

Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido

Rosa Llobera Cifre¹; Victoria A. Ferrer Pérez²; Xènia Chela Àlvarez³

Recibido: Julio 2018 / Revisado: Abril 2019 / Aceptado: Mayo 2019

Resumen. La violencia obstétrica supone un trato deshumanizado, una intervención desproporcionada e inexorablemente medicalizada del proceso natural de embarazo, parto y puerperio, que vulnera los derechos de las mujeres y afecta a su salud. Es un concepto novedoso, de un viejo problema, que se conforma a partir de la violencia machista y la violencia institucional. Este trabajo explora las vivencias de violencia obstétrica desde la perspectiva de aquellas mujeres que la han sufrido. Con ese fin, se han realizado 12 entrevistas semi-estructuradas con un enfoque fenomenológico.

Los resultados indican que el trato deshumanizado, irrespetuoso, jerarquizado, y la atención insuficiente fue la base de la violencia obstétrica sufrida. A pesar de existir recomendaciones de organismos estatales e internacionales se siguen realizando prácticas clínicas injustificables. El entorno sanitario inadecuado tampoco favorece el desarrollo fisiológico de los procesos obstétricos. La vulneración del derecho de autonomía e información es fuente del malestar descrito por las entrevistadas. La toma de conciencia de sus derechos y su actitud reivindicativa nace de la violencia obstétrica y de compartir posteriormente la vivencia con otras mujeres. Las entrevistadas muestran tener capacidad de agencia, pero no siempre pueden hacer efectivas sus decisiones debido al contexto institucional. En conclusión, la violencia obstétrica en todas sus dimensiones afecta negativamente las experiencias y las emociones relacionadas con los procesos de salud reproductiva. Este estudio pretende dar a conocer la percepción y opinión de las mujeres que han sufrido violencia en los servicios obstétricos y el impacto que ha tenido en sus vidas.

Palabras clave: Parto humanizado, embarazo, periodo posparto, obstetricia, violencia, género.

[en] Obstetric violence: the perspective of women who have suffered it

Abstract. Obstetric violence is a dehumanized treatment, a disproportionate and inexorably medicalized intervention of the natural process of pregnancy, childbirth and puerperium. It is considered an infringement of women rights and has an impact on their health. This is a new conceptualization of an old problem, based on sexist and institutional violence. This article explores the perspectives and the experiences of women exposed to obstetric violence. We conducted 12 semi-structured interviews, using a phenomenological approach.

Ours results indicates that dehumanized, disrespectful, and hierarchical treatment, along with insufficient care were on many occasions, the basis of the endured obstetric violence. Despite the existence of recommendations from different governmental and international organizations, unjustifiable clinical practices are performed. Moreover, an inadequate physical environment does not favour the physiological development of obstetric procedures. Transgressing autonomy and information rights is a fundamental source of distress for the interviewed women. Rights awareness and the demanding attitude has its foundation in obstetric violence experiences and sharing those experiences with other

¹ Matrona. Atención Primaria de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears.

rosa.lloberacifre@gmail.com

² Catedrática de Psicología Social de Género. Facultad de Psicología. Universitat de les Illes Balears.

³ Investigadora en la Unidad de Investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca.

women. The interviewed participants had agency capacity, but because of the institutional context they were not always capable of making their decisions effectively. In conclusion, obstetric violence, with all its dimensions, is negatively related with the experiences and the emotions of reproductive health process. This study provides disclosure on perceptions and opinions of women suffering violence in the obstetric services, and the impact on their lives.

Keywords: Humanized childbirth, pregnancy, postpartum period, obstetrics, violence, gender.

Sumario. 1. Introducción. 2. Metodología. 3. Resultados. 3.1. Trato de los profesionales, indicativo de violencia obstétrica. 3.2. Práctica clínica constitutiva de violencia obstétrica. 3.3. Entorno en el que se recibe la atención obstétrica. 3.4. Violencia obstétrica por vulneración de los derechos de las pacientes. 3.5. Agencia y empoderamiento tras el sufrimiento de violencia obstétrica. 4. Conclusiones. Aspectos éticos y legales. Referencias bibliográficas.

Cómo citar: Llobera Cifre, R. (2019). Violencia obstétrica: la perspectiva de las mujeres que la han sufrido, en *Investigaciones feministas* 10.1, 167-184.

1. Introducción

“La Violencia Obstétrica (VO) se asocia a la intervención desproporcionada e inexorablemente medicalizada del proceso natural de la condición de embarazo y de parto” como se define en el documento *Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar*, publicado por Naciones Unidas en 2016 (Gheardi, 2016, p.17).

Medina (2008, en Magnone, 2011) definió la VO como “toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud en el ámbito público o en el privado, que, directa o indirectamente, afecta el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado y un abuso de medicalización de los procesos naturales” (p.3).

Esta violencia se conforma a partir de la violencia contra las mujeres y la violencia institucional, y estas se sustentan en sistemas de poder jerárquicos de género y de salud, respectivamente (Rocha, 2004). En este sentido, y por lo que se refiere a la violencia contra las mujeres, cabe recordar que los modelos explicativos más aceptados para esta violencia consideran que es un fenómeno completo y está basada en multitud de factores (a los que se atribuye una relevancia variable), pero sólo puede ser explicada a partir de la intervención de un conjunto de factores específicos, en el contexto general de las desigualdades de poder entre hombres y mujeres, que ocurren en los niveles individual, grupal, nacional y mundial (ONU, 2006). Estos modelos coinciden, por tanto, con la perspectiva teórica feminista en considerar que se trata de una violencia basada en el género, que es producto de los valores culturales patriarcales, y constituye un mecanismo de control social para mantener la subordinación de las mujeres (Lawson, 2012).

Esta misma relación de poder y sumisión que ejerce el sistema patriarcal sobre las mujeres en general, se reproduce en el ámbito de la atención a la salud, entre el personal sanitario y las pacientes, y, por supuesto, también en relación a las mujeres embarazadas (Tinoco, 2013), de modo que el entorno sanitario puede ser, en sí mismo, generador de violencia hacia las mujeres en el seno de la propia organización (Goberna, 2017). En este sentido, Carme Valls (2009) señala que el patriarcado usa,

como si fueran científicas, tres reglas o máximas relativas al cuerpo de las mujeres: la naturalización de la diferencia sexual como inferioridad; la fragmentación del cuerpo y la experiencia; y la objetualización de los sujetos, a través de la medicalización y el poder en el acto médico.

La sobremedicalización contiene también un importante sesgo de género, de modo que aquellas cuestiones propias o relacionadas con la sexualidad y la reproducción femeninas (menstruación, menopausia, embarazo, parto, etc.) se convierten en procesos supuestamente patológicos y que, en definitiva, requieren de ayuda médica para llegar a buen fin (García, 2017; Ruiz-Cantero, 2009), e incluso, la realización de prácticas que pueden llegar a constituir VO (Gervás y Pérez-Fernández, 2016).

En definitiva, como señala Bellón (2015), la VO puede ser considerada como un tipo de violencia basada en género, en tanto en cuanto en las sociedades patriarcales el control sobre el potencial reproductivo y la sexualidad de las mujeres constituye un aspecto clave para mantenerlas en una posición de subordinación, e implica que el personal de salud ejerza su rol desde una posición de poder y se apropie del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Lo cual no podría existir sin la inferiorización y discriminación previa de la sociedad a la mujer. (Fernandez, 2006).

En cuanto a legislaciones específicas, el primer país que incluyó la VO en su legislación fue Venezuela en 2007 (Ley 38.668, 2007), iniciativa que fue seguida por varios países latino-americanos (Arguedas, 2014; Camacaro, 2013; Tinoco, 2013). Como añade Bellón (2015), en varias partes del mundo, este término también ha sido promovido, por movimientos sociales para denunciar las prácticas irrespetuosas y violentas ejercidas por el personal sanitario. Pero la crítica y las reivindicaciones en torno al parto existen desde hace décadas, así como el activismo por parte de movimientos a favor de los derechos de las mujeres y la salud reproductiva.

A nivel internacional cabe destacar también las convenciones sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, las recomendaciones del *Appropriate Technology for Birth* (WHO, 1985), la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (ONU, 1994) y la Declaración sobre Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención en el parto en los centros sanitarios (WHO, 2014), en la que se reconoce esta violencia como un importante problema de salud pública y de los derechos humanos reclamando accionar el diálogo, la investigación y el apoyo en relación a esta.

Recientemente la OMS publicó la nueva guía de recomendaciones de cuidados intraparto para una experiencia de nacimiento positiva (WHO, 2018), en la que se recomienda la atención a la maternidad respetuosa, evitando el maltrato, y permitiendo la toma de decisiones informadas, así como apoyo continuo durante el trabajo de parto y el nacimiento.

El Ministerio de Sanidad español ha publicado varios documentos con el fin de lograr un cambio en el modelo asistencial dirigido a mejorar la calidad del servicio garantizando prácticas clínicas basadas en la evidencia científica y a su vez respetuosas con los deseos, necesidades y autonomía de la mujer: la Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) para establecer recomendaciones específicas; los Estándares y recomendaciones para maternidades hospitalarias (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2009); la Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010); o la Guía de práctica clínica

de atención en el embarazo y puerperio (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

En Baleares, comunidad autónoma donde se ha llevado a cabo este estudio, recientemente se reconoció el término VO en la Proposición no de ley sobre la humanización del parto y buenas prácticas obstétricas, aprobada en 2018 (BOIB 131). Además, Baleares en su Ley de Salud 5/2003 (BOIB 55) ya recogió explícitamente los derechos de la madre durante el embarazo, parto y puerperio.

Por lo que se refiere a los estudios previos sobre el tema en nuestro entorno, en 2016 se estudió la adecuación a la Estrategia de atención al parto normal del Ministerio de Sanidad de los hospitales públicos de las Islas Baleares, mediante el análisis de datos registrados durante tres años. De 21.509 partos estudiados el 9,9% fueron instrumentados y el 21,6% cesáreas, datos en la media de comunidades autónomas, pero superando ampliamente las recomendaciones. En los partos eutócicos, se administró epidural en un 59,1% de los casos y en el 18,5% se realizó episiotomía, lo que constató sobremedicalización. Se observó una amplia variabilidad entre hospitales, existiendo, margen de mejora (Llobera, Alfaro, y Herrero, 2016). En 2018 se publicó un estudio sobre la opinión de las matronas en cuanto a la autonomía, la intimidad, el trato y adecuación de la práctica obstétrica ofrecida en centros públicos y privados de Baleares; los resultados reflejan que las matronas son críticas en cuanto a la atención obstétrica ofrecida (Llobera, 2018).

En este contexto, además de realizar análisis cuantitativos, es también importante estudiar las vivencias y las emociones de las mujeres que han sufrido VO durante los procesos reproductivos, y de este modo garantizar el derecho de toda mujer a recibir una atención obstétrica respetuosa y de calidad.

El objetivo principal del estudio es explorar en profundidad las vivencias de las mujeres que han sufrido VO. Específicamente se pretende conocer las percepciones, sentimientos y emociones de aquellas mujeres que han experimentado VO, indagando sobre su percepción del trato recibido por parte de los profesionales cuando este es irrespetuoso, sobre aquellas prácticas clínicas que pueden suponer VO, y sobre el entorno en el que se viven estos procesos obstétricos.

2. Metodología

Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico, que enfatiza la experiencia individual y descripción de los significados de las vivencias de la atención recibida, para explorar en profundidad las experiencias de aquellas mujeres que han sufrido VO.

La recogida de datos se hizo mediante entrevista semi-estructurada para favorecer la expresión personal de los sentimientos y percepciones de las mujeres, centrados en sus experiencias durante la atención obstétrica, en un diálogo íntimo. Las entrevistas las realizó la investigadora principal y duraron 40-60 minutos.

La población de estudio fueron mujeres que habían sufrido una experiencia de VO entre 2012 y 2018, atendidas en el momento de los hechos en un centro sanitario público o privado de Mallorca y que decidieron libremente participar en el estudio, firmando el consentimiento informado. Para la selección de participantes se solicitó colaboración a una matrona de atención primaria (AP) de cada sector sanitario, accediendo así a mujeres atendidas en todos los hospitales de Mallorca, tanto públicos como privados. Se informó a las matronas de los objetivos, criterios de inclusión/ex-

clusión y aspectos que conforman la VO (trato deshumanizado, sobremedicalización, práctica clínica inadecuada, vulneración de los derechos de la paciente). Las mujeres fueron captadas en la consulta de la matrona de AP, entre noviembre de 2017 y enero del 2018; previo consentimiento, las matronas remitieron los datos de contacto a la investigadora principal, para que concertara la entrevista con las participantes.

Los criterios de exclusión fueron: existencia de barrera idiomática, haber recibido la atención obstétrica en un parto domiciliario, así como mujeres con discapacidad mental o sensorial que dificultara el consentimiento informado de participación o la entrevista.

Se realizó un muestro intencional y se tuvo en cuenta el nivel de estudios, atención recibida en centros públicos y/o privados y si el tipo de experiencia de VO vivida durante el seguimiento del embarazo y puerperio o bien durante el parto para representar la mayor variedad de discursos.

El diseño es cualitativo, por lo que no se pretende que los resultados obtenidos en la muestra estudiada puedan extrapolarse a la población general. Sin embargo, el tamaño muestral ha permitido obtener información en cantidad y calidad suficiente como para alcanzar la saturación del discurso.

Se realizaron 12 entrevistas. Las participantes en el momento de la experiencia relatada tenían entre 28 y 40 años. Su nivel de estudios oscilaba entre educación obligatoria, y educación superior universitaria. Cinco mujeres fueron atendidas exclusivamente en los servicios públicos de salud; las otras siete combinaron la atención de servicios públicos y privados. Las entrevistas se registraron mediante grabadora de audio, previo consentimiento de las participantes, y se transcribieron posteriormente. El anonimato de las participantes se garantizó durante todo el proceso, y se les informó de ello.

Se identificaron las dimensiones relevantes implicadas en las experiencias de VO par a la elaboración del guión de la entrevista, que fue posteriormente pilotado. Las dimensiones analizadas fueron las siguientes: la percepción en cuanto al trato recibido indicativo de VO; la experiencia en cuanto a prácticas clínicas consideradas VO; entorno en el que se recibe la atención obstétrica; la percepción del respeto a sus derechos como paciente (autonomía, información, etc.); agencia y empoderamiento de las mujeres que han sufrido VO; sentimientos y emociones de las mujeres que han sufrido VO.

Tras la transcripción de las entrevistas, se realizó un análisis de contenido. En primer lugar, las investigadoras elaboraron conjuntamente un árbol de códigos según los objetivos del estudio. En segundo lugar, para garantizar la validez interna, cada una de ellas analizó de forma individual las transcripciones, asignando a cada parte del discurso un código concreto. Se triangularon los resultados entre investigadoras y se comprobó la coincidencia de la categorización de los fragmentos de las entrevistas. En caso de discrepancia se consensuó el código más apropiado, y finalmente se acordaron las conclusiones. Se utilizó el soporte software de análisis cualitativo NVivo11.

3. Resultados

Se analizaron las 12 entrevistas y se establecieron las dimensiones de la VO (trato, práctica clínica, entorno y derechos de las pacientes), así como la agencia y empoderamiento de la mujer en el embarazo, parto y puerperio, relacionando cada categoría

con los sentimientos de las mujeres entrevistadas. A continuación, se presentan los resultados obtenidos para cada una de las categorías analizadas.

3.1. Trato de los profesionales, indicativo de violencia obstétrica

Todas las mujeres entrevistadas hicieron referencia a la relevancia del trato relacional recibido durante los procesos de atención obstétrica.

Expresaron que el trato impersonal, sin presentaciones, deshumanizado, irrespetuoso, o jerarquizado, y la atención insuficiente fue en muchas ocasiones la base de la VO sufrida y fuente de sentimientos negativos que influyeron directamente en la experiencia del parto.

En las entrevistas las mujeres reportaron que mayoritariamente los/las profesionales que las asistieron durante el parto no se presentaron (ni el nombre, ni la categoría profesional), incluso en aquellos casos en que hacían alguna técnica o intervención (tacto vaginal, monitorizar, parto instrumental, etc.). Esta situación les generó sentimientos de pérdida de control y de la intimidad.

El tacto que me hizo la ginecóloga, fue el tacto con menos “tacto” que me hicieron en todo el día ¡Horroroso! Sin presentarse, entró en la habitación y me metió los dedos, sin darme explicaciones, ni pedirme permiso. (E11)

Empezaron a entrar muchos, yo no sabía ni quién eran, enfermeras o no sé quiénes eran... en la habitación un momento entraron más de seis personas, yo tenía las dos matronas, pero las otras no sé qué pintaban allí, nadie se presentó. (E3)

En el relato de las mujeres se puede apreciar que el trato recibido era en ocasiones paternalista; nos referimos al uso por parte de los profesionales de un lenguaje demasiado llano o explicaciones poco adaptadas al nivel formativo de las mujeres, así como a no dar toda la información sobre su estado de salud, aludiendo que era por su bien, o tomar decisiones médicas unilaterales, sin tener en cuenta la opinión de la mujer.

Además, te explican las cosas de una manera, como si fueras... como si no lo pudieras entender, (...) y a pesar de que conocen tu nivel de estudios, esto da igual. Te lo explican con palabras demasiado coloquiales, y las mujeres estamos bien preparadas para oír según qué. Estoy acostumbrada a que sea así, resignada...(E11)

También hacían referencias a la infantilización sufrida a través del lenguaje (i.e. “niña”, “bonita”, etc.), así como a que no se tomaba en serio su opinión, o se burlaban de sus conocimientos sobre el embarazo, parto o puerperio (refiriendo que eran primerizas), o hablaban con familiares/parejas sobre temas que afectaban a la mujer en lugar de hablar con ellas (estando la mujer en plenas facultades).

Quiero que me den las explicaciones a mí, que estoy aquí, y dar yo el consentimiento. Porque vale, ella se lo explicaba a mi marido y todo lo que tú quieras, perfecto, ¡pero es que es a mí! (E8)

El trato paternalista también se expresó al no dejar decidir/opinar a la mujer sobre su proceso reproductivo cuando estaba capacitada para hacerlo, y realizando prácti-

cas médicas no recomendadas con el discurso que las están ayudando, demostrando poco respeto a las expresiones del dolor de la mujer, lo que a ellas les provocó enfado.

Y yo les decía: no, no lo quiero, bajo mi responsabilidad. Y ella [Ginecóloga] me decía: “tú en estos momentos ya no puedes opinar, porque ya no tienes la cabeza en su sitio, y ya no puedes opinar”. (E8)

Y ahí fue, que la ginecóloga me apretó, muy fuerte, se me puso encima [Kristeller] y me dijo: “yo te ayudo un poco, te lo empujo”. (E5)

Refirieron falta de atención durante el embarazo, relacionada con una atención de los profesionales demasiado rápida, no adaptada a las circunstancias de la mujer, poca explicación de las ecografías y no resolución de dudas. La mayoría de las entrevistadas lo asociaban a condicionantes externos como la falta de recursos humanos, que dificultaba que la atención fuese más personalizada y de calidad.

Las entrevistadas expresaron que, durante la dilatación, en ocasiones no disponían de acompañamiento profesional y esto conllevaba falta de información del parto, la imposibilidad de resolver dudas y la escasa atención de sus necesidades. Esta desatención provocó sentimientos de miedo, soledad y angustia. De nuevo, la atención insuficiente fue relacionada con la falta de personal.

Allí me encontré muy mal y claro ¡como que estaba tan sola! Bueno estaba con mi pareja, pero sin que nadie de personal me dijera: no pasa nada esto es normal o tranquila... Bueno, como estaba tan sola y no había nadie que me relajara, me fui poniendo muy nerviosa, muy ansiosa, lo que hizo que el dolor fuera peor...(E1)

En el postparto hospitalario criticaron la falta de ayuda y asesoramiento en la lactancia materna, que no las exploraran e informaran de su estado antes del alta (valoración del útero, la sutura, sangrado, etc.) y las mujeres que acudían a la sanidad privada refirieron que sólo atendieron las necesidades físicas dejando de lado las emocionales, la lactancia, etc.

Expresaron que sintieron falta de empatía por parte de los profesionales, e incluso tuvieron la sensación en varias ocasiones de que los/las ginecólogos/as estaban enfadados. Las entrevistadas se sintieron insultadas cuando los profesionales hacían referencia a aspectos físicos con un tono despectivo.

Me dijo: hombre, como estás gorda no se ve [imagen ecográfica]”... Me habló muy mal. (E8)

En los discursos se identificaron dos tipos de relaciones de poder. En primer lugar, entre ginecólogo/a y matron/a, siendo los/as primeros/as quienes imponían su criterio o bien no escuchaban el parecer de los/as matronas, utilizando en ocasiones un tono autoritario. Estas relaciones de poder se producían sobre todo durante el parto.

Había discordia entre ellas, la matrona decía que ya no metería más manos allí. Que para ella era una cesárea, que no estaba suficiente dilatada, y la médica dijo que sí y fue cuando ella [la ginecóloga] decidió meterme las chupas [la ventosa] y las manos y no sé qué más, y se me pusieron dos personas encima de la barriga

muy fuerte, y yo es que ya perdía conciencia de lo que estaba pasando y tuve una hemorragia. (E9)

En segundo lugar, las relaciones de poder entre profesional y paciente eran expresadas como aquellas actitudes que no favorecían la proximidad y dificultaban la comunicación abierta, para expresar sus dudas, preferencias y deseos. La jerarquización también se materializaba en el hablar mal, un tono inadecuado, faltando al respeto, omitiendo parte de la información a la mujer, así como en las dificultades expresadas por las mujeres entrevistadas para resolver dudas con el/la ginecólogo/a. Esta barrera simbólica al acceso a la información se combinó con la percepción expresada por las mujeres de que, para obtener la información, siempre la debían preguntar. Estas dificultades para acceder a la información veraz, resultaron en un sentimiento de confusión entre las entrevistadas.

Por otro lado, las participantes sentían que a menudo, sobre todo durante el parto, se imponía el criterio del/la profesional sin escuchar sus necesidades o demandas, lo que despertaba en las entrevistadas la sensación de que no se les respetaba, y que no les quedaba más remedio que “dejarse hacer” por los/as profesionales. Destaca también, que en ocasiones se imponía alguna estrategia de actuación o práctica clínica en función de las preferencias o necesidades del/la profesional, aunque esto difiriera de lo que estaba protocolizado, o reconocido como buena práctica.

Es asimilado que los que mandan, o los que dirigen, o los que llevan todo el parto, son ellos y tú te callas, y te achantas. (E6)

Mi sensación era que el ginecólogo y la matrona iban haciendo a su bola y mi pareja y yo, pues estábamos allí simples pacientes espectadores, como que nos dejábamos hacer lo que ellos encontraban que era necesario, sin opinar. (E3)

También explicaron que algunos profesionales tomaron “represalias” contra las pacientes que expresaron sus preferencias para el parto, o cuestionaron alguna técnica que se les realizó.

Una vez él, mi pareja, le dijo a la ginecóloga que no me empujara más la panza [Kristeller], ella me dijo: Pues te llevo a quirófano sola, y ya está (...). Le dijo [Marido]: “y tú te quedas aquí”. Como castigado, y él ya no pudo verle nacer. (E5)

Pero en cuanto yo lo discutí y pregunté un poco más [la estimulación con oxitocina], se acabaron las bromas y se acabó el feeling con la matrona, ¿sabes? (I1M)

Las mujeres entrevistadas reportaron falta de proximidad y empatía de los/las profesionales, falta de acompañamiento durante el parto y el postparto, así como desatender sus necesidades y demandas. Además de los protocolos estrictos que dificultaban individualizar la atención, e hicieron referencia en varias ocasiones a la sensación de que la experiencia del parto en el hospital había sido como de una fábrica, sintiéndose ellas como un número. A veces tenían la sensación de que estar de parto o solicitar la ayuda de los/las profesionales suponía un fastidio para estos/as.

La sensación era de... una fábrica mecánica, era la sensación de que hasta ahora he estado aquí de parto fatal, pero nadie ha venido a hablar conmigo durante ho-

ras, ni me han preguntado quién era o cómo me encontraba, si era el primer parto o cuál era trayectoria, ni nada, en ningún momento (...) y luego entraron todos juntos [muchas personas] para el expulsivo, y no hubo nadie que estableciera contacto directo conmigo. (E1)

Esta chica [residente de ginecología] fue muy cortante, no te dejaba hablar; era como si vete, vete, que tengo mucha gente que atender; fue... como sentirte un número más... el sentimiento es como de culpabilidad por molestar. (E9)

Refirieron que la deshumanización también era debida a que algunos profesionales se centraron en la parte física desatendiendo las necesidades emocionales del embarazo, el parto y puerperio.

Las mujeres entrevistadas también relataron actuaciones y trato poco profesional, como hablar o actuar como si la paciente no estuviera presente, no hacer las pruebas necesarias en el momento necesario, no informar adecuadamente, recibir información sesgada en beneficio del/a profesional, no hacer adecuadamente una práctica clínica. Todo ello despertaba miedo y desconfianza de las mujeres hacia los/as profesionales.

De hecho, mis pruebas de la infección (Estreptococo) que hacen para parir, la hice tan tarde y porque fui yo, porque otra madre me dijo que tenía que ir (...). No sé, cómo que no se lo tomaba muy en serio al embarazo, no empatizaba contigo ni nada. (E2)

Dijo la ginecóloga: "bueno, bueno ¡vamos a empezar! [Cesárea]. Y yo le dije: "¡eh! para que siento dolor" (...) y el anestésista le decía que esperara que me pondrían más anestesia, que yo llevaba era la dosis para un parto vaginal, y no para la cesárea (...) pero aun así me clavó el bisturí (...), yo chillé de dolor como una loca. (E8)

Y en el informe no aparece que me hicieran esta maniobra [Kristeller]. Lo de la ventosa no me había dado cuenta que tampoco no estaba escrito y la raquídea tampoco lo pone. O sea, que al final no pusieron en el informe lo que pasó... (E5)

En definitiva, de las informaciones aportadas por las mujeres participantes se desprende que el componente relacional es para ellas la parte más destacada de la atención obstétrica. Su importancia radica en la necesidad que tienen de sentirse acompañadas, respetadas, valoradas y atendidas en sus deseos e inquietudes ante una experiencia tan trascendente para ellas, tan poco previsible a menudo, y, a veces, tan desconocida (Bravo, Uribe y Contreras, 2008). Las necesidades que ellas expresan en cuanto al trato durante los procesos de parto se relacionan con la empatía, la amabilidad, la cercanía y la información veraz y completa (Ferreiro et al., 2013). Además, se ha descrito que el bienestar materno durante el parto depende, en gran medida, del cuidado recibido durante este proceso (Uribe et al., 2008).

3.2. Práctica clínica constitutiva de violencia obstétrica

Las entrevistadas expresaron que la sobreintervención se daba sobre todo en el preparto, el parto y el puerperio inmediato. Como parte de estas prácticas relataban

que no se les permitió la evolución natural del proceso de parto, proponiendo inducciones sin justificación médica, queriendo adaptar los plazos a las necesidades de los/as profesionales, practicando técnicas antes de lo recomendado o rutinarias innecesarias, además de técnicas referidas por las mujeres como muy dolorosas y traumáticas, como el Kristeller, que siguen realizándose a pesar de no existir evidencia suficiente que la justifique (Rengel, 2011).

Algunas entrevistadas también expresaron que sufrieron prácticas clínicas injustificables como el ingreso obligatorio tras la rotura de membranas en un embarazo de bajo riesgo, episiotomías innecesarias o monitorización continuada en los partos de bajo riesgo y sin complicaciones, no permitirles el libre movimiento durante el parto o la elección de la posición durante el expulsivo, así como el clampaje de cordón precoz y la separación tras el nacimiento de madre hijo/a sin ser medicamente necesario, y que se administró al/la recién nacido/a lactancia artificial sin permiso de los progenitores.

A pesar de ser una práctica recomendada (WHO, 2018), también refirieron que no se les permitió estar acompañadas en todo momento por su pareja, ni se fomentó el acompañamiento del/la bebé durante las revisiones pediátricas y realización de pruebas rutinarias durante su ingreso.

En reiteradas ocasiones, estas prácticas clínicas se realizaron, a pesar de que ellas habían expresado que no lo deseaban (bien por escrito mediante plan de parto, o bien verbalmente en el momento de la realización), lo que despertó sentimientos de impotencia y rabia en las mujeres entrevistadas.

Fue sacarlo y soltarlo en la cuna, sin... no le pusieron ni lo del cordón, lo dejaron con como unas tijeras puestas y dentro de una cunita (...) y se marcharon todos. No, a mí esto me traumatizó bastante, porque yo vi que salía, que no me lo daban y que lo ponían allí solo, como que la abandonaban. (E1)

La matrona decidió ella sola, y eso que en mi plan de parto yo también lo puse, pero, aun así, se puso sobre mi barriga a empujar, y yo no quería. (E4)

Referente a las prácticas clínicas que se les realizaron sin informar previamente, refirieron la amniorraxis artificial, el tacto vaginal, la maniobra de Hamilton, la episiotomía, la prueba de pH para valorar el sufrimiento fetal, realización de parto instrumentado y exploraciones mamarias dolorosas durante la lactancia materna. Se repitió el hecho de que primero les realizaron la técnica y después, y solo porque la mujer lo solicitó, se lo explicaron. El hecho de que no les informaran, no permitió que dieran el consentimiento, y generó en la mujer un sentimiento de desconfianza hacia el/la profesional.

El bebé se quejó y me hicieron la prueba esta de pincharle la cabecita (pH). Pero no me explicaron lo que tenían que hacer, sacaron mi marido fuera, vi que la habitación se empezaba a llenar de gente, yo les decía: me estoy saturando, me estoy colapsando, ¿qué pasa? Y ellos no me decían nada. (E10)

Me hicieron episiotomía y yo lo sé, porque mi compañero lo vio y después me lo dijo. Yo lo he visto después escrito en los papeles, pero en ningún momento me avisaron "ahora te estamos haciendo episiotomía", ni antes, ni después, ¡no! (E3)

Por lo tanto, dichas prácticas clínicas además de suponer una clara sobremedicalización, vulneraban los derechos de estas mujeres al ser realizadas sin informarlas o en contra de su voluntad.

En general, también opinaron que en la sanidad privada los protocolos de actuación eran intervencionistas, y que en la sanidad pública la sobremedicalización además de estar relacionada con algunos protocolos de actuación, también lo estaba con la falta de recursos humanos y la ineficiencia de las sustituciones en periodo vacacional.

Con todo ello vemos que, a pesar de existir recomendaciones de organismos estatales como el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), la Federación de Asociaciones de Matronas de España (2008), la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (2008), e internacionales como la WHO (2018), las experiencias relatadas por las mujeres entrevistadas ponen de manifiesto que se siguen practicando técnicas médicas no justificables, suponiendo una sobremedicalización de los procesos obstétricos, y realizando prácticas sin informar previamente a las pacientes o en contra de su voluntad.

3.3. Entorno en el que se recibe la atención obstétrica

Algunas de las mujeres entrevistadas apuntaron aspectos negativos del paritorio, tales como falta de intimidad por la distribución y uso de los espacios (i.e. escuchar a otras mujeres de parto, entrar y salir gente, separación únicamente con cortinas, etc.), así como el insuficiente acondicionamiento de los espacios (i.e. ser oscuros, pequeños, no acogedores, estar en malas condiciones, etc.).

Recalaron también que en la sanidad pública tuvieron que compartir las habitaciones de la planta de maternidad durante el parto y el puerperio, considerando que la necesidad de intimidad requerida en estos dos periodos no se pudo satisfacer. La falta de intimidad despertó en las mujeres entrevistadas sentimientos de vergüenza relacionada con la exposición física, e incomodidad relacionada con la necesidad de estar solas, moverse, expresarse y actuar como lo necesitaban en cada momento.

Sí, pero yo pensaba que allí no se paría, porque era como... no sé, es que se separaban por cortinas, eran salas que tú escuchabas a la mujer que paría al lado... ¡Sí, separado por cortinas! (E4)

Durante las contracciones nos pusieron en una sala que era intermedia entre dos pasillos, entonces esa sala era la que utilizaban para pasar de un pasillo a otro en vez de dar la vuelta, la utilizaban como zona de tránsito (E6)

En definitiva, las experiencias relatadas por las mujeres entrevistadas muestran que, tal y como se ha descrito en la literatura sobre el tema, “el parto queda condicionado por el ambiente que lo rodea, siendo este motor o freno del propio proceso, en función de lo que se acerque a proporcionar las condiciones fisiológicas que se necesitan: intimidad y seguridad” (Müller y Parra, 2015, p.147).

3.4. Violencia obstétrica por vulneración de los derechos de las pacientes

La Tabla 1 resume lo expresado por las entrevistadas en referencia a sus derechos como pacientes. Se incluye el derecho a la autonomía, a la información, a la inti-

midad. En cuanto a la intimidad, no solo la relacionamos con el secreto profesional, la documentación, la historia clínica, etc., sino también como derecho de la mujer a tener intimidad durante el parto (i.e. presencia sólo de los profesionales necesarios), durante el seguimiento del embarazo (i.e. mantener puertas cerradas), etc.

Pero yo estaba pariendo, era mi primer parto y todo el mundo allí mirándome y mirando mi intimidad, ¡porque es mi intimidad! vale que al final pierdes la vergüenza de que te miren la vagina, pero no si están la ginecóloga, y la residente, más las 4 personas apoyadas en la pared, y también el que me apretaba la barriga, y mucha más gente que no sé ni quiénes eran... (E12)

Por otro lado, cabe destacar que, en relación a los conocimientos previos que tenían las mujeres entrevistadas sobre sus derechos como pacientes, más de la mitad de las entrevistadas refirieron ser conocedoras de los derechos del paciente. A pesar de ello algunas desconocían los derechos de intimidad e información. En general, también conocían el derecho de autonomía, pero en ocasiones no sabían cómo ponerlo en práctica.

Las principales fuentes de información sobre los derechos de las pacientes fueron: las matronas de AP en consulta y en las clases pre-parto (lo más habitual), internet, familiares, consentimientos informados, visitas informativas al hospital y artículos científicos.

Referente al plan de parto, muchas de las entrevistadas tenían plan de parto, ya que algunas de las matronas de AP les habían informado, información que ellas mismas completaron. Otras conocían el plan de parto por otros medios (i.e. internet). También refirieron que en la sanidad privada no se fomentó el conocimiento de sus derechos como mujeres y pacientes.

En relación con estas cuestiones, cabe recordar que los derechos de las mujeres están reconocidos a nivel internacional (WHO, 1985; WHO, 2014) y legislados en nuestro país mediante la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en la que se recogen los derechos de autonomía e información. La Ley establece en el artículo 2 que *“Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento (...)”*

Al analizar los relatos de las mujeres participantes sobre sus experiencias de VO se hace evidente que se ha vulnerado el derecho de autonomía, al realizar técnicas no informadas, lo que no les permitía dar su consentimiento, o directamente en contra de su voluntad a pesar de que lo expresase verbalmente en ese instante, o con anterioridad por escrito mediante el plan de parto (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2011).

Al referirse a que cuando perciben la jerarquización profesional/paciente se sienten cohibidas y no piden la información que les gustaría recibir o que, a pesar de preguntar, los profesionales les niegan cierta información, reflejan no sólo del incumplimiento de la Ley 41/2002 si no también la jerarquización profesional/ paciente que

el/la profesional puede asumir desde su formación y durante su carrera profesional y la mujer interiorizar durante su proceso reproductivo.

Además, en repetidas ocasiones refieren que, en caso de negarse o cuestionar determinadas actuaciones de los profesionales, éstos adoptan una actitud más hostil o incluso en ocasiones de castigo hacia ellas o sus acompañantes, hecho reconocido por los/as profesionales en un estudio publicado sobre la opinión de las matronas y el parto humanizado (Llobera, 2018).

Por otro lado, uno de los objetivos que presenta la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva es favorecer el clima de confianza, seguridad e intimidad en el parto (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad 2011b), los que según muchas de las entrevistadas no se aseguraron.

A pesar de que la Ley 44/2003 especifica en el artículo 5 e) que “*Los profesionales... facilitarán a sus pacientes el ejercicio del derecho a conocer el nombre, función, titulación y especialidad de los profesionales sanitarios que les atienden*” las entrevistas reflejan que no fue así.

Tabla 1. Violencia obstétrica por quebrantamiento de los derechos de las pacientes.

| Autonomía | Información | Intimidad |
|--|---|--|
| <p>El modo de trabajo de los/las profesionales implicó que, para poder ejercer su autonomía, la paciente debía enfrentarse a la decisión que había tomado el/la profesional sin darle explicaciones, ni pedir permiso.</p> <p>La actitud y el trato del/la profesional cambió cuando las pacientes y sus deseos discreparon con lo que ellos/as consideraban que se debía hacer.</p> <p>No se respetó el derecho de autonomía, a pesar de que la mujer lo pidiera in situ (verbal) o lo llevara escrito en su plan de parto.</p> <p>No informar de la técnica que se iba a realizar, implicó que la mujer no pudiera dar su consentimiento.</p> <p>La falta de recursos materiales y humanos no permitieron, en ocasiones, seguir los deseos reflejados en el plan de parto.</p> | <p>No se informó sobre la realización y/o consecuencias de determinadas prácticas clínicas (M. Kristeller, M. Hamilton, tacto vaginal, amniorrexis artificial, pH, parto instrumentado, episiotomía, etc.).</p> <p>En otras ocasiones se informó una vez realizada la técnica, y en muchos casos, solo porque la mujer lo solicitó.</p> <p>Se negó dar una información completa y veraz (aludiendo que no se le daba por el bien de la paciente).</p> <p>No se informó suficientemente a la mujer sobre su estado de salud o la evolución de su proceso obstétrico.</p> <p>Percepción de falta de información sobre las diferentes opciones/ alternativas.</p> <p>Información incompleta en el informe sobre las prácticas realizadas durante el parto.</p> <p>No informar al/la acompañante (aún que la mujer lo deseara) si no estaba este/a presente debido a alguna complicación.</p> | <p>La experiencia de poca intimidad más reportada fue la entrada de mucha gente en el momento del expulsivo o en algún momento del parto. Refirieron que había demasiada gente en el paritorio, que no sabían quiénes eran, ni qué hacían; varias personas sólo observaban.</p> <p>Muy recurrente: Parto distócico y pH, entrada de muchos profesionales, que las mujeres entrevistadas percibieron que no eran necesarios.</p> <p>Estos profesionales no se identificaron.</p> <p>En ocasiones durante la dilatación, estaban en un espacio de paso, o en una habitación compartida, en vez de un espacio privado e íntimo.</p> <p>En ocasiones los/las profesionales dejaron la puerta abierta durante el parto.</p> <p>Determinados espacios físicos, separados por cortinas en los que se paría, no favorecían la intimidad.</p> |

3.5. Agencia y empoderamiento tras el sufrimiento de violencia obstétrica

La mayoría de mujeres relataban un proceso posterior a la experiencia de VO vivida, en el que tomaron conciencia de sus derechos y adoptaron una actitud reivindicativa a raíz de la experiencia negativa vivida y de compartir posteriormente la vivencia con otras mujeres. Cabe decir que las mujeres no utilizaron el término VO para referirse a la experiencia vivida, pero identificaron elementos clave del fenómeno. Este proceso se manifiesta al reportar tener más claro cómo quieren ser atendidas en futuros procesos obstétricos; enfrentarse a los profesionales debido al trato deshumanizado que ofrecieron o cuestionar las prácticas no deseadas y la sobremedicalización durante el embarazo, el parto o el postparto; y buscar información (en internet o preguntando una segunda opinión a otro profesional). En este sentido, las mujeres muestran tener capacidad de *agencia*, entendida esta como “la habilidad de formular elecciones estratégicas, y controlar recursos y decisiones que afectan resultados importantes de la vida” (Malhotra, 2003, p.3).

Yo siempre le digo a mi marido, que ahora lo volvería pasar, pero volvería pasar por ello, para no dejarme vencer, ¿sabes? Porque lucharía más por lo que quiero, exigiría más, ¡Lo lucharía más, o diría no! (E7)

A las 2 o 3 horas de estar en paritorio, entró una matrona que me dijo “ahora te romperé la bolsa”. Así me lo dijo, no me pidió si me la podía romper... ni por qué me rompía la bolsa, ni me explicó nada... ¡y yo le dije que no! Que, sin explicarme, no me tenía que romper la bolsa, que yo acababa de llegar hacia dos horas... (E11)

La agencia es uno de los componentes del empoderamiento, que incluye no sólo la capacidad de decidir de acuerdo a unos valores, sino también “transformar esas decisiones en acciones y resultados deseados” (Alsop et al., 2006, p. 10). Así, las personas pueden tener capacidad para tomar decisiones (agencia), pero no tener capacidad para hacerlas efectivas debido a la estructura de oportunidades. El otro componente del concepto se focaliza en el contexto institucional, el cual limita o facilita que las personas puedan ejercer la agencia de manera efectiva (Alsop et al., 2006).

Los relatos de las mujeres entrevistadas indican que, pese a tener capacidad de tomar decisiones, en muchas ocasiones no son capaces de transformarlas en acciones debido a las limitaciones que impone el contexto institucional, en este caso, las instituciones y los/as profesionales sanitarios. Conscientes de estas restricciones, algunas mujeres tomaron decisiones para intentar modificarlo: algunas mujeres decidieron cambiar, para futuros procesos obstétricos, la titularidad de la asistencia o cambiar de centro asistencial.

Siempre digo que el segundo parto será muy diferente que en el primero, porque llevaré desde el minuto 1 el plan de parto hecho, y bueno tengo muy claro que seguramente no iré a la privada, que voy a cambiar de profesionales y que quiero otro tipo de parto, quiero que me traten de otra manera. (E3)

Por tanto, podemos afirmar que las mujeres entrevistadas muestran tener capacidad de agencia al tomar decisiones sobre su proceso obstétrico y al utilizar los recur-

sos que tienen a su alcance (i.e. cambio de titularidad del centro, redactar el plan de parto, etc.) para modificar el contexto institucional y que éste sea más proclive a respetar sus decisiones. No obstante, desde nuestro punto de vista no siempre podemos hablar de empoderamiento en todos los casos, debido a que, en muchas ocasiones, no tienen capacidad para hacer efectivas sus decisiones.

4. Conclusiones

Este estudio pretende dar voz a las mujeres sobre un problema que aun ha sido poco investigado, como es conocer la percepción y opinión de las mujeres que han sufrido violencia en los servicios obstétricos.

El embarazo, parto y puerperio son procesos muy significativos en la vida de las mujeres, y las experiencias de VO dejan una importante huella en el recuerdo y la vida de las que la han sufrido. De hecho, las mujeres durante el embarazo, el parto y el postparto están en condiciones de vulnerabilidad, pero no por su embarazo, o parto en sí mismos, sino porque el entorno sanitario puede restarles poder de decisión (Camacaro, 2013; Tinoco, 2013).

Las mujeres son capaces de recordar, incluso detalladamente, aspectos de la atención recibida e identificar los sentimientos estos suscitaron en aquel instante, y siguen recordando estos detalles con el paso del tiempo. Por ello, el estudio realizado y, en particular las entrevistas, nos han permitido conocer a fondo sus experiencias y poder estudiar las vivencias de VO desde su perspectiva.

La dimensión referente al trato recibido, fue la más destacada en todas las entrevistas, en general expresaron que el trato impersonal, sin presentaciones, deshumanizado, irrespetuoso, o jerarquizado, y la atención insuficiente fue en muchas ocasiones la base de la VO sufrida y fuente de sentimientos negativos que influyeron directamente en la experiencia del embarazo, el parto y puerperio. Destacaron que las relaciones de poder entre profesional y paciente no favorecían la proximidad, dificultaban la comunicación abierta, y en muchas ocasiones se imponía el criterio del/la profesional sin escuchar sus necesidades o demandas.

En relación a la práctica clínica, relataron muchas actuaciones que suponen una clara sobremedicalización injustificada de los procesos fisiológicos, a pesar de existir claras recomendaciones de organismos estatales e internacionales. Cabe destacar que a menudo estas técnicas eran realizadas, sin informar a la paciente, y por tanto sin su consentimiento, vulnerando claramente los derechos de autonomía e información.

El entorno en el que son atendidas las mujeres influye claramente en el desarrollo filológico, y en la vivencia de sus procesos de parto y puerperio. Las mujeres entrevistadas expresaron la importancia de la intimidad que los espacios del paritorio o habitaciones compartidas en planta de maternidad.

La toma de conciencia de los derechos y la actitud reivindicativa nació a raíz de la VO, a pesar de que ellas no utilizaban este término. Las mujeres entrevistadas muestran tener capacidad de agencia, pero no siempre tienen capacidad de empoderamiento para hacer efectivas sus decisiones debido al contexto institucional.

En definitiva, la VO en todas sus dimensiones afecta negativamente a las experiencias y las emociones relacionadas con los procesos de salud reproductiva (embarazo, parto y puerperio). De hecho, en el embarazo, que la atención no sea personalizada, cercana y de calidad, despierta en la mujer sentimientos de inseguridad y

preocupación. Y en el parto los sentimientos referidos por las mujeres entrevistadas son: inseguridad, angustia, impotencia, vergüenza, incomodidad, miedo, tristeza, frustración, vulnerabilidad y soledad. Siendo estos mitigables con una atención respetuosa y humanizada (Vieira et al., 2016). En el postparto inmediato debido a lo vivido y al trato recibido aparecen la tristeza, la frustración y la culpabilidad y después de un tiempo, los sentimientos que les invaden son el miedo a volver a sufrir VO y la rabia por todo lo acontecido. La rabia en las mujeres es un sentimiento que suele aparecer al haberse sentido mal cuidadas o atendidas (Mozingo et al., 2002) y que es, en muchos casos, el motor del empoderamiento.

En todos los casos estudiados la VO se dio en uno o en varios momentos concretos del embarazo, parto o puerperio, pero al ser atendidas por diferentes profesionales no se dio de manera continuada durante todo el proceso, por lo que las mujeres entrevistadas también relataban como se habían sentido cuando la atención obstétrica había sido la adecuada. Sin embargo, en muchas ocasiones al relatar los aspectos positivos de la atención recibida, expresaban “haber tenido suerte” en vez de entenderlo como la práctica habitual recomendada.

Por último, cabe recordar, la importancia de informar, formar y ejercer presión social para que las mujeres sean protagonistas de sus procesos reproductivos y tomen decisiones sobre su salud, para que los protocolos sanitarios no resulten tan invasivos, y para que los partos se traten con respeto y se humanicen, y todo ello desde la consideración de que el derecho a decidir es un derecho sexual, y de que los partos empoderados, conscientes, respetados e informados constituyen una reivindicación feminista (García, 2017).

Este estudio contribuye a entender el impacto que la VO tiene en las vidas de las mujeres que a han sufrido, para sensibilizar a la población, especialmente a las mujeres, y los/las profesionales que las atienden con el fin de erradicarla.

Aspectos éticos y legales

Las autoras declaran no incurrir en ningún conflicto de interés con los objetivos del estudio.

Referencias bibliográficas

- Alsop, Ruth, Bertelsen, Mette, y Holland, Jeremy (2006). *Empowerment in Practice. From analysis to implementation*. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-0-8213-6450-5
- Arguedas, Gabriela (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169.
- Bellón, Silvia (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 18, 93-111.
- Bravo, Paulina, Uribe, Claudia, y Contreras, Aixa (2008). El cuidado percibido durante el proceso de parto: una mirada desde las madres. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73(3), 179-184. doi:10.4067/S0717-75262008000300007
- Camacaro, Marbella (2013). La violencia obstétrica como cuestión de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 18(40), 185-192.

- Federación de Asociación de Matronas de España (2008). *Iniciativa parto normal, documento de consenso*. Madrid: Autor.
- Fernández, Ana María (2006). *Poder y autonomía: Violencias y discriminaciones de género*. Madrid: Agencia Laín Entralgo. Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.
- Ferreiro M. Teresa, Díaz, E., Martínez, M. Dolores, Rial, Antonio, Varela, Jesús, y Clavería, A. (2013). Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso del parto. *Revista Calidad Asistencial*, 28(5), 291-299. doi:10.1016/j.cali.2013.02.001
- García, Eva M. (2017). Hacia los partos empoderados. Recuperando nuestros cuerpos secuestrados por la biomedicina. *Dossiers Feministes*, 22, 87-106. doi: 10.6035/Dossiers.2017.22.6 doi:10.6035/Dossiers.2017.22.6
- Gervás, Juan y Pérez-Fernández, Mercedes (2016). *El encarnizamiento médico con las mujeres*. Barcelona: Los libros del lince.
- Gherardi, Natalia (2016). *Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar*. Naciones Unidas. Serie Asuntos de Género, 141, 17-26.
- Goberna, Josefina (2017). La disconformidad hacia las diferentes formas de violencia y opresión contra las mujeres. *Musas*, 2(2), 1-2.
- Lawson, Jennifer (2012). Sociological theories of intimate partner violence. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 22, 572-590. doi:10.1080/10911359.2011.598748
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 274, 15-11-2002.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Art 5. BOE 280, 22-11-2003.
- Ley Orgánica 38668 de 23 de diciembre de 2007, sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. Asamblea nacional de la república bolivariana de Venezuela.
- Llei 5/2003, de 4 abril, de Salut de les Illes Balears. BOIB 55. Capitol III. Art.7.
- Llobera, Rosa (2018). Humanización de la atención obstétrica: qué opinan las matronas. *Matronas Profesión*, 19(1), 12-20.
- Llobera, Rosa, Alfaro, Carmen, y Herrero, Carmen (2016). L'atenció al part normal als hospitals públics de les Illes Balears. Adequació a les recomanacions de l'Estratègia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut. *Medicina Balear*, 31(2), 37-44. doi:10.3306/MEDICINABALEAR.31.02.37
- Magnone, Natalia (2011). *Las políticas de salud en tensión: avances y desafíos para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la asistencia al parto*. Montevideo, X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales.
- Malhotra, Anju (2003). Conceptualizing and measuring women's empowerment as a variable in international development. Paper presented at the Workshop on "Measuring Empowerment: Cross-Disciplinary Perspectives". Washington, DC: World Bank.
- Medina, Graciela (2009). Violencia Obstétrica. *Revista de derecho de familia y de las personas*. 04. Recuperado de <http://www.gracielamedina.com/violencia-obst-trica/>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) *Estrategia de atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2009). *Maternidad Hospitalaria. Estándares y Recomendaciones*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010). *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011a). *Plan de parto y nacimiento. Estrategia de atención al parto normal*. Madrid: Autor.

- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011b). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Madrid: Autor.
- Mozingo, Johnie N., Davis, Mitzi, Thomas, Sandra P. y Droppleman, Patricia G. (2002). "I Felt Violated": Women's Experience of Childbirth-Associated Anger. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 27(6), 342-34.
- Müller, Angela Elisabeth y Parra, Marta (2015). La arquitectura de la maternidad. Recuperar y crear nuestros espacios. *Dilemata*, 18, 147-155.
- ONU (Organización de Naciones Unidas) (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres* (Res. A/R/48/104). Nueva York: Autor. Recuperado de: [http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument](http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.RES.48.104.Sp?Opendocument)
- ONU (Organización de Naciones Unidas) (2006). *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer* (AG 61/122/Add.1). Nueva York, NJ: Autor, 2006. Recuperado de: <http://www.ceipaz.org/images/contenido/Estudio%20a%20fondo%20sobre%20todas%20las%20formas%20de%20violencia%20contra%20la%20mujer.pdf>.
- Proposició no de llei de 23 de febrero de 2018, de Humanització del part i bones pràctiques obstètriques. BOIB 131.
- Rengel, Cristóbal (2011). La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. *Matronas Profesión*, 12(3), 82-9.
- Rocha Pereira, W. (2004). Poder, violência e dominação simbólicas nos serviços públicos de saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13(3), 391-400.
- Ruiz-Cantero, M. Teresa (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (2008). *Documento de consenso: asistencia al parto*. Madrid: Autor.
- Tinoco, M. Teresa (2013). La subjetividad del médico y mortalidad materna. *Revista CONAMED*, 18(4), 157-164.
- Uribe, Claudia, Contreras, Aixa, Villarroel, Luis, Rivera, Soledad, Bravo, Paulina, y Cornejo, Mariela (2008). Bienestar materno durante el proceso de parto: desarrollo y aplicación de una escala de medición; *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 73(1), 4-10. doi:10.4067/S0717-75262008000100002
- Valls, Carme (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: Cátedra.
- Vieira, Raissa L., Tavares, Kerle D., Chaves, Layza de S., Da Silva, Viña del M., Cunha, Alisson C., y Melo, Rafaela (2016) Obstetrical violence under the look of users. *Journal of nursing UFPE*, 10(12), 74-80. doi:10.5205/reuol.9978-88449-6-ED1012201606
- World Health Organization (WHO) (1985). Appropriate technology for birth. *Lancet*, 24(2), 436-437.
- World Health Organization (WHO) (2014). Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth. Recuperado de https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/
- World Health Organization (WHO) (2018). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Recuperado de <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/>