Mompía, este porcentaje se duplica alcanzando el 50,70%²⁰.

Basándome en los datos del Ministerio de Sanidad, la maniobra de Kristeller se ha realizado en un 26,1% de los partos vaginales¹⁸. Sin embargo, las recomendaciones consideran que el estándar de calidad sea del 0%, ya que se ha demostrado que conlleva importantes riesgos de morbilidad materna y fetal¹⁰.

Para Recio Alcaide, el factor clave que marca estas llamativas diferencias entre hospitales públicos y privados, lejos de tratarse de causas médicas o fisiológicas, no es otro que las políticas sanitarias regidas en cada centro sanitario¹⁰.

Nuestro país en comparación con otros países europeos, se caracteriza por proporcionar una asistencia especialmente intervencionista en el momento del parto¹⁸. Sin embargo, este intervencionismo carece de justificación en términos de mortalidad perinatal o neonatal. Países con tasas de mortalidad perinatal y neonatal bajas, corresponden con países con bajas tasas de intervenciones obstétricas. Además, conviene recordar que ese intervencionismo también parece encontrarse injustificado desde el punto de vista de la evidencia científica disponible¹⁰.

Según los datos del European Perinatal Health Report, en el año 2010, España se encuentra en segunda posición a nivel europeo, sólo detrás de Irlanda, en cuanto a partos instrumentales²¹. En cuanto a episiotomías, nuestro país, ocupa la octava posición de los 29 países que forman parte de dicho informe¹⁰.

En lo relacionado con la postura adoptada por la mujer en el momento del parto, en base a los datos del Ministerio de Sanidad, en un 87,4% de los partos vaginales, las mujeres adoptaron la posición de litotomía durante todo período expulsivo. Sin embargo, el Ministerio de Sanidad considera que dicha cifra no debe superar el 30%¹⁸. Parir en posición de decúbito es una práctica iniciada por los cirujanos en el siglo XVI que, a día de hoy, se ha implementado de forma rutinaria sin evidencia científica favorable, con la única razón de que, en caso de detectar complicaciones, ésta posición supone mayor comodidad para la actuación del profesional médico¹⁵.

Como recoge Villegas Poljak en su artículo *“Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica”*, Marbella Camacaro, investigadora de la Universidad de Carabobo, con respecto a la posición en el parto, considera que tanto desde el punto de vista de la anatomía como de la fisiología de la mujer, la posición más utilizada en la atención al parto hospitalario, que es la de la litotomía, no beneficia la progresión adecuada del mismo. Dicha posición produce una disminución del intercambio del oxígeno útero-placentario, lo que influye sobre las contracciones, que llegan a atenuarse y a disminuir su frecuencia. Igualmente, esta posición hace que los pujos sean menos eficaces no siendo posible aprovechar la fuerza de la gravedad. Del mismo modo, el canal del parto se estrecha y dificulta el período expulsivo. Además, dicha autora considera que no se consigue una adecuada relajación y dilatación del periné debido a que esa posición no favorece que el bebé ejerza una presión mantenida para que se produzca un estímulo nervioso con la consiguiente descarga de oxitoxina²⁵.

Se ha demostrado científicamente que la posibilidad de deambular de manera libre en el período de dilatación, está asociada con menor uso de algunos fármacos oxitócicos o analgésicos u otras intervenciones obstétricas como fórceps y cesáreas. En cambio, la posición lateral o vertical durante el período expulsivo, se relaciona con menor número de partos asistidos, episiotomías, duración menor de dicho período y reducción del dolor agudo¹⁰.

Con respecto al contacto precoz piel con piel, existe evidencia científica que demuestra que se trata de una fuente de beneficios para ambos. Mientras que para el bebé supone una facilidad para establecer el vínculo y adaptarse a la vida extrauterina, normalizar antes su temperatura y glucemia y conseguir una lactancia de éxito, ya que pone en marcha los reflejos de búsqueda y succión, a la madre le ayuda a secretar oxitocina que facilita la reducción del tamaño del útero al mismo tiempo que evita emociones negativas¹⁰. Las recomendaciones sanitarias sitúan valores iguales o superiores al 80% como estándares de calidad, sin embargo, apenas el 50% de las madres reconocen tener la posibilidad de realizar un apego precoz con sus bebés¹⁸.

Algunos estudios consultados consideran que la estimulación de los pezones también constituye un acto de violencia obstétrica. En muchas ocasiones, a las parturientas se les aconseja que se autoestimulen los pezones con el objetivo de aumentar la contractilidad del útero en el alumbramiento. Sin embargo, este acto podría tener repercusiones en el contacto con el recién nacido, obstaculizando el apego precoz y, por tanto, la instauración de la lactancia materna²⁶.

Teniendo en cuenta las recomendaciones de la OMS en cuanto al número de tactos vaginales, es posible afirmar que estos deben realizarse cuando sea estrictamente necesario²³, debiendo ser una práctica llevada a cabo por el profesional médico responsable y no por diferentes estudiantes²⁷. Autores como Ballesteros Meseguer, López Pay y Martínez Román, pertenecientes al Servicio de Partos del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, consideran que la única manera de obtener información objetiva sobre cómo evoluciona el parto, es que las exploraciones vaginales sean realizadas por la misma persona. Igualmente, consideran que si se reduce el número de tactos vaginales innecesarios, se reducen las posibilidades de contraer una posible infección²⁸.

Como acto de violencia obstétrica, Fernández Guillén también destaca que raramente la parturienta recibe información sobre las intervenciones a las que se va a someter, no se pide permiso, ni se dan explicaciones para realizar numerosos tactos vaginales que pueden ser llevados a cabo por parte del médico o de los estudiantes²⁴.

La revisión obstétrica como proceso rutinario, también constituye un acto de este tipo de violencia. En numerosas ocasiones, a las mujeres después del parto se les continúa poniendo medicación (por ejemplo, oxitócicos) con la finalidad de agilizar la expulsión de la placenta, o se las somete a una limpieza uterina. Desde el punto de vista médico, estas prácticas se encuentran justificadas porque evitan que permanezcan restos de placenta que ocasionen un postparto problemático. Sin embargo, según el artículo *“Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica”*, la OMS considera que la exploración uterina no es necesaria si no se han detectado anomalías en la exploración de la placenta, ya que su realización rutinaria puede provocar infecciones, traumatismos e incluso shock por dolor²⁶.

Fernández Guillén insiste en que son muchas las ocasiones en las que las mujeres no reciben información y una propuesta de alternativas sobre, por ejemplo, la episiotomía, el uso de fórceps o la inducción del parto con oxitocina²⁴. De este hecho, se puede destacar que la entrega del consentimiento informado, previo a la realización de una determinada intervención médica, se trata de requisito de obligado cumplimiento para los profesionales de la medicina que, a su vez, resulta fundamental para garantizar y proteger la autonomía de la parturienta¹⁶.

En un estudio realizado en Morelos, estado mexicano, por miembros del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública, entre otras maniobras frecuentemente utilizadas en la asistencia perinatal, se encuentran la colocación de enema evacuante o el rasurado perineal²⁷. Sin embargo, en base a los indicadores perinatales proporcionados por la Estrategia para la atención al parto normal, se puede afirmar que en nuestra Comunidad Autónoma, dichas actuaciones se encuentran prácticamente en desuso. Mientras que en el año 2006 el HUMV no realizaba ningún parto con rasurado perineal, en el mismo tiempo, la Clínica Mompía lo hacía en el 1% de los partos y el Hospital de Laredo en el 1,1%. Por otra parte, en el mismo período, en el 2,6% de los partos atendidos en el HUMV se utilizó enema, superado por el Hospital de Laredo con un 4,4%, mientras que la Clínica Mompía obtuvo un porcentaje del 0,5%²⁰. La evidencia científica disponible indica que dichas prácticas son poco efectivas y que, incluso, pueden llegar a ser perjudiciales para la parturienta por lo que existe una tendencia a erradicar su uso²⁷.

Por otra parte, como recoge Machado, Magnone Alemán, Doctorada en Trabajo Social en la Universidad de la República, considera que la violencia obstétrica que sufren las embarazadas y parturientas, no se limita únicamente a las actuaciones médicas innecesarias, sino también a la violencia institucional y malos tratos. Como ejemplos de ello señala las esperas prolongadas en espacios inadecuados, no respetar la libertad de movimientos, formar parte del aprendizaje de médicos y enfermeros o la violencia verbal que pueden experimentar dichas mujeres¹⁵.

Con base a las palabras de Fernández Guillén, un trato inhumano en la atención obstétrica se caracteriza por privar a las parturientas de información y poder de decisión, el profesional elige por ellas sin ofrecer ningún tipo de alternativa, engañándolas, por ejemplo, justificando la realización de una cesárea diciendo que tiene la pelvis estrecha o inducir partos por conveniencia, así como favorecer un ambiente que carece de intimidad y apoyo emocional en el que la parturienta no pueda estar acompañada por una persona de confianza²⁴.

Dicha autora se ha atrevido a mostrar ejemplos de experiencias que tienen lugar en el mundo de la obstetricia. Considera frecuente el uso de la expresión “limpiar la guardia” como una forma de acelerar partos mediante el uso de fármacos, maniobras o la realización de cesáreas con el objetivo de que la mujer dé a luz en un horario considerado apropiado para los profesionales²⁴.

Del mismo modo, asegura que la expresión “fórceps docentes”, es utilizada en paritorios de nuestro país con el objetivo de referirse a fórceps que carecen de justificación médica, pero que son realizados para mostrar la técnica a los estudiantes²⁴.

Por otro lado, considera que expresiones como “desproporción céfalo-pélvica” o “pelvis estrechas”, son las mentiras más utilizadas para justificar una cesárea innecesaria²⁴. Como recoge García Alonso, Muñoz-Enciso, Rosales-Aujang, Domínguez-Ponce y Serrano-Díaz, añaden a esa lista de falsas justificaciones la “cesárea previa” pues pasado un año de su realización, las probabilidades de que ésta se rasgue durante el trabajo de parto son muy escasas o el “sufrimiento fetal”, pues en muchas ocasiones, con los resultados obtenidos en el test del Apgar, no se consigue evidenciar que haya existido dicho sufrimiento²².

Dentro de la violencia obstétrica, adquieren un especial protagonismo las madres adolescentes, en las que dada su condición de vulnerabilidad, se encuentran expuestas con mayor riesgo a situaciones de violencia¹⁶. De igual manera, es frecuente que mujeres que se encuentran en situación de pobreza o mujeres indígenas, debido a una discriminación por parte de los profesionales sanitarios o a una percepción de determinadas actuaciones médicas como violentas, no demanden atención obstétrica profesional y se decanten por tener partos en casa¹².

Teniendo en cuenta el sistema de evaluación y revisiones científicas Cochrane, únicamente el 10% de las intervenciones obstétricas se encuentran justificadas²⁴. Relacionado con esto, en base a Rejane Strapsson y Birck Nedel, un 25% de las mujeres refiere maltrato durante su parto²⁹. Según el artículo de Pereira Ramírez y Domínguez Villarroel, la OMS considera que el 70% de los partos que son atendidos en los hospitales, no precisan asistencia medicalizada, entendiendo ésta como la utilización excesiva tanto de intervenciones médicas como tecnológicas¹⁶.

En muchas ocasiones, el origen de esta situación radica en que, generalmente, las conductas obstétricas son transmitidas a través de las generaciones que las adoptan como verdaderas sin cuestionarse su validez científica. Este hecho obstaculiza el propósito de cambio y la desaparición de determinadas intervenciones que se ha demostrado que no son efectivas³⁰. Sin embargo, para Fernández Guillén, lo peor de estas situaciones es saber que las mujeres, carentes de poder, muchas veces se sienten culpables de lo que les sucede²⁴.

Como clave de este apartado, se puede concluir asegurando que la salud sexual y reproductiva de las mujeres, continúa estando condicionada por el modelo médico actual, dependiente de factores económicos, políticos, culturales y religiosos, en vez de por el propio proceso y por la mujer en sí misma²⁵.

1.4 Violencia obstétrica desde un marco legal

En nuestro país, al contrario que en muchos países iberoamericanos, la violencia obstétrica no se encuentra tipificada como tal y, por tanto, los actos constitutivos de violencia obstétrica son penados de forma diferente a como indica la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia⁹.

Teniendo en cuenta las legislaciones vigentes en materia sanitaria en distintos países centroamericanos, se puede observar que en ninguno de ellos se regula dicho concepto dentro del marco legal, aunque sí es utilizado por organizaciones no gubernamentales que luchan por la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres⁸.

Refiriéndonos a la defensa de los derechos humanos de las mujeres y en concreto a la violencia contra las mismas, resulta imprescindible destacar la figura de Venezuela, por ser uno de los países con mayor material jurídico en dicho ámbito²⁵.

En este país, los instrumentos jurídicos que más destacan en lo relacionado con la violencia hacia la mujer son la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres de 1994, la Convención para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer de 1979 y la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer de 1993²⁵.

En la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, celebrada en Pekín en 1995, se reconoce la violencia contra la mujer como *“un impedimento para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, porque es una violación y un menoscabo al goce y el disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales de las mujeres”*¹⁶.

Fernández Guillén considera que las mujeres embarazadas tienden a estar excluidas de las leyes que protegen los derechos humanos frente a las intervenciones médicas. La judicatura en general, defiende la idea de que someter a las mujeres a la autoridad médica lleva implícito el hecho de proteger a sus bebés²⁴.

Según la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, *“la violencia de género queda delimitada claramente por el sujeto que la padece: las mujeres”*¹⁷. Venezuela, mediante dicha Ley, aprobada en 2006 y publicada en la Gaceta Oficial en 2007¹⁶, que deroga la de 1998³¹, es el primer país en definir y tipificar dentro del marco legal, los actos que constituyen violencia obstétrica¹².

Según Matute Albo, la OMS, desde 1985, expone que el parto normal es un proceso saludable y fisiológico en la mujer, que sólo hay que intervenir si así lo requiere³². Sin embargo, el exceso de medicalización e intervenciones médicas que acontecen hoy en día en la atención obstétrica, lleva consigo que se puedan vulnerar ciertos derechos fundamentales. Como recoge Villegas Poljak en su artículo, *“La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico”*, los Derechos que pueden ser vulnerados mediante la violencia obstétrica y que, permanecen protegidos en dicha Ley según el artículo 3 son²⁵:

1. *Derecho a la vida.*
2. *Protección a la dignidad e integridad física, psicológica, sexual, patrimonial y jurídica de las mujeres víctimas de violencia en los ámbitos público y privado.*
3. *Igualdad de derechos entre el hombre y la mujer.*
4. *Protección de las mujeres particularmente vulnerables a la violencia basada en género.*
5. *El derecho de las mujeres víctimas de violencia a recibir plena información y asesoramiento adecuado a su situación personal.*

Tomando las palabras de Florencia Belli, teniendo en cuenta el marco jurídico de Argentina, se puede comprobar que, en dicho país, la primera ley que regula específicamente la violencia obstétrica es la Ley de Parto Humanizado, que en su artículo 2, identifica los siguientes derechos de las mujeres en lo relacionado con el embarazo, parto y postparto¹²:

1. *Derecho a ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.*
2. *Derecho a ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.*
3. *Derecho a ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.*

4. *Derecho al parto natural, respetuoso de sus tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.*
5. *Derecho a ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.*
6. *Derecho a no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.*
7. *Derecho a estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, postparto.*
8. *Derecho a tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, exceptuando los casos en que el recién nacido requiera de cuidados especiales.*

Apoyándose en su artículo, los derechos que habitualmente son violados en la atención perinatal son¹²:

1. *Derecho a la integridad personal.*
2. *Derecho a la privacidad e intimidad.*
3. *Derecho a la información y a la toma de decisiones libres e informadas.*
4. *Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes.*
5. *Derecho a estar libre de discriminación.*

Sin embargo, la violencia obstétrica también supone una violación de otros Derechos Humanos fundamentales, como el derecho a la salud, debido a su carácter ligado a la violencia contra la mujer. Según dicha autora, el derecho a la salud, está íntimamente unido al derecho a la vida y a la dignidad¹².

Teniendo en cuenta la situación actual, un porcentaje importante de parturientas que demandan asistencia obstétrica en hospitales públicos pertenecen a estratos sociales más desfavorecidos. Éste hecho dificulta que las mujeres conozcan los derechos que poseen y, consecuentemente, que puedan reclamarlos, lo que explicaría la falta de denuncias existentes en éste ámbito¹². En los casos en los que se llega a los tribunales, éstas prácticas únicamente son denunciadas cuando provocan lesiones físicas muy graves. Además, un inconveniente necesario a tener presente en los casos en los que se establece la denuncia, es que la mayor parte de los abogados que atienden las negligencias médicas son varones que, en su mayoría, carecen de formación en género²⁴.

Villegas Poljak recoge las consecuencias legales que conlleva la vulneración de los derechos de la parturienta, la prisión y multas, que incluyen hasta el trabajo comunitario, son diferentes sanciones establecidas en dicha Ley, además de la emisión de una copia al colegio profesional correspondiente²⁵.

1.5 Consecuencias de la violencia obstétrica en la mujer

En un primer lugar, teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, se puede asegurar que la violencia obstétrica supone una clara vulneración de los derechos de la parturienta.

Por otra parte, se ha demostrado científicamente que existe una importante relación entre algunas complicaciones obstétricas que sufre la mujer y el exceso de intervencionismo y la posición de inferioridad que éstas adoptan en el momento del parto³³.

Numerosos estudios han demostrado que la utilización excesiva de ciertas intervenciones médicas, por ejemplo, la cesárea, no justifican un descenso en la mortalidad perinatal, al igual que tampoco han supuesto una disminución del número de demandas³³.

Por el contrario, se prevé que éstas aumenten en los próximos años debido a la desconfianza que surge en las mujeres, a la escasez de información y al abuso de poder³³.

Centrándome en dos de las prácticas ejecutadas con mayor frecuencia sin justificación médica, la cesárea y la episiotomía, los estudios han demostrado que de su uso pueden derivarse numerosas complicaciones. Por ejemplo, con respecto a la primera, se desconoce cuál es el grado de daño que una cesárea injustificada puede ocasionar a la mujer. Sin embargo, existen ciertas complicaciones que se pueden derivar de su realización como es una mayor administración de medicamentos posparto, aumento de la morbilidad y mortalidad materna así como otras complicaciones médicas más generales²². Haciendo referencia a la episiotomía, las complicaciones más frecuentes derivadas de dicha práctica incluyen la dispareunia y diferentes tipos de incontinencia, ya sea urinaria, fecal o de gases²⁴.

Según Ibone Olza, para algunas mujeres el parto puede convertirse en una experiencia realmente traumática. Se estima que, aproximadamente, un tercio de las parturientas presentan algún grado de trastorno de estrés postraumático tras el parto, entendiendo éste como *“aquel en el que hay un peligro real o amenaza vital para la madre o para su bebé”*¹³.

La misma autora, en su artículo *“Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica”*, tomando las palabras de Beck, expone que bajo el término trauma se incluye todo aquello que durante el proceso de parto le resulte traumático a la mujer. La experiencia de sufrir un parto traumático, deja ciertas secuelas, tanto en la mujer como en su familia, como recuerdos vividos, pesadillas e irritabilidad. Diversos estudios demuestran que un requisito fundamental para estas mujeres traumatizadas, es el hecho de haber recibido unos cuidados inadecuados. Expresado con otras palabras, el trauma de las mujeres, parece ser consecuencia de las acciones (u omisiones) de ciertos profesionales sanitarios, como matronas, médicos y enfermeras. En el momento del parto, la mujer sufre una fuerte alteración hormonal que podría suponer que dichas actuaciones tengan un impacto mucho mayor¹³.

Algunas mujeres consideran que el parto se ha convertido en una forma de violación y es que, muchas de las que refieren haber experimentado un parto traumático, presentan síntomas similares a víctimas de violaciones¹³.

Frecuentemente, durante la asistencia obstétrica no se realiza una atención integral a la mujer teniendo en cuenta las diferentes esferas que la componen, y las consecuencias psicológicas y emocionales que dicha experiencia puede provocar en ella. Según Ibone Olza, las manifestaciones del trauma psicológico y emocional, en muchas ocasiones son desconocidas o ignoradas por los profesionales de la salud¹³. Diversos estudios muestran que un menor intervencionismo en la atención obstétrica permite alcanzar un nivel mayor de satisfacción materna³⁴.

Como recoge Fernández Guillén, para Ibone Olza, existe una clara relación entre la percepción de las mujeres en el proceso de parto y la propia evolución del mismo, es decir, el sentimiento de carecer de control en la situación y no poder participar en la toma de decisiones, influye en la evolución del propio proceso de parto y posparto²⁴.

El excesivo intervencionismo y medicalización, junto con la imposición de la autoridad médica que caracterizan el modelo de atención obstétrica actual, no sólo obstaculizan que las mujeres sean partícipes de dicho proceso, sino que, en ciertas ocasiones, provocan que no puedan valerse por sí mismas necesitando una intervención médica para mantener su vida sexual y reproductiva¹². La medicalización limita la capacidad del ser humano de gestionar por sí mismo su salud, su cuerpo y su vida¹⁵.

1.6 Impacto de la violencia obstétrica en el recién nacido

Según Ibone Olza, ignorantemente defendemos la idea de que los recién nacidos no sienten ni recuerdan, sin embargo, todos los movimientos y actuaciones que acontecen durante el parto, quedan grabados en el bebé, incluso de por vida, en su cuerpo y su cerebro. Ciertas sensaciones y posturas que adoptamos cuando somos adultos, en numerosas ocasiones, son debidas a esas memorias tempranas³⁵.

Mientras que los profesionales de la medicina justifican el modelo de atención obstétrica actual como un método para proporcionar seguridad y una atención efectiva a madres y bebés, lo cierto es que, atendiendo a diferentes estudios y estadísticas, se puede afirmar que determinadas intervenciones médicas llevadas a cabo durante la asistencia al parto, se traducen en pobres resultados maternos y neonatales³⁴.

El aumento de las cesáreas y de las inducciones al parto que se ha producido durante los últimos años, ha provocado un incremento del número de partos pretérmino o bebés con insuficiencia ponderal³⁴, que a su vez, esto puede ser desencadenante de ciertas complicaciones en el recién nacido²². Además, entre otras posibles consecuencias derivadas de una cesárea, también se incluye una mayor morbilidad fetal y neonatal con respecto a los partos naturales²².

La realización de estas prácticas incrementa el riesgo del bebé de ser ingresado al nacer, padecer patologías respiratorias, problemas de aprendizaje o trastornos del espectro autista. Además, numerosas secuelas también derivan de la separación de la madre y el recién nacido³⁵.

A estas consecuencias, hay que añadir las repercusiones que puede ocasionar al bebé el hecho de que su madre permanezca durante las primeras semanas de vida, aún sin recuperarse del parto. Numerosas intervenciones llevadas a cabo durante el proceso de parto, pueden ocasionar en las mujeres situaciones que le dificultan cuidar al recién nacido de la mejor manera posible, ni tampoco disfrutar de él como seguramente le gustaría³⁵.

En los casos más extremos, la violencia obstétrica puede convertirse en la causa de muerte de madres y bebés. Según Ibone Olza, parte del riesgo que conlleva un parto se debe a la violencia obstétrica, es decir, a la realización de prácticas inadecuadas o intervenciones excesivas³⁵.

1.7 Percepción de las usuarias acerca de la violencia obstétrica

Muchas veces las parturientas piensan que su cuerpo requiere del apoyo de la tecnología para poder parir. Por este motivo, consideran que el elevado número de intervenciones a las que se ven sometidas durante su proceso de parto, es algo normal y natural, aun desconociendo las consecuencias que dichas actuaciones pueden producir en sus cuerpos¹⁵.

El hecho de que las mujeres vean estos comportamientos como normales justifica uno de los motivos por los cuales la violencia obstétrica aún permanece invisibilizada. En muchas ocasiones, las mujeres consideran que recibir una atención poco respetuosa por parte de los profesionales sanitarios, es el precio que se tiene que pagar por beneficiarte de servicios de salud gratuitos¹². En estos casos, también influye el hecho de que las mujeres puedan estar acostumbradas a recibir una atención inadecuada y no ser vista como tal por ellas¹⁶.

Por otra parte, la excesiva confianza en la medicina y, en los profesionales que la ejercen así como la falta de información con la que parten las mujeres, son otras causas que justifican que este tipo de violencia permanezca enmascarada¹¹.

Uno de los principales temores de la mujer en el momento del parto es el miedo a experimentar dolor. Por este motivo, algunos artículos consultados demuestran que las mujeres, si les diesen opción a elegir, optarían por tener un parto medicalizado. Sin embargo, muchas de ellas desconocen las complicaciones que por ejemplo, la inducción al parto, una cesárea o una episiotomía pueden tener¹¹.

Si las mujeres conociesen dicha información, se replantearían cambiar de opción, y es que el concepto que ellas poseen sobre tener un parto medicalizado, no se ajusta del todo a la realidad pues carecen de información relevante¹¹.

En los casos en los que la mujer experimenta una situación realmente traumática durante su asistencia al parto, reconocen haber sido tratadas de forma autoritaria, sin incluirlas en la toma de decisiones, ignorando sus opiniones. Consideran que no se les ha respetado como personas, llegando a recibir una atención deshumanizada y poco respetuosa. Algunos estudios consultados revelan cómo en estas situaciones, las mujeres llegan a ser capaces de aceptar ciertas intervenciones médicas con el objetivo de finalizar cuanto antes el trauma por el que están pasando, el parto¹³.

Diversos estudios consultados demuestran que la mayor parte de las mujeres no conocen sus derechos, ni saben cómo ejercerlos. La mayoría de las parturientas no conoce el término de violencia obstétrica, ni tampoco los mecanismos regulares para denunciar sus experiencias^{16,31}.

Por tanto, si las parturientas normalizan estas prácticas y desconocen sus derechos, reclamarlos se convierte en una tarea de difícil consecución¹⁶. En los casos en los que se llega a establecer una denuncia, los motivos más utilizados que hacen referencia a la violencia obstétrica son: la negación de información sobre determinados procedimientos llevados a cabo, prácticas que humillan los comportamientos de la mujer, la descalificación de sus conocimientos y sensaciones, la realización de cesáreas y otras intervenciones de riesgo injustificadas, así como otras rutinas llevadas a cabo de forma protocolaria sin una base científica adecuada¹⁴.

Hay que tener en cuenta que, en la práctica diaria, es común que la única explicación que reciban las parturientas ante sus preguntas sobre determinadas intervenciones, es que es algo que se hace por protocolo, sin detallar más información³³.

Lo que los pacientes reclaman es que, aun conociendo la carga laboral y la escasez de recursos existentes en los servicios públicos, los profesionales médicos realicen sus intervenciones exprimiendo al máximo los recursos disponibles, utilizándolos de forma correcta, de manera que les permitan alcanzar los objetivos planteados de la mejor manera posible. Piden que los profesionales médicos actúen de forma responsable y consecuente, informándoles en todo momento acerca de la evolución así como de las posibles medidas terapéuticas, es decir, piden el respeto hacia su dignidad como personas³⁶.

1.8 Conocimiento del personal de la salud sobre la violencia obstétrica

Refiriéndome a la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, el conocimiento que poseen los profesionales de la salud acerca de su contenido, se puede considerar escaso. Sin embargo, la Ley es obligatoria desde que fue publicada en la Gaceta. Como recoge el artículo *“Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud”*, el artículo 2 del Código Civil de Venezuela, define que *“la ignorancia de la Ley no es excusa de su incumplimiento”*³⁷.

Los profesionales sanitarios, conocen el término de violencia obstétrica, pero desconocen la Ley que la define y la sanciona. Los actos que constituyen violencia obstétrica tampoco son conocidos al detalle por los profesionales, al igual que la forma en la que denunciar y los organismos que prestan ayuda a las víctimas. Sin embargo, según el artículo 51, cuentan con el deber de comunicar a los organismos responsables los casos de mujeres víctimas de violencia obstétrica³⁷. A este hecho hay que añadirle que, en general, poseen un significativo desconocimiento sobre la importancia que conlleva la correcta cumplimentación del informe médico¹.

Por otra parte, se puede comprobar que dicha Ley también ha generado numerosas dudas entre los gineco-obstetras. Algunos profesionales han mostrado su desacuerdo con la promulgación de dicha Ley, considerando que de esta manera, las mujeres tendrían mayor capacidad para negarse a ser sometidas a determinadas intervenciones o tratamientos, haciendo peticiones sin fundamento, lo cual repercutiría en la evolución del proceso y en las consecuentes intervenciones de los profesionales³¹. Consideran que esto se traduciría en un aumento de la morbimortalidad materna y neonatal, defienden la idea de que interviniendo de manera precoz en el proceso de parto, se consiguen evitar muchas complicaciones²⁵. Dichos profesionales, manifiestan que los organismos encargados deberían realizar mejoras en las instituciones sanitarias con el fin de mejorar la atención ofrecida a las mujeres³¹. El temor a la sanción podría suponer que se priven de realizar ciertas intervenciones consideradas apropiadas en ese momento, con la consecuente repercusión negativa que esto conlleva en la mujer²⁵.

En los diferentes estudios consultados, la mayor parte de las veces los mayores ejecutores de este tipo de violencia, han sido los profesionales de la enfermería, seguidos por los profesionales médicos³¹. Paradójicamente, los profesionales de enfermería, por presentar una relación más estrecha con los pacientes, se encuentran en una posición idónea para buscar un cambio en dicho modelo de atención²⁹.

En palabras de Ibone Olza, respecto a la repercusión que tiene este tipo de violencia sobre los profesionales, es evidente que la propia palabra implica una connotación negativa. En algunas ocasiones, los profesionales de atención al parto también emiten y muestran su desacuerdo y, en casos extremos, su trauma por la forma de trabajo tan deshumanizada que puede llegar a existir en los paritorios. Algunas veces, las enfermeras se sienten incapaces de intervenir para impedir que esto siga sucediendo, se sienten culpables por no defender a los pacientes, llegando incluso ellas mismas a padecer la sintomatología característica del Trastorno de estrés postraumático¹³.

1.9 Justificaciones para la existencia de la violencia obstétrica

Como recogen Casal-Moros y Alemany-Anchel, Ibone Olza considera que un motivo que justificaría la existencia de este tipo de violencia, es el “síndrome de estar quemado” o Burnout. Sin embargo, esta justificación estaría aceptada en aquellos profesionales que hubieran llegado a desarrollar dicho síndrome, debido al paso del tiempo. Por el contrario, se trata de un motivo que carecería de sentido en profesionales que no padecen dicho síndrome o en aquellos que, por ejemplo, se acaban de incorporar al mundo laboral y, por tanto, no han podido llegar a desarrollarlo¹¹.

Dicha autora también considera que la falta de habilidades técnicas y de formación, especialmente ética, que pueden padecer, les lleva a encontrar dificultades en el afrontamiento de ciertas manifestaciones del parto, principalmente de aspectos emocionales y sexuales. Además, destaca el propio trauma que algunos de los profesionales padecen como otra razón que les lleva a ejercer dicho tipo de violencia. La excesiva medicalización del proceso de parto, está relacionada con la aparición de determinadas complicaciones iatrogénicas. Por este motivo, para tratar de prevenir el desarrollo de dichas complicaciones, sin ser conscientes de ello, y de manera defensiva, los profesionales pueden empezar a realizar un conjunto de intervenciones innecesarias que desencadenan en la iatrogenia¹³.

Para otros autores, la violencia obstétrica es el resultado de la precariedad que sufren los trabajadores de los servicios de salud. Jornadas excesivas, sobredemanda de atención²⁷, estrés laboral, escasez de recursos y otras condiciones estructurales que impiden a los profesionales proporcionar una atención obstétrica de calidad. Sin duda, es imprescindible destacar la escasez de políticas sanitarias destinadas a solucionar estos problemas¹².

Además, a estas circunstancias hay que añadirle el importante desconocimiento que padecen los profesionales en lo relacionado con los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sumado a las relaciones de poder y a la cultura predominante que se caracteriza por una relación médico-paciente paternalista, en el que el profesional goza de la autoridad en la toma de decisiones por considerar que son ellos los que poseen los conocimientos²⁷. En muchas ocasiones, éstas prácticas constitutivas de violencia obstétrica, son llevadas a cabo de forma rutinaria, con el objetivo de facilitar a los trabajadores la atención perinatal, aun habiendo evidencia científica que demuestra que no son beneficiosas para la madre y el bebé³⁰.

Por otra parte, la existencia de demandas a ginecólogos y obstetras, les ocasiona cierto miedo a la denuncia y repercute en la relación de estos con las pacientes. Ser demandado por actos que se realizan y justifican desde la figura profesional, puede llegar a ser muy traumático. Este hecho les genera ansiedad y temor, lo cual condiciona su relación con los pacientes y, en este caso, las intervenciones llevadas a cabo. Incluso los profesionales que nunca han recibido una demanda, por miedo a ello, adoptan una actitud defensiva, por ejemplo, realizando cesáreas injustificadas con el único fin de que el bebé nazca sano³³.

Sin duda, especial relevancia poseen los avances científico-tecnológicos. Por ejemplo, con respecto a las cesáreas, un aumento de su tasa, podría estar justificado por los avances de las técnicas quirúrgicas y anestésicas, el descenso de las complicaciones postoperatorias, factores sociodemográficos, el miedo de las mujeres al dolor del parto y, no menos importante, la seguridad y comodidad que la realización de una cesárea supone a los profesionales médicos, entre otros motivos, por beneficiarse de mayor disponibilidad de su tiempo¹⁰.

Según los indicadores de la atención al parto del año 2010, proporcionados por el Sistema Nacional de Salud, en nuestro país, únicamente un 15,5% de los hospitales disponen de protocolos que reflejan todas las recomendaciones del Ministerio de Sanidad en cuanto a la atención perinatal¹⁸. Este hecho se traduce en una necesidad de difundir la importancia de establecer protocolos actualizados, que incluyan las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, en todos los hospitales de nuestro país¹⁰.

1.10 Situación de la violencia obstétrica en España

1.10.1 Activismo feminista y autonomía de la enfermera obstétrica

Este tipo de violencia de género en nuestro país no se encuentra legalmente reconocida y, por tanto, el conjunto de actos recogidos y penalizados en la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia son penalizados de forma diferente a como recoge dicha Ley⁹.

Por otra parte, a medida que el ámbito de la gineco-obstetricia se va feminizando, se empieza a cuestionar el tema de la violencia obstétrica obligándonos a centrar la mirada en el futuro y en las necesidades de cambio³⁸.

Por estas razones, surge un activismo feminista que pretende conseguir la inclusión de dicho término dentro del marco legal. Del mismo modo defiende la idea de experimentar una atención respetuosa durante el proceso de atención al embarazo y al parto caracterizada por la existencia de mayor información y formación tanto a las usuarias como a los profesionales. Para conseguir este objetivo se han creado diferentes asociaciones entre las que destacan: El Parto es Nuestro (asociación que colaboró en el desarrollo de la estrategia de atención al parto normal así como en la elaboración del Observatorio de Violencia Obstétrica), Dona Llum, Plataforma Pro Derechos del Nacimiento, Criar con Apego y Asociación Nacer en Casa (formada por aproximadamente el 90% de los profesionales que asisten los partos en domicilios)³⁹.

Defienden el nacimiento domiciliario como una posible alternativa y una experiencia segura, a la vez que cuestionan el modelo de atención al parto actual³⁹.

Analizando el impacto que dichas asociaciones tienen, por ejemplo⁴⁰: El Parto es Nuestro, se puede afirmar que ha sido una forma de desenmascarar el modelo de asistencia al embarazo y al parto vigente en nuestro país, de manera que ha posibilitado la implementación de cambios legales, sociales y políticos encaminados a dar respuesta a dicha problemática. Del mismo modo, es una herramienta para la creación de debates acerca del nacimiento que son controversias en la sociedad. Algunos ejemplos de logros conseguidos son³⁹: la celebración de una semana de mayo como semana mundial del parto respetado, cursos de preparación para un parto natural, grupos presenciales de apoyo a la mujer, nuevas profesiones que provocan cambios laborales, iniciativas artísticas del tipo “Puja violencia obstétrica” y, sin lugar a dudas, destacar Internet como un medio clave para la consecución de dichos objetivos pues supone una forma de fomentar iniciativas.

Sin embargo, cabe mencionar que al tratar de resaltar los logros obtenidos gracias al movimiento activista, nuevamente nos topamos con la escasez de datos y estadísticas en materia sanitaria, especialmente en el ámbito de la obstetricia. Tanto es así que uno de los informes utilizados para la elaboración de la presente monografía, “The European Perinatal Health Report”, trata de llevar a cabo un análisis de la atención perinatal en diferentes países europeos, sin embargo, en las últimas versiones ha decidido prescindir de España al carecer de datos oficiales³⁹.

Dichas asociaciones fueron las primeras en mostrar la realidad de la atención perinatal y concienciar a la población acerca del problema. Desde la autonomía profesional de la enfermera obstétrica es posible prevenir y minimizar la incidencia de esta realidad, pues dicha enfermera posee competencias que así se lo permiten.

Como recoge el Ministerio de Sanidad, Fernández Guillén considera que es necesario garantizar la autonomía profesional de las matronas y el desarrollo de sus competencias profesionales en el modelo de atención obstétrica, pues cuenta con numerosos beneficios tanto para la salud de las madres como de sus bebés y con ciertas ventajas sobre el sistema sanitario público⁴¹.

Con base a los datos recogidos por el Ministerio de Sanidad, el autor americano Henci Goer considera que al contrario que los ginecólogos, que son cirujanos especialistas en patologías del sistema reproductor femenino, las matronas son especialistas en la fisiología del parto, además realizan un abordaje integral que incluye los aspectos psicológicos y sociales de la mujer. Cuentan con una perspectiva global sanitaria de la parturienta mientras que los ginecólogos enfocan su atención en aspectos concretos de la salud de la misma. Las funciones de las matronas están destinadas a mantener la normalidad del proceso mientras que la formación de los ginecólogos defiende la idea de intervenir para solucionar los problemas, intervenciones que son invasivas y que pueden poner en riesgo el bienestar materno y fetal, mientras que la atención de las matronas es flexible, adaptada a cada tipo de mujer y cuenta con numerosas medidas que no son invasivas⁴¹.

Si se realiza un análisis de dicha comparación en función de los resultados materno-infantiles, se ha demostrado que dichos resultados en partos de bajo riesgo fueron similares, lo que se traduce en que mayor nivel de intervencionismo y medicalización no siempre se asocia con mejores resultados⁴¹. Según un estudio realizado en el Hospital Universitario Dr. Josep Trueta de Girona, no existen importantes diferencias en el estado de los recién nacidos distinguiendo entre parto normal, dirigido por matronas, y el intervenido, dirigido por obstetras y matronas, salvo en el test de Apgar a los 5 minutos, que es superior en los recién nacidos con parto normal. Del mismo modo la satisfacción de las mujeres también fue mayor en dicho tipo de parto⁴².

Como recoge Fernández Guillén, la OMS considera que la matrona es la profesional más apropiada y económica para atender al embarazo y parto normal⁴¹. A pesar de esto, la autonomía de las matronas varía notablemente en diferentes países en función de las posibilidades de formación y de las políticas existentes en cada uno de ellos⁴³. Aunque no existen estudios que traten específicamente el tema de cómo afecta a las matronas trabajar en hospitales en los que el modelo dominante es el modelo médico, sí se sabe que el trabajo de dichas profesionales puede verse afectado si el entorno es muy tecnificado o los obstetras son quienes dictan las reglas. Las posibilidades de tener un parto instrumental aumentan si dicho parto está dirigido por ginecólogos⁴¹.

1.10.2 Una mirada centrada en el futuro

Gracias al movimiento realizado por esas asociaciones, al aumento de los conocimientos de las usuarias así como a la postura adoptada por diferentes profesionales que deciden tener en cuenta las nuevas evidencias científicas, se han conseguido obtener ciertos cambios en el modelo de atención obstétrica actual, sin embargo, se sabe que aún queda mucho por hacer³⁹.

En primer lugar, para conseguir la erradicación de la violencia obstétrica resulta fundamental que deje de ser invisible para la sociedad y muy especialmente para los profesionales que asisten a estas mujeres⁹. Como recoge Ibone Olza en su artículo, Hodges considera que *“nombrar el abuso que sufren muchas mujeres en el parto es el primer paso para erradicar el problema”*¹³.

Una adecuada asistencia al parto estaría caracterizada por prácticas basadas en la evidencia científica disponible, en la que los profesionales no realicen determinadas intervenciones de forma indiscriminada si no que limiten su uso a aquellas situaciones en las que sea estrictamente necesario¹¹. Ejecutar ciertas prácticas de forma rutinaria carece de justificación si se tiene en cuenta la necesidad de individualizar los cuidados y la atención a las características de cada parturienta³⁰. De esta forma se conseguirían reducir los altos niveles de intervencionismo que caracterizan el modelo de atención obstétrica actual¹¹.

Para humanizar el parto resulta imprescindible conocer y considerar los deseos y valores de la mujer²⁹. Es necesario fomentar una buena comunicación entre ambas partes con la finalidad de conseguir su implicación en el proceso y en la toma de decisiones¹¹. Una buena comunicación entre la parturienta y los profesionales sanitarios está relacionada con un descenso de los niveles de miedo, estrés e incluso de dolor²⁹.

Para Fernández Guillén una forma de conseguir la participación de la mujer durante el proceso de asistencia obstétrica es la creación de un “plan de parto”. Son varios los países europeos en los que las mujeres embarazadas elaboran previamente este documento en el que se manifiestan sobre ciertas intervenciones como la episiotomía, la presencia del acompañante, la atención al recién nacido, la administración de vacunas, el corte del cordón umbilical, etc³³. En nuestro país, en el año 2007, la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), comienza a impulsar la elaboración de un plan de parto en el que la mujer embarazada pueda establecer sus expectativas y deseos sobre el parto y el nacimiento. Se trata de una forma de conseguir que las mujeres adquieran un mayor nivel de conocimientos en relación con dicho proceso. Sin embargo, paradójicamente, según ciertos estudios consultados, los planes de parto pueden acentuar los sentimientos negativos y favorecer la obtención de peores resultados obstétricos. En las situaciones en las que el proceso haya transcurrido de forma inesperada y, por tanto, haya sido diferente a lo reflejado en el plan de parto, aparecen los sentimientos de pérdida y decepción⁴⁴.

Por otra parte, resulta clave informar a los profesionales sanitarios acerca de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de manera que sean vistas como sujetos activos, con derechos y no como sujetos pasivos. Sin embargo, mientras las instituciones sanitarias y las autoridades no regulen la prevalencia de dichas prácticas, seguirá siendo una tarea ardua la lucha por la defensa de los derechos de las parturientas en las salas de parto²⁷. Los Estados deben de proteger los derechos mediante políticas y programas destinados a mejorar el modelo de atención actual¹². Del mismo modo, para conseguir que se respeten los derechos humanos dentro del sistema sanitario, Belli considera que también es necesario eliminar los casos de violencia institucional hacia los profesionales sanitarios⁴², reducir el estrés y la falta de personal y de recursos también suponen requisitos clave para conseguir una mejor atención obstétrica³³.

Matute Albo considera que si las recomendaciones de organismos internaciones, como la OMS o las del Ministerio de Sanidad fueran utilizadas en la enseñanza de los profesionales sanitarios, resultaría más fácil modificar ciertas actitudes³². Según Villegas Poljak, dichos profesionales deben de recibir una educación humanista e integral²⁵.

Como actividad preventiva hay que destacar la necesidad de divulgar la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, tanto a los propios profesionales sanitarios como a la población en general. Este hecho permitirá a la mujer dotarse de ciertos conocimientos y actitudes para participar de manera activa en la atención al parto¹⁶.

Del mismo modo también resulta crucial que las instituciones desarrollen protocolos que abarquen las recomendaciones de los organismos sanitarios con el objetivo de que los profesionales de la salud realicen sus prácticas basándose en la evidencia científica disponible³⁰.

Según García García, la lucha por la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer y, en consecuencia, por la erradicación de la violencia obstétrica, se reduce a tres pilares fundamentales que son: la prevención, es decir, proporcionar educación e información a los profesionales y a la población en general para conseguir el respeto a las mujeres; la formación de los profesionales sanitarios de manera que realicen sus intervenciones basándose en la evidencia científica y, por último, la penalización de la violencia obstétrica mediante su inclusión en el ámbito legal³⁹.

REFLEXIONES

La violencia obstétrica es un tipo de violencia de género que, al igual que otras muchas formas de violencia contra la mujer, permanece encubierta. Tanto es así, que muchas mujeres e incluso profesionales, no son conscientes de que la sufren o que la están practicando.

En nuestro país no está reconocida dentro del marco legal. Sí se encuentra incluida dentro de la legislación de otros países, éste es el caso de Venezuela, que fue el primer país en contemplarla legalmente. Muchos profesionales ignoran la existencia de dicha Ley y, entre los que la conocen, existe una importante falta de conocimientos con respecto a los actos y penas que incluye.

Se ha evidenciado un importante desconocimiento por parte de las mujeres acerca de sus derechos sexuales y reproductivos, lo que también aumenta la vulnerabilidad a su violación. Esta situación se traduce en una necesidad de incrementar el conocimiento acerca de dichos derechos, tanto de las mujeres como de los profesionales, con el fin de reducir la posibilidad de que sean vulnerados.

La aparición de leyes que penalizan la violencia obstétrica genera ciertas dudas entre los profesionales pues consideran que con ello las mujeres pueden hacer numerosas peticiones y negarse a recibir determinadas intervenciones y tratamientos. Uno de los fundamentos de dicha situación radica en el modelo de atención biomédico, en el que el profesional excluye la intercomunicación con los pacientes, sin tener en cuenta la capacidad de las personas para decidir libremente sobre las opciones disponibles. Además, el hecho de heredar ciertas prácticas a través de generaciones puede ocasionar que sigan siendo ejecutadas sin cuestionarse su validez científica. Por ello, se insta a los profesionales una actitud activa para realizar sus intervenciones basándose en la evidencia científica.

Los enfermeros de obstetricia, especialistas en la fisiología del embarazo y parto normal, poseen competencias que les permiten actuar en la reducción de la prevalencia de dicha problemática. Son profesionales que adquieren en su formación una visión integral de la mujer, considerándola como un sujeto activo dotado de derechos. Por ello, resulta fundamental fomentar su conocimiento acerca de la violencia obstétrica y facilitar el desarrollo de sus competencias con el objetivo de disminuir la incidencia y prevalencia de esta realidad, ampliamente familiarizada con el modelo de atención obstétrica actual y que conlleva importantes consecuencias en el bienestar materno-fetal.

La lucha por la defensa de los derechos de la mujer es una compleja tarea que comenzó en los años sesenta con un activismo feminista en el que se defendía el parto respetado y los derechos de las parturientas que hoy en día sigue siendo una meta por alcanzar. Esta meta se pretende conseguir con pilares fundamentales como la educación, la formación y la penalización mediante el reconocimiento legal de dicho término.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Alvarado Rigos M, Guerra N. La violencia de género un problema de salud pública. Interacción y perspectiva: Revista de Trabajo Social. 2012;2(2):97-106.
- (2) Calvo González G, Camacho Bejarano R. La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. Enferm Global. 2014;13(33):424-439.
- (3) Massumi Okada M, Komura Hoga LA, Vilela Borges AL, Sartori de Albuquerque R, Aparecida Belli M. Domestic violence against pregnant women. Acta paul enferm. 2015;28(3):270-274.
- (4) Sans M, Sellarés J. Detección de la violencia de género en atención primaria. Rev Esp Med Legal. 2010;36(3):104-109.
- (5) Martínez Galiano JM. Detección y atención a la violencia de género en el embarazo. Una asignatura pendiente. Enferm Global. 2011;10(24):352-357.
- (6) Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. Journal of Women's Health. 2015;24(1):100-106.
- (7) Henriksen L, Schei B, Vangen S, Lukasse M. Sexual violence and mode of delivery: a population-based cohort study. BJOG. 2014;121(10):1237-1244.
- (8) Arguedas Ramírez G. La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe. 2014;11(1):145-169.
- (9) González Fajardo A, Martínez Miñano JJ, Gil Pérez FJ, López García AI, Navarro Valladares A. La violencia enmascarada. Rev Paraninfo Digital. 2014(20).
- (10) Recio Alcaide A. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. Dilemata. 2015(18):13-26.
- (11) Casal-Moros N, Alemany-Anchel MJ. Violencia simbólica en la atención al parto. Un acercamiento desde la perspectiva de Bourdieu. Index Enferm. 2014;23(1-2):61-64.
- (12) Florencia Belli L. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Revista Redbioética/UNESCO. 2013;1(7):25-34.
- (13) Olza Fernández I. Estrés postraumático secundario en profesionales de la atención al parto. Aproximación al concepto de violencia obstétrica. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace. 2014(111):79-83.
- (14) Bellón Sánchez S. La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Dilemata. 2015(18):93-111.
- (15) Machado MA. ¿Cómo parimos? De la violencia obstétrica al parto humanizado. 2014.
- (16) Pereira Ramírez CJ, Domínguez Villarroel AL. Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. 2013.
- (17) Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Ley No 38.647 de 19 de marzo. Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela, (19-3-2007).
- (18) Observatorio de Salud de las Mujeres. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012 [acceso 15 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8_marzo2015.pdf
- (19) Organización Mundial de la Salud, Programa de Reproducción Humana. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2015 [acceso 7 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
- (20) Servicio Cántabro de Salud. Estrategia para la atención al parto normal [Internet]. Gobierno de Cantabria; 2007 [acceso 20 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/iniciativas/i/4704/139/estrategia-para-la-atencion-al-parto-normal-en-cantabria>

- (21) Alexander S, Blondel B, Bouvier Colle MH, Gissler M, Macfarlane A, van der Pal K et al. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 [Internet]. European Perinatal Health Report; 2010 [acceso 22 de abril de 2016]. Disponible en: http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR2010_w_disclaimer.pdf
- (22) García Alonso EM. Evolución del nacimiento por cesárea: El caso de México. *Dilemata*. 2015(18):27-43.
- (23) Organización Mundial de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Banco Mundial. Manejo de las complicaciones del embarazo y parto: Guía para obstetras y médicos [Internet]. Departamento Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas; 2003 [acceso 7 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241545879/es/
- (24) Fernández Guillén F. ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*. 2015(18):113-128.
- (25) Villegas Poljak A. La violencia obstétrica y la esterilización forzada frente al discurso médico. *Revista venezolana de estudios de la mujer*. 2009;14(32):125-146.
- (26) Camacaro M, Ramírez M, Lanza L, Herrera M. Conductas de rutina en la atención al parto constitutivas de violencia obstétrica. *Utopía y Praxis Latinoamericana*. 2015;20(68):113-120.
- (27) Valdez Santiago R, Hidalgo Solórzano E, Mojarro Iñiguez M, Arenas Monreal LM. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Revista CONAMED*. 2013;18(1):14-20.
- (28) Ballesteros Meseguer C, López Pay MD, Martínez Román C. La exploración vaginal durante la asistencia al parto. *Recien*. 2012(4):1-14.
- (29) Rejane Strapasson M, Birck Nedel MN. The institutionalization of violence against women in the birth process: integrative review. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2013;7(11):6663-6670.
- (30) Franco de Carvalho V, da Costa Kerber NP, Busanello J, Goulart Gonçalves B, da Fonseca Rodrigues E, Pinho de Azambuja E. How the workers of a birthing center justify using harmful practices in natural childbirth. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(1):30-37.
- (31) Terán P, Castellanos C, González Blanco M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2013;73(3):171-180.
- (32) Matute Albo JI. Recomendaciones de la OMS para el parto: conflicto de intereses en la práctica. *Med Natur*. 2006(10):55-59.
- (33) Fernández Guillén F. Nosotras parimos, ¿nosotras decidimos?: El consentimiento de la mujer y otros aspectos legales de la atención materno infantil. *Med Natur*. 2006(10):29-38.
- (34) Barbosa da Silva FM, Rego da Paixão TC, Junqueira Vasconcellos de Oliveira SM, Sousa Leite J, Gonzalez Riesco ML, Hitomi Osava R. Care in a birth center according to the recommendations of the World Health Organization. *Rev Esc Enferm USP*. 2013;47(5):1031-1038.
- (35) Olza Fernández I. Impacto de la violencia obstétrica en el bebé. *El parto es nuestro*. 2015.
- (36) Villanueva Egan LA. El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista CONAMED*. 2010;15(3):148-151.
- (37) Faneite J, Feo A, Toro Merlo J. Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2012;72(1):4-12.
- (38) Pozzio MR. La gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstétrica. *Rev Estud Fem*. 2016;24(1):101-117.
- (39) García García EM. La violencia obstétrica como violencia de género. Una mirada feminista a la situación en España. 2015.
- (40) Villarme S, Olza I, Recio A. El parto es nuestro: El impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico de España. *Dilemata*. 2015(18):157-183.
- (41) Importancia de potenciar el trabajo de las comadronas y su autonomía profesional para mejorar la atención al parto [Internet]. El Escorial: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2009 [acceso 20 de mayo de 2016]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/autonomiaComadronas.pdf>

- (42) Compte C, Magret A, Sabench C, Sánchez J, Redondo J, Cano A et al. Modelo de atención al parto dirigido por matronas frente al dirigido por matronas y obstetras en el Hospital Dr. Josep Trueta de Girona. *Matronas Prof.* 2015;16(2):54-60.
- (43) Casteleiro Vallina A, Díez Paz E. Autonomía de la matrona: un repaso a su situación en el mundo. *Nuber Científ.* 2015;2(16): 31-35.
- (44) Higuero Macías JC, Crespillo García E, Mérida Téllez JM, Martín Martínez SR, Pérez Trueba E, Mañón Di Leo CM. Influencia de los planes de parto en las expectativas y la satisfacción de las madres. *Matronas Prof.* 2013;14(3-4):84-91.